

Anno XXIV - n. 3/2025 Supplemento

Salute e Società

*Processi di invecchiamento
e ageismo nei servizi
socio-sanitari:
attori, trame
organizzative
e pratiche
professionali*

a cura di

**Elena Allegri,
Francesca Zaltron,
Cristina Calvi,
Eugenia Mercuri**



FrancoAngeli

Salute e Società

*Processi di invecchiamento
e ageismo nei servizi
socio-sanitari:
attori, trame
organizzative
e pratiche
professionali*

a cura di
**Elena Allegri,
Francesca Zaltron,
Cristina Calvi,
Eugenia Mercuri**

FrancoAngeli 

La rivista esce sotto l'alto patrocinio dell'Università degli studi di Bologna



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

Direttore

Antonio Maturo (Università di Bologna)

Comitato scientifico

Kristin Barker (University of New Mexico), Jason Beckfield (Harvard University), Alessia Bertolazzi (Università di Macerata), Giovanni Boccia Artieri (Università di Urbino), Piet Bracke (Ghent University), Giuseppina Cersosimo (Università di Salerno), Costantino Cipolla (Università di Bologna - Presidente), Dalton Conley (Princeton University), Cleto Corposanto (Università Magna Graecia di Catanzaro), Anna Rosa Favretto (Università del Piemonte Orientale), Luca Fazzi (Università di Trento), Raffaella Ferrero Camoletto (Università di Torino), David Lindstrom (Brown University), Linda Lombi (Università Cattolica Milano), Sigrun Olafsdottir (Boston University), Anna Olofsson (Mid Sweden University), Marco Marzano (Università di Bergamo), Mara Tognetti (Università Federico II), Stefano Tomelleri (Università di Bergamo), Giovanna Vicarelli (Università Politecnica delle Marche).

Comitato editoriale

Andrea Antonilli (Università di Chieti-Pescara), Alberto Ardisson (coordinamento - Università di Macerata), Alessia Bertolazzi (Università di Macerata), Micol Bronzini (Università di Bergamo), Rocco di Santo (Delegato Società Italiana di Sociologia della Salute), Maurizio Esposito (Università di Cassino), Guido Giarelli (Università Magna Graecia di Catanzaro), Mario Cardano (Università di Torino), Luca Mori (Delegato Sezione Sociologia della Salute e della Medicina AIS - Università di Verona), Zofia Slonska (Delegate for the European Society for Health and Medical Sociology).

Redazione

Marta Gibin (coordinamento - Link Campus University, Roma), Fabiola Balestrieri (Università di Cassino e del Lazio Meridionale), Elisa Castellaccio (Università di Bologna), Davide Galesi (Università di Trento), Asia Ferroni (Università di Bologna), Emilio Greco (Università La Sapienza, Roma), Lia Lombardi (Università di Milano), Roberto Lusardi (Università di Bergamo), Annamaria Perino (Università di Trento), Annalisa Plava (Università di Bologna), Riccardo Pronzato (Università di Bologna), Alessandra Sannella (Università di Cassino), Alice Scavarda (Università di Torino), Nicola Strizzolo (Università di Udine), Benedetta Turco (Università di Cassino e del Lazio Meridionale).

Segreteria di redazione

Veronica Moretti (Università di Bologna).

Contatti

Salute e Società, Dipartimento di Sociologia e diritto dell'economia, Strada Maggiore 45, 40125 Bologna; e-mail: salutesocieta@gmail.com

Le submission possono avvenire soltanto attraverso la piattaforma OJS (Open Journal System)

Coloro che sono interessati a pubblicare possono collegarsi al sito:

www.francoangeli.it/riviste/sommario.asp?IDRivista=107&lingue=it ("proporre un articolo").

INTRODUZIONE

- 5** Elena Allegri, Cristina Calvi, Eugenia Mercuri, Francesca Zaltron
Processi di invecchiamento, ageismo e cura nei contesti ospedalieri: attori, pratiche e prospettive teoriche

ARTICOLI

- 15** Elaine van Rijn, Frauke Meyer-Wyk, Ann-Kristin Reinhard, Nina Kajander, Fiona Seiger, Jan Wollgast, Susanne Wurm
Origins and consequences of ageism in today's society
- 28** Francesca Zaltron, Elena Allegri
Divisione del lavoro e strategie negoziali tra professionisti: uno sguardo sociologico sull'ageismo nei contesti ospedalieri
- 46** Cristina Calvi, Eugenia Mercuri
Pazienti anziani, caregiver e medici nella relazione terapeutica. Equilibrismi tra negoziazioni e rischi di discriminazione
- 67** Flavia Atzori
Rappresentazioni dell'invecchiamento negli spazi digitali: una lettura critica sul rischio di ageismo nelle app per gli anziani
- 83** Barbara Sena, Ivan Galligani
Telemedicina e assistenza geriatrica agli anziani nelle aree interne: il caso dell'AULSS I Dolomiti di Belluno

- 99** Carmen Pellegrinelli, Francesco Miele
Dare voce: nuove prospettive per il design partecipativo attraverso l'arte nel dibattito su tecnologie assistive e demenza
- 113** Giulia Ganugi, Camilla Magliacane, Riccardo Prandini
Invecchiare soli: combattere l'isolamento tramite il diritto alla città

OFF TOPIC

- 129** Valentina Polci, Lucrezia Cinella
Nudge e comunicazione pubblica per la salute e l'ambiente. Mitigare il rischio e praticare la sostenibilità
- 144** Dario Pizzul, Alessandro Caliendo
Supporting Older Adults in the Digital Health Era: A Scoping Review of Peer Digital Literacy Courses
- 160** Elisa Rossi, Daniele Urlotti
Dialogo e patient-centred approach nelle visite in ambito oncologico: il punto di vista del personale medico

INTRODUZIONE

Processi di invecchiamento, ageismo e cura nei contesti ospedalieri: attori, pratiche e prospettive teoriche

Elena Allegri*, Cristina Calvi*, Eugenia Mercuri*, Francesca Zaltron*

The ageing of the population, a complex phenomenon that increasingly challenges contemporary societies, calls for multidimensional analysis and critical reflection on its social construction. This article, which introduces the Special Issue, explores key sociological themes, questioning the persistent dichotomies between autonomy and dependancy and between agency and passivity, that often frame the discourse on ageing. It begins by reflecting on the socio-cultural dimensions of ageing, continues with an examination of ageism in healthcare settings, and concludes by considering care practices as situated and privileged sites through which the risks of ageism can be observed and addressed.

Keywords: ageing; ageism; discrimination; healthcare settings; care practices; age.

Parole chiave: invecchiamento; ageismo; discriminazione; contesti sanitari; pratiche di cura, età.

1. Anziani, ageismo e pratiche di cura

L'invecchiamento demografico rappresenta una delle trasformazioni strutturali più rilevanti che investono le società contemporanee, in particolare nei paesi europei e nel contesto italiano. La crescente longevità e l'aumento della popolazione anziana sollecitano interrogativi profondi che attraversano molti ambiti – politiche pubbliche, cultura, sistemi sanitari, organizzazione dei servizi – e che impongono una riflessione critica sulla giustizia tra generazioni, sull'equità redistributiva e sulle rappresentazioni sociali che concorrono a definire l'età anziana. Non si tratta solo di ripensare la redistribuzione delle risorse nei sistemi di welfare, in un contesto segnato da restrizioni di finanziamenti e da un crescente processo di managerializzazione dei servizi (Ranci, Pavolini, 2024), ma anche di interrogarsi criti-

* Università del Piemonte Orientale. elena.allegri@uniupo.it

L'articolo è frutto del lavoro congiunto delle autrici; tuttavia, ai soli fini dell'attribuzione, il primo paragrafo è stato curato da Elena Allegri, il secondo da Eugenia Mercuri, il terzo da Cristina Calvi e il quarto da Francesca Zaltron.

camente su come l'età anziana venga costruita socialmente, interpretata e trattata nelle pratiche sociali quotidiane.

Se il paradigma biomedico tradizionale ha storicamente considerato l'anziano come oggetto della cura – fragile e passivo, da gestire secondo logiche paternalistiche (Freidson, 1970) – le trasformazioni più recenti, sollecitate anche dall'introduzione del *New Public Management* (Barzelay, 2002) e dalla successiva evoluzione verso la *New Public Governance* (Osborne, 2006), ne hanno promosso una ridefinizione come soggetto attivo, capace di esercitare autonomia, compiere scelte e partecipare al processo di cura. Tuttavia, tale spinta alla partecipazione può produrre nuove forme di disuguaglianza, soprattutto tra coloro – come molti anziani – che si trovano in condizioni di fragilità cognitiva, economica o relazionale, e che non sono in grado di compiere scelte informate e consapevoli.

In questo quadro si inserisce il concetto di ageismo (Butler, 1969), per descrivere un insieme di stereotipi, pregiudizi e discriminazioni rivolti alle persone in base alla loro età. Come evidenziato da Ayalon e Tesch-Römer (2018), l'ageismo attraversa i diversi livelli dell'agire sociale: il micro, nelle interazioni tra professionisti, pazienti e *caregiver*; il meso, nelle culture organizzative, e il macro, nei quadri normativi che regolano l'accesso, la qualità e l'equità dei servizi.

Questa *Special Issue* della rivista Salute e Società si propone di esplorare l'ageismo sia sul versante teorico sia su quello empirico, con due obiettivi principali: contribuire alla costruzione di una riflessione sociologica sul tema, ancora scarsamente sviluppata in ambito italiano, e promuovere una riflessione critica e multidimensionale, capace di collegare i diversi livelli di analisi (micro, meso e macro) mettendo in luce come le discriminazioni legate all'età non siano naturali, ma socialmente prodotte e potenzialmente trasformabili attraverso processi di *agency*, negoziazione e resistenza.

I saggi proposti in questo numero monografico si articolano lungo tre assi tematici. Il primo esplora la relazione tra ageismo e contesti sanitari, luoghi emblematici del contrasto tra pressione alla standardizzazione delle pratiche e necessità di personalizzazione dei processi di cura. Zaltron e Allegri approfondiscono, in chiave interazionista, la divisione del lavoro tra professionisti della sanità, mostrando come la prospettiva dell'ordine negoziato di Strauss (1985) permetta di rilevare micro-pratiche di resistenza all'ageismo. Calvi e Mercuri, adottando la stessa prospettiva teorica, indagano le interazioni terapeutiche tra pazienti, *caregiver* e professionisti sanitari, evidenziando sia rischi di discriminazione sia forme di partecipazione dei pazienti e dei *caregiver* nella co-costruzione del percorso di cura.

Il secondo asse riguarda le rappresentazioni socioculturali dell'invecchiamento e della discriminazione basata sull'età. Van Rijn, Meyer-Wyk, Reinhard, Kajander, Seiger, Wollgast e Wurm discutono le origini e le conseguenze dell'ageismo, sottolineando il ruolo centrale dei media e del sistema sanitario nella costruzione di stereotipi dannosi per la salute e la qualità della vita degli anziani. Atzori analizza criticamente le app digitali rivolte alla popolazione anziana, mostrando come esse rafforzino rischi di discriminazione all'interno di una retorica performativa dell'invecchiamento fondata su autonomia e produttività, escludendo così le soggettività fragili.

Il terzo asse tematico indaga pratiche innovative dedicate agli anziani, tenendo sullo sfondo i rischi di discriminazione basati sull'età. Sena e Galigani analizzano una sperimentazione di telemedicina in un'area montana interna, rivelando potenzialità e limiti nell'accesso alle cure per gli anziani. Pellegrinelli e Miele discutono le potenzialità delle attività artistiche per coinvolgere persone con declino cognitivo nella progettazione di tecnologie assistive a loro dedicate. Infine, Ganugi, Magliacane e Prandini studiano la situazione di anziani autonomi che vivono da soli in due quartieri bolognesi, evidenziando il rapporto complesso tra solitudine e diritto alla città, che le politiche pubbliche dovrebbero garantire.

Nel loro insieme, i saggi raccolti in questo volume evidenziano che affrontare criticamente l'ageismo significa non solo tutelare i diritti delle persone anziane, ma interrogare l'intero progetto sociale di convivenza tra generazioni. Nei paragrafi che seguono, (Mercuri, Calvi e Zaltron) propongono una lettura dell'invecchiamento e dell'ageismo nei contesti sanitari mettendo in luce, attraverso l'analisi delle pratiche professionali, la tensione tra soggettivazione e oggettivazione delle persone anziane e interrogando criticamente il ruolo delle logiche organizzative nella costruzione quotidiana delle relazioni di cura.

2. Processi di invecchiamento

L'invecchiamento della popolazione è un fenomeno composito, che deriva da trasformazioni di lungo respiro: il miglioramento delle condizioni igienico sanitarie, che hanno contribuito ad allungare sensibilmente la speranza di vita; ma anche la riduzione della fecondità e il progressivo posticipare il momento in cui si diventa genitori. Tali trasformazioni hanno inciso sull'invecchiamento sul piano individuale, ma anche collettivo: non sono, infatti, solo le persone a invecchiare, ma le società nel complesso. Nel no-

stro paese, il quadro dei dati demografici mostra chiaramente quanto l'Italia stia invecchiando: secondo l'Istat, nel 2024 il 24,3% della popolazione è composta da persone che hanno almeno 65 anni, e l'età media a livello nazionale è di 46,6 anni. L'indice di vecchiaia, al 199,8%, indica come per ogni bambino/a tra 0 e 14 anni vi siano quasi due persone over 65, proporzione destinata a triplicare nel 2050, quando si stima che l'indice di vecchiaia sarà del 309%, per effetto combinato del crescere della proporzione di persone con almeno 65 anni (che saranno il 34,5% della popolazione, vale a dire una su tre), e del costante diminuire dei residenti più giovani. Al livello individuale, la speranza di vita alla nascita è tornata ai livelli pre-Covid, ed è fra le più alte del mondo occidentale, con 83 anni nel 2023, di cui 81 per gli uomini e 85,1 per le donne; i dati Eurostat, inoltre, mostrano che chi aveva 65 anni nel 2022 poteva sperare, in media, di avere davanti a sé circa 10 anni di vita in buona salute. I processi di invecchiamento sono stati oggetto di indagine sociologica da diverse prospettive, di cui Arlotti (2024) propone un'utile rassegna distinguendo uno sguardo positivo, uno negativo, e uno critico. Il primo si caratterizza per una forma di "catastrofismo" che inquadra l'invecchiamento come problematico per la tenuta delle strutture sociali (aumento dei bisogni, tensioni fra le generazioni, consumo di risorse); il secondo, viceversa, mette l'accento sulle condizioni sempre migliori della popolazione anziana, in termini di risorse materiali, di salute, e di coinvolgimento nella vita sociale. Entrambe le prospettive, pur se da posizioni opposte, scontano una tendenza a uniformare e stereotipizzare l'esperienza dell'invecchiamento. Il terzo sguardo, infine, tenta di problematizzare proprio tale tendenza, mettendo in luce la complessità e l'eterogeneità dei processi di invecchiamento. Questo breve excursus apre la strada ad almeno due riflessioni, fra loro intrecciate, nelle quali una tensione fra rappresentazioni dell'età anziana come caratterizzata da autonomia e *agency*, da un lato, e viceversa come destinata alla dipendenza e alla passività dall'altro, è trasversale. La prima ha a che fare con i modi in cui si dà senso a un periodo del corso di vita destinato sempre più a dilatarsi o a spostarsi in avanti, a seconda della definizione dei suoi "confini". Le definizioni della senilità sono, infatti, prodotti storico-culturali, soggette a continue produzioni e ri-produzioni discorsive che poco hanno a che fare con processi biologici e "naturali": nelle società occidentali contemporanee, a una "terza età" caratterizzata da attività e partecipazione si fa culturalmente seguire una "quarta età" passiva, malata, in declino, fondamentalmente "altro" (Higgs, Gilleard, 2015). Queste rappresentazioni hanno influenzato anche la definizione delle politiche destinate alla popolazione anziana, riconducibili principalmente a due ambiti: la *long term care* (LTC), che offre as-

sistenza in varie forme alle persone anziane non autosufficienti; e l'*Active ageing*, che viceversa immagina interventi per favorire partecipazione, salute e sicurezza di chi invecchia, con un'enfasi sulla responsabilità individuale che rischia però di definire percorsi "di successo" e "fallimentari" perdendo di vista l'eterogeneità dei corsi di vita e le diverse dotazioni di capitale – economico, culturale e sociale – delle persone che invecchiano (Cappellato *et al.*, 2021). La seconda riflessione, dunque, che deriva dalla precedente, chiama in causa il tema dell'eterogeneità interna della categoria di "persone anziane" e delle disuguaglianze e i rischi di discriminazione che vi si nascondono. È utile, infatti, ricordare come il rischio di esclusione in età anziana sia multidimensionale, e interessi almeno sei ambiti: la comunità territoriale del vicinato; la partecipazione civica; i servizi (sociali, sanitari, abitativi, di trasporto, di informazione, commerciali); le risorse materiali e finanziarie; le relazioni sociali; e gli aspetti socioculturali (Walsh *et al.*, 2017). Questi ultimi fanno riferimento a come l'età anziana è rappresentata culturalmente all'interno di una società, e alle conseguenze di tali rappresentazioni, potenzialmente discriminatorie: si tratta, infatti, dei rischi di esclusione identitaria, discorsiva e simbolica, e di discriminazione su base ageista. Proprio questo sarà l'oggetto del prossimo paragrafo.

3. Ageismo nei contesti sanitari

Il WHO (2021) e la "Carta of Florence" (Ungar *et al.*, 2024) – primo manifesto mondiale contro l'ageismo sanitario redatto da un gruppo di geriatri e gerontologi – hanno riconosciuto l'effetto negativo dell'ageismo sulla salute e sul benessere della popolazione anziana.

Come evidenziato nel primo paragrafo, con il termine ageismo si fa riferimento ad una specifica discriminazione basata sull'età che colpisce soprattutto le persone anziane (Butler, 1969; Ayalon, Tesch-Römer, 2018). La definizione di tale concetto si è evoluta nel tempo e per una disamina di questa evoluzione si rimanda al recente articolo di Okun ed Ayalon (2024).

Nell'ambito dei servizi sanitari, la definizione più riconosciuta è quella di Iversen e colleghi (2009, p. 13, trad.it a cura dell'autrice): «L'ageismo è definito come stereotipi negativi o positivi, pregiudizi e/o discriminazioni contro (o a vantaggio di) persone anziane sulla base della loro età cronologica o sulla base di una percezione di loro come "vecchi" o "anziani". L'ageismo può essere implicito o esplicito e può essere espresso a livello micro, meso o macro». Successive riflessioni sul tema hanno introdotto le dimensioni autodiretta ed eterodiretta dell'ageismo, sottolineando come tali

aspetti possano emergere solo a livello micro, ovvero nelle interazioni tra gli individui.

L'ageismo nei servizi sanitari e nei servizi sociali ospedalieri è una realtà diffusa (tra gli altri, Wyman *et al.*, 2018; Ungar *et al.*, 2024) e, a nostra conoscenza, non ancora adeguatamente indagata in Italia, sebbene la pandemia da COVID-19 abbia messo in evidenza la diffusione di una discriminazione esplicita basata sull'età nell'assistenza sanitaria a livello globale. Come precedentemente accennato, in ambito sanitario l'ageismo si può tradurre in pratiche discriminatorie che si sviluppano a livello individuale (micro), cioè del singolo professionista sanitario attraverso la messa in atto, ad esempio, di una medicina paternalistica o del cosiddetto nichilismo terapeutico; a livello di gruppi sociali o contesti organizzativi (meso) in cui si radicano regole e procedure standardizzate che determinano l'agire professionale (ad esempio, la ridotta tempistica per le visite); a livello di politiche (macro), come ad esempio l'esclusione della popolazione anziana dai *trials* clinici.

La Carta of Florence (Ungar *et al.*, 2024) esplicita, inoltre, come l'ageismo sanitario possa permeare le istituzioni deputate alla cura a livello strutturale influenzando, oltre alle pratiche cliniche, la progettazione ma anche la gestione stessa delle strutture sanitarie e della tecnologia utilizzata in sanità con ricadute sensibili in termini di riduzione dell'accesso ai servizi di assistenza per i pazienti anziani.

Per una disamina delle pratiche ageiste in ambito sanitario si rimanda al lavoro seminale di Wyman e colleghi (2018), da cui emerge che le discriminazioni basate sull'età colpiscono i pazienti anziani per tutto il corso della traiettoria di malattia, senza grandi differenze tra patologie e quindi tra specialità mediche. In particolare, nella fase della diagnosi emergono stereotipi legati alla considerazione di sintomi come “normali” per le fasce di età più avanzate o disparità nella messa in atto di procedure diagnostiche (ad esempio la mancata prescrizione di esami specifici). Nella fase del trattamento si registra, invece, la convinzione di alcuni operatori sanitari rispetto alla mancata risposta a terapie o a procedure specifiche (soprattutto quelle chirurgiche). Per quanto riguarda la gestione della malattia, è utile fare riferimento alla questione dell'aderenza terapeutica che, sebbene apparentemente riguardi solo i pazienti, in realtà lega a doppio filo professionisti sanitari e malati. Essa, infatti, si rivela un campo in cui si possono sviluppare pratiche ageiste eterodirette ma anche autodirette. Nel primo caso si fa riferimento al fatto che gli operatori sanitari possono influenzare in modo significativo il livello di *compliance* dei pazienti – è sufficiente pensare all'effetto di un colloquio tra paziente e medico quando quest'ultimo riesce

a motivare il malato a seguire la terapia, o al ruolo cruciale del personale infermieristico nello spiegare chiaramente le modalità di assunzione dei farmaci; nel secondo caso, invece, sono gli stessi pazienti anziani a non aderire correttamente ai piani terapeutici prescritti a causa di atteggiamenti negativi nei confronti dell'invecchiamento e della propria condizione di salute associata all'età. È utile però sottolineare che adottando una lettura delle pratiche ageiste più attenta al contesto e quindi ai vincoli strutturali e alle interazioni tra gli attori sulla scena della cura, la *compliance* potrebbe diventare l'esito di negoziazioni continue tra pazienti e professionisti sanitari, così come la mancata aderenza al piano terapeutico da parte dei primi potrebbe configurarsi come atto di resistenza. L'adozione di questa prospettiva permette quindi di far emergere la tensione dicotomica tra oggettivazione e soggettivazione degli anziani già richiamata nei precedenti paragrafi.

4. Ageismo e pratiche di cura: riflessioni conclusive

La tensione tra soggettivazione e oggettivazione delle persone anziane, richiamata in più passaggi di questo contributo, attraversa in profondità i processi di invecchiamento: si ritrova nelle rappresentazioni socialmente costruite dell'età anziana, nelle politiche pubbliche che la governano, nelle forme organizzative dei servizi sanitari, ma anche nelle relazioni di cura quotidiane e, non da ultimo, nelle stesse prospettive teoriche che hanno cercato di definire e analizzare l'ageismo.

L'aspetto critico di questa contrapposizione risiede nel rischio di riprodurre una dicotomia rigida e generalizzante tra *agency* e passività, tra autonomia e dipendenza. Tale dicotomia non solo semplifica la complessità delle esperienze di cura, ma rischia anche di riprodurre forme implicite di riduzionismo: psicologizzando le condotte dei pazienti oppure naturalizzando le pratiche professionali come unidirezionali.

A nostro avviso – ed è questo uno degli obiettivi centrali della presente *Special Issue* – risulta più produttivo interrogare i modi in cui questa tensione prende forma in modo situato, all'interno del “farsi quotidiano” delle relazioni di cura. Si tratta, in altri termini, di osservare come le possibilità di azione dei soggetti anziani si configurino di volta in volta in relazione a vincoli e risorse di ordine strutturale, relazionale e materiale: nella distribuzione del tempo, nell'organizzazione del lavoro professionale, nei dispositivi comunicativi e tecnologici, nelle norme implicite che regolano l'interazione.

Per affrontare questa complessità, ci è parso fruttuoso riferirci al concetto di pratiche di cura, così come sviluppato, seppure con accenti differenti, da Mol (2008) e Dahl (2017). Entrambe le autrici mettono in discussione una concezione della cura fondata sull'autonomia decisionale e sulla libera scelta, per sostituirla con una visione situata e relazionale, in cui la cura si configura come un "assemblaggio" eterogeneo di atti, saperi, strumenti, affetti, norme e conflitti. In particolare, Mol propone una lettura alternativa della cura rispetto alla retorica della scelta del paziente, sostituendole una "logica della cura" basata su aggiustamenti continui, co-produzione di significati, attenzione al contesto e sperimentazione situata. La cura, in questa prospettiva è dunque un processo distribuito, materiale e relazionale, che si costruisce nel fare quotidiano. Dahl, da parte sua, riconcettualizza la cura come assemblaggio frammentato, attraversato da logiche spesso in competizione – professionali, affettive, familiari, manageriali – e invita a leggerla non come un bene universale, ma come un campo di tensioni politiche e morali.

Come osservato da Cappellato (2022), l'approccio di Dahl tende a trascurare la materialità della cura – fatta di oggetti, ambienti, strumenti, tempi e corpi – centrale invece nelle teorie delle pratiche (Gherardi, 2000), che leggono la cura come attività performativa e situata, basata su un sapere incarnato e distribuito tra attori umani e non umani. In una prospettiva affine, Strauss (1985) interpreta la cura come lavoro collettivo e processuale, costruito attraverso il coordinamento negoziale di ruoli, responsabilità e risorse, e come un processo dinamico e situato, che coinvolge quotidianamente pazienti, professionisti, *caregiver* e istituzioni.

Assumere le pratiche, nelle sue differenti accezioni, come chiave analitica consente non solo di studiare ciò che accade nei contesti di cura, ma anche di osservare come, nel vivo dell'interazione, si costruiscano o si ostacolino opportunità di riconoscimento, *agency* e inclusione.

La soggettività della persona anziana non è data in modo essenziale, né attribuita una volta per tutte: essa emerge o viene negata nel corso di azioni, scelte, deleghe, resistenze e alleanze che attraversano le relazioni concrete di cura. In questo senso, la prospettiva delle pratiche ci sembra permettere di problematizzare la tensione tra soggettivazione e oggettivazione, rendendola osservabile nei contesti situati in cui si produce. Proprio in tale direzione, in alcuni contributi di questa *Special Issue*, è stata utilizzata per interrogare e comprendere le forme che l'ageismo può assumere nella quotidianità dei servizi di cura, trasformandolo da oggetto astratto a questione concreta, politica e relazionale.

Bibliografia

- Arlotti M. (2024). *Anziani, povertà e disuguaglianze sociali. Una prospettiva multidisciplinare*. Bologna: Il Mulino.
- Ayalon L., Tesch-Römer C. (2018). *Contemporary Perspectives on Ageism*. Cham: Springer.
- Barzelay M. (2002). Origins of the New Public Management: An International View from Public Administration/Political Science. In: McLaughlin K., Osborne S.P., Ferlie E., eds., *New Public Management: Current Trends and Future Prospects*. London: Routledge, 15-33.
- Butler R.N. (1969). Ageism: Another form of bigotry. *The Gerontologist*, 9(4): 243-246.
- Cappellato V. (2022). *Ripensare la non autosufficienza. Logiche di cura a confronto*. Bologna: Il Mulino.
- Cappellato V., Gardella Tedeschi B., Mercuri E. (2021). *Anziani. Diritti, bisogni, prospettive. Un'indagine sociologica e giuridica*. Bologna: Il Mulino.
- Dahl H.M. (2017). *Struggles in (Elderly) Care: A Feminist View*. London: Palgrave Macmillan. DOI: 10.1057/978-1-137-57761-0
- Fredson E. (1970). *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. New York: Harper & Row.
- Gherardi S. (2000). Practice-Based Theorizing on Learning and Knowing in Organizations. *Organization*, 7(2): 211-223. DOI: 10.1177/135050840072001
- Higgs P., Gilleard C. (2015). *Rethinking Old Age. Theorizing the Fourth Age*. London: Palgrave Macmillan.
- Iversen T.N., Larsen L., Solem P.E. (2009). A conceptual analysis of ageism. *Nordic Psychology*, 61(3): 4-22. DOI: 10.1027/1901-2276.61.3.4
- Mol A. (2008). *The Logic of Care: Health and the Problem of Patient Choice*. London: Routledge.
- Okun S., Ayalon L. (2024). Ageism: the importance of the linguistic concept for the construction of the experience. *Ageing & Society*, 44: 1354-1368. DOI: 10.1017/S0144686X22000708
- Osborne S.P. (2006) The New Public Governance? *Public Management Review*, 8(3):377-387. DOI: 10.1080/14719030600853022
- Ranci C., Pavolini E. (2024). *Le politiche di welfare*. Bologna: Il Mulino.
- Strauss A. (1985). Work and the Division of Labor. *The Sociological Quarterly*, 26(1): 1-19. DOI: 10.1111/j.1533-8525.1985.tb00212.x
- Ungar A., Cherubini A., Fratiglioni L., de la Fuente-Núñez V., Fried L.P., Krasovitsky M.S., Tinetti M.E., Officer A., Vellas B., Ferrucci L. (2024). Carta of Florence Against Ageism: No Place for Ageism in Healthcare. *The Journals of Gerontology, Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 79(3): 1-5. DOI: 10.1093/gerona/glad264
- Walsh K., Scharf T., Keating N. (2017). Social exclusion of older persons. A scoping review and conceptual framework. *European Journal of Ageing*, 14(1): 81-98. DOI: 10.1007/s10433-016-0398-8

- WHO (2021). *Global Report on Ageism*. Geneva: World Health Organization.
- Wyman M.F., Shiovitz-Ezra S., Bengel J.L. (2018). Ageism in the Health Care System: Providers, Patients, and Systems. In: Ayalon L., Tesch-Römer C., eds., *Contemporary Perspectives on Ageism*. International Perspectives on Aging, 19. Cham: Springer. DOI: 10.1007/978-3-319-73820-8_13

ARTICOLI

Origins and consequences of ageism in today's society

Elaine van Rijn*, Frauke Meyer-Wyk* **, Ann-Kristin Reinhard**, Nina Kajander*, Fiona Seiger*, Jan Wollgast*, Susanne Wurm**

With the global population growing older, promoting healthy ageing is a priority. Ageism, the stereotypes, prejudice and discrimination people have towards others or themselves based on age, can have a significant impact on the ageing process. Ageism against older people has a wide range of origins, but the media can play an important role in contributing to the formation of stereotypes or reinforcing existing ones. The consequences of ageism are widespread and have an effect on people's health. Negative views on ageing are linked to a shorter lifespan, worse quality of life, depressive symptoms, worse memory and functional decline. Ageism is also present within the healthcare system, where it can lead to reduced access to treatment or preventative measures for older adults, as well as to barriers to engage in health promoting behaviours or even refusal to access healthcare. The present paper provides recommendations on how to address ageism, for example, through awareness campaigns, intergenerational contact, the development of age-sensitive communication guidelines, more focus on prevention and health promotion early in life, and implementation of policies that prevent age discrimination. Overall, if people age in a healthier way, they will be more capable to deal with the challenges of a society of longevity, which will ultimately benefit the society as a whole.

Keywords: ageing; ageism; longevity; media; health; healthcare.

Introduction

The world population is growing older. Until the start of the COVID-19 pandemic, global life expectancy at birth increased from 66.8 years in 2000 to 73.1 years in 2019, while global healthy life expectancy increased from

* European Commission, Joint Research Centre (JRC), Ispra, Italy. elaine.van-rijn@ec.europa.eu

** Department of Prevention Research and Social Medicine, Institute for Community Medicine, University Medicine Greifswald, Greifswald, Germany. frauke.meyer-wyk@med.uni-greifswald.de

58.1 years in 2000 to 63.5 years in 2019. Following the pandemic, both global life expectancy and healthy life expectancy dropped in 2021, to 71.4 years and 61.9 years, respectively (World Health Organization, 2024). Since 2022, life expectancy has returned to levels observed before the pandemic in nearly all countries and is rising again (United Nations, 2024). Increased life expectancy is related to several factors, such as reduced infant mortality, improved living standards and lifestyles, better education, and advances in healthcare and medicine (Bernini *et al.*, 2024). Whereas life expectancy is going up, birth rates are declining. These two phenomena contribute to population ageing and a transition towards a society of longevity, with an increasing proportion of older people (Kajander *et al.*, 2024a). This demographic shift presents two central objectives for public health: to promote healthy ageing and to promote a high quality of life across the entire lifespan. This will enable people to actively shape their lives to age healthily, to share their experience and time with those around them, and to play an active role in society, the economy and their families. The resources that society gains from this development could offset the negative impacts of demographic change, such as increased healthcare expenditure and higher demands placed on the healthcare system from those experiencing poor health. Accordingly, the United Nations and the World Health Organization declared the years 2021-2030 as Decade of Healthy Ageing. This initiative focuses on four areas for action: age-friendly environments, integrated care, long-term care, and combatting ageism. It includes a global campaign to change the narrative around age and ageing (World Health Organization, 2020).

Extensive research indicates that ageism affects the ageing process (Chang *et al.*, 2020; Westerhof *et al.*, 2023). This paper aims to provide an overview of the origins and consequences of ageism, deriving recommendations for its prevention. It will first outline the conceptualisation and manifestations of ageism, and then discuss societal origins of ageism, focusing on the role of the media. Next, the paper will examine the consequences of ageism, particularly for health and the healthcare sector. The paper will conclude with recommendations on how to address ageism. The focus will be on ageism towards older adults.

1. Conceptualisation and manifestations of ageism

Ageism is defined as the «stereotypes (how we think), prejudice (how we feel) and discrimination (how we act) directed towards others or oneself

based on age» (World Health Organization, 2021, p. 2). Ageism can be implicit or explicit. When implicit, people are not consciously aware that they are ageist, whereas explicit ageism involves conscious and intentional actions (World Health Organization, 2021). Although ageism affects all age groups, it is often directed at older adults. While younger age groups may face ageism, for example, as younger employees in the work context (i.e. “Youngism”, Francioli, North, 2021), older adults cannot outgrow the age group subjected to ageism. Ageism is typically associated with negative expressions, but it encompasses both positive and negative aspects. For instance, older people may be associated with frailty, illness and incompetence, but also wisdom, warmth and morality (Cuddy, Fiske, 2002; Fiske *et al.*, 2002). Negative expressions of ageism can harm older people, as it may lead to them behaving as expected, thus becoming a self-fulfilling prophecy (Ayalon, Tesch-Römer, 2018).

Views on ageing (VoA) refer to people’s conceptions about older people, old age, and ageing in general, as well as conceptions of their own age and ageing. This includes subjective ageing, which are individuals’ subjective experiences, beliefs and evaluations of their own ageing (Wurm *et al.*, 2017; Sabatini *et al.*, 2025). VoA can be positive or negative. People with negative (or loss-oriented) VoA see ageing, for example, as a period of an inevitable mental or physical deterioration, or a time of social losses. Those with positive (or gain-related) VoA may think of ageing in terms of having plans for the future, learning new things and feeling valued (Wurm *et al.*, 2017; Wurm *et al.*, 2022). A recent cross-sectional study comparing VoA across adult life found that in their mid-20s, people started feeling younger than their chronological age. Only participants over the age of 77 considered themselves “old people”. Loss-oriented views increased across age groups of individuals between 18 and 85 years. VoA should thus be conceptualised as a lifespan construct, particularly since VoA affect behaviour towards older people and individual development in later life (Wurm *et al.*, 2025).

Ageism is manifested at different levels. At the micro-level, ageism is concerned with the individual, where it can be directed towards oneself or towards other people (self- vs. other-oriented ageism). At the meso-level, ageism is related to social groups and institutions. Finally, at the macro-level ageism considers cultural and societal values, for example, as reflected in language, humour and the media (Ayalon, Tesch-Römer, 2017; Ayalon, Tesch-Römer, 2018; Iversen *et al.*, 2009; World Health Organization, 2021). Ageism should be considered in a broad context, as it interacts with other intersectional prejudices such as race, gender or

socioeconomic status (Chang *et al.*, 2020). Ageism is a global challenge: worldwide one in two people are ageist against older people and in Europe, one in three people reported having experienced ageism (World Health Organization, 2021).

2. Origins of ageism: the example of the media

Ageism against older people has various origins. Firstly, individuals grow up with cultural age stereotypes and over the course of life, they internalise such stereotypes and incorporate them into their perceptions of ageing (Levy, 2009). This way, age stereotypes affect how individuals perceive and treat older adults, as well as how people see themselves as they age. Cultural “messages” about ageing are reflected in media and cultural norms, welfare-state services (e.g. statutory retirement age), and institutions (e.g. how companies deal with older employees). In addition, people try to psychologically distance themselves from belonging to the group of older people by feeling younger (for a meta-analysis: Pinquart, Wahl, 2021), as well as from reminders of mortality (Martens *et al.*, 2005). Ageism can originate from personal experiences with ageing, intergenerational contact, socioeconomic resources, and health.

Self-directed ageism affects the health of the older individual, with lower levels of self-directed ageism found to be associated with a better physical and mental health. Other-oriented ageism is influenced by factors such as anxiety of ageing, fear of death, and economical resources. However, the most robust determinants of other-directed ageism are the quality of contact with older people and the presentation of older people. Higher quality contact with older people and a more positive presentation of older people reduce other-directed ageism (Marques *et al.*, 2020).

The media play a crucial role in older people’s portrayal, particularly in terms of dissemination and formation of ageist ideas or images (Harwood, 2007; Nussbaum *et al.*, 2000; Ylänné, 2015). By setting thematic priorities, media can either create public awareness of older people’s opinions and experiences or erase them from public perception and discourse. Media co-construct audiences’ perceptions of the world and the people in it (Harwood, 2007; Nussbaum *et al.*, 2000). For example, underrepresentation or invisibility of older people could suggest that not many older people exist or that they are less important than other age groups (Nussbaum *et al.*, 2000). Media can also shape the interpretation of topics through narratives and frames. For instance, older people could be depicted as a threat and

burden to society in the context of demographic change (e.g. Thimm, 2009). Furthermore, visual and verbal portrayal of older people, such as in movies, on social media or in the news, teaches audiences specific social role behaviour (Nussbaum *et al.*, 2000). From childhood onwards, media consumers learn how older people should look and behave, contributing to the formation of stereotypes or reinforcing existing ones (Loos, Ivan, 2018).

In recent decades, studies found that older people (particularly older women and very old people) are severely underrepresented in traditional media, such as television, relative to their share of the population (e.g. Kessler *et al.*, 2004; Markov, Yoon, 2021). Older female actors received fewer film roles (Lincoln, Allen, 2004), were less represented in fictional television content (Markov, Yoon, 2021), and received fewer awards (Markson, Taylor, 1993) than older male actors. Fewer older characters and a similar gender ratio were also observed in media for children, with some exceptions such as Disney productions (Danowski, Robinson, 2012; Robinson, Howatson-Jones, 2014). Some studies have observed a slight increase in the presence of older people in the media over recent decades (Edström, 2018; Loos, Ivan, 2018; Markov, Yoon, 2021; Ylänné, 2015).

Studies on the quality of the portrayal provide more nuanced results. While news formats tend to problematise old age – for example, older people were primarily associated with vulnerability during the COVID-19 pandemic (e.g. Jen *et al.*, 2021; Zhang, Liu, 2021) – entertainment formats partly portray older people in an overly positive manner (Kessler *et al.*, 2004; Markov, Yoon, 2021). Again, more favourable portrayals of older male than female characters were found. Characteristics such as leadership and power were more often connected to older male than older female characters (Edström, 2018). In children's media, older characters were often peripheral figures with more negative features (such as helplessness, loss of power, foolishness or grumpiness) than positive features (such as a caring, friendly and understanding nature, good health or wisdom) (Robinson, Howatson-Jones, 2014). Studies have noted a shift towards more positive portrayals (Kessler, 2015; Thimm, 2009; Ylänné, 2015), but unbalanced and overly positive portrayals create unrealistic ideals of ageing that do not do justice to the reality of many older people's lives (Loos, Ivan, 2018; Reul *et al.*, 2023). A lack of diversity in the portrayal of older people fails to capture the multifaceted characteristics and life situations of older adults (Harwood, 2007; Kessler, 2015; Reul *et al.*, 2023; Thimm, 2009). Additionally, older people tend not to be portrayed in certain life domains, such as fashion and romance (Edström, 2018; Reul *et al.*, 2023).

Age-based discrimination against older adults also appears on social media, as highlighted during the COVID-19 pandemic, where ageism in the context of the rollout of vaccines was found on Twitter (e.g. Jimenez-Sotomayor *et al.*, 2020; Bacsu *et al.*, 2024). Conversely, older adults creating content on social media platforms such as TikTok challenge negative VoA by defying age stereotypes and calling out ageism (Ng, Indran, 2022).

3. Consequences of ageism: the example of health and healthcare

Ageism has widespread consequences and poses a problem for several reasons. Firstly, it has a universal impact as it affects everybody at some point in their life (Iversen *et al.*, 2009). Secondly, ageism can intersect with other -isms, such as sexism, racism and disablism, leading to multiplied marginalisation for certain population groups (Ayalon, Tesch-Römer, 2018; World Health Organization, 2021). Thirdly, ageism is self-reinforcing (Ayalon, Tesch-Römer, 2018). Loss-oriented VoA cause older people to both experience and create restrictions for themselves in the ageing process (Swift *et al.*, 2017). Examples include withdrawal from social and physical activities, lower likelihood to seek healthcare, intention to retire, lower employment chances and training opportunities, and refusal of certain treatments to older patients. These restrictions can ultimately result in older people suffering losses in their physical, social, financial and mental capacities, in turn fulfilling ageist stereotypes (Swift *et al.*, 2017). Thus, ageism adversely affects successful ageing; i.e. ageing with a low risk of disease and disability, high cognitive and physical function, and high engagement with life (Sabatini *et al.*, 2025).

Studies have found that ageism affects people's health, influencing both how long people live and how healthy they grow older (Chang *et al.*, 2020; Sabatini *et al.*, 2025; Westerhof *et al.*, 2023). Negative internalised ageist beliefs are associated with poorer health and well-being (Henry *et al.*, 2024). Ageism predicts worse health outcomes globally, particularly in less-developed countries, possibly due to lower resources available. The effect of ageism on health at the structural level has increased over time (Chang *et al.*, 2020). At the individual level, negative VoA are associated with physical and mental health issues such as a shorter lifespan, lower quality of life, depressive symptoms, worse memory, and functional decline (ibid), while positive VoA are linked with positive health outcomes, lower risks of mental and physical health conditions, and longer life expectancy

(Sabatini *et al.*, 2025; Westerhof *et al.*, 2023; Wurm *et al.*, 2017). However, the relationship between VoA and successful ageing is likely bidirectional. A longitudinal study from Germany found that in the short term, negative self-perceptions of ageing reduced negative affect in older adults that experienced a serious health event. However, in the long term they experienced more functional limitations (Wolff *et al.*, 2017). Recent studies found that newly diagnosed health conditions such as cardiovascular events can lead to more negative VoA, which can decrease motivation to invest in health maintenance, prevention, rehabilitation, training, and social connectedness (Sabatini *et al.*, 2025; Wurm *et al.*, 2020), creating a self-reinforcing cycle. Social inequality can amplify this; individuals with lower socio-economic status have more negative VoA (Beyer *et al.*, 2017), higher likelihood to experience health events, and earlier age-related health status decline (e.g. Littlewood *et al.*, 2025; Beydoun *et al.*, 2025). Accordingly, successful and healthy ageing is less likely for people with low socioeconomic status and with increasing age (e.g. Hank, 2011; Wagg *et al.*, 2021). Overly positive ideals of ageing risk stigmatising those with fewer health and socio-economic resources. Thus, positive concepts of ageing should be promoted cautiously to avoid establishing unrealistically positive norms and marginalising specific groups, creating further ageism.

Ageism is present in many different aspects of healthcare (Ungar *et al.*, 2024). Age-based discrimination of older people can lead to less access to treatment or preventative measures, and along with internalised stereotypes, this could create barriers to health promoting behaviours or refusal to access healthcare. Additionally, healthcare typically focuses on treatment rather than on prevention or health promotion. Treatment tends to target one disease at a time, but older patients often have multiple chronic medical conditions. Treatment courses are usually based on evidence from younger generations with fewer comorbidities, leading to potentially incorrect or even harmful interventions in older adults (*ibidem*).

Older patients are often excluded from or underrepresented in clinical trials, contributing to a lack of evidence-based medicine for this age group (Chang *et al.*, 2020; Ungar *et al.*, 2024). Furthermore, older persons are typically not involved in treatment decision making, which can result in poor adherence to treatment plans. Communication between care providers is often lacking, which is problematic for those with multiple problems. Care providers may be influenced by negative age stereotypes, leading to inadequate responses to the prevention and healthcare needs (Schüttengruber *et al.*, 2022; Ungar *et al.*, 2024). Negative VoA also contribute to staff shortages in aged care sectors, such as nursing (Henry *et*

al., 2024; Ungar *et al.*, 2024). Healthcare facilities often lack spaces tailored to older patients' needs, such as for rehabilitation or socialisation, and hospitals are often not designed for easy mobility of older adults. Finally, the increased use of technology in healthcare can further reduce accessibility, as older people may not be accustomed to using digital technology (Ungar *et al.*, 2024).

Conclusion

In a world with an increasingly older population, promoting healthy ageing is crucial to improve the well-being and active participation of older people in society, and reduce costs associated with a society of longevity (Levy *et al.*, 2020). Addressing ageism is essential, particularly considering its detrimental effect on health. Ageism can be tackled at the micro-, meso- and macro-level. At the micro-level, individuals should reflect on their own VoA and ageism experiences. Increased awareness of the existence of ageism, including one's own implicit ageist beliefs, can help recognise and challenge ageist stereotypes in any context. Awareness campaigns should target the general public, as well as healthcare professionals and journalists. At the meso-level, intergenerational contact in community programmes can encourage understanding and solidarity across age groups (Kajander *et al.*, 2024a; Kajander *et al.*, 2024b; World Health Organization, 2021; Wurm *et al.*, 2024). At the macro-level, ageism should be addressed in systems such as healthcare, education and the labour market, as well as in the media. The media represent a wide-reaching, effective platform for promoting positive and balanced VoA. Initiatives include raising awareness of ageism among relevant professional groups and providing training on age-sensitive communication. Communication guidelines should include information on how to use respectful language, avoid ageist terms and generalisations, and choose images that are not ageist (Kajander *et al.*, 2024b).

Since ageism and healthy ageing are interdependent, reducing ageism requires promoting healthy and active ageing throughout the lifespan. This can initiate an upward spiral. Healthy people are more able to participate in society and deal with the challenges of a society of longevity, which will benefit the older people themselves and positively change both their perspective and societal VoA, to eventually promote older people's own healthy ageing process (Kajander *et al.*, 2024a; Wurm *et al.*, 2024). However, the concepts of healthy, active and successful ageing must be implemented with caution, to not dominate public and political views to the ex-

clusion of other authentic ageing experiences, and to prevent stigmatisation of older people who do not meet the classic criteria for healthy and successful ageing (Langmann, Weßel, 2023). Acknowledging diverse experiences of ageing and recognising other resources in old age, such as resilience and social relationships, is needed (Waddell *et al.*, 2025). A comprehensive anti-ageist strategy should encompass an inclusive agenda for old age and ageing. Messages and campaigns should represent older people in their diversity. Economic policy measures should aim at sustainable pension systems with adequate pensions, flexible employment arrangements, and life-long education opportunities. Communities need age-friendly infrastructures to support mobility and social inclusion, for instance through accessible public spaces and affordable public transport. Healthcare policies should support capacities, workforce training and affordable services in the fields of geriatric care, gender-sensitive healthcare, chronic disease management and long-term care (Ribeiro, Araújo, 2025). Healthcare should focus on prevention and health promotion, the consideration of comorbidities in the treatment process, and access to age-friendly facilities (Ungar *et al.*, 2024). Finally, more inclusive and person-centred research on older adults' health and behavioural needs is needed, ensuring that health and social care are better integrated (American Psychological Association, 2025; Ungar *et al.*, 2024).

This paper provided an overview of origins and consequences of ageism against older adults, and recommendations for its prevention. It introduced the conceptual foundations of ageism, discussed its social origins based on the example of the media, analysed the impact of ageism in the context of health and healthcare, and derived recommendations for action against ageism. Finally, the paper offered a practice- and policy-oriented introduction to the topic of ageism and offered approaches for addressing ageism.

References

- American Psychological Association (2025). *APA resolution on ageism*. Available online at: <https://www.apa.org/about/policy/resolution-ageism.pdf> (11/12/2025).
- Ayalon L., Tesch-Römer C. (2017). Taking a closer look at ageism: Self- and other-directed ageist attitudes and discrimination. *European Journal of Ageing*, 14(1), 1-4. DOI: 10.1007/s10433-016-0409-9
- Ayalon L., Tesch-Römer C. (2018). Introduction to the Section: Ageism – concept and origins. In: Ayalon L., Tesch-Römer C., editors, *Contemporary Perspectives on Ageism*. International Perspectives on Aging, vol. 19. Cham: SpringerOpen.

- Bacsu J.R., Andrew M.K., Azizi M., Berger C., Cammer A., Chasteen A.L., Fraser S.A., Grewal K.S., Green S., Gowda-Sookochoff R., Mah J.C., McGilton K.S., Middleton L., Nanson K., Spiteri R.J., Tang Y., O'Connell M.E. (2024). Using Twitter to understand COVID-19 vaccine-related ageism during the Pandemic. *The Gerontologist*, 64(2): gnad061. DOI: 10.1093/geront/gnad061
- Bernini A., Icardi R., Natale F., Nédée A. (2024). *Healthcare workforce demand and supply in the EU27. Projections for the period 2021-2071*. Publications Office of the European Union, European Commission, Joint Research Centre. Available online at: <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/91d712bf-ac7f-11ef-acb1-01aa75ed71a1/language-en> (11/12/2025).
- Beydoun M.A., Georgescu M.F., Weiss J., Noren Hooten N., Beydoun H.A., Tsai J., Maino Vieytes C.A., Evans M.K., Zonderman A.B. (2025). Socioeconomic area deprivation and its relationship with dementia, Parkinson's Disease and all-cause mortality among UK older adults: A multistate modeling approach. *Social Science & Medicine*, 379: 118137. DOI: 10.1016/j.socscimed.2025.118137
- Beyer A.-K., Wurm S., Wolff J.K. (2017). Älter werden – Gewinn oder Verlust? Individuelle Altersbilder und Diskriminierungserfahrungen. In: Mahne K., Wolff J.K., Simonson J., Tesch-Römer C., editors, *Altern im Wandel: Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS)*. Wiesbaden: Springer VS.
- Chang E.S., Kannoth S., Levy S., Wang S.Y., Lee J.E., Levy B.R. (2020). Global reach of ageism on older persons' health: A systematic review. *PloS One*, 15(1): e0220857. DOI: 10.1371/journal.pone.0220857
- Cuddy A.J., Fiske S.T. (2002). Doddering but dear: Process, content, and function in stereotyping of older persons. In: Nelson T.D., editor, *Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Danowski J., Robinson T. (2012). The portrayal of older characters in popular children's picture books in the US. *Journal of Children and Media*, 6(3): 333-350. DOI: 10.1080/17482798.2011.630741
- Edström M. (2018). Visibility patterns of gendered ageism in the media buzz: A study of the representation of gender and age over three decades. *Feminist Media Studies*, 18(1): 77-93. DOI: 10.1080/14680777.2018.1409989
- Francioli S.P., North M.S. (2021). Youngism: The content, causes, and consequences of prejudices toward younger adults. *Journal of Experimental Psychology: General*, 150(12): 2591-2612. DOI: 10.1037/xge0001064
- Fiske S.T., Cuddy A.J., Glick P., Xu J. (2002). A model of (often mixed) stereotype content: Competence and warmth respectively follow from perceived status and competition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6): 878-902. DOI: 10.1037/0022-3514.82.6.878
- Hank K. (2011). How “successful” do older Europeans age? Findings from SHARE. *The Journals of Gerontology: Series B*, 66B(2): 230-236. DOI: 10.1093/geronb/gbq089
- Harwood J. (2007). *Understanding communication and aging: Developing knowledge and awareness*. Thousand Oaks, CA: Sage.

- Henry J. D., Coundouris S.P., Nangle M.R. (2024). Breaking the links between ageism and health: An integrated perspective. *Ageing Research Reviews*, 95: 102212. DOI: 10.1016/j.arr.2024.102212
- Iversen T.N., Larsen L., Solem P.E. (2009). A conceptual analysis of Ageism. *Nordic Psychology*, 61(3): 4-22. DOI: 10.1027/1901-2276.61.3.4
- Jen S., Jeong M., Kang H., Riquino M. (2021). Ageism in COVID-related newspaper coverage: The first month of a pandemic. *The Journals of Gerontology: Series B*, 76(9): 1904-1912. DOI: 10.1093/geronb/gbab102
- Jimenez-Sotomayor M.R., Gomez-Moreno C., Soto-Perez-de-Celis E. (2020). Coronavirus, ageism, and Twitter: An evaluation of tweets about older adults and COVID-19. *Journal of the American Geriatrics Society*, 68(8): 1661–1665. DOI: 10.1111/jgs.16508
- Kajander N., Wurm S., Meyer-Wyk F., Reinhard A.K., van Rijn E., Seiger F., Wollgast J. (2024a). Ageism: a challenge for a society of longevity. JRC Science for Policy Brief. Available online at: <https://publications.jrc.ec.europa.eu/repository/handle/JRC138088> (11/12/2025).
- Kajander N., Meyer-Wyk F., Pasztor Z., Seiger F. (2024b). Shifting perspectives: addressing ageism in media narratives. JRC Science for Policy Brief. Available online at: <https://publications.jrc.ec.europa.eu/repository/handle/JRC138090> (11/12/2025).
- Kessler E.-M. (2015). Altersbilder in den Köpfen und Altersbilder in den Medien – wie beeinflussen sie einander? In: Vollbracht M., editor, *Ein Heim – kein Zuhause?* Rappersville: Innovatio.
- Kessler E.-M., Rakoczy K., Staudinger U.M. (2004). The portrayal of older people in prime time television series: The match with gerontological evidence. *Ageing and Society*, 24(4): 531-552. DOI: 10.1017/S0144686X04002338
- Levy B. (2009). Stereotype embodiment: A psychosocial approach to aging. *Current Directions in Psychological Science*, 18(6): 332-336. DOI: 10.1111/j.1467-8721.2009.01662.x
- Levy B.R., Slade M. D., Chang E.S., Kanno S., Wang S.Y. (2020). Ageism amplifies cost and prevalence of health conditions. *The Gerontologist*, 60(1): 174-181. DOI: 10.1093/geront/gny131
- Lincoln A.E., Allen M.P. (2004). Double jeopardy in Hollywood: Age and gender in the careers of film actors, 1926–1999. *Sociological Forum*, 19: 611-631. DOI: 10.1007/s11206-004-0698-1
- Littlewood K., Gegic J., Hickman M., Henson R.C.J., Bishop J.R., Kershaw T., Diamond P., Slabaugh G., Tranos E., Vasilaki A., Tennant D., Courtin E., Chan L.F., Henson S.M., on behalf of the CELLO Network. (2025). Metabolic dysfunction over a life course key to healthy ageing inequality. *Ageing Clinical and Experimental Research*, 37(1): 191. DOI: 10.1007/s40520-025-03034-3
- Loos E., Ivan L. (2018). Visual ageism in the media. In: In: Ayalon L., Tesch-Römer C., editors. *Contemporary perspectives on Ageism*. SpringerOpen.
- Markov Č., Yoon, Y. (2021). Diversity and age stereotypes in portrayals of older adults in popular American primetime television series. *Ageing and Society*, 41(12): 2747-2767. DOI: 10.1017/S0144686X20000549

- Markson E.W., Taylor C.A. (1993). Real versus reel world: Older women and the Academy Awards. In: Cole E., Rothblum E.D., Davis N.C., editors, *Faces of Women and Aging*. New York: Routledge.
- Marques S., Mariano J., Mendonça J., De Tavernier W., Hess M., Naegele L., Peixeiro F., Martins D. (2020). Determinants of Ageism against older adults: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(7): 2560. DOI: 10.3390/ijerph17072560
- Martens A., Goldenberg J.L., Greenberg J. (2005). A terror management perspective on ageism. *Journal of Social Issues*, 61(2): 223-239. DOI: 10.1111/j.1540-4560.2005.00403.x
- Ng R., Indran N. (2022). Not too old for TikTok: How older adults are reframing aging. *The Gerontologist*, 62(8): 1207–1216. DOI: 10.1093/geront/gnac055
- Nussbaum J.F., Pecchioni L.L., Robinson J.D., Thompson T.L. (2000). *Communication and aging*. Second Edition. Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Pinquart M., Wahl H.-W. (2021). Subjective age from childhood to advanced old age: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 36(3): 394-406. DOI: 10.1037/pag0000600
- Reul R., Dhoest A., Paulussen S., Panis K. (2023). The vulnerable old-old versus the dynamic young-old: Recurring types in the representation of older people on television. *Ageing and Society*, 43(12): 2804-2820. DOI: 10.1017/S0144686X22000137
- Robinson S., Howatson-Jones L. (2014). Children's views of older people. *Journal of Research in Childhood Education*, 28(3): 293-312. DOI: 10.1080/02568543.2014.912995
- Sabatini S., Rupprecht F., Kaspar R., Klusmann V., Kornadt A., Nikitin J., Schönstein A., Stephan Y., Wettstein M., Wurm S. (2025). Successful aging and subjective aging: Toward a framework to research a neglected connection. *The Gerontologist*, 65(1): gnac051. DOI: 10.1093/geront/gnac051
- Schüttengruber G., Stolz E., Lohrmann C., Kriebemegg U., Halfens R., Großschädl F. (2022). Attitudes towards older adults (80 years and older): A measurement with the ageing semantic differential - A cross-sectional study of Austrian students. *International Journal of Older People Nursing*, 17(3): e12430. DOI: 10.1111/opn.12430
- Thimm C. (2009). Altersbilder in den Medien - Zwischen medialem Zerrbild und Zukunftsprojektion. In: Ehmer J., Höffe O., editors, *Bilder des Alterns im Wandel. Historische, interkulturelle, theoretische und aktuelle Perspektiven*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Ungar A., Cherubini A., Fratiglioni L., de la Fuente-Núñez V., Fried L.P., Krasovitsky M.S., Tinetti M.E., Officer A., Vellas B., Ferrucci L. (2024). Carta of Florence against ageism: No place for ageism in healthcare. *The Journals of Gerontology: Series A*, 79(3): glad264. DOI: 10.1093/gerona/glad264
- United Nations. (2024). *World population prospects 2024: Summary of results*. Available online at: <https://desapublications.un.org/publications/world-population-prospects-2024-summary-results> (11/12/2025)

- Westerhof G.J., Nehrkom-Bailey A.M., Tseng H.Y., Brothers A., Siebert J.S., Wurm S., Wahl H.W., Diehl M. (2023). Longitudinal effects of subjective aging on health and longevity: An updated meta-analysis. *Psychology and Aging*, 38(3): 147-166. DOI: 10.1037/pag0000737
- Wagg E., Blyth F.M., Cumming R.G., Khalatbari-Soltani S. (2021). Socioeconomic position and healthy ageing: A systematic review of cross-sectional and longitudinal studies. *Ageing Research Reviews*, 69: 101365. DOI: 10.1016/j.arr.2021.101365
- Wolff J.K., Schüz B., Ziegelmann J.P., Warner L.M., Wurm S. (2017). Short-term buffers, but long-term suffers? Differential effects of negative self-perceptions of aging following serious health events. *The Journals of Gerontology: Series B*, 72(3): 408-414. DOI: 10.1093/geronb/gbv058
- World Health Organization. (2020). *Decade of healthy ageing: baseline report*. Available online at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900> (11/12/2025).
- World Health Organization. (2021). *Global report on ageism*. Available online at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240016866> (11/12/2025).
- World Health Organization. (2024). *World health statistics 2024: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals*. Available online at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240094703> (11/12/2025).
- Wurm S., Diehl M., Kornadt A.E., Westerhof G.J., Wahl H.W. (2017). How do views on aging affect health outcomes in adulthood and late life? Explanations for an established connection. *Developmental Review*, 46: 27-43. DOI: 10.1016/j.dr.2017.08.002
- Wurm S., Gehring M., Blawert A., Zok K., Schröder H., Kornadt, A.E. (2025). Views on aging throughout the adult lifespan: Age grading in five dimensions. *GeroPsych: The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry*, 38(2): 61-70.
- Wurm S., Reinhard A.K., van Rijn E., Wollgast J., Kajander N. (2024). Ageism: A challenge for health and healthcare. JRC Science for Policy Brief. Available online at: <https://publications.jrc.ec.europa.eu/repository/handle/JRC138117> (11/12/2025).
- Wurm S., Schäfer, S.K. (2022). Gain- but not loss-related self-perceptions of aging predict mortality over a period of 23 years: A multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 123(3): 636-653. DOI: 10.1037/pspp0000412
- Wurm S., Wiest M., Wolff J.K., Beyer A.K., Spuling S.B. (2020). Changes in views on aging in later adulthood: The role of cardiovascular events. *European Journal of Ageing* 17: 457-467. DOI: 10.1007/s10433-019-00547-5
- Ylänne V. (2015). Representations of ageing in the media. In: Twigg J., Martin W., editors, *Routledge Handbook of Cultural Gerontology*. Oxon: Routledge.
- Zhang J., Liu X. (2021). Media representation of older people's vulnerability during the COVID-19 pandemic in China. *European Journal of Ageing*, 18(2): 149-158. DOI: 10.1007/s10433-021-00613-x

Divisione del lavoro e strategie negoziali tra professionisti: uno sguardo sociologico sull'ageismo nei contesti ospedalieri

Francesca Zaltron*, Elena Allegri*

Drawing on Strauss's theory of negotiated order (1985), this article examines the everyday practices of physicians, nurses, and social workers within four Italian outpatient services serving elderly patients with cognitive decline or heart failure. Adopting a qualitative approach and based on 19 interviews, the study explores how professionals interpret and navigate organisational constraints that shape negotiations among actors and therapeutic interactions, with particular attention to the risks of ageism. Findings suggest that, alongside the risk of the routinisation of discriminatory practices, there is room for resistance through adaptive and situated professional micro-actions. Often subtle and invisible, these actions affirm the subjectivity of older patients and acknowledge the role of caregivers, without overtly challenging the institutional order.

Keywords: ageism; healthcare practitioners; professional practices; older patient; caregiver; therapeutic relationship.

Parole chiave: ageismo; professionisti sanitari; pratiche professionali; paziente anziano; caregiver; interazione terapeutica.

1. Interrogare l'ageismo nei servizi sanitari: pratiche, vincoli e negoziazioni

Negli ultimi anni una crescente attenzione è stata rivolta alle manifestazioni dell'ageismo nei contesti di cura (Wyman *et al.*, 2018; WHO, 2021), evidenziando come le implicazioni sul piano dell'accesso ai servizi, della qualità delle cure e dell'applicazione di procedure burocratiche complesse (European Commission, 2008) possano generare effetti discriminatori nei confronti degli anziani.

In termini generali, facendo riferimento alla nota definizione di Iversen e colleghi (2009), il concetto rimanda a un fenomeno multidimensionale che

* Università degli studi del Piemonte Orientale. francesca.zaltron@uniupo.it

L'articolo è frutto del lavoro congiunto delle due autrici: i paragrafi 1, 2, 5 sono da attribuire a Francesca Zaltron; i paragrafi 3, 4, 6 sono da attribuire a Elena Allegri. Le Conclusioni sono frutto del lavoro congiunto.

include dimensioni cognitive (stereotipi), affettive (pregiudizi) e comportamentali (discriminazioni) legate all'età. Può manifestarsi in forme esplicite o implicite e operare su più livelli: a livello micro, nelle interazioni tra individui; a livello meso, all'interno di gruppi sociali o reti organizzative; a livello macro, attraverso politiche istituzionali o pratiche culturali diffuse (Ayalon, Tesch-Römer, 2018). In tal senso, il concetto di ageismo si configura come uno strumento analitico utile per cogliere la complessità dei processi di esclusione e disuguaglianza che attraversano le società contemporanee, soprattutto nei contesti interessati dall'invecchiamento demografico, come nel caso dell'Italia (ISTAT, 2024).

Con riferimento più specifico al contesto sanitario, un contributo seminale di Wyman e colleghi (2018), basato su una rassegna internazionale della letteratura, evidenzia come la discriminazione fondata sull'età sia riconducibile, da un lato, all'agire degli operatori e, dall'altro, a barriere strutturali di sistema, tra cui quelle evidenziate in precedenza.

Sebbene la rassegna citata offra un contributo importante nel delineare la natura multilivello dell'ageismo, il presente studio propone di focalizzare l'attenzione sulle modalità attraverso cui le barriere strutturali vengono attivate, interpretate e talvolta rielaborate nell'agire quotidiano dei professionisti e nelle loro interazioni con pazienti e *caregiver*. In questa prospettiva, le barriere non sono solo elementi che condizionano l'azione, ma configurazioni e dispositivi che si generano attraverso pratiche professionali situate: insieme di attività che comprendono decisioni operative, routine e negoziazioni tra professionisti, pazienti e *caregiver* nei contesti dei servizi (Strauss, 1985; Gherardi, 2000; Nugus, 2019). Tale approccio implica, da un punto di vista microsociologico, un passaggio da una lettura dell'ageismo centrata sull'agire individuale a una visione che lo interpreta come esito situato di pratiche che si articolano entro specifici vincoli organizzativi, assetti relazionali e contesti istituzionali. In questo quadro, diventa centrale interrogare le condizioni e le dinamiche attraverso cui i diversi attori della scena della cura (Lusardi, Manghi, 2013), portatori di logiche di sapere e potere differenziate, agiscono, negoziano e, talvolta, contrastano forme di discriminazione legate all'età. Questo cambio di prospettiva nella lettura dell'ageismo si intreccia con l'approccio interazionista proposto da Strauss e colleghi (1963; 1985), secondo cui il lavoro nelle organizzazioni va inteso come un processo continuo di negoziazione tra attori portatori di ruoli, interessi e risorse differenti.

Sebbene il tema dell'ageismo nei contesti sanitari sia oggetto di crescente interesse anche in Italia, sembrano essere ancora poco sviluppate analisi sociologiche in tale ambito. Il seguente articolo intende contribuire a incremen-

tare una riflessione sul tema, valorizzando un approccio orientato a considerare l'ageismo come esito di pratiche situate influenzate dai vincoli organizzativi. A partire da questa prospettiva, la ricerca¹ presentata si è sviluppata attorno a un interrogativo generale volto a esplorare in quali modi l'attuale organizzazione dei servizi sanitari in Italia possa produrre forme di discriminazione sociale nei confronti della popolazione anziana. Da questo interrogativo sono derivate due ipotesi principali di lavoro. La prima è che le pratiche a rischio di ageismo – non riconducibili unicamente a dimensioni individuali (cognitive, affettive o comportamentali) – siano risposte situate alla divisione del lavoro e contribuiscano al mantenimento dell'ordine organizzativo, influenzando le routine professionali. La seconda ipotesi è che, pur in presenza di tali dinamiche, vi siano spazi di resistenza attivabili da parte di tutti gli attori coinvolti, capaci di innescare pratiche di contrasto all'ageismo.

La ricerca ha considerato la pluralità di attori coinvolti nelle relazioni di cura – professionisti, pazienti e *caregiver*. Nel presente contributo l'analisi si focalizza sul punto di vista dei professionisti operanti negli ambulatori dedicati al declino cognitivo e allo scompenso cardiaco, in due servizi collocati nel Nord Italia. L'obiettivo è esaminare le modalità attraverso cui si configura la divisione del lavoro e si strutturano le pratiche professionali entro i vincoli e le opportunità organizzative, con specifica attenzione alle dinamiche di discriminazione o di contrasto alla discriminazione ageista nei confronti dei pazienti anziani

2. L'ordine negoziato: una chiave di lettura delle organizzazioni sanitarie

A partire dal quadro di riferimento presentato nel paragrafo precedente, il contributo adotta una prospettiva interazionista ispirata ai lavori di Strauss e colleghi sulle organizzazioni ospedaliere (1963; 1985), con l'obiettivo di individuare alcuni concetti chiave utili a comprendere i processi attraverso cui si producono forme di discriminazione legate all'età nei servizi sanitari.

¹ L'articolo presenta alcuni risultati della ricerca "Stereotipi, pregiudizi e discriminazioni alla base dell'ageismo. Organizzazioni, servizi socio-sanitari e pratiche professionali dedicati alla popolazione anziana" che fa parte del progetto finanziato dall'Unione Europea – Next Generation EU – Progetto "Age-It – Ageing well in an ageing society" (PE0000015), PNRR – PE8 – Missione 4, C2, Investimento 1.3". Il gruppo di ricerca era composto da: Elena Allegri (responsabile e coordinatrice scientifica), Cristina Calvi, Eugenia Mercuri e Francesca Zaltron.

Come è noto, essi propongono una lettura processuale delle organizzazioni, intese come contesti in cui l'ordine si costruisce negozialmente attraverso l'interazione situata tra una pluralità di attori: i professionisti della cura, i pazienti e i *caregiver*. In questa prospettiva, il funzionamento organizzativo non è garantito solo da regole e procedure standardizzate, ma emerge da attività interpretative, di coordinamento e negoziazione, necessarie per rispondere all'intrinseca incertezza e instabilità delle organizzazioni (Strauss, 1985). Centrali in questa visione sono le dinamiche tra elementi formali e informali, la segmentazione interna delle professioni (Bucher, Strauss, 1961, cit. in Spina *et al.*, 2023) e l'adattamento continuo ai vincoli pratici e alle trasformazioni del contesto. È in questo intreccio dinamico tra ruoli, segmenti professionali e partecipanti alla scena della cura che prende forma e si sostiene ciò che Strauss definisce «ordine negoziato», elemento fondamentale per il funzionamento dell'organizzazione sanitaria. Esso si configura dunque come un sistema dinamico di norme, pratiche e ruoli che definisce “chi può fare cosa” e “come si deve agire” in uno specifico contesto operativo.

Alla definizione di «ordine negoziato» si collegano altri due concetti: la divisione del lavoro e il lavoro di articolazione (Strauss, 1985; Star, Strauss, 1999). Come sottolineano Star e Strauss, la divisione del lavoro non riguarda solo la distribuzione funzionale dei compiti, ma implica una selezione di ciò che viene reso visibile o invisibile, valorizzato o trascurato nei processi organizzativi. Essa può essere concepita come una configurazione dinamica, instabile e situata, continuamente rinegoziata in base alle condizioni ambientali, alle relazioni tra i soggetti coinvolti e alle risorse disponibili. I modi in cui prende forma orientano le possibilità di azione degli attori, definendo – spesso in modo implicito – quali comportamenti, decisioni o prese di parola risultino legittimi in un dato contesto (Nugus *et al.*, 2010). Questi repertori di azioni attese, che riflettono un ordine sociale stabilito ma potenzialmente negoziabile, si consolidano nell'interazione quotidiana, influenzando l'attribuzione di valore a ruoli, competenze o bisogni, e possono contribuire, come vedremo in seguito, tanto alla riproduzione di pratiche discriminatorie verso i pazienti anziani quanto all'attivazione di strategie di contrasto all'esclusione o alla loro marginalizzazione.

Per quanto riguarda il lavoro di articolazione, Star e Strauss (1999) identificano con questo concetto ciò che consente di tenere insieme attività e ruoli in condizioni frammentarie e incerte. Come evidenziano Bronzini e colleghi (2023), è un tipo di lavoro non sovrapponibile a quello di coordinamento, in quanto si concretizza in attività spontanee o emergenti, che va oltre a quanto è pianificato e formalizzato all'interno dell'organizzazione. È un lavoro

spesso invisibile, ma fondamentale, che può tanto consolidare assetti diseguali quanto aprire spazi di ridefinizione delle priorità organizzative del lavoro quotidiano.

L'attenzione alla dimensione situata del lavoro e della divisione del lavoro organizzativo, lungi dal negare l'esistenza di strutture e vincoli (Strauss, 1985), ne mette in luce il ruolo attivo nel modellare i margini di negoziazione e le traiettorie concrete dell'agire professionale, sottolineando come struttura sociale e interazione si influenzino reciprocamente nel tempo (Strauss, 2017). In questa prospettiva, il contributo di Nugus (2019) è utile a mostrare come la struttura istituzionale non sia solo contesto, ma abbia effetti performativi nelle interazioni quotidiane, vincolando e orientando le pratiche professionali. La sua analisi approfondisce la prospettiva straussiana, evidenziando la sedimentazione delle logiche istituzionali nell'agire quotidiano.

Questa cornice teorica si rivela particolarmente utile per leggere l'ageismo non solo come espressione di atteggiamenti soggettivi, ma come esito situato di pratiche quotidiane che si consolidano nel tempo all'interno di assetti organizzativi, routine operative e pressioni morali. In questa prospettiva, l'età non è una semplice variabile individuale né un dato biologico, ma un criterio interpretativo negoziabile, attivato per attribuire priorità, escludere dai processi decisionali, giustificare scelte operative o, al contrario, rivendicare diritti, visibilità e ascolto.

Analizzare l'ageismo attraverso la lente dell'ordine negoziato permette di spostare il focus dall'individuo all'interazione, dalla norma astratta alla pratica situata, dalle intenzioni alle condizioni di possibilità dell'agire. Ed è proprio sulla complessità del concetto di pratica situata e sul suo legame con l'impianto teorico elaborato da Strauss e colleghi che si concentra il prossimo paragrafo.

3. Dalle pratiche alle pratiche professionali

Negli ultimi decenni, il concetto di pratica ha acquisito una crescente rilevanza negli studi sociologici, dando origine a quella che è stata definita la «svolta della pratica» (Schatzki, 2001; Gherardi, 2000; Gherardi, 2012; Nicolini, 2012). Tuttavia, come osserva Nicolini (2012), non esiste una teoria unificata della pratica quanto piuttosto una famiglia ampia di approcci teorici, collegati da una rete di somiglianze concettuali, che possono essere affrontate solo come una pluralità. Inoltre, Corradi e colleghi (2010) propongono di distinguere tra la pratica come «modo di vedere» e la pratica come

«oggetto empirico» (p. 268), sottolineando l'importanza di analizzare le pratiche come eventi situati, che si ripresentano in forme storicamente e geograficamente specifiche, contribuendo a strutturare e a dare significato alle azioni degli attori coinvolti.

Nel quadro dei temi sviluppati in questo contributo, assume particolare rilievo il costrutto di pratiche professionali, intese come esiti provvisori di attività lavorative situate, le quali concorrono al funzionamento complessivo dell'organizzazione. Tali pratiche non si limitano a collocarsi entro strutture predefinite, ma contribuiscono attivamente alla loro (ri)produzione e trasformazione (Gherardi, 2012). All'interno della prospettiva interazionista, l'analisi delle pratiche professionali situate si interseca con i costrutti elaborati da Strauss e colleghi di «ordine negoziato» (1963; 1985) e di «lavoro di articolazione» (Star, Strauss, 1999), come già discusso nel paragrafo precedente. In questa direzione, Spina, Neri e Arlotti (2023) sottolineano come l'approccio straussiano agevoli una lettura multilivello delle pratiche professionali: sul piano micro esse emergono dall'interazione tra individui; sul piano meso si radicano entro contesti organizzativi che ne influenzano i modi di attivazione. Ne consegue che le pratiche professionali non possono essere ridotte a mere sequenze di azioni lavorative, ma si configurano come dispositivi di adattamento e negoziazione tra saperi, ruoli e vincoli, attraverso i quali prende forma l'organizzazione stessa.

L'adozione di tale impostazione appare particolarmente utile per studiare il fenomeno dell'ageismo nelle pratiche di cura. L'analisi non può dunque essere ridotta al pregiudizio individuale dell'attore, ma va indirizzata allo studio delle pratiche influenzate da norme, aspettative istituzionali e logiche organizzative in continuo divenire. Tali dinamiche coinvolgono, in ogni specifica organizzazione, e dunque in modo situato, professionisti, pazienti e *caregiver*, i quali modellano la reciproca interazione.

Per completare il ragionamento proposto, è utile considerare, seppur in sintesi, l'impatto delle logiche manageriali introdotte con il *New Public Management* (NPM) sulle trasformazioni del lavoro professionale. In Italia, dagli anni Novanta del secolo scorso, alcuni dispositivi legislativi hanno promosso criteri aziendalistici nei servizi sanitari pubblici, promuovendo standardizzazione, valutazione quantitativa e *accountability* (Pavolini, Klenk, 2015). La legittimazione professionale è stata in tal modo spostata da criteri endogeni (competenze specialistiche e riconoscimento tra pari) a indicatori esterni e gestionali. Tale situazione ha aumentato la pressione sugli operatori, chiamati a giustificare le decisioni assunte più in base a logiche manageriali che cliniche e professionali.

La successiva evoluzione del NPM verso la *New Public Governance* (NPG) può essere letta come il passaggio a un paradigma organizzativo che, pur mantenendo la centralità dei principi di efficienza e di orientamento ai risultati, assume una configurazione fondata su logiche di *governance* reticolare, *accountability* nei confronti degli *stakeholders*, processi negoziali interistituzionali e partenariali, nonché pratiche di partecipazione e co-produzione dei servizi. Tali dinamiche, pur orientate a rafforzare la capacità collettiva di perseguire l'interesse pubblico, non sembrano aver determinato un'attenuazione delle pressioni esercitate sulle amministrazioni e sugli operatori (Osborne, 2006). Inoltre, come evidenzia la letteratura (Waring, 2007), il rapporto tra logiche professionali e manageriali non si configura come conflitto manifesto, bensì come un terreno ibrido in cui i professionisti negoziano la propria *agency*, trasformando i vincoli istituzionali all'interno delle pratiche incorporate nelle routine quotidiane. Le pratiche professionali, dunque, si configurano come un osservatorio privilegiato per analizzare l'ageismo nei servizi sanitari, in quanto luogo in cui si intrecciano e rinegoziano le tensioni tra sapere, etica e razionalità manageriale.

4. Il quadro della ricerca

La ricerca, di carattere esplorativo, ha indagato il modo in cui l'organizzazione dei servizi sanitari italiani possa generare o contrastare pratiche discriminatorie nei confronti della popolazione anziana. In questa sede saranno presentati alcuni risultati riferiti alle prospettive dei professionisti coinvolti nei due contesti sanitari oggetto della ricerca.²

In particolare, sono stati coinvolti i professionisti operanti in ambulatori dedicati agli anziani di età superiore ai 70 anni, con decadimento cognitivo o scompenso cardiaco, due condizioni che si posizionano su un confine poroso tra autosufficienza e bisogno di cura continuativa. La scelta dei contesti è stata basata su tre criteri: dimensione demografica delle città, tipo di patologie e caratteristiche organizzative dei servizi ambulatoriali. Le città selezionate appartengono a due regioni del Nord Italia, Piemonte ed Emilia-

² La decisione di esplorare il punto di vista dei professionisti rappresenta una scelta analitica e redazionale condivisa nell'ambito della *Special issue*, che prevede un contributo parallelo dedicato a pazienti e *caregiver*. Tale articolazione consente di valorizzare la specificità di ciascuna prospettiva e di approfondire, in questo caso, il modo in cui i professionisti interpretano vincoli e risorse organizzative, rendendo visibile la dimensione situata dell'ordine negoziato e del lavoro di articolazione.

Romagna, scelte per la loro eterogeneità nella gestione dei servizi, in un contesto nazionale caratterizzato da autonomia regionale differenziata. La ricerca è stata pertanto condotta in due Aziende Ospedaliere Universitarie (AOU): Alfa e Beta, in particolare nell'ambulatorio di geriatria dell'AOU B e nel Centro per disturbi cognitivi e le demenze dell'AOU A per i malati di decadimento cognitivo, e nell'ambulatorio dello scompenso cardiaco dell'AOU A e nel *Day service* di cardiologia dell'AOU B per i malati di scompenso cardiaco. Sono stati intervistati 19 professionisti: 8 medici (4 uomini e 4 donne), 8 infermieri (7 donne e 1 uomo), 3 assistenti sociali ospedaliere (tutte donne). Le età variano da 34 a 65 anni, con tipi di formazione adeguati ai rispettivi ruoli. La selezione è avvenuta con il supporto del personale sanitario locale, su indicazioni del gruppo di ricerca. Lo studio ha ottenuto l'approvazione dei Comitati Etici Territoriali (CET) delle due AOUE ed è stato condotto rispettando le Norme di Buona Pratica Clinica (GCP), i principi etici della Dichiarazione di Helsinki e la normativa vigente sui dati personali raccolti (GDPR). Lo strumento utilizzato è stato l'intervista semi-strutturata, con la quale si è inteso esplorare gli assetti organizzativi, i vincoli operativi (tempi, spazi, personale), le pratiche ambulatoriali, le dinamiche relazionali con pazienti e *caregiver*, la collaborazione interprofessionale e le forme di resistenza o di contrasto all'ageismo. Le interviste, audioregistrate previo consenso scritto, sono state trascritte e analizzate tramite il software NVivo 14, utilizzando un codice tematico costruito a partire dalla traccia d'intervista e affinato nel corso dell'analisi. L'analisi del materiale empirico ha ricostruito le rappresentazioni dei professionisti sulle interazioni quotidiane nei servizi, mettendo in luce come i vincoli organizzativi influenzino le negoziazioni tra attori e la configurazione delle pratiche di cura. In questo spazio relazionale si possono attivare sia le forme di ageismo sia le possibilità di contrastarle.

5. Pratiche professionali e configurazioni dell'ageismo: le testimonianze dei professionisti

L'analisi della divisione del lavoro nella presa in carico e cura dei pazienti anziani, condotta negli ambulatori dei servizi coinvolti nella ricerca, consente di individuare pratiche professionali i cui esiti possono manifestarsi tanto come riproduzione quanto come contrasto alla discriminazione legata all'età.

Tali pratiche emergono come configurazioni negoziali, agite sia individualmente sia nelle relazioni inter-professionali, in risposta a vincoli, procedure e pressioni organizzative che regolano il funzionamento del servizio.

Le narrazioni di medici, infermieri e assistenti sociali evidenziano differenti posizionamenti rispetto a tali vincoli, delineando un continuum di pratiche che oscilla tra riproduzione e contrasto all'ageismo. Per ragioni di spazio e di chiarezza analitica, non è possibile ricostruire l'intero spettro delle pratiche distribuite lungo il continuum.³ Ci concentreremo quindi su alcune configurazioni emblematiche, rappresentative dei due poli: da un lato, pratiche che contribuiscono alla riproduzione dell'ageismo; dall'altro, pratiche che si configurano come tentativi, più o meno riusciti, di contrastarlo. Questa scelta non riflette una visione dicotomica dei fenomeni, ma mira a mettere in evidenza i margini di ambivalenza e negoziazione che attraversano le pratiche quotidiane, sottolineandone la natura situata, processuale e relazionale. I casi proposti vanno quindi letti come punti di intensificazione, piuttosto che come categorie rigide.

Di seguito, presentiamo tre stralci di intervista – riferiti a medici, infermieri e assistenti sociali – esemplificativi delle pratiche che consideriamo riconducibili alla riproduzione dell'ageismo.

Ma nel contesto dell'ambulatorio è più una problematica di prenotazioni. Gli dai l'impegnativa per prenotarsi la visita a 9 mesi, vanno allo sportello e gli dicono che non è possibile e questi poverini prendono la data che gli danno tra un anno e mezzo. [...] Purtroppo, è proprio un problema di risorse che impatta più sull'anziano, perché tra virgolette sono quelli su cui purtroppo si tende a investire un pochino di meno, nel senso buono del termine, perché è ovvio che se devi decidere se rivedere a breve un cinquantenne o un ottanta-cinquenne, dai la precedenza al giovane. È una sorta di discriminazione, ma che purtroppo è inevitabile per il tipo e il quantitativo di risorse che ci sono a disposizione (Medico 11, servizio A).

[E] poi lì purtroppo c'è poco tempo tante volte e quindi funziona meno il fatto che non puoi approfondire più di tanto. Quindi ti limiti alla visita medica

³ Pur adottando un impianto teorico centrato sull'ordine negoziato e sull'organizzazione delle pratiche, l'analisi qui presentata non affronta in modo sistematico le strutture e le logiche di funzionamento dei servizi sanitari considerati. Tale scelta, dettata da vincoli redazionali, riflette l'intento di concentrare l'attenzione sulle dinamiche interprofessionali e sulle configurazioni negoziali emergenti nella presa in carico di pazienti anziani. L'analisi delle specificità organizzative dei contesti osservati – inclusi i regimi temporali, le routine e le differenze tra servizi geriatrici e cardiologici – sarà oggetto di una prossima pubblicazione.

e alla lettura degli esami, diciamo a riportare la terapia sulla cartella e rimodulare velocemente la terapia, poi comunque dobbiamo già proseguire. [...] tu non riesci a volte, mi dispiace, andare ad aiutarli, perché tu hai tanto altro da fare e mi dispiace. A volte devi far finta di niente, lasci andare pur sapendo che fanno parecchia fatica (Infermiere 1, servizio B).

È una criticità il fatto che io magari non vengo informata per tempo che c'è questa persona al reparto, perché è sfuggita a qualcuno che non hanno visto che non c'era nessuno che gli portava i cambi [...] magari non lo dicono e domani lo dimettono. Perché c'è un'esigenza dell'organizzazione [...] purtroppo in alcuni periodi abbiamo una grossa carenza di posti letto, abbiamo il pronto soccorso che esplode e quindi i bisogni, tra virgolette sociali, passano un po' in secondo piano rispetto alle esigenze di cura nell'emergenza, stabilizzazione e dimissione del paziente (Assistente sociale 15, servizio A.).

Le narrazioni dei tre professionisti evidenziano vincoli significativi – come la standardizzazione delle visite, la scarsità di tempo nelle interazioni con pazienti e *caregiver*, le lunghe liste d'attesa e l'ingiunzione a dimissioni rapide – che riflettono sia le specificità dei servizi analizzati, sia criticità sistemiche del servizio sanitario italiano (Vicarelli, Giarelli, 2020).

Questi vincoli incidono sull'esperienza di tutti i pazienti ma, come mostrano le testimonianze, si ripercuotono in modo particolare su quelli anziani, generando effetti discriminatori. Nelle parole del medico, la logica organizzativa produce un disinvestimento sugli anziani, giustificato attraverso criteri etici legati all'età. I tempi standardizzati delle visite, comuni a tutte le figure professionali coinvolte, rafforzano un approccio clinico centrato sul sintomo e sulla diagnosi, a scapito di una prospettiva orientata alla persona, facendo emergere un conflitto tra etica della cura e razionalità organizzativa. Anche l'assistente sociale evidenzia una logica che separa *cure* e *care* (Dahl, 2017), privilegiando la prima o giustificando la marginalizzazione della seconda in base a vincoli strutturali. Le risposte adattive dei professionisti a queste condizioni – dalle scelte quotidiane alle strategie in contesti di emergenza – finiscono per produrre pratiche discriminatorie nella presa in carico e nella relazione di cura, colpendo in particolare i soggetti più vulnerabili (Tronto, 1993), come le persone anziane.

Alla luce della prospettiva adottata (Strauss, 1985; Nugus, 2019), ciò che emerge con particolare rilievo è la natura contestuale e adattiva dei posizionamenti professionali, configurati come risposte situate a vincoli organizzativi percepiti quasi come “necessità” ineludibili. Tali risposte si inscrivono nella divisione del lavoro che sostiene l'equilibrio dell'organizzazione, attraverso negoziazioni che – in modo talvolta consapevole, talvolta implicito –

possono produrre effetti discriminatori verso la popolazione anziana. La riproduzione di pratiche ageiste appare meno come esito intenzionale, e più come prodotto collaterale e sistemico di un equilibrio precario tra efficienza organizzativa e vincoli materiali, che i professionisti si trovano ad affrontare quotidianamente.

Diversamente da quanto appena argomentato, le pratiche professionali possono configurarsi anche come esiti di negoziazioni, scelte operative e forme di divisione del lavoro attraverso cui i diversi attori cercano di contrastare eventuali discriminazioni legate all'età:

Se ti rendi conto che come tempistiche, non ci stai, ci si può organizzare in maniera chiara, magari si fa la visita, mail referto verrà dato in un successivo momento [...] Dare priorità alla visita, alla comunicazione e alla diagnosi. Quelle sono le cose principali. [...] Ci aiutano tanto le infermiere che tengono conto di tutte queste cose. Fanno la parte più burocratica, che però è da fare, e si cerca di essere in maniera completa, disponibili nella visita (Medico 12, servizio A).

Sì, allora, ci sono dei vincoli procedurali che vanno rispettati. Però, lì non si può con dei pazienti geriatrici, fragili, con delle patologie complesse, con gravi deterioramenti cognitivi, adottare questi schemi. Faccio un esempio banale: paziente con grave deterioramento cognitivo, polipatologico, che necessita di fare delle infusioni su una settimana intera, io non posso prendere il paziente fragile, con degli accessi venosi inesistenti e bucarlo 5 volte al giorno. La procedura non me lo permetterebbe, però io adotto degli accorgimenti e mando il paziente con gli accessi venosi a casa in sicurezza (Infermiere 5, servizio B).

Quello su cui bisognerebbe lavorare, e che stiamo cercando di fare, è lavorare su una precoce individuazione delle fragilità sociali. Facciamo periodicamente degli incontri con i coordinatori, con i medici che arrivano, nel creare proprio una relazione con loro e nel ricordargli quali sono gli indicatori sociali, perché loro sono molto bravi e competenti da un punto di vista clinico, ma gli indicatori sociali ce li hanno meno in mente (Assistente sociale 15, servizio A).

Le testimonianze riportate mostrano come i professionisti, pur consapevoli dei vincoli procedurali e delle pressioni organizzative che regolano tempi, priorità e modalità di presa in carico, attivino strategie capaci di riorientare la pratica quotidiana. Il contrasto all'ageismo, in questi casi, non passa attraverso contestazioni esplicite, ma tramite adattamenti operativi,

piccole manovre quotidiane e collaborazioni interprofessionali che sospendono o rinegoziano standard e procedure, privilegiando una maggiore attenzione ai bisogni relazionali, cognitivi e sociali dei pazienti anziani e dei loro *caregiver*.

Tra le pratiche emerse nelle narrazioni, si evidenzia anche la disponibilità, da parte dei professionisti – soprattutto infermieri ma anche medici – a mettere a disposizione tempo extra-lavorativo tramite mail, telefonate e messaggi, per garantire una certa continuità assistenziale, spesso compromessa da vincoli temporali, turnazioni e lunghe liste d'attesa. Si tratta di pratiche che implicano una divisione del lavoro condivisa tra tutti gli attori, inclusi pazienti e *caregiver*. In particolare, coinvolgono il lavoro quotidiano degli infermieri, che, insieme ai pazienti e ai familiari, svolgono un importante lavoro di articolazione – spesso invisibile (Star, Strauss, 1999) – essenziale non solo per il funzionamento del servizio ma anche per rendere possibili pratiche di contrasto all'ageismo, anche quando queste non vengono nominate come tali.

6. La relazione di cura tra professionisti, anziani e *caregiver*: vincoli organizzativi e rischi di ageismo

Questo paragrafo presenta alcuni risultati dell'indagine sulle interazioni tra professionisti, anziani e *caregiver* negli ambulatori coinvolti nella ricerca, e completa l'analisi presentata nella sezione precedente. La strutturazione di tali relazioni costituisce un nodo cruciale nelle pratiche di cura, poiché si configura come spazio di negoziazione di ruoli, aspettative e rapporti di potere. L'analisi della divisione del lavoro evidenzia come le pratiche professionali – inclusa la relazione terapeutica o di cura – possano al contempo riprodurre oppure tentare di contrastare forme di discriminazione connesse all'età. Tali esiti emergono dai processi negoziali attivati dai professionisti, in interazione con i pazienti e i loro *caregiver*, entro i vincoli e le procedure definite dall'organizzazione.

Le narrazioni di medici, infermieri e assistenti sociali mostrano posizioni simili rispetto sia ai vincoli istituzionali sia alle rappresentazioni di una auspicata relazione continua ed efficace, con pazienti e *caregiver*.

Per esigenze di sintesi e chiarezza analitica, saranno qui di seguito presentate alcune rappresentazioni paradigmatiche, posizionabili lungo un continuum: da un lato pratiche riconducibili al rischio di riprodurre forme di ageismo, dall'altro tentativi, più o meno efficaci, di contrastarlo. L'obiettivo

è rendere visibili le ambivalenze e le negoziazioni che caratterizzano le pratiche quotidiane situate. Presentiamo innanzitutto alcuni stralci di intervista relativi a pratiche che, per le modalità descritte, appaiono a rischio di riprodurre dinamiche ageiste:

È importantissimo essere chiari, seguire il filo del paziente per quello che è possibile, di farsi capire, diciamo, per poter capire lui stesso o le stesse persone che abbiamo davanti. Non fare troppe domande insieme, quindi rispettare i tempi e creare un ambiente confortevole, perché spesso le donne poi vanno in agitazione dal medico che sembra chissà che devono fare. Poi è chiaro che la battuta, le cose un po' possono aiutare per cercare di tenere i pazienti, cioè, avere le risposte che cerchiamo (Medico 12, servizio B).

L'anziano spesso è più umile... si affida. Io accetto questo affidamento e ne faccio buon uso. Cioè, mi rendo conto, quando sei giovane, anche un po' competente o sacciente perché abbiamo tutti Google, e quindi che il giovane ha più pretese, mi fa male l'unghia e vuole la TAC. L'anziano non è così, l'anziano, spesso è più umile e più semplice in generale. Quindi io amo questo aspetto, cioè dell'affidarsi. Chiaramente da parte mia devo essere un bravo medico, ecco accettare questo affidamento, farne buon uso (Medico 1, servizio B).

Beh, sicuramente deve essere una relazione in cui si cerca, non dico di mettersi alla loro altezza perché non se lo aspettano forse neanche loro che noi ci mettiamo alla loro altezza. Sicuramente noi che conosciamo la patologia, di capire le reazioni che possono avere e quindi evitare di irritarsi se questo paziente ci risponde male, se lo vediamo che si altera perché noi magari gli facciamo troppe domande, per cui secondo me bisogna cercare di farlo parlare normalmente, fargli raccontare qualcosa di sé [...] per cui sicuramente non è facile, [ma] è molto più difficile per un *caregiver*, perché subentra anche il senso di impotenza, cioè il fatto che noi bene o male lo vediamo un'ora, due ore, mezza giornata, poi andiamo a casa. Il *caregiver* a casa ha quel senso di vuoto che vede il proprio caro, la mamma o il papà così, con cui non riesce più a relazionarsi, perché arrivati a un certo punto non li riconosce neanche più delle volte. Per cui, secondo me, il rapporto deve essere col paziente e col parente, perché non è facile (Infermiera 2, Servizio A).

L'analisi degli stralci di intervista evidenzia come le rappresentazioni della relazione terapeutica, o di cura, contemplino differenti forme di asimmetria, tra cui anche quelle legate all'età. Nel primo caso, l'intento del medico di adattarsi alle capacità cognitive del paziente sembra tradursi in una

riduzione implicita delle possibilità di partecipazione, senza che ciò assuma necessariamente i tratti di un atteggiamento chiaramente discriminatorio.

Il riferimento alle donne «che vanno in agitazione» introduce elementi stereotipici che intrecciano fragilità, età e genere, ma può anche essere letto come un tentativo di interpretare modalità comunicative diversificate dei pazienti. Nel secondo estratto, la contrapposizione proposta dal medico tra l'anziano «umile» e il «giovane competente e saccente» delinea una rappresentazione dicotomica che rischia di semplificare le identità in gioco e di infantilizzare l'anziano, pur esprimendo al contempo consapevolezza rispetto alla necessità di modulare diversamente la relazione a seconda dell'interlocutore.

Il terzo frammento, infine, rappresenta le ambivalenze che attraversano le pratiche quotidiane in contesti organizzativi caratterizzati da forte pressione. Da un lato, l'infermiera ribadisce un'asimmetria di potere basata sul sapere professionale rispetto alla patologia dell'anziano (Conrad, 1992); dall'altro, mostra capacità di identificazione con le difficoltà del *caregiver*, segnalando una sensibilità che arricchisce la relazione di cura. Ne deriva una configurazione che, seguendo Strauss (1985), non può essere compresa come dinamica puramente diadica tra professionista e paziente, ma come processo co-costruito che coinvolge simultaneamente organizzazione, professionisti, pazienti, *caregiver* e reti di supporto informale, attraverso un lavoro spesso poco visibile.

Nel complesso, l'analisi del materiale empirico evidenzia una tendenza a privilegiare il conseguimento dell'adesione del paziente alle prescrizioni cliniche, più che la costruzione negoziale di un rapporto pienamente simmetrico. Tuttavia, pur in presenza dei vincoli organizzativi, emergono anche segnali di apertura verso una relazione fondata sul riconoscimento reciproco delle competenze: tecnica e scientifica da un lato, biografica e soggettiva dall'altro, in linea con gli approcci sanitari e sociali centrati sulla persona (Tronto, 1993).

Volgendo l'attenzione alle pratiche professionali che si configurano come modalità di divisione del lavoro attraverso cui i professionisti cercano di contrastare discriminazioni e forme di ageismo, la dimensione del tempo, richiamata come elemento centrale già nel precedente paragrafo, non rappresenta soltanto un vincolo strutturale, ma anche una risorsa simbolica e relazionale. Attraverso un uso strategico del tempo, i professionisti esercitano forme di *agency* situata, che consentono di consolidare la relazione di cura e, al contempo, di resistere ai processi spesso impliciti di reificazione e categorizzazione insiti nella presa in carico degli anziani. Tale *agency* si manifesta, ad

esempio, nello scarto rispetto ai tempi standardizzati prescritti dall'organizzazione, trasformando il vincolo temporale in uno spazio di negoziazione e cura:

Nel senso che io arrivo sempre un po' più lungo su tutto perché penso che mi serva anche star lì a dirla, magari, la parola in più o a sentire il problema in più, che può anche esulare dalla patologia e quindi si sta un po' lì a creare proprio questo tipo di alleanza. Ecco, cioè non avere il cliente, perché è una roba che io odio sentire o l'utente anche, comunque rimane il paziente (Medico 14, servizio B).

Era una persona che si è dimostrata particolarmente sensibile al voler essere ascoltata, quindi, dandogli il tempo di raccontare tutta la sua storia, le sue difficoltà, ha lasciato intendere che avesse una rete familiare con cui aveva interrotto i rapporti. [...] è successo che il lasciar parlare il paziente, il lasciarsi raccontare anche delle cose che oggettivamente non erano troppo finalizzate, ha permesso poi di creare un minimo di relazione (Assistente sociale 15, servizio A).

D'altro canto, nelle narrazioni dei professionisti, la dimensione del tempo si configura come elemento critico in termini organizzativi, operativi e relazionali. Il tempo, percepito come risorsa scarsa e frammentata, è descritto come un vincolo strutturale che ostacola la costruzione di relazioni terapeutiche significative, fondate su ascolto, fiducia e personalizzazione dei processi.

I professionisti lamentano l'insufficienza del tempo a disposizione e le continue interruzioni legate all'imprevedibilità del lavoro quotidiano, condizioni che incidono negativamente sulla qualità della relazione, soprattutto nei confronti dei pazienti anziani:

Abbiamo dei tempi molto stretti e quindi... quello che riusciamo a creare lo dobbiamo creare in un tempo molto, molto veloce (Assistente sociale 15, servizio A).

Il lavoro non sempre è programmato; quindi, molte cose sono in estemporanea (Infermiera 6 servizio B).

Mettere molta velocità che loro [i pazienti anziani] non hanno (Infermiera 3 servizio A).

È un punto di vista organizzativo, però sarà che noi ormai siamo talmente tanto abituati a non avere tempo e ad arrangiarci più o meno con quello che

abbiamo che non mi verrebbe in mente [come migliorare], ah, che roba triste che sto dicendo (Infermiere 7, servizio B).

L'analisi del materiale empirico evidenzia anche la consapevolezza dei professionisti circa il rischio che la pressione esercitata dall'organizzazione sui tempi di lavoro rafforzi assetti relazionali asimmetrici, considerando il paziente come destinatario passivo e non come soggetto con cui negoziare percorsi di cura.

L'ideale della relazione terapeutica, basata su fiducia e personalizzazione, risulta così costantemente esposto a tensioni, compromettendo *in primis* la qualità dell'alleanza tra professionista e paziente. È proprio questa prospettiva, orientata alla costruzione di un rapporto personalizzato e processuale, insieme agli altri attori, che permette di contrastare forme sottili di ageismo, spesso favorite da procedure organizzative rigidamente standardizzate. Il tempo emerge così come risorsa cruciale, non solo per costruire relazioni significative, ma anche per cogliere segnali deboli, utili alla diagnosi, altrimenti invisibili in interazioni frammentate.

Conclusioni

L'adozione della prospettiva interazionista e, in particolare, del concetto di «ordine negoziato» (Strauss *et al.*, 1963), ha consentito di mettere in luce come le pratiche professionali nei servizi sanitari si configurino come risposte situate alla divisione del lavoro e ai vincoli organizzativi. Queste pratiche possono generare effetti ambivalenti che si dispongono lungo un continuum: da un lato, possono contribuire alla riproduzione di forme di ageismo, dall'altro possono attivare strategie quotidiane di contrasto, spesso non formalizzate ma di rilevante significato.

Lungi dall'essere riconducibili a pregiudizi individuali o a deficit relazionali, le pratiche ageiste osservate emergono come esiti di un equilibrio precario tra logiche di efficienza, pressioni procedurali e tensioni etiche, inscritte nella struttura stessa dei servizi. Allo stesso modo, le pratiche di contrasto non sono solo espressione di sensibilità individuali, ma si alimentano nella possibilità di rinegoziare tempi, ruoli e priorità attraverso forme di cooperazione interprofessionale e di articolazione del lavoro entro dinamiche relazionali co-costruite con pazienti e *caregiver*.

Due elementi appaiono cruciali: il riconoscimento del valore dell'integrazione tra le diverse figure professionali e l'attenzione al lavoro invisibile – spesso agito da figure meno centrali nella gerarchia organizzativa, quali

quelle degli infermieri e degli assistenti sociali – che sospende le logiche standardizzanti per dare spazio alla dimensione relazionale della cura. È in queste pieghe del quotidiano che si aprono possibilità concrete di contrastare l'ageismo come effetto sistemico e non solo come atteggiamento individuale.

Guardare all'ageismo attraverso la lente delle pratiche situate e dell'ordine negoziato permette, a nostro avviso, di restituire maggiore complessità ai modi in cui si produce – o si contrasta – la discriminazione nei luoghi della cura. Al tempo stesso, può contribuire ad ampliare le possibilità teoriche e metodologiche di analisi, mettendo in luce le tensioni tra etica della cura e logiche di efficienza.

Bibliografia

- Ayalon L., Tesch-Römer C., editors. (2018). *Contemporary perspectives on ageism*. Cham: Springer.
- Bronzini M., Lusardi R., Atzori F. (2023). L'ordine negoziato e il lavoro di articolazione tra passato e futuro: una rassegna ragionata. *Salute e Società*, 22(3): 81-99. DOI: 10.3280/SES2023-003006
- Conrad P. (1992). Medicalization and social control. *Annual Review of Sociology*, 18: 209-232. DOI: 10.1146/annurev.so.18.080192.001233
- Corradi, G., Gherardi, S., Verzelloni, L. (2010). Through the practice lens: Where is the bandwagon of practice-based studies heading? *Management learning*, 41(3): 265-283. <https://doi.org/10.1177/1350507609356938>
- Dahl H.M. (2017). *Struggles in (elderly) care. A feminist view*. London: Palgrave Macmillan.
- European Commission. (2008). *Quality in and equality of access to healthcare services*. Testo disponibile al sito: https://www.academia.edu/5609640/Quality_in_and_Equality_of_Access_to_Healthcare_Services (12/12/2025).
- Gherardi S. (2000). Practice-based theorizing on learning and knowing in organizations. *Organization*, 7(2): 211-223. <https://doi.org/10.1177/135050840072001>
- Gherardi S. (2012). *How to conduct a practice-based study: Problems and methods*. Edward Elgar Publishing.
- ISTAT. (2024). *Annuario statistico italiano 2024*. Testo disponibile al sito: <https://www.istat.it/produzione-editoriale/annuario-statistico-italiano-2024/> (12/12/2025).
- Iversen T.N., Larsen L., Solem P.E. (2009). A conceptual analysis of Ageism. *Nordic Psychology*, 61(3): 4-22. DOI: 10.1027/1901-2276.61.3.4
- Lusardi R., Manghi S. (2013). I limiti del sapere tecnico: saperi sociali nella scena della cura. In: Vicarelli G., a cura di, *Cura e salute. Prospettive sociologiche*. Roma: Carocci Editore.
- Nicolini D. (2012). *Practice theory, work, and organization: An introduction*, Oxford University Press.

- Nugus P., Greenfield D., Travaglia J., Westbrook J., Braithwaite, J. (2010). How and where clinicians exercise power: Interprofessional relations in health care. *Social Science & Medicine*, 71(5): 898–909. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.05.029>
- Nugus P. (2019). Re-structuring the negotiated order of the hospital. *Sociology of health and illness*, 41(2): 378-394. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12838>
- Osborne S.P. (2006). The new public governance? *Public Management Review*, 8(3): 377-387. <https://doi.org/10.1080/14719030600853022>
- Pavolini E., Klenk T. (2015). Introduction. In T. Klenk T., Pavolini E., editors, *Re-structuring Welfare Governance. Marketization, Managerialism and Welfare State Professionalism*. Edward Edgar Publishing.
- Schatzki T. (2001). Introduction: Practice theory. In: Schatzki T., Knorr Cetina K., von Savigny E. editors, *The Practice turn in contemporary theory*. London and New York: Routledge.
- Spina E., Neri S., Arlotti M. (2023). Professions in process. *Salute e Società*, 22(3): 81-99. DOI: 10.3280/SES2023-003005
- Star S.L., Strauss A. (1999). Layers of silence, arenas of voice: The ecology of visible and invisible work. *Computer Supported Cooperative Work*, 8(1): 9-30. DOI: 10.1023/A:1008651105359
- Strauss A. (1985). Work and the division of labor. *The Sociological Quarterly*, 26(1): 1-19. DOI: 10.1111/j.1533-8525.1985.tb00212.x
- Strauss A. L. (2017). Introduzione all'edizione italiana. In Cersosimo G., a cura di, *Specchi e maschere. La ricerca dell'identità*. Napoli-Salerno: Orthotes Editrice.
- Strauss A., Schatzman L.R., Bucher R., Ehrlich D., Sabshin M. (1963). The hospital and its negotiated order. In Freidson G., editor, *The hospital in modern society*. New York: Free Press.
- Tronto J.C. (1993). *Moral boundaries. A political argument for an ethic of care*. New York: Routledge.
- Vicarelli G., Giarelli G., a cura di. (2020). *Libro bianco. Il Servizio Sanitario Nazionale e la pandemia da Covid-19. Problemi e proposte*. Milano: FrancoAngeli.
- Waring J. (2007). Adaptive regulation or governmentality: Patient safety and the changing regulation of medicine. *Sociology of Health & Illness*, 29(2): 163-179. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2007.00527.x>
- WHO. (2021). *Global report on Ageism*. Testo disponibile al sito: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/71ad96a0-d29a-4457-9d54-52029c24c76c/content> (12/12/2025).
- Wyman M.F., Shiovitz-Ezra S., Bengel J. (2018). *Ageism in the health care system: Provider, patients, and system*. In: Ayalon L., Tesch-Römer C., editors, *Contemporary perspectives on Ageism*. SpringerOpen.

Pazienti anziani, caregiver e medici nella relazione terapeutica. Equilibrismi tra negoziazioni e rischi di discriminazione

Cristina Calvi*, Eugenia Mercuri*

The article analyses the views of elderly patients suffering from cognitive decline or heart failure, and their caregivers on their relationship with healthcare professionals within outpatient services, a care setting increasingly relevant for the management of chronicity in old age. Through the analysis of 36 interviews and adopting Strauss's theory of negotiated order, we investigate the relational dynamics that regulate the therapeutic interaction, with particular attention to the possible presence of ageist practices. The results show a significant participation of patients and caregivers in the co-construction of the care pathway, but also highlight critical issues related to the asymmetry of power between the actors present in the cure setting.

Keywords: patient; caregiver; practitioner; therapeutic relationship; ageism; ageing.

Parole chiave: paziente; caregiver; medici specialisti; relazione terapeutica; ageismo; invecchiamento.

Introduzione

L'Italia si configura come uno degli Stati con la più alta incidenza di popolazione anziana: al 1° gennaio 2024, il 24,3% della popolazione residente aveva almeno 65 anni e l'11,5% più di 75 anni (ISTAT, 2024). L'allungamento dell'aspettativa di vita, nonostante la battuta di arresto della pandemia da Covid-19, si accompagna a un aumento degli anni vissuti in condizioni di malattia cronica o disabilità. Il Piano cronicità 2021 del Ministero della Salute, aggiornato nel 2024, sottolinea come in Italia il 43,2%

* Università degli Studi del Piemonte Orientale. cristina.calvi@uniupo.it

L'articolo è frutto del lavoro congiunto delle autrici. Tuttavia, l'Introduzione e il paragrafo 2.1 sono da attribuirsi a Cristina Calvi, i paragrafi 1 e 2.2 a Eugenia Mercuri. Le Conclusioni sono comuni.

della popolazione anziana soffra di almeno una patologia grave¹, mentre il 32,3% degli anziani dichiara di essere affetto da più malattie croniche.

In questo scenario, la gestione della cronicità diventa prioritaria e il rapporto con i professionisti sanitari si gioca prevalentemente su due livelli: il primo è quello territoriale (MMG, Case della Comunità, assistenza domiciliare, ecc.)² e il secondo è quello ospedaliero, in cui i pazienti sono solitamente presi in carico in regime ambulatoriale da medici specialisti. Il lavoro svolto dai professionisti sanitari sulla scena della cura ospedaliera e il lavoro quotidiano, spesso “invisibile” (Star, Strauss, 1999) dei pazienti e dei loro *caregiver*, si integra grazie al cosiddetto lavoro di articolazione (Strauss *et al.*, 2017; ed. or. 1997) che permette di modulare l'intensità delle cure sulla base dell'andamento della traiettoria di malattia.

Tale modello di assistenza, sebbene sia ancora soggetto a rilevanti discontinuità applicative (Vicarelli, Giarelli, 2021; Vicarelli, Neri, 2021), contrasta con logiche sanitarie frammentate e centrate sull'intervento acuto, promuovendo invece un paradigma di cura longitudinale (WHO, 2015) che tiene in considerazione la trasformazione dell'organizzazione delle istituzioni sanitarie in ottica razional-procedurale (Lusardi, Manghi, 2013). In particolare, Lusardi e Manghi (2013) pongono l'accento sul passaggio da forme organizzative a bassa complessità e ad elevata integrazione – caratterizzate da una omogeneità dei saperi medici e di quelli infermieristici e dall'integrazione di reti di cura a bassa articolazione, a forme organizzative ad alta complessità, con una articolata integrazione interna. Queste ultime si contraddistinguono per la molteplicità di attori professionali e non che vi operano (dal personale sanitario a quello amministrativo; dai pazienti ai *caregivers*, fino alle associazioni di malati e familiari) seguendo regole di tipo razionale-procedurale³. L'obiettivo di tali organizzazioni è quindi quello di fornire prestazioni universali in un contesto caratterizzato da un'elevata differenziazione che si esprime principalmente su tre assi: quello delle prassi mediche (sempre più specialistiche e tecnologizzate), quello delle esigenze organizzative e quello di chi necessita di essere curato (Favretto, 2015). Ri-

¹ Le patologie individuate come “gravi” dal Ministero della Salute sono le seguenti: tumore maligno, ictus, Alzheimer e demenze, malattie cardiache, incluso infarto o angina, diabete, parkinsonismo, malattie respiratorie croniche.

² È opportuno ricordare che questi modelli assistenziali non hanno ancora trovato un'applicazione omogenea nel Paese e che soprattutto non sono ancora riusciti a scardinare la logica ospedale-centrica che considera l'ospedale come perno del sistema sanitario (Vicarelli, Neri, 2021).

³ La riorganizzazione delle istituzioni sanitarie in ottica di efficientamento è stata influenzata dal paradigma del *New Public Management* (tra gli altri, Nugus, 2019) che in questa sede non avremo modo di approfondire.

spetto all'erogazione delle cure, la nuova organizzazione delle istituzioni sanitarie prevede quindi una tensione continua tra il mantenimento dei principi dell'universalità e della standardizzazione di prestazioni sanitarie sempre più specializzate e la necessità di tenere in considerazione le esigenze dei singoli pazienti nell'ottica di una maggiore (ed auspicata) personalizzazione del percorso di cura. Due possibili criticità legate alla presenza di un'assistenza sempre più specializzata sono la difficoltà delle istituzioni sanitarie di prendersi carico dei pazienti con multimorbidità, la cui cura richiede l'intervento di una pluralità di professionisti, afferenti a differenti specialità e unità organizzative (Nugus, 2019), nonché l'aumento della "fatica interattiva" (Lusardi, Manghi, 2013) che la scena della cura a dominanza tecno-procedurale porta con sé. Anche le cure in regime ambulatoriale sono sensibili a queste dinamiche, e più in generale a quelle legate al rapporto asimmetrico tra pazienti (e loro *caregiver*) e professionisti sanitari, in cui spesso l'età del curato può giocare un ruolo rilevante (Peck, 2011).

Il rapporto medico-paziente ha storicamente rappresentato un'arena per lo sviluppo di relazioni caratterizzate da un'asimmetria fondata sul possesso esclusivo del sapere scientifico da parte del medico nell'ambito di un contesto sanitario a sua volta caratterizzato da asimmetrie di potere. La letteratura su questi temi è ampia (si vedano tra gli altri, Conrad, 1992; Lupton, 2012; Mascagni, 2016; Ardissonne, 2022; Bosco, Cappellato, 2022; Ingrosso, 2022) e permette di far emergere come alcuni diritti riconosciuti ai pazienti – dal diritto all'informazione sui trattamenti, al diritto all'autodeterminazione – giochino un ruolo decisivo nella strutturazione della relazione terapeutica (Favretto, 2015). Si è dunque assistito a un passaggio da un modello paternalistico parsoniano centrato sulla predominanza della figura del medico ad uno più democratico che pone come centrali i bisogni di salute del paziente, che assume un ruolo più attivo e maggiormente incline a negoziare le proprie cure (May *et al.*, 2006). Tale passaggio è andato di pari passo con alcune trasformazioni strutturali della società, ma anche con cambiamenti che hanno interessato le organizzazioni sanitarie. Si è assistito, ad esempio, a un graduale incremento della scolarizzazione nella popolazione, allo sviluppo della digitalizzazione, anche in ambito sanitario, e alla diffusione di attori collettivi come le associazioni di malati e di volontariato che hanno funzione di *advocacy* e di tutela e promozione dei diritti dei pazienti (Bosco, Cappellato, 2022). Per quanto riguarda l'assistenza sanitaria, negli anni 90 del secolo scorso si è affermato un approccio consumistico (Ardissonne, 2022) che prevedeva un ruolo più attivo del paziente (*empowerment* del paziente-cliente) che iniziava ad essere considerato come soggetto attivo capace di compiere scelte rispetto ai propri bisogni di

cura⁴. Successivamente, il coinvolgimento (*engagement*) del paziente nelle scelte relative alla propria salute e nella gestione di quest'ultima è diventato sempre più forte, anche grazie al fatto che tale coinvolgimento è stato associato al miglioramento degli *outcome* di salute dei pazienti, all'aumento della *compliance* e dell'aderenza terapeutica, nonché alla riduzione dei costi sanitari (Graffigna, Barelo, 2018). La letteratura sul tema (tra gli altri, Ardisson, 2022) ha messo però in luce alcuni limiti legati all'approccio dell'*engagement* del paziente: il primo riguarda la tendenza a ricondurre il coinvolgimento ad un *frame* neoliberista che si esplica principalmente nella visione di un paziente-cliente che è chiamato a compiere delle scelte; il secondo si focalizza sul coinvolgimento di pazienti "passivi" che devono essere "attivati" dal personale sanitario; il terzo ha a che fare con il concetto di centralità del paziente che rischia di reificare la relazione medico-paziente.

Come precedentemente accennato, anche l'età del paziente può concorrere a plasmare il rapporto con i professionisti sanitari (Peck, 2011) e più in generale con le istituzioni sanitarie. Numerosi studi hanno messo in luce la presenza di pratiche ageiste nei servizi sanitari (Ben-Harush *et al.*, 2017; Schroyen *et al.*, 2018) evidenziando la presenza di discriminazioni basate sull'età operate da professionisti sanitari a danno dei pazienti anziani (McNamara, Williamson, 2019; MacRae, 2022). La definizione di ageismo più riconosciuta in ambito sanitario è quella di Iversen e colleghi (2009, p. 13, trad. it) che definisce questo fenomeno come: «[...] stereotipi negativi o positivi, pregiudizi e/o discriminazioni contro (o a vantaggio di) persone anziane sulla base della loro età cronologica o sulla base di una percezione di loro come "vecchi" o "anziani" [...]». L'ageismo può svilupparsi a livello macro (cioè nell'ambito delle policies), meso (ovvero a livello dell'organizzazione o di gruppi sociali) e micro (cioè in una dimensione di interazione tra individui).

A nostra conoscenza, ad oggi in Italia non sono stati realizzati studi sociologici che abbiano indagato la presenza di pratiche ageiste nei sistemi sanitari. Il nostro lavoro cerca di colmare questa lacuna, considerando l'ageismo come esito di pratiche situate e fortemente influenzate da vincoli organizzativi capaci di orientare gli assetti relazionali e di conseguenza di influenzare la relazione medico-paziente-*caregiver*. In particolare,

⁴Bosco e Cappellato (2022) sottolineano i limiti di questo approccio problematizzando il tema dell'autonomia del paziente anche in relazione alla libertà di scelta dei servizi e dei professionisti sanitari a cui rivolgersi. Le due studiose, infatti, ben evidenziano come in realtà all'esercizio di un controllo sulla domanda di cura non corrisponda l'esercizio di una reale autonomia del malato.

l'obiettivo è indagare le rappresentazioni della relazione terapeutica tra medici, pazienti anziani affetti da scompenso cardiaco o da declino cognitivo ai primi stadi e i loro *caregiver*, al fine di individuare possibili discriminazioni riconducibili all'età. L'ipotesi di fondo è che, laddove tali discriminazioni si presentino, non necessariamente siano frutto di comportamenti e di scelte individuali posti in essere dai professionisti sanitari, quanto piuttosto possano configurarsi come risposte situate all'interno dei processi organizzativi e delle interazioni sociali che caratterizzano la "divisione del lavoro" (Strauss *et al.*, 1985) all'interno dei servizi.

Lo studio ha inteso esplorare l'ordine sociale nelle relazioni terapeutiche attraverso il concetto di "ordine negoziato" (Strauss *et al.*, 1963) di matrice interazionista già utilizzato per studiare organizzazioni complesse come gli ospedali (tra gli altri, Bronzini *et al.*, 2023). Secondo la prospettiva di Strauss, l'ordine dei contesti di cura non è determinato prettamente dall'applicazione di norme giuridiche e/o organizzative, bensì è il risultato di interazioni, negoziazioni, decisioni che avvengono tra pazienti, *caregiver* e personale sanitario (medici *in primis*) all'interno di una organizzazione caratterizzata da vincoli strutturali (Favretto, 2015). L'ordine sociale che regola le istituzioni sanitarie e di conseguenza le relazioni terapeutiche è quindi il risultato di un ordine negoziato tra tutti gli attori che agiscono sulla scena della cura (Lusardi, Manghi, 2013), partecipando attivamente ad una divisione del lavoro sociale (Strauss, 1985) che ha l'obiettivo di portare a buon esito i processi di cura. L'adozione di tale approccio permette, inoltre, di considerare anche il "lavoro invisibile" (Star, Strauss, 1999) che pazienti e familiari mettono in atto per gestire la condizione di malattia anche alla luce delle indicazioni terapeutiche.

In questo articolo sarà esplorato il punto di vista dei pazienti e dei *caregiver* in cura in regime ambulatoriale per declino cognitivo o scompenso cardiaco rispetto alle caratteristiche assunte dalle negoziazioni tra tutti gli attori che partecipano alla relazione terapeutica, con particolare attenzione a possibili forme di discriminazione ageista a danno dei pazienti anziani. L'ambulatorio ospedaliero può rappresentare un esempio paradigmatico di negoziazione: ogni visita comporta, infatti, una definizione provvisoria della situazione, una contrattazione di priorità (sintomi su cui concentrarsi, accertamenti da fare, terapia da modificare) e un equilibrio tra esigenze istituzionali e bisogni individuali, in cui anche la presenza del *caregiver* introduce elementi di mediazione, facilitazione o tensione. Nello specifico, si faranno dialogare le narrazioni che attengono al piano del *hic et nunc*, cioè delle esperienze vissute nel corso delle visite ambulatoriali, con quelle che attengono al piano dei *desiderata*, cioè delle aspettative degli intervistati e

delle intervistate rispetto alle caratteristiche che dovrebbe assumere la relazione terapeutica.

1. Dati e metodo

L'articolo si basa sull'analisi di un corpus di interviste semi-strutturate raccolte nell'ambito del progetto "Stereotipi, pregiudizi e discriminazioni alla base dell'ageismo. Organizzazioni, servizi socio-sanitari e pratiche professionali dedicati alla popolazione anziana"⁵, il cui obiettivo è quello di indagare se e in che misura l'attuale organizzazione dei servizi sanitari e sociali in Italia produca forme di discriminazione sociale verso le persone anziane. In questo contributo, in particolare, il focus è posto sull'ambito sanitario e sul livello micro delle interazioni e delle relazioni fra professionisti sanitari, da un lato, e pazienti e *caregiver* dall'altro, guardando a come tali relazioni sono rappresentate dal punto di vista di questi ultimi. L'obiettivo è quello di indagare se, e in che modo, i pazienti anziani e i loro *caregiver* percepiscono, nella relazione terapeutica, possibili rischi di discriminazione ageista. In particolare, si farà qui riferimento a 24 interviste a pazienti over 70 in cura ambulatoriale per declino cognitivo (dc) ai primi stadi, e dunque caratterizzato da compromissioni di livello lieve, o scompenso cardiaco (sc), e a 12 interviste a *caregiver* di pazienti con le caratteristiche sopra descritte.

I partecipanti sono stati reclutati in due ospedali di due contesti regionali distinti: l'Azienda Ospedaliera-Universitaria A (AOU A), in Piemonte, e l'Azienda Ospedaliera-Universitaria B (AOU B), in Emilia-Romagna⁶.

La selezione e il reclutamento delle persone partecipanti è stata operata dal personale sanitario di riferimento per il progetto di ricerca nelle due AOU, su indicazione del gruppo di ricerca in merito alle caratteristiche di interesse. Il progetto ha ottenuto l'autorizzazione dei Comitati Etici Territoriali di riferimento delle due AOU. Lo studio è stato realizzato nel rispetto

⁵ Il progetto fa parte dello studio "Age-It - Ageing well in an ageing society" finanziato dall'Unione Europea - Next Generation EU - (PE0000015), PNRR - PE8 - Missione 4, C2, Investimento 1.3. Il gruppo di ricerca è composto da: Elena Allegri (responsabile e coordinatrice scientifica), Cristina Calvi, Eugenia Mercuri e Francesca Zaltron.

⁶ In particolare, lo studio è stato realizzato nell'ambulatorio di geriatria dell'AOU B e nel centro disturbi cognitivi e delle demenze dell'AOU A per i malati di decadimento cognitivo e nell'ambulatorio dello scompenso cardiaco dell'AOU A e nel Day service di cardiologia dell'AOU B per i malati di scompenso cardiaco. Il confronto tra i diversi contesti organizzativi non è oggetto di questo articolo.

delle Norme di Buona Pratica Clinica (GCP) e ai principi etici espressi nella Dichiarazione di Helsinki. I dati personali raccolti sono stati trattati in ottemperanza alla normativa vigente (GDPR).

Il campione di pazienti si compone di 12 persone con declino cognitivo, di cui 6 in cura presso AOU A e 6 presso AOU B, e 12 persone con scompenso cardiaco, suddivise con il medesimo criterio. Del totale dei pazienti, 13 soffrono anche di altre patologie. In media, i pazienti sono in cura ambulatoriale da due anni e sette mesi. Il campione è equilibrato secondo il genere, con 12 uomini e 12 donne; l'età va da un minimo di 70 a un massimo di 88 anni, con una età mediana di 76 anni. Pur consapevoli delle differenze che caratterizzano le due patologie oggetto di studio, si è deciso di considerarle contemporaneamente nell'analisi per far emergere tendenze trasversali nella relazione tra pazienti anziani in cura in regime ambulatoriale e personale sanitario.

Il campione di *caregiver* è composto complessivamente di 12 persone, delle quali 6 reclutate presso AOU A e 6 presso AOU B; in ciascuna AOU sono stati intervistati tre *caregiver* di persone anziane con declino cognitivo e tre di persone anziane con scompenso cardiaco. Le donne sono 9 e 3 gli uomini; in 7 casi il/la paziente è un genitore, per 4 intervistate si tratta di un coniuge, mentre in un caso è una persona cara senza relazioni di parentela. In 8 casi, i *caregiver* intervistati sono in relazione con pazienti che hanno a loro volta partecipato alla ricerca. L'età dei *caregiver* va da un minimo di 50 a un massimo di 76 anni.

La traccia di intervista, quasi identica – con qualche aggiustamento – per i due gruppi di intervistati, è stata costruita in modo da sollecitare racconti di carattere sia episodico (relativo a fatti e azioni che hanno avuto luogo) sia semantico (relativo a rappresentazioni e significati attribuiti a fenomeni) (Flick, 2009). La traccia ha permesso così di ricostruire: gli assetti organizzativi del servizio frequentato, in particolare la storia della presa in carico e la continuità/discontinuità assistenziale; le pratiche professionali della visita ambulatoriale, con attenzione alle caratteristiche dell'interazione del paziente e/o del *caregiver* con i professionisti sanitari; le eventuali pratiche ageiste percepite nei propri confronti o verso altri e gli aspetti di coping e contrasto messi in atto o possibili; e, infine, le rappresentazioni soggettive di invecchiamento e (non)autosufficienza. In particolare, le narrazioni di pratiche ageiste eventualmente vissute sono state raccolte in parte sollecitando riflessioni intorno alla qualità percepita della relazione con i professionisti sanitari incontrati e a situazioni immaginate riferibili a scenari discriminatori (ad esempio, sottovalutazione della sintoma-

tologia riportata in ragione dell'età), in parte sono emerse spontaneamente durante l'intervista.

Le interviste sono state audio-registrate con il consenso scritto dei partecipanti e trascritte integralmente. I testi così ottenuti sono stati analizzati con l'ausilio del software NVivo 14, con un approccio tematico basato su un libro codice in primo luogo costruito ex ante a partire dalla traccia di intervista, poi integrato dopo una prima fase di lettura e codifica intersoggettiva.

2. Risultati

2.1. *La relazione terapeutica in ambulatorio: negoziazioni e possibili discriminazioni*

Questo paragrafo intende ricostruire due momenti centrali della regolazione delle relazioni terapeutiche e quindi della costruzione dell'ordine negoziato che ne struttura il funzionamento. In particolare, l'attenzione sarà focalizzata sulle forme di negoziazione dei trattamenti (farmaci e procedure) e su quelle necessarie per avere maggiori informazioni rispetto alle proprie condizioni di salute. Entrambe si sviluppano nelle, a partire dalle, pratiche che caratterizzano le visite ambulatoriali all'interno del *setting* geriatrico (per il decadimento cognitivo, successivamente indicato negli stralci con "dc") e cardiologico (per lo scompenso cardiaco, successivamente indicato negli stralci con "sc"). In questi ambiti, le interazioni tra pazienti, *caregiver* e personale sanitario⁷ si realizzano in un tempo prestabilito (in media venti minuti/mezz'ora, con le visite cardiologiche un po' più dilatate per la presenza di esami diagnostici quali elettrocardiogramma ed ecocardio) che può estendersi anche ai contatti che possono avvenire tra un appuntamento e quello successivo per rispondere a momenti critici vissuti da pazienti e *caregiver* al di fuori del contesto ospedaliero.

Per quanto attiene ai trattamenti e ai necessari adattamenti terapeutici, le interviste a pazienti e *caregiver* hanno messo in evidenza due tendenze. La prima riguarda il fatto che i pazienti affetti da scompenso cardiaco dimostrano maggiore propensione alla negoziazione con i medici rispetto ai pazienti con decadimento cognitivo, probabilmente in considerazione sia del

⁷ In questo contributo si è deciso di focalizzare l'attenzione sulla relazione medico-paziente, escludendo il personale infermieristico anche se presente negli ambulatori. La relazione tra pazienti e infermieri, meritevole di trattazione specifica, sarà oggetto di un'altra pubblicazione.

tipo di malattia che non compromette capacità cognitive, sia della maggiore complessità terapeutica della patologia stessa. Quest'ultimo aspetto emerge anche dallo studio di Favretto e Zaltron (2015) relativamente all'esperienza di malattia di malati di scompenso in due ospedali piemontesi: i pazienti sono impegnati in un lavoro quotidiano che prevede l'assunzione di molteplici farmaci, un controllo della quantità di liquidi ingeriti, della stabilità del peso corporeo e della presenza o meno di un senso di affaticamento. La seconda, invece, riguarda i *caregiver* che, indipendentemente dalla malattia del proprio congiunto, si attivano in eguale misura nel rappresentare dubbi e richieste rispetto alle scelte terapeutiche che riguardano i loro cari.

Frequenti sono i confronti dei pazienti con i medici per diminuire le dosi dei farmaci con effetti collaterali pesanti o per cercare di ottenere un medicinale più sopportabile. I medici, nella maggior parte dei casi, cercano di rispondere alle esigenze dei pazienti proponendo, quando possibile, nuovi dosaggi o nuovi farmaci nell'ottica di aumentare l'aderenza terapeutica:

Le ho detto «Dottorressa, questi farmaci purtroppo mi fanno venire i dolori alle gambe e anche questo qua che mi ha dato da 10, io lo prendevo da 20, mi fa la stessa cosa». Però lei mi ha detto: «Te lo abbasso però lo devi prendere tutte le sere». Perché io prima magari lo prendevo una sera, e 2, 3 sere non lo pigliavo, facevo un po' a modo mio [...] Però ha ragione lei, dice «Io te lo do questo farmaco, e lo devi prendere» ma io sono un po' indisciplinata (Paziente, F, 72, sc, AOU A).

In queste situazioni, l'ordine negoziato pare essere frutto di una richiesta di "spazio di parola" avanzata dai pazienti e riconosciuta dai medici che porta a una forma di "affidamento negoziato" del paziente (Favretto, 2015) piuttosto che a una *compliance* imposta dal professionista perché ritenuta necessaria per la tutela della salute del curato. È utile, inoltre, notare che il medico, assecondando la richiesta della paziente, oltre ad applicare le norme professionali che impongono di rispettare il diritto di autodeterminazione dei curati, svolge contemporaneamente due dei lavori che Strauss individua come propri della professione medica: il *safety work* e il *comfort work* (Strauss *et al.*, 2017; ed. or. 1997). Il primo mira alla salvaguardia della vita del paziente attraverso pratiche cliniche che includono anche quelle tese a migliorare l'aderenza terapeutica; il secondo, invece, è riconducibile a tutte quelle azioni - compreso il contenimento degli effetti collaterali dei farmaci - che mirano al miglioramento della qualità di vita del paziente.

In alcuni casi, invece, il medico, dando priorità al *safety work* si orienta verso il mantenimento del piano terapeutico in atto, sottolineando in maniera esplicita i rischi legati alla mancata assunzione dei farmaci e responsabilizzando anche il *caregiver* rispetto a uno dei *task* che compongono il “lavoro invisibile” (Star, Strauss, 1999) di chi si prende cura, ovvero il fornire supporto al paziente affinché rispetti la terapia:

Mio marito la cosa che fa sempre presente in queste visite è il medicinale per le crisi comiziali: «Ma insomma, la devo proprio prendere?». E la dottoressa le ultime volte dice «Ma come, ha questo dosaggio, ma è acqua fresca». «Lo so dottoressa, ma ne prendo già tante. Questa qui ho pensato che potevo diminuirla». La dottoressa mi dice «Beh ma Lei lo sapeva?». Le ho detto «No». La dottoressa allora ha sempre un po' questa tattica e dice «Ma lei non si rende conto che queste crisi comiziali che lei dice durano poco, ma il cervello quando succede questo, adesso glielo dico in parole povere, subisce un trauma un po' alla volta e alla fine si bruciano delle piccole aree del cervello, poi la cosa si aggrava notevolmente». E allora mio marito un po' si prende paura e ricomincia a prendere la medicina correttamente (*Caregiver*, F, 72, dc, moglie, AOU B).

È utile sottolineare come anche i *caregiver* partecipino alla negoziazione del piano terapeutico del proprio congiunto nell'ottica di migliorare il più possibile la gestione quotidiana della malattia. Dai loro resoconti emerge come questi apprezzino il confronto “aperto” con il professionista sanitario e il sentirsi ascoltati e riconosciuti come competenti da quest'ultimo:

[mamma] prendeva anche un integratore per la memoria. E [la dottoressa] ha detto «Sospenda pure, perché tanto spende dei soldi, le cose stanno andando bene». Le ho detto «Io magari allungherei i tempi tra una somministrazione e l'altra, io farei così per un po', poi man mano lo sospenderei». Lei mi ha risposto «Sì, faccia pure così» (*Caregiver*, M, 55, dc, figlio, AOU A).

In pochissimi casi, la negoziazione sui trattamenti tra pazienti, *caregiver* e medici non è stata possibile a causa dell'atteggiamento dei professionisti sanitari. In particolare, una paziente ha riportato un atteggiamento di totale chiusura da parte del medico che ha impedito l'innescarsi del processo di negoziazione con l'obiettivo di indurre una “*compliance* obbligata” (Favretto, 2015). La strategia del professionista sanitario per adempiere al *safety work* è stata quella di comunicare la gravità della condizione della pa-

ziente senza utilizzare termini tecnici, ma facendo ricorso ad una metafora forte capace di ingenerare paura nell'assistita:

La dottoressa ha visto degli esami e le ho detto «Ma la mia dottoressa mi ha detto che può essere questo farmaco [che mi ha causato l'infezione]». Lei fa «Sì confermo che è proprio quel farmaco». E a me è scappato, ma ero ironica «Certo che è curioso, prendi un farmaco che ti cura qualche cosa che poi lo stesso farmaco ti procura un problema per cui devi prendere un altro farmaco per curare questa cosa». È successo il finimondo. Ringrazio di non aver avuto un altro infarto. Mi ha detto che sono fuori di testa, che non mi rendo conto della situazione in cui sono, che il mio cuore dove c'è stato l'infarto è una poltiglia sanguinolenta, che non mi rendo conto che posso restare lì da un momento all'altro, in qualunque momento, e mi lamento ancora che devo prendere un farmaco. Io sono rimasta basita (Paziente, F, 75, sc, AOU A).

In un altro caso, il racconto di un *caregiver* rispetto all'esperienza del padre già deceduto ma paziente dello stesso ambulatorio mette ben in evidenza una situazione di discriminazione fondata sull'età e sulla condizione del malato reputata irreversibile dal professionista sanitario:

Mi allargo sull'esperienza che ho avuto con papà, che poi l'ho vissuta anche con la mamma nel mentre, solo che papà era stato categorizzato insalvabile. [...] Categorizzare, come dicevo prima, come un'espressione di razzismo, diciamo. [...] Perché [la dottoressa] vedeva i punteggi, e all'inizio, finché andavano bene due domande veloci e via ma poi non prendeva nemmeno la pressione, non provava nemmeno a farlo camminare (*Caregiver*, M, 55, dc, figlio, AOU A).

Lo stesso *caregiver* racconta di un altro episodio vissuto sempre con il padre, questa volta, non in ambulatorio ma presso il pronto soccorso dello stesso nosocomio:

Qualcosa che stava iniziando a non andare, ma non era, secondo me, dovuto alla situazione cognitiva. Era un probabile peggioramento dovuto ad altro perché faceva fatica, incominciava a fare fatica a inghiottire. Allora l'ho portato al pronto soccorso. È rimasto lì, è stato allettato e non è più stato tirato su. Era venuto fin lì a piedi, fino al giorno prima camminava e tutto il resto, aveva avuto questa difficoltà che ho detto. E ho valutato di portarlo in pronto soccorso, perché poi alla fin fine la valutazione la dovevo fare io. Mi è sembrato il caso di farlo controllare. Poi mi hanno telefonato il giorno dopo perché alla sera era ancora lì, loro lo hanno visto alla sera e mi hanno

detto «Guardi, gli facciamo un controllo, sicuramente lo recupereremo». Il mattino dopo aspetti perché cerchi di contattare ma non ci riesci mai. Poi mi hanno telefonato, mi han detto di venirlo a prendere. E io ho detto «Come venirlo a prendere? Non ha fatto nessun controllo?». Ho parlato con un medico e mi ha detto «Guardi, questo è dovuto a tutta la sua situazione». E per loro è stato quello. Perché parlava poco già con me, è stato lì, non conosceva nessuno, trovarsi da solo, non rispondeva, perché non rispondeva e non dicendo niente, così, l'hanno cateterizzato, messo sulla lettiga e niente, da lì poi mi hanno detto «O lo viene a prendere sennò lo destiniamo noi in una struttura». Cioè sono stato messo con le spalle al muro così (*Caregiver*, M, 55, dc, figlio, AOU A).

Anche un'altra *caregiver* riferisce di un comportamento discriminatorio vissuto però in un reparto di degenza e della conseguente impossibilità di negoziare con il medico un trattamento utile per il pieno recupero del marito:

Poi sono andata a parlare con la dottoressa [del reparto] e ho chiesto se era il caso che mio marito andasse a Veruno [per la riabilitazione] e lei mi fa «Ah no. Cosa deve venire a fare?» Mi fa «Suo marito intanto pensionato sta a casa, sta sulla poltrona, si legge un libro, guarda la televisione». Io ho detto «noi abbiamo un piccolo pezzetto di verde» e lì mi ha detto «Fa cadere le foglie, se vuole, però poi le fa raccogliere da qualcun altro». Mio marito aveva 62 anni allora, abituato a fare tutto lui in casa, figurati, le ho detto «Qui mi cade in depressione se non può fare più niente così». «Ma tanto è pensionato», mi ripete (*Caregiver*, F, 71, sc, moglie, AOU A).

Il comportamento dei medici descritto negli ultimi tre stralci pare essere in linea con la letteratura di riferimento (McNamara, Williamson, 2019; Makris *et al.*, 2015) sulle pratiche ageiste messe in atto dal personale medico durante la fase del trattamento (ad esempio: sottovalutare i sintomi, non proporre possibili ulteriori trattamenti, ecc.). Il primo stralcio, in particolare, fa emergere anche come la giudicata inguaribilità di una persona anziana sembri autorizzare il professionista sanitario a non procedere nemmeno con le pratiche cliniche che compongono la visita di routine. Tale comportamento potrebbe essere stato favorito anche dal fatto che il paziente affetto, tra le altre cose, anche da declino cognitivo, in quel momento non fosse pienamente in grado di rendersi conto della situazione. Il secondo stralcio, in linea con il primo, da una parte sottolinea con forza la fragilità di un paziente anziano le cui capacità di espressione sono state compromesse dal declino cognitivo di fronte al potere medico che, in assenza di un interlocutore con cui negoziare, decide di non indagare il sintomo. Dall'altra parte,

dal racconto del *caregiver* emerge come, in assenza di problemi urinari del paziente, sia stata comunque praticata la cateterizzazione, pratica clinica utile alla gestione più rapida del degente ma che agisce negativamente sulla autosufficienza della persona (MacIsaac, Peter, 2024).

Il terzo stralcio, inoltre, mette a tema anche la questione della discriminazione legata alla (presunta) non produttività delle persone anziane in pensione, mostrando il netto disallineamento del medico dal *productive aging framework* che non considera la produttività come esclusivamente associata al lavoro retribuito (Morrow-Howell, Gonzales, 2024).

I pazienti, così come i *caregiver*, si attivano nella relazione terapeutica anche per avere maggiori e/o più comprensibili informazioni rispetto alla propria condizione di salute. Partendo dal presupposto che l'essere informati rappresenta uno dei diritti fondamentali riconosciuti ai pazienti in ambito sanitario, intervistate e intervistati sostengono che il personale medico adempie al dovere informativo, seppure in presenza di vincoli strutturali come la mancanza di tempo. In generale, soprattutto i pazienti dimostrano di apprezzare i medici capaci di spiegarsi in maniera chiara e con un linguaggio comprensibile:

A fine visita, le chiedo come sono messo, le chiedo del mio stato, e lei dice «Più o meno come prima» o «qualcosina meglio».

D: E se la dottoressa X non c'è, chi la sostituisce?

R: Ma io guardi, aspetto lei perché è chiara. Chiara nel fatto che quando dice che ha questo e quest'altro. E io le chiedo per capire il motivo per cui è venuta questa cosa, e allora lei parla bene, spiega bene anche le cose difficili (Paziente, M, 82, sc, AOU A).

L'analisi del materiale raccolto ha permesso di rilevare come, in particolare, la negoziazione su questo tema si giochi sulla quantità e sulla comprensibilità delle informazioni. In questo senso, le strategie messe in atto dai pazienti, soprattutto quelli affetti da scompenso cardiaco, e dai *caregiver* sono molteplici: dal sollecitare in maniera ironica il medico (primo stralcio di seguito), al porre domande ad un altro professionista sanitario (secondo stralcio):

[dopo l'elettrocardiogramma] arriva il medico, anche lì tic tac, procede, dopodiché, quando ha terminato, tu ti rivesti e lei o lui torna alla scrivania con tutte le strisce di cose e finisce di battere tutto il referto poi chiedo io «C'è qualche problema, mi devo preoccupare?» Mi bastano due parole (Paziente, F, 75, sc, AOU A).

Generalmente se non fai domande, non chiedi, fanno un sorrisino e ti dicono «Sì, no, no, tutto bene» [...] Non parlano mai [gli psicologi] di quello che scrivono. Ecco, so qualcosa poi parlando con la geriatra, perché la geriatra mi dice «Oggi ha ottenuto un punteggio...» (*Caregiver*, M, 55, dc, figlio, AOU A).

2.2. Immaginare la relazione: tra empatia e autodeterminazione

Se nel paragrafo precedente si è guardato all'ordine negoziato che aiuta a regolare le relazioni terapeutiche in atto, di seguito verranno esplorate le rappresentazioni di come dovrebbe essere strutturata una buona relazione terapeutica, a partire dal rapporto con il medico.

La narrazione delle pratiche che danno forma all'interazione fra paziente (e *caregiver*) e professionisti sanitari permette, infatti, di ricostruire anche la rappresentazione di come tale interazione – e, per estensione, la relazione con il medico – dovrebbe idealmente avere luogo, dal punto di vista dei pazienti anziani e delle persone che li accompagnano nella loro frequentazione dei servizi e nella gestione delle loro patologie. A un primo sguardo, è possibile delineare una “relazione immaginata” che si fonda, in modo trasversale, su empatia, ascolto, e rispetto reciproco. Tale rappresentazione è comune a pazienti e *caregiver*, che concordano nel definire un “buon rapporto” con un medico improntato su sincerità, chiarezza e capacità di mettersi nei panni altrui, come emerge chiaramente dagli stralci che seguono, tratti da interviste rispettivamente con un paziente affetto da scompenso cardiaco, e con la *caregiver* di una paziente che soffre di declino cognitivo:

Un buon rapporto con un medico dovrebbe essere basato secondo me sulla sincerità prima di tutto. E poi deve essere empatico il rapporto. E il medico dovrebbe capire che il malato è fragile. Quindi mettersi anche un po' nei suoi panni (Paziente, M, 73, sc, AOU B).

Il poter appunto condividere, [...] non ci deve essere questo muro che certi mettono perché certi medici e infermieri mettono un pochino, cioè sono un po' duri, non lo so. Poi soprattutto con persone anziane, che magari hanno anche timore di chiedere, [...] Cioè abbiano un po' di pazienza, portino pazienza (*Caregiver*, F, 54, dc, figlia, AOU B).

Tuttavia, guardando, anche in questo caso, a due dimensioni della negoziazione con i professionisti, ossia quella delle conoscenze intorno alla propria condizione e quella dell'organizzazione delle pratiche intorno alla pa-

tologia vissuta, è possibile mettere in evidenza alcuni nodi critici, che hanno a che fare con le specifiche rappresentazioni che pazienti e *caregiver* hanno della divisione del lavoro (Strauss *et al.*, 1985) di gestione della malattia ma anche con il modo in cui si costruisce l'età anziana (Higgs, Gilleard, 2025).

Il tema della negoziazione intorno alla conoscenza della propria condizione fa emergere punti di vista differenti fra pazienti e *caregiver*. Da un lato, infatti, i pazienti concordano nel voler essere informati sul proprio stato di salute, e si rappresentano come capaci – e desiderosi – di chiedere chiarimenti e approfondimenti, in una visione ideale dei reciproci compiti che vede da una parte un professionista trasparente e capace di spiegarsi e dall'altro un paziente capace di ascolto, visione che però non sempre trova riscontro nella realtà:

[i medici dovrebbero] non essere sbrigativi, dirci le cose come sono. E poi cosa posso dire? Noi dobbiamo ascoltare. Io se non capisco richiedo, io richiedo.

D: Ma perché non capisce, perché secondo lei non spiegano in maniera chiara?

No. Magari [è questione di una] parola. Quella parola che vuol dire questo non la capisco. Io se non capisco lo richiedo (Paziente, F, 85, dc, AOU A).

Il medico che mi ha seguito durante quella giornata, se io faccio qualche domanda lui mi risponde. Però quando senti che una persona ha fretta, per quanto sia gentile e disponibile però io non riesco più ad andare avanti nel mio programma di domande (Paziente, F, 86, sc, AOU B).

Dall'altro lato, dai racconti di alcuni *caregiver* emerge quanto quella che viene interpretata come un'eccessiva trasparenza da parte dei professionisti sanitari possa essere potenzialmente dannosa, specialmente quando chiama in causa la specifica condizione dei pazienti anziani:

Se ti dicono, guardi lei perché ha novant'anni non c'ha più niente, può anche morire. [...] magari fate lo stesso, ma magari non lo dite e uno è un pochino più sollevato (*Caregiver*, F, 71, sc, moglie, AOU A).

In pronto soccorso, c'era questo medico che [...] tagliava molto sul fatto già che mio padre avesse un'età così, cioè ottant'anni. «Cosa pensa signora? Cosa spera?», cioè tutte queste cose qua che uno le sa già di suo, soprattutto un familiare lo sa già, più o meno, ed è un po' avvilente sentire un professionista che dice queste cose (*Caregiver*, F, 59, sc, figlia, AOU B).

Questi stralci, che fanno riferimento alla dimensione del “quanto” e “come” è giusto sapere del proprio stato di salute, in primo luogo mettono in evidenza la percezione di quello che può essere interpretato come un rischio di discriminazione ageista (Ayalon, Tesch-Römer, 2018), basata in particolare sul cosiddetto nichilismo terapeutico (Dunkelman, Dressel, 1994), ossia la tendenza a non offrire trattamenti a condizioni che sono considerate tipiche dell’età anziana e dunque incurabili o non valevoli di tentativi di intervento. Inoltre, è interessante notare come a essere poco apprezzato non sia tanto (o non solo) la pratica potenzialmente discriminatoria in sé, quanto la sua esplicitazione nell’interazione con i *caregiver*. Con riferimento al lavoro di Glaser e Strauss (1965) sui “contesti di consapevolezza” che si vengono a creare nella gestione della malattia, ossia ciò che ognuna delle persone coinvolte nell’interazione – pazienti, familiari, personale sanitario – sa riguardo alla condizione del paziente e quanto il paziente sa della consapevolezza degli altri intorno alla sua condizione, si potrebbe dire che le *caregiver* qua citate preferirebbero un contesto di *mutual pretense*, ossia in cui la condizione del paziente è nota, ma non viene esplicitata. In questo caso, la condizione specifica a cui si fa riferimento non è necessariamente lo stato di salute quanto l’età avanzata e l’effetto che questa ha non tanto sul decorso della malattia, ma sull’accesso alle cure: scenario che richiama, come anticipato più sopra, una discriminazione ageista.

In secondo luogo, da queste interviste si apre la strada a riflessioni e rappresentazioni intorno alla seconda dimensione di negoziazione, ossia su come la divisione del lavoro di gestione della patologia dovrebbe, idealmente, essere operata. Dai racconti dei *caregiver* emerge chiaramente come proprio uno spazio di negoziazione con i professionisti sanitari, da leggere come la possibilità di richiedere maggiori approfondimenti intorno allo stato di salute dei pazienti loro cari, sia auspicato nella relazione con i medici, e la sua mancanza sia letta come una rigidità che può rispecchiare un’asimmetria di potere, come nello stralcio che segue, o un’incapacità di empatia, come nel successivo:

Allora, [la dottoressa] ti diceva subito «Questo è così. Ah, questo non va bene. Questo non si deve fare». Non ti dava speranza e io chiedevo: «Possiamo fare un altro controllo?» Diceva: «No, assolutamente non serve». [...] questa è stata una cattiva esperienza, nella quale io non ho forzato la mano, non ho detto nulla perché mi sentivo in una situazione in cui dicevo supplisco io come posso finché riesco. Poi per fortuna se n’è andata via e quando il primario poi ha chiesto, ho vuotato il sacco. Avrei potuto farlo prima, però siamo sempre in quelle situazioni delicate (*Caregiver*, M, 55, dc, figlio, AOU A).

C'è poca [...] immedesimazione nel paziente, probabilmente. Cioè capisco che loro ne vedranno quante cose tutte simili, soprattutto persone anziane, così, lasciano un po' correre. Anche non si immedesimano, magari nella psicologia dell'anziano, che magari ha bisogno anche proprio di una parola, di un conforto, anche dire, piuttosto facciamo un esame approfondito in più, piuttosto magari di liquidare insomma dicendo ma sì, cioè tanto, è il problema dell'età (*Caregiver*, F, 54, dc, figlia, AOU B).

Nelle narrazioni dei pazienti, d'altra parte, è possibile riconoscere una rappresentazione della gestione della patologia nella quale trovano spazio iniziativa e autodeterminazione, pur nel rispetto della professionalità del medico, come emerge nello stralcio che segue:

Non ho mai discusso con un medico, perché se un medico mi dice: «Prendi questa che ti fa bene», io prendo quella e l'adopero. Se non mi fa bene non la prendo più senza dirlo al medico, non me ne frega niente. [...] Adesso, per esempio, sto prendendo un'ottima medicina [...] che mi sono accorto dopo alcune settimane che mi fa bene. Ma la smetterò. Pian pianino io adesso prenderò sempre un po' meno e smetterò di mia iniziativa. Perché io sono stanco di avere queste nausee che mi danno fastidio. Mi fa bene, quindi il dottore ha dato un'ottima cura. E io decido. Perché al momento, il corpo, la ciccia, è mia, non è loro, se la ciccia è mia, la tratto io dopo, ma non è certo colpa del medico, è responsabilità mia (Paziente, M, 86, dc, AOU B).

Dalle interviste emerge come, infatti, se nella relazione col medico è riconosciuto compito del professionista sanitario esprimere la propria competenza nella definizione dei piani terapeutici, i pazienti rivendicano per sé il diritto di adattare le terapie alla propria specifica e unica condizione, con o senza la benedizione del medico. D'altra parte, è proprio la perdita di questo spazio di negoziazione e di autodeterminazione a rappresentare, per i pazienti anziani, un aspetto indesiderato di un possibile futuro, in particolare in relazione a un eventuale ricovero in RSA o in casa di riposo: luoghi in cui, come racconta un paziente,

[gli ospiti anziani] li mettono là, sono delle cose, non sono più niente, sono delle cose! Li siedono tutti insieme là tutti fermi e guai a chi si muove di lì. Se uno deve andare al servizio, gli mettono un pannolino e si arrangiano. Ma scherziamo? Quello vuole andare, perché magari riesce a stare in piedi, basta che lo accompagni, e non lo fanno! Per me è la cosa più disumana che si possa fare, secondo me (Paziente, M, 76, dc, AOU A).

Conclusioni

La ricerca presentata in questo articolo ha messo in luce la complessità dell'interazione terapeutica nei servizi ambulatoriali rivolti a pazienti anziani con scompenso cardiaco o declino cognitivo, evidenziando la centralità delle negoziazioni nella definizione degli equilibri relazionali tra medici, pazienti e *caregiver*. Attraverso la teoria dell'ordine negoziato di Strauss, è stato possibile analizzare come tali relazioni non siano solo determinate da ruoli o protocolli, ma si configurino anche come esiti dinamici di interazioni situate, influenzate da vincoli organizzativi, asimmetrie di potere e dal "lavoro invisibile" svolto da tutti coloro che prendono parte alla scena della cura.

L'analisi del materiale empirico permette di mettere in luce come, nella maggior parte dei casi, a pazienti e *caregiver* sia riconosciuta una capacità di *agency* che permette loro di negoziare con i medici. Il loro diritto a partecipare alla co-costruzione del proprio percorso terapeutico viene accolto *in primis* attraverso l'ascolto e, quando è possibile, attraverso l'adozione di terapie maggiormente rispondenti alle esigenze degli assistiti.

Le due dimensioni di negoziazione con i professionisti della salute su cui ci siamo concentrati mettono anche in luce alcune criticità della relazione fra medici, pazienti e *caregiver*: da un lato, infatti, si auspica una maggiore chiarezza e trasparenza intorno alla propria (o dei propri cari) situazione di salute; dall'altro, si vorrebbero – o si rivendicano – maggiori spazi di intervento nella gestione delle patologie, sia sul piano dei controlli e degli accertamenti, sia su quello della gestione dei piani terapeutici e dell'assunzione di farmaci. Tali criticità possono essere ricondotte in parte a vincoli legati all'organizzazione – tempi contingentati, procedure standardizzate –, in parte, come emerge da testimonianze sia di pazienti sia di *caregiver*, da quella che sembra una mancata corrispondenza tra le rappresentazioni che questi ultimi hanno della divisione del lavoro ideale nella gestione della malattia e la visione del medico – più centrata sull'efficienza tecnico-procedurale, soprattutto nel caso dei cardiologi – riguardo alla più corretta attribuzione di ruoli e responsabilità. In questo senso, l'età avanzata dei pazienti pare essere una caratteristica che gioca un ruolo rilevante in questa partita. Trasversalmente, infatti, l'età dei pazienti è messa a tema, in particolare dai *caregiver*, come caratteristica peculiare, che potrebbe essere alla base di pratiche interpretate come negligenti, e che dovrebbe richiedere un maggiore impegno nel lavoro di relazione da parte dei medici. Si tratta di pratiche che possono essere lette con la lente dell'ageismo, nella misura in cui la sottovalutazione dei sintomi riportati dai pazienti anziani, la deci-

sione di non procedere con un percorso terapeutico e soprattutto il mancato rispetto dello spazio di autodeterminazione dei pazienti, così come sono stati raccontati da alcuni intervistati soprattutto in riferimento ad esperienze in reparti di degenza e in pronto soccorso, rientrano nel quadro di discriminazione sulla base dell'età come è stato rilevato dalla letteratura internazionale. Come evidenziato in particolare nelle narrazioni intorno alle interazioni con il personale sanitario percepite come negative, di cui si è fatta esperienza o immaginate per il futuro, la perdita della possibilità di prendere decisioni per sé e per il proprio stato di salute a causa di professionisti che non riconoscono pienamente ai pazienti tale *agency* è ciò che caratterizza un'esperienza di discriminazione subita. In ultima analisi, dunque, è possibile sostenere che una buona relazione con un medico, vissuta o immaginata, una relazione non ageista, è quella in cui si sente di avere voce in capitolo sulla propria condizione di salute, anche in età anziana.

Le riflessioni qui proposte pongono a tema l'importanza di continuare a indagare le interazioni e le negoziazioni che plasmano la relazione terapeutica, nonché le possibili pratiche discriminatorie che possono attraversarla, intese non solo come frutto di pregiudizi individuali, ma come effetto situato e strutturale delle modalità organizzative della cura. Un approccio interazionista e un metodo qualitativo possono contribuire a far emergere queste dinamiche spesso poco visibili e a promuovere una maggiore consapevolezza nei contesti ospedalieri.

Infine, anche in ottica di future ricerche sul tema, si ritiene utile segnalare due limiti di questo lavoro. Il primo riguarda il fatto di non aver incluso nello studio, oltre agli ambulatori, anche i reparti di degenza dedicati alle patologie di nostro interesse (declino cognitivo e scompenso cardiaco) come possibili luoghi di sviluppo di discriminazioni ageiste. Il secondo ha a che fare con la scelta, operata principalmente per ragioni di spazio, di non includere in questo articolo le voci dei professionisti sanitari coinvolti nello studio. Infine, ci sembra opportuno segnalare, per future ricerche su queste tematiche, l'importanza di tenere in considerazione anche il peso di altre possibili dimensioni di disuguaglianza e discriminazione, che talvolta possono intrecciarsi con l'ageismo.

Bibliografia

Ardissonne A. (2022). A relational paradigm for the patient-doctor figuration, between engagement and shared doctoring. *Salute e Società*, 1: 63-79. DOI: 10.3280/SES2022-001005

- Ayalon L., Tesch-Römer C., a cura di (2018). *Contemporary Perspectives on Ageism*. Cham: Springer.
- Ben-Harush A., Shiovitz-Ezra S., Doron I., Alon S., Leibovitz A., Golander H., Haron Y., Ayalon L. (2017). Ageism among physicians, nurses, and social workers: findings from a qualitative study. *European Journal of Ageing*, 14: 39-48. DOI: 10.1007/s10433-016-0389-9
- Bosco N., Cappellato V. (2022). Putting patients first? Luci e ombre del coinvolgimento attivo dei pazienti nei processi di cura. *Salute e Società*, 1: 48-62. DOI: 10.3280/SES2022-001004
- Bronzini M., Lusardi R., Atzori F. (2023). L'ordine negoziato e il lavoro di articolazione tra passato e futuro: una rassegna ragionata. *Salute e Società*, 22(3): 81-99. DOI: 10.3280/SES2023-003006
- Conrad P. (1992). Medicalization and Social Control. *Annual Review of Sociology*, 18: 209-232. DOI: 10.1146/annurev.so.18.080192.001233
- Dunkelman D.M., Dressel R.C. (1994). *The nursing home environment and dementia care*. In: Aronson M.K., editor, *Reshaping dementia care-Practice and policy in long-term care* (pp. 60-68). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Favretto A.R. (2015). Costruire l'ordine negoziato nei contesti incerti: l'esperienza della malattia nei servizi sanitari. *Sociologia del diritto*, 2: 115-146. DOI: 10.3280/SD2015-002005
- Favretto A.R., Zaltron F. (2015). «*Qui sono come a casa mia*». *L'umanizzazione delle cure e l'esperienza di malattia nei contesti sanitari*. Bologna: Il Mulino.
- Flick U. (2009). *An Introduction to Qualitative Research*. London: Sage.
- Glaser B., Strauss A. (1965). *Awareness of Dying*. Chicago: Aldine Publishing Company. DOI: 10.2307/582937
- Graffigna G., Barellò S. (2018). *Engagement: un nuovo modello di partecipazione in sanità*. Roma: Il Pensiero Scientifico.
- Higgs P., Gilleard C. (2025). *Rethinking The Sociology Of Ageing: Towards a Sociology of Later Life*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing.
- Ingrosso M. (2022). *Verso nuove relazioni di cura: modelli e orientamenti*. In: Alastra V., Bronzini M., Ingrosso. M., a cura di, *Cambiare le relazioni di cura nelle organizzazioni sanitarie. Ricerche, progetti, esperienze* (pp. 22-44). Milano: Franco Angeli.
- ISTAT. (2024). *Annuario Statistico Italiano 2024*. Roma: Istituto Nazionale di Statistica.
- Iversen T.N., Larsen L., Solem P.E. (2009). A conceptual analysis of ageism. *Nordic Psychology*, 61(3): 4-22. DOI: 10.1027/1901-2276.61.3.4
- Lupton D. (2012). *Medicine as Culture. Illness, Disease and the Body*. London: Sage.
- Lusardi R., Sergio Manghi S. (2013). I limiti del sapere tecnico: saperi sociali nella scena della cura. In: Vicarelli G., editor, *Cura e salute. Prospettive sociologiche*. Roma: Carocci Editore.

- MacIsaac M., Peter E. (2024). Emergency department crowding: An examination of older adults and vulnerability. *Nursing Ethics*, 32(1): 99-110. DOI:10.1177/09697330241238333
- MacRae H. (2022). 'I've never given it a thought': older men's experiences with and perceptions of ageism during interactions with physicians. *Ageing & Society*, 42:1318-1339. DOI:10.1017/S0144686X20001476
- Makris U.E., Higashi R.T., Marks E.G., Fraenkel L., Sale J.E., Gill T.M., Reid M.C. (2015). Ageism, negative attitudes, and competing co-morbidities - why older adults may not seek care for restricting back pain: A qualitative study. *BMC Geriatrics*, 15: 39. DOI: 10.1186/s12877-015-0042-z
- Mascagni G. (2016). Pazienti, medici e relazioni terapeutiche in trasformazione. *Salute e Società*, 3: 61-74
- May C., Rapley T., Moreira T., Finch T., Heaven B. (2006). Technogovernance: evidence, subjectivity, and the clinical encounter in primary care medicine. *Social Science & Medicine*, 62: 1022-1030. DOI: 10.1016/j.socscimed.2005.07.003
- McNamara T.K., Williamson J.B. (2019). *Ageism. Past, present and future*. London: Routledge.
- Morrow-Howell N., Gonzales E. (2024). Explicating ageism in the productive aging framework. *The Gerontologist*, 64: 1-6. DOI: 10.1093/geront/gnad156
- Nugus P. (2019). Re-structuring the negotiated order of the hospital. *Sociology of health and illness*, 41(2): 378-394. DOI: 10.1111/1467-9566.12838
- Peck B.M. (2011). Age-Related Differences in Doctor-Patient Interaction and Patient Satisfaction. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 1-10. DOI: 10.1155/2011/137492
- Schroyen S., Adam S., Marquet M., Jerusalem G., Thiel S., Giraudet AL., Missotten P. (2018). Communication of healthcare professionals: is there ageism?. *European Journal of Cancer Care*, 27: 1-10. DOI: 10.1111/ecc.12780
- Star S.L., Strauss A. (1999). Layers of silence, arenas of voice: the ecology of visible and invisible work. *Computer supported cooperative work*, 8(1): 9-30. DOI: 10.1023/A:1008651105359
- Strauss A. (1985). Work and the Division of Labor. *The Sociological Quarterly*, 26(1): 1-19. DOI: 10.1111/j.1533-8525.1985.tb00212.x
- Strauss A., Fagerhaugh S., Suczek B., Weiner C. (2017). *Social organization of medical Work*. London and New York: Routledge (ed. or.: *Social organization of medical Work*. London and New York: Routledge, 1997).
- Strauss A., Schatzman L.R., Bucher R., Ehrlich D., Sabshin M. (1963). The Hospital and Its Negotiated Order. In: Freidson G., editor, *The Hospital in Modern Society*. New York: Free Press.
- Vicarelli G., Giarelli G. a cura di (2021). *Libro Bianco. Il Servizio Sanitario Nazionale e la pandemia da Covid19. Problemi e proposte*. Milano: Franco Angeli.
- Vicarelli G., Neri S. (2021). Una catastrofe vitale? Le scelte di politica sanitaria per far fronte al Covid-19. *Politiche Sociali*, 2: 233-254. DOI: 10.7389/101679
- WHO (2015). *World Report on Ageing and Health*. Geneva: World Health Organization.

Rappresentazioni dell'invecchiamento negli spazi digitali: una lettura critica sul rischio di ageismo nelle app per gli anziani

Flavia Atzori*

The paper critically analyzes the phenomenon of digital ageism, with particular attention to the representation of aging within smartphone applications for older adults. Through a textual and visual content analysis, a sample of apps available on the Italian Apple App Store is examined to highlight how they often implicitly incorporate stereotypes and normalizing narratives about old age. Results show that these apps tend to promote a view of aging centered on performance, autonomy, and productivity, reinforcing a neoliberal rhetoric that risks excluding non-conforming subjectivities. The analysis highlights the need for a critical and inclusive approach to technological design, one that values the diversity of aging experiences.

Keywords: digital ageism; aging; cultural representations; apps for older adults; social inequalities; technological inclusion.

Parole chiave: ageismo digitale; invecchiamento; rappresentazioni culturali; app per anziani; disuguaglianze sociali; inclusione tecnologica.

Introduzione

Negli ultimi decenni, il concetto di ageismo ha assunto una rilevanza crescente nel dibattito accademico e politico, divenendo una chiave interpretativa centrale per comprendere le forme di esclusione e disuguaglianza che colpiscono le persone anziane. Il termine indica «il pregiudizio da parte di una fascia d'età nei confronti di altre fasce d'età» (Butler, 1969, p. 243) e include stereotipi, pregiudizi e discriminazioni che possono manifestarsi a livello istituzionale, interpersonale o individuale, in forme esplicite o implicite (Ribera-Casado, 2024; WHO, 2021).

Nella letteratura sociologica, il concetto è stato perlopiù analizzato come una forma di costruzione sociale che si manifesta non solo nelle rappresentazioni culturali dell'invecchiamento, ma anche nei dispositivi istituzionali e nelle pratiche quotidiane che regolano l'accesso a risorse, diritti e riconosci-

* Università Politecnica delle Marche. f.atzori@staff.univpm.it

mento sociale (Ayalon, Tesch-Römer, 2018; Calasanti, Slevin, 2001). L'approccio intersezionale (cfr. Crenshaw, 1991) ha messo in luce come l'ageismo interagisca con altri assi di disuguaglianza – quali genere, classe, etnia e dis/abilità – producendo effetti specifici e stratificati di esclusione. Gli studi critici sull'invecchiamento (*critical gerontology*), invece, si sono concentrati sul decostruire la narrazione dominante dell'invecchiamento come declino, promuovendo una lettura più articolata dei processi di soggettivazione in età avanzata (Biggs *et al.*, 2003; Gullette, 2004). Infine, la prospettiva della biopolitica ha evidenziato come il corpo anziano venga regolato attraverso pratiche di governo neoliberali che enfatizzano l'invecchiamento attivo e la produttività, finendo talvolta per colpevolizzare chi non si conforma a tali ideali (Twigg, Martin, 2015).

In anni più recenti, durante ed in seguito alla pandemia da Covid-19, il dibattito sull'ageismo si è riaperto e si sono quindi susseguiti diversi studi empirici che hanno posto il focus sul conflitto intergenerazionale durante la pandemia (Ayalon *et al.*, 2021; Sutter *et al.*, 2022), sulla rappresentazione stigmatizzata degli anziani (Fraser *et al.*, 2020; Kwon, Moore, 2024; Swift, Chasteen, 2021; Werner *et al.*, 2022), sulle esperienze di forme di ageismo durante la pandemia (Brinkhof *et al.*, 2023; Ward, Kenny, 2020) o sulle rappresentazioni dell'invecchiamento e dell'ageismo nei social media (Caliandro *et al.*, 2021a; 2021b; Soto-Perez-de-Celis, 2020). Nel contesto italiano, risulta particolarmente interessante lo studio di Caliandro *et al.* (2021a) che, attraverso un'analisi dei discorsi sulla piattaforma Twitter durante le prime fasi pandemiche, mostra come i contenuti esplicitamente ageisti siano marginali e poco popolari ma, al contempo, emerga una narrazione dell'invecchiamento caratterizzata da «fragilità, impotenza e inattività» (Caliandro *et al.*, 2021a, p. 368). Si tratterebbe, quindi, di una tipologia di ageismo implicito (Ribera-Casado, 2024).

La progressiva digitalizzazione della società e la penetrazione pervasiva delle tecnologie nella vita quotidiana hanno sollecitato nuove riflessioni sull'evoluzione di questo fenomeno, dando origine alla nozione di *ageismo digitale*. Essa si riferisce alle modalità attraverso cui la discriminazione legata all'età si esprime e si struttura in ambienti tecnologici, sia attraverso il design e l'accessibilità delle tecnologie, sia tramite le rappresentazioni simboliche e discorsive che esse veicolano. Per questo motivo, le applicazioni per smartphone destinate alla popolazione anziana rappresentano un campo d'indagine privilegiato per osservare le dinamiche che influenzano la costruzione culturale della vecchiaia. Se da un lato tali strumenti promettono di supportare l'autonomia, migliorare la salute e favorire l'inclusione sociale

degli anziani, dall'altro è necessario interrogarsi criticamente su quali visioni dell'invecchiamento essi presuppongano, riproducano e normalizzino.

Il presente contributo si propone di analizzare criticamente le rappresentazioni dell'invecchiamento veicolate dalle app per anziani disponibili sull'Apple App Store italiano. Dopo un approfondimento della letteratura sul concetto di ageismo digitale, l'articolo presenta uno studio che, attraverso un approccio qualitativo, intende indagare se e in quali modalità il mercato delle app per gli anziani nel contesto italiano rafforzi forme di ageismo digitale nella rappresentazione dell'invecchiamento.

1. Ageismo digitale e rappresentazioni dell'invecchiamento

Recentemente è iniziata una riflessione su una forma specifica di ageismo, ossia l'ageismo digitale, che si riferisce alla discriminazione implicita o esplicita degli anziani basata su come l'età viene rappresentata e vissuta in relazione alle tecnologie digitali (Rosales *et al.*, 2023). In ambito digitale, l'ageismo si manifesta sia a livello strutturale, e cioè nella progettazione delle tecnologie e nelle politiche digitali, sia a livello culturale e discorsivo, cioè nei modi in cui la società rappresenta la relazione tra età e tecnologia (Manor, Herscovici, 2021; Rosales *et al.*, 2023; Rosales, Fernández-Ardèvol, 2020).

Nello specifico, lo studio di Manor e Herscovici (2021) individua nell'ageismo digitale una componente individuale, che si manifesta nella mancanza di consapevolezza e comprensione dei bisogni e delle difficoltà specifiche degli utenti anziani nello spazio digitale, e una componente organizzativa, che si esprime nella mancanza di ricerche approfondite tra gli utenti anziani e gli stessi utenti non vengono formati adeguatamente all'utilizzo delle tecnologie, causando così esclusione digitale. Il lavoro di Rosales *et al.* (2023), pur non trascurando gli aspetti organizzativi del concetto, enfatizza, invece, un aspetto più simbolico e di rappresentazione, definendo l'ageismo digitale come

la discriminazione implicita o esplicita degli anziani in base al modo in cui l'età viene rappresentata e vissuta in relazione alle tecnologie digitali [...]. L'ageismo digitale è profondamente radicato nella società ed opera a livello istituzionale e interpersonale, basandosi su valori o stereotipi sociali ampiamente accettati. Ciò influisce sull'immagine che gli utenti anziani hanno di sé stessi e sul loro potenziale interesse per le tecnologie digitali, rafforzando

i processi di esclusione. In altre parole, individui e istituzioni ignorano, svalutano e persino escludono gli utenti anziani, rafforzando così le disuguaglianze esistenti (Rosales *et al.*, 2023, pp. 5-6).

Ai fini del presente lavoro, è utile approfondire le implicazioni sociologiche della seconda accezione di ageismo digitale, quella che riguarda le rappresentazioni dell'invecchiamento. L'ageismo digitale può infatti essere interpretato come una forma di esclusione simbolica e materiale che contribuisce alla riproduzione delle disuguaglianze sociali. Le narrazioni dominanti sulle competenze digitali sono spesso fondate sul paradigma della "natività digitale" (Prensky, 2001), che contrappone giovani "nativi digitali" ad anziani "immigrati digitali", rafforzando una dicotomia semplicistica e stigmatizzante. Tali rappresentazioni finiscono per consolidare l'idea che gli anziani siano intrinsecamente inadatti all'uso delle tecnologie, piuttosto che considerare le barriere socio-strutturali, come l'accesso diseguale alle risorse educative, economiche e culturali (Van Dijk, 2010). Inoltre, la digitalizzazione crescente dei servizi pubblici e privati ha effetti ambivalenti per la popolazione anziana. Da un lato, offre potenziali benefici in termini di autonomia, salute e partecipazione sociale; dall'altro, può accentuare il *digital divide* di seconda e terza generazione (Hargittai, 2002), ovvero differenze non solo nell'accesso materiale alle tecnologie, ma anche nelle competenze d'uso critico e nei modi di appropriazione. Il risultato è un rischio crescente di esclusione sociale digitale, che può contribuire a forme di marginalizzazione e isolamento (Barbosa Neves *et al.*, 2019).

Sono diverse le ricerche recenti che esplorano come gli spazi e le tecnologie digitali plasmano le narrazioni sull'invecchiamento. Alcuni studi esaminano le esperienze degli anziani nelle comunità online (Fowley, 2019) e l'impatto delle tecnologie digitali sulle norme e le pratiche legate all'età (Wanka, Gallistl, 2018). Altri analizzano le dinamiche di potere nelle tecnologie sanitarie digitali per i corpi che invecchiano (Dalmer *et al.*, 2022). Viene, inoltre, esplorato il ruolo della tecnologia digitale nelle esperienze di invecchiamento degli anziani (van Leeuwen *et al.*, 2023), nonché l'emergere del *quantified ageing* attraverso tecnologie e app di auto-monitoraggio (Marshall, Katz, 2016; 2018) e sul *qualculated age* (Moreira *et al.*, 2020) che ne rappresenta un'evoluzione in ottica di calcolo dell'età biologica. Altri studi esaminano come il coinvolgimento degli anziani nei processi di progettazione possa mettere in discussione le narrazioni dominanti sull'invecchiamento (Jarke, 2021) e come i dispositivi digitali contribuiscano a nuove materializzazioni di "casa" e modi di vivere l'invecchiamento nel contesto delle politiche di *ageing in place* (Urban, 2021).

Negli ultimi anni si è assistito a un crescente sviluppo di strumenti digitali volti a migliorare la qualità della vita degli anziani. Tra questi troviamo app, interfacce digitali dedicate, sensori indossabili e la costruzione di ambienti smart. Tali tecnologie sono spesso integrate in programmi di prevenzione e monitoraggio che mirano a promuovere l'autonomia dell'individuo anziano. Tuttavia, i modi in cui esse rappresentano l'invecchiamento non sono neutrali. La letteratura recente ha, infatti, messo in luce come l'invecchiamento venga rappresentato nel digitale attraverso narrazioni implicitamente normalizzanti, spesso orientate alla prestazione, alla salute e alla produttività (Neves, Vetere, 2019). In molte app destinate agli anziani si rafforza l'idea dell'invecchiamento come decadimento da combattere, e la salute viene associata a metriche automatiche di performance: passi fatti, battito cardiaco, ore di sonno, spesso tradotti in punteggi e valutazioni dell'età biologica. Ciò riflette una tendenza più ampia a considerare l'invecchiamento attraverso la lente del self-tracking e della biomedicina, piuttosto che come processo relazionale e sociale. In questo scenario, l'ageismo digitale rappresenta le modalità in cui pregiudizi e stereotipi legati all'età sono integrati in dispositivi tecnologici o pratiche digitali (Ivan, Cutler, 2021). Così, questa forma di ageismo può manifestarsi sia nel design delle interfacce (es. semplificate o infantilizzanti), sia nelle aspettative d'uso, sia nelle rappresentazioni culturali incorporate nelle tecnologie (es. immagini stereotipate di fragilità).

Nello specifico, gli studi sulle app per gli anziani si sono concentrati in primis sui benefici e sui rischi di questi strumenti per le persone anziane. Gli studi di Sixsmith e Gutman (2013) e Quan-Haase *et al.* (2018), ad esempio, sottolineano il ruolo positivo delle app nel rafforzare le reti sociali, promuovere l'autonomia e prevenire l'isolamento. Dall'altro lato, la letteratura critica invita a non trascurare gli aspetti problematici di tali tecnologie. Peine e Neven (2019), in particolare, parlano di una "co-stituzione" tra aging e tecnologia: non solo la tecnologia influenza l'invecchiamento, ma anche la rappresentazione dell'invecchiamento influenza la progettazione tecnologica. Molte app, ad esempio, presuppongono un modello di utente che corrisponde a un adulto giovane, digitalmente competente e senza disabilità. Ciò esclude implicitamente una parte rilevante della popolazione anziana.

Il rischio di ageismo nelle app si concretizza attraverso alcune modalità. In primo luogo, spesso le interfacce non sono pensate per utenti con bisogni cognitivi, sensoriali o motori specifici. Caratteri piccoli, comandi complessi e layout poco intuitivi sono tra i limiti più frequenti segnalati da Sayago e Blat (2010). In secondo luogo, l'immaginario visivo e narrativo delle app per anziani tende a rappresentare l'invecchiamento in termini di declino, fragilità

e bisogno di assistenza. Neves e Vetere (2019) sottolineano come queste narrazioni infantilizzanti contribuiscano a una visione paternalistica dell'anzianità, che riduce gli anziani a oggetti di cura piuttosto che soggetti attivi. Infine, gli anziani sono raramente coinvolti nei processi di progettazione delle tecnologie a loro destinate. Come osservano Joyce e Loe (2010), ciò riflette un approccio tecnocratico che ignora l'esperienza vissuta e le competenze biografiche degli utenti anziani. Questo processo esclude non solo i soggetti stessi, ma anche i loro valori, le loro aspettative e le loro modalità d'uso.

2. Metodologia

Lo studio ha l'obiettivo di comprendere se in un particolare ambiente digitale, quello delle app per smartphone, la rappresentazione dell'invecchiamento contenga elementi di ageismo digitale. Le app sono qui considerate come artefatti socioculturali, ossia prodotti delle decisioni degli attori umani che ne plasmano e definiscono la capacità di influire nelle reti sociali (Lupton, 2014). Le app riflettono perciò i valori della struttura sociale in cui vengono prodotte. Allo stesso tempo, esse sono anche attori non umani che contribuiscono alla definizione dei corpi e delle concezioni del sé in una complessa rete di relazioni che genera nuova conoscenza. Sono quindi dotate di forza generativa e di una qualche forma di potere (Goggin, 2011; Lupton, 2014). In tal senso, le app possono dirci molto della cultura in cui nascono, sono messe sul mercato e vengono utilizzate e possono altresì fornirci informazioni su come una determinata cultura modella, in questo caso, il concetto di invecchiamento.

Le domande di ricerca che hanno guidato il percorso possono essere così sintetizzate: le app destinate agli anziani danno origine a nuove forme di ageismo, definibili come ageismo digitale? Propongono una visione neoliberrista dell'invecchiamento, centrata sull'autonomia e sulla vita attiva? Rappresentano la vecchiaia come una condizione indesiderabile, una "malattia"?

La ricerca si è svolta attraverso l'analisi delle app dedicate alle persone anziane presenti sull'Apple App Store italiano, uno dei due principali store, insieme a Google Play Store, di app per smartphone. Considerando che i due store si equivalgono in termini di disponibilità di app, si è ritenuto sufficiente concentrarsi solo su uno dei due spazi, per evitare duplicati.

Non trattandosi di app costruite per una funzione specifica ma rivolte ad un target, e considerando il rischio di risultati non pertinenti, si è deciso di utilizzare 4 parole chiave per la ricerca delle app e di prendere in considerazione le prime 60 per ciascuna parola chiave di ricerca. Questo ha permesso

di avere una base abbastanza ampia e di non fermarsi ai primissimi risultati. Le 4 parole chiave utilizzate sono state: “anziani” (selezionate le prime 60 app); “invecchiamento” (selezionate le prime 60 app); “longevità” (selezionate le prime 60 app); “assistenza anziani” (disponibili 18 app). L’introduzione di quest’ultima parola chiave è avvenuta in una fase successiva, poiché l’analisi preliminare dei risultati mostrava una quasi totale assenza della categoria dei servizi per anziani. Tale evidenza ha suggerito la possibile presenza di un bias nei risultati della ricerca, rendendo pertanto necessario ampliare il set di parole chiave per garantire una maggiore rappresentatività dei dati. Dalle iniziali 198 app si è poi effettuata una selezione escludendo le app non pertinenti – ad esempio, app di fotoritocco che permettono di invecchiare il volto – (escluse 57 app), le app duplicate (escluse 9 app), le app la cui descrizione nello store fosse in una lingua non comprensibile per la categorizzazione (esclusa 1 app in lingua ebraica). Da questa prima selezione sono risultate idonee allo studio 131 app. Si è poi proceduto alla loro categorizzazione e ad una successiva analisi del contenuto (Krippendorff, 2004; Oleinik *et al.*, 2014), testuale e visuale, delle prime 2 app di ciascuna categoria per numero maggiore di recensioni, in considerazione del fatto che possano essere le più utilizzate¹. L’analisi del contenuto, il cui scopo è quello di «esplorare la relazione tra il discorso e la costruzione sociale della realtà, ovvero come il discorso presenti particolari idee che diventano dominanti o date per scontate» (Barker, 2014, p. 170), è stata utilizzata in diversi altri studi sociologici che hanno analizzato app per la salute (Lupton, Jutel, 2015; Maturo *et al.*, 2016; Maturo, Setiffi, 2016; Moretti, Morsello, 2017). Il metodo, quindi, si rivela particolarmente utile ai fini del presente studio in quanto

le app sono agenti comunicativi che impiegano immagini e discorsi accuratamente selezionati per rappresentare il proprio uso e la propria funzione. Analizzare le parole utilizzate nei titoli e nelle descrizioni delle app sugli store, insieme alle immagini impiegate [...] costituisce un modo per individuare le assunzioni implicite che le sostengono e le pretese di verità e di autorità su cui si fondano (Lupton, Jutel, 2015, p. 130).

Come osservano Maturo e Setiffi (2016), tuttavia, l’analisi del contenuto dei prodotti *web-based* può presentare limiti di riproducibilità e rappresentatività, pur conducendo talvolta a scoperte inattese. Altri possibili limiti deri-

¹ Il lavoro di categorizzazione e selezione delle app per numero di recensioni disponibili si è concluso nel mese di maggio 2025, è perciò possibile che successivamente si siano rese disponibili nuove app e che il numero di recensioni si sia modificato.

vano dalle sponsorizzazioni delle app sugli store, poiché gli sviluppatori possono acquistare servizi che ne aumentano la visibilità nei risultati di ricerca: per ridurre al minimo questa distorsione, si è scelto di estendere la ricerca alle prime 60 app per ciascuna parola chiave.

3. Risultati e discussione

Le 131 app risultate idonee per l'analisi sono state classificate sulla base dell'esame delle loro funzionalità e delle immagini di presentazione presenti nello store digitali. Non si è, pertanto, adottata la categorizzazione proposta dall'App Store, in quanto ritenuta fuorviante e talvolta riduttiva rispetto agli obiettivi dello studio. Laddove non fosse possibile comprendere chiaramente le funzionalità delle app, le stesse sono state scaricate e osservate al fine di collocarle nella categoria più appropriata. Si sono, inoltre, reperite informazioni su: gratuità o meno delle app, numero di recensioni e media delle valutazioni degli utenti. Solo 3 delle 131 app risultano a pagamento (con un costo compreso da 1,99 € a 2,99€), mentre tutte le altre sono completamente gratuite o offrono acquisti in-app, ossia acquisto di funzionalità aggiuntive o di abbonamenti. In ogni caso, le app gratuite possono essere utilizzate anche senza effettuare acquisti successivi. Durante il lavoro di categorizzazione, sono state individuate 14 categorie di app e, per ciascuna di esse, sono state selezionate le due app con il maggior numero di recensioni (Tab. 1).

La categoria “apprendimento” include app con funzioni di istruzione di base, come l'insegnamento di lettere, numeri, operazioni matematiche elementari o parole di uso comune. La categoria “braintraining” comprende app che propongono esercizi, spesso in forma ludica, con l'obiettivo di mantenere allenare le funzioni cognitive. La categoria “calcolo età biologica” include app la cui funzione principale, sebbene non esclusiva, consiste nel calcolare l'età biologica sulla base di parametri biologici e stili di vita inseriti dall'utente. La categoria “caregiving” comprende app rivolte ai *caregiver* delle persone anziane; essa risulta piuttosto eterogenea poiché include app con diverse funzionalità – dall'invio di allarmi in caso di emergenze, al monitoraggio dei parametri vitali, fino al networking tra le diverse persone che si occupano della cura dell'anziano – ma tutte progettate specificatamente per la figura del *caregiver*. La categoria “gaming” comprende applicazioni ludiche, prevalentemente giochi di carte e puzzle. Vi è poi una macrocategoria “salute” che è stata suddivisa sulla base della funzionalità prevalente: vi sono, infatti, app dedicate all'allenamento fisico, compreso lo yoga e l'alle-

namento dei muscoli facciali, app dedicate all'alimentazione, che propongono piani alimentari o ricette salutari, app dedicate alla salute mentale ed in particolare ad attività di meditazione, e app dedicate al tracciamento dei parametri biologici e fisiologici.

Tab. 1 – Suddivisione delle app per categoria e app selezionate per l'analisi.

<i>Categoria</i>	<i>N. app</i>	<i>Val. percentuali</i>	<i>App selezionate</i>	
Salute – allenamento	28	21%	Strive	Face Yoga
Gaming	18	14%	L'impiccato – In- dovina parole	Gioco solitario per anziani
Altro	16	12%	N.P.	N.P.
Salute – alimentazione	10	8%	Less	Gyroscope
Servizi	11	8%	T'accompagno	Rete di Argento
Salute – tracciamento para- metri biologici e fisiologici	9	7%	Zero	Death Clock
Braintraining	6	5%	Allenare il cer- vello	Ragionare allenare il cervello
Caregiving	7	5%	Curabit	WiMHome
Utility	6	5%	ALO call	Bigger keyboard
Calcolo età biologica	5	4%	Humanity AI	Superpowr
Apprendimento	4	3%	Impara i numeri dalle lettere	Impara frutta e ver- dura
Salute – meditazione	4	3%	Oak	Vitality +
Social network	4	3%	mySOLI	GioiApp
Salute – generico	3	2%	VORA	Longevity Club
<i>Totale</i>	<i>131</i>	<i>100%</i>		

Le app dedicate alla salute prive di una funzionalità prevalente sono state classificate con l'etichetta “salute – generico”: si tratta, infatti, di app che consentono un monitoraggio complessivo della propria salute, includendo funzionalità dedicate all'attività fisica, all'alimentazione, al tracciamento dell'umore etc. La categoria “servizi” raccoglie app eterogenee accomunate dalla finalità di offrire servizi specifici per le persone anziane: alcune di esse sono legate a contesti territoriali circoscritti, permettendo di visualizzare eventi o servizi disponibili nelle vicinanze dell'abitazione dell'anziano, mentre altre sono orientate all'assistenza domiciliare o favoriscono il contatto tra anziani e professionisti del settore socio-sanitario. La categoria “social network” include app progettate per favorire la socializzazione tra gli anziani. La categoria “utility” comprende app finalizzate a semplificare l'utilizzo dello smartphone da parte dell'anziano, ad esempio attraverso l'ingrandimento della tastiera, promemoria facilitati, trascrizione in tempo reale delle telefonate per persone con difficoltà uditive. Infine, nella categoria “altro” sono state inserite app destinate a utenti specifici, come soci di associazioni,

utenti di centri medici privati, operatori di cooperative che offrono servizi agli anziani, e utilizzatori di dispositivi medici connessi ad app dedicate. Poiché per tali applicazioni è necessario disporre di credenziali di accesso che ne limitano l'uso agli utenti autorizzati, solo per questa categoria non si è proceduto alla selezione delle due app da sottoporre all'analisi del contenuto.

Come illustrato nella Tab. 1, la categoria più rappresentata riguarda app dedicate alla salute fisica e mentale, in particolare al mantenimento della performance cognitiva e fisica (allenamento, braintraining, tracking dei parametri bio-fisiologici). Tali applicazioni veicolano una visione dell'invecchiamento come processo di declino da contrastare, dove l'anziano è chiamato a migliorarsi, rimanere attivo, monitorarsi, secondo una logica che richiama la retorica neoliberale della responsabilità individuale (Moreira *et al.*, 2020; Twigg, Martin, 2015). L'app Strive, ad esempio, ha un design che richiama il raggiungimento di obiettivi misurabili, attraverso grafici che mostrano con precisione i progressi dell'utente e frasi motivazionali come «le tue abitudini sono il tuo successo: monitora i progressi e costruisci abitudini durature, i piccoli passi portano a grandi risultati». L'app Face Yoga, invece, veicola l'interpretazione dei segni dell'invecchiamento come un problema da correggere o una condizione non desiderabile. Nella descrizione si legge: «Immagina la tua pelle più giovane e tonica, con le rughe ridotte. [...] sembri più giovane in soli 10 minuti al giorno. [...] Quali problemi si eliminano con Face Yoga? Rughe facciali, rughe profonde, pelle cadente [...]». L'app Death Clock, infine, promette di stimare l'aspettativa di vita e persino la presunta data di morte dell'utente, sulla base di parametri quali età, altezza, peso, abitudini alimentari e sportive, che risultano tuttavia completamente slegati dal contesto socioambientale di vita della persona.

Questa impostazione contribuisce a medicalizzare e quantificare la vecchiaia (Marshall, Katz, 2016), come mostrano anche le app dedicate al calcolo dell'età biologica, che propongono un invecchiamento idealmente reversibile o ritardabile, trasformando l'età in un parametro di efficienza e prestazione. Le due app selezionate per questa categoria presentano funzionalità analoghe: l'utente inserisce alcuni dati bio-fisiologici (l'app Humanity permette anche di inserire i risultati delle analisi del sangue) e, sulla base di tali informazioni, viene calcolata l'età biologica dell'utente alla quale è associato un punteggio numerico. Aggiornando quotidianamente l'app con i dettagli di ciò che si è mangiato, quanto movimento fisico si è fatto etc., l'utente “guadagna” o “perde” punti di conseguenza, secondo una logica di valutazione e miglioramento continuo: «Il nostro H Score premia ogni azione positiva che compi nel tuo percorso» (Humanity app). L'elemento della quantificazione

del sé risulta dunque centrale, affiancato da un design accattivante che richiama principi di performance e produttività e auto-ottimizzazione: «offriamo strumenti scientifici per monitorare la longevità, test dell'età biologica [...] punteggi di benessere e analisi esclusive sulle tue prestazioni e abitudini. Il nostro obiettivo è aiutarti a riscoprire la voglia di sentirti di nuovo vivo» (Superpowr app).

L'enfasi sull'autonomia e sulla competenza digitale come prerequisiti d'uso lascia nell'ombra la presenza di anziani con fragilità cognitive, motorie o socioeconomiche. I design delle app, infatti, raramente riflettono un'attenzione concreta ai principi di accessibilità. Ad eccezione delle applicazioni appartenenti alla categoria "utility", è comune riscontrare caratteri di piccole dimensioni, navigazione complessa e linguaggio tecnico o infantilizzante. Il linguaggio tecnico appare particolarmente marcato nelle app delle categorie "tracciamento parametri", "allenamento", "alimentazione", "calcolo età biologica" e "salute – generico". L'app Gyroscope, ad esempio, promette di fornire un report di salute completo a partire dall'inserimento di fotografie del cibo, dati sul monitoraggio del sonno e dell'umore, sull'esercizio fisico e sulla produttività quotidiana. La misurazione dettagliata dei diversi aspetti, come macro e micronutrienti, deficit calorico, glicemia, massa muscolare e fasi del sonno, introduce un linguaggio biomedico. Ciò riflette un modello implicito di utente "ideale" (Sayago, Blat, 2010), che difficilmente corrisponde alla varietà reale delle soggettività anziane.

Diversamente, un numero significativo di app classificate nella categoria "gaming", "apprendimento" e "braintraining" adotta contenuti ispirati a modelli educativi infantili, come giochi per apprendere lettere, numeri o forme, o semplici attività di memoria. L'app Impara i numeri dalle lettere illustra chiaramente questo approccio: «Potenzia le capacità cognitive [...], bambini e anziani possono esercitarsi con la logica, la memoria, il vocabolario divertendosi. L'app aiuta gli utenti a imparare l'alfabeto attraverso giochi educativi interattivi che incoraggiano lo sviluppo del linguaggio e l'acquisizione del vocabolario». Questa e le altre app delle categorie menzionate utilizzano spesso design grafici ultrasemplificati con emoji di animali e ambientazioni che richiamano la fattoria, presupponendo implicitamente difficoltà cognitive comuni a tutti gli anziani. Tale proposta contribuisce a una infantilizzazione simbolica dell'utente anziano (Neves, Vetere, 2019), trattato come soggetto fragile da "stimolare", piuttosto che come interlocutore maturo con competenze ed esperienze proprie. La concezione paternalistica che ne deriva rivela un'asimmetria nei rapporti tra chi progetta la tecnologia e chi la utilizza. Non è possibile infatti stabilire con certezza se gli anziani abbiano

partecipato alla progettazione delle app esaminate. Tuttavia, è plausibile supporre che siano esclusi da tali processi, fatta eccezione, probabilmente, per le app della categoria “servizi”, legate a contesti territoriali o progetti specifici. Ciò è abbastanza evidente per l’app “Rete di Argento”, che ha lo scopo di raccogliere iniziative e servizi rivolti agli anziani col fine di “incoraggiare il coinvolgimento della persona anziana autosufficiente over 65 nel territorio di Perugia”. In questo caso, anche il design della app, costruito con comandi intuitivi ed un linguaggio chiaro, permette un reale coinvolgimento attivo delle persone anziane. L’altra app della stessa categoria, denominata “T’accompagno”, è un servizio di mobilità sociale dedicato a bambini ed anziani. Anche in questo caso, tuttavia, si rileva una concezione infantilizzante, implicando una presunta incapacità dell’utente anziano di gestire autonomamente compiti anche elementari: «Il pagamento viene effettuato dal genitore (o dal figlio in caso di anziani) direttamente sull’app [...]».

Le app legate al caregiving spesso incorporano dispositivi di tracciamento passivo o attivo, promuovendo una sorveglianza normalizzata del corpo anziano (Twigg, Martin, 2015). L’app “Curabit”, ad esempio, consente il controllo remoto dell’anziano, tramite dispositivi indossabili come smartwatch che misurano i parametri fisiologici che possono essere controllati dal *care-giver* in qualsiasi momento. “WiMHome” permette invece il monitoraggio a distanza della casa attraverso sensori nell’ambiente domestico: «dimentica le tue preoccupazioni causate dall’impossibilità di conoscere quello che sta succedendo all’interno dell’ambiente domestico in cui vive la persona a te cara: con WiMHome potrai sapere cosa sta facendo in ogni istante, senza violare la sua privacy» (descrizione app). La raccolta e visualizzazione costante di dati (battito cardiaco, sonno, alimentazione, posizione) veicola l’idea che l’invecchiamento vada costantemente controllato, favorendo una visione biomedicalizzata e normativa dell’identità anziana. Anche in assenza di fini esplicitamente terapeutici, tali strumenti definiscono cosa significhi “invecchiare bene”, costruendo uno standard potenzialmente escludente.

In generale, le app analizzate tendono a proporre un modello normativo di “buon anziano”: attivo, autosufficiente, sano e motivato a migliorarsi, oppure un anziano da controllare costantemente o eccessivamente infantilizzato. Non trovano rappresentazione soggettività non conformi, come persone anziane che vivono esperienze di marginalità e non adesione ai canoni di produttività. In tal senso, la tecnologia non solo riflette ma contribuisce a costruire l’invecchiamento come oggetto culturale carico di aspettative prescrittive. La presenza di elementi riconducibili all’ageismo digitale emerge, quindi, in modo sottile ma pervasivo: le app, pur offrendo strumenti potenzialmente utili, si inscrivono in una narrativa in cui l’invecchiamento appare

come una condizione da monitorare, migliorare o rallentare. In questo senso, le tecnologie non si limitano a rispondere ai bisogni degli anziani, ma contribuiscono a costruirne culturalmente l'identità.

Conclusioni

Le app rivolte alla popolazione anziana costituiscono un terreno privilegiato per osservare come le tecnologie digitali non siano semplici strumenti funzionali, ma veri e propri dispositivi culturali che riflettono, riproducono e talvolta rinforzano narrazioni sociali dominanti sull'invecchiamento. I risultati dello studio mostrano come la maggior parte delle app analizzate incorpori una visione implicitamente normativa e ageista della vecchiaia, centrata su valori di performance, autonomia e responsabilità individuale. Le tecnologie digitali, lungi dall'essere neutre, partecipano attivamente alla costruzione dell'identità dell'anziano, proponendo modelli di "buon invecchiamento" che escludono le soggettività non conformi. L'ageismo digitale emerge dunque non solo nella scarsa attenzione a esigenze di accessibilità o nella rappresentazione stereotipata degli anziani, ma anche nell'adozione di un modello implicitamente biomedico e prestazionale dell'invecchiamento. Ciò rischia di veicolare un'idea della vecchiaia come deficit da correggere, piuttosto che come fase legittima e naturale dell'esistenza. La scarsa partecipazione che si nota da parte degli utenti ai processi di design contribuisce a consolidare tale visione, trasformando strumenti potenzialmente inclusivi in dispositivi di esclusione simbolica. Alla luce di quanto emerso, appare urgente promuovere un approccio critico, partecipativo e intersezionale alla progettazione tecnologica per la popolazione anziana. Un approccio che riconosca l'eterogeneità delle esperienze di invecchiamento e che rifiuti modelli univoci e prescrittivi. Solo in questo modo sarà possibile costruire ambienti digitali davvero inclusivi, capaci non solo di rispondere ai bisogni materiali degli anziani, ma anche di rappresentarne la complessità e il valore.

Bibliografia

Ayalon L., Chasteen A., Diehl M., Levy B.R., Neupert S.D., Rothermund K., Tesch-Römer C., Wahl H.W. (2021). Aging in Times of the COVID-19 Pandemic: Avoiding Ageism and Fostering Intergenerational Solidarity. *The Journals of Gerontology: Series B*, 76(2): e49-e52. DOI: 10.1093/geronb/gbaa051

- Ayalon L., Tesch-Römer C., eds. (2018). *Contemporary Perspectives on Ageism*. Springer International Publishing. DOI: 10.1007/978-3-319-73820-8
- Barbosa Neves B., Franz R., Judges R., Beermann C., Baecker R. (2019). Can Digital Technology Enhance Social Connectedness Among Older Adults? A Feasibility Study. *Journal of Applied Gerontology*, 38(1): 49-72. DOI: 10.1177/0733464817741369
- Barker K.K. (2014). Mindfulness meditation: Do-it-yourself medicalization of every moment. *Social Science & Medicine*, 106: 168-176. DOI: 10.1016/j.socscimed.2014.01.024
- Biggs S., Estes C., Phillipson C. (2003). *Social Theory, Social Policy and Ageing: Critical Perspectives*. Open University Press.
- Brinkhof L.P., Murre J.M.J., De Wit S., Krugers H. J., Ridderinkhof K.R. (2023). Changes in perceived ageism during the COVID-19 pandemic: Impact on quality of life and mental well-being among Dutch adults aged 55 and older. *Ageing & Mental Health*, 27(12): 2490-2498. DOI: 10.1080/13607863.2023.2205832
- Butler R.N. (1969). Age-Is: Another Form of Bigotry. *The Gerontologist*, 9(4 Part 1): 243-246. DOI: 10.1093/geront/9.4_Part_1.243
- Calasanti T.M., Slevin K.F. (2001). *Gender, social inequalities, and aging*. AltaMira Press.
- Caliandro A., Garavaglia E., Anselmi G. (2021). Studying ageism on social media. An exploration of ageing discourses related to Covid-19 in the Italian Twittersphere. *Rassegna Italiana Di Sociologia*, 2: 343-375. DOI: 10.1423/101848
- Caliandro A., Garavaglia E., Sturiale V., Di Leva, A. (2021). Older people and smartphone practices in everyday life: An inquire on digital sociality of italian older users. *The Communication Review*, 24(1): 47-78. DOI: 10.1080/10714421.2021.1904771
- Crenshaw K. (1991). Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color. *Stanford Law Review*, 43(6): 1241. DOI: 10.2307/1229039
- Dalmer N., Ellison K., Katz S., Marshall B. (2022). Ageing, embodiment and datafication: Dynamics of power in digital health and care technologies. *International Journal of Ageing and Later Life*, 15(2): 77-101. DOI: 10.3384/ijal.1652-8670.3499
- Fowley C. (2019). Writing Life and Death Online: "I'm Not Sure How Many More Days I'll Have on the Computer". *Life Writing*, 16(1): 115-126. DOI: 10.1080/14484528.2019.1521640
- Fraser S., Lagacé M., Bongué B., Ndeye N., Guyot J., Bechard L., Garcia L., Taler V., CCNA Social Inclusion and Stigma Working Group, Adam S., Beaulieu M., Bergeron C.D., Boudjemadi V., Desmette D., Donizzetti A.R., Éthier S., Garon S., Gillis M., Levasseur M., Lortie-Lussier M., Marier P., Robitaille A., Sawchuk K., Lafontaine C., Tougas F. (2020). Ageism and COVID-19: What does our society's response say about us? *Age and Ageing*, 49(5): 692-695. DOI: 10.1093/ageing/afaa097
- Goggin G. (2011). Ubiquitous apps: Politics of openness in global mobile cultures. *Digital Creativity*, 22(3): 148-159. DOI: 10.1080/14626268.2011.603733
- Gullette M.M. (2004). *Aged by Culture*. Chicago, Illinois: University of Chicago Press.
- Hargittai E. (2002). Second-Level Digital Divide: Differences in People's Online Skills. *First Monday*, 7(4). DOI: 10.5210/fm.v7i4.942

- Ivan L., Cutler S.J. (2021). Ageism and Technology: The Role of Internalized Stereotypes. *University of Toronto Quarterly*, 90(2): 127-139. DOI: 10.3138/utq.90.2.05
- Jarke J. (2021). *Co-creating Digital Public Services for an Ageing Society: Evidence for User-centric Design*. Cham: Springer International Publishing.
- Joyce K., Loe M. (2010). A sociological approach to ageing, technology and health. *Sociology of Health & Illness*, 32(2): 171-180. DOI: 10.1111/j.1467-9566.2009.01219.x
- Krippendorff K. (2004). *Content analysis: An introduction to its methodology*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Kwon J.H., Moore R. (2024). The Social Pandemic of Ageism: Exploring Ageism Toward Older Americans During COVID-19 Using Stereotype Embodiment Theory (SET). *European Journal of Geriatrics and Gerontology*, 6(3): 226-230. DOI: 10.4274/ejgg.galenos.2024.2024-8-6
- Lupton D. (2014). Apps as Artefacts: Towards a Critical Perspective on Mobile Health and Medical Apps. *Societies*, 4: 606-622. DOI: 10.3390/soc4040606
- Lupton D., Jutel A. (2015). "It's like having a physician in your pocket!" A critical analysis of self-diagnosis smartphone apps. *Social Science & Medicine*, 133: 128-135. DOI: 10.1016/j.socscimed.2015.04.004
- Manor S., Herscovici A. (2021). Digital ageism: A new kind of discrimination. *Human Behavior and Emerging Technologies*, 3(5): 1084-1093. DOI: 10.1002/hbe2.299
- Marshall B.L., Katz S. (2016). How Old am I?: Digital Culture and Quantified Ageing. *Digital Culture & Society*, 2(1): 145-152. DOI: 10.14361/dcs-2016-0110
- Maturo A., Mori L., Moretti V. (2016). An Ambiguous Health Education: The Quantified Self and the Medicalization of the Mental Sphere. *Italian Journal of Sociology of Education*, 8(3): 248-268. DOI: 10.14658/pupj-ijse-2016-3-12
- Maturo A., Setiffi F. (2016). The gamification of risk: How health apps foster self-confidence and why this is not enough. *Health, Risk & Society*, 17(7-8): 477-494. DOI: 10.1080/13698575.2015.1136599
- Moreira T., Hansen A.A., Lassen A.J. (2020). From quantified to qualculated age: The health pragmatics of biological age measurement. *Sociology of Health & Illness*, 42(6): 1344-1358. DOI: 10.1111/1467-9566.13109
- Moretti V., Morsello B. (2017). Self-management and Type 1 Diabetes. How Technology Redefines Illness. *Tecnoscienza-Italian Journal of Science & Technology Studies*, 8(1): 51-71. DOI: 10.6092/issn.2038-3460/17345
- Neves B.B., Vetere F., eds. (2019). *Ageing and Digital Technology: Designing and Evaluating Emerging Technologies for Older Adults*. Singapore: Springer.
- Oleinik A., Popova I., Kirdina S., Shatalova T. (2014). On the choice of measures of reliability and validity in the content-analysis of texts. *Quality & Quantity*, 48(5): 2703-2718. DOI: 10.1007/s11135-013-9919-0
- Peine A., Neven L. (2019). From Intervention to Co-constitution: New Directions in Theorizing about Aging and Technology. *The Gerontologist*, 59(1): 15-21. DOI: 10.1093/geront/gny050
- Prensky M. (2001). Digital Natives, Digital Immigrants. *On the Horizon*, 9(5): 1-6. DOI: 10.1108/10748120110424816

- Quan-Haase A., Williams C., Kicevski M., Elueze I., Wellman B. (2018). Dividing the Grey Divide: Deconstructing Myths About Older Adults' Online Activities, Skills, and Attitudes. *American Behavioral Scientist*, 62(9): 1207-1228. DOI: 10.1177/0002764218777572
- Ribera-Casado J.M. (2024). Ageism revisited. *European Geriatric Medicine*, 15(2): 291-294. DOI: 10.1007/s41999-024-00963-6
- Rosales A., Fernández-Ardèvol M. (2020). Ageism in the era of digital platforms. *Convergence: The International Journal of Research into New Media Technologies*, 26(5-6): 1074-1087. DOI: 10.1177/1354856520930905
- Rosales A., Fernández-Ardèvol M., Svensson, J. (2023). *Digital Ageism: How it Operates and Approaches to Tackling it*. Routledge.
- Sayago S., Blat J. (2010). Telling the story of older people e-mailing: An ethnographical study. *International Journal of Human – Computer Studies*, 68(1-2): 105-120. DOI: 10.1016/j.ijhcs.2009.10.004
- Sixsmith A., Gutman G., eds. (2013). *Technologies for Active Aging*. Boston, MA: Springer US.
- Soto-Perez-de-Celis E. (2020). Social media, ageism, and older adults during the COVID-19 pandemic. *EClinicalMedicine*, 29-30: 100634. DOI: 10.1016/j.eclinm.2020.100634
- Sutter A., Vaswani M., Denice P., Choi K.H., Bouchard J., Esses V.M. (2022). Ageism toward older adults during the COVID-19 pandemic: Intergenerational conflict and support. *Journal of Social Issues*, 78(4): 815-841. DOI: 10.1111/josi.12554
- Swift H.J., Chasteen A.L. (2021). Ageism in the time of COVID-19. *Group Processes & Intergroup Relations*, 24(2): 246-252. DOI: 10.1177/1368430220983452
- Twigg J., Martin W. (2015). The Challenge of Cultural Gerontology. *The Gerontologist*, 55(3): 353-359. DOI: 10.1093/geront/gnu061
- Urban M. (2021). Topographies of ageing. In: Peine A., Marshall B., Martin W., Neven L., eds., *Socio-gerontechnology. Interdisciplinary critical studies of ageing and technology*. London: Routledge.
- Van Dijk J.A. (2010). *The network society: Social aspects of new media*. London: Sage.
- van Leeuwen C., Jacobs A., Mariën I. (2023). Catching the Digital Train on Time: Older Adults, Continuity, and Digital Inclusion. *Social Inclusion*, 11(3). DOI: 10.17645/si.v11i3.6723
- Wanka A., Gallistl V. (2018). Doing Age in a Digitized World – A Material Praxeology of Aging With Technology. *Frontiers in Sociology*, 3: 6. DOI: 10.3389/fsoc.2018.00006
- Ward M., Kenny R.A. (2020). *Older adults' experience of ageism during the COVID-19 pandemic*. Dublin: The Irish Longitudinal Study on Ageing. DOI: 10.38018/TildaRb.2020-01
- Werner P., AboJabel H., Tur-Sinai A. (2022). Ageism towards older and younger people in the wake of the COVID-19 outbreak. *Maturitas*, 157: 1-6. DOI: 10.1016/j.maturitas.2021.11.002
- WHO (2021). *Global Report on Ageism*. World Health Organization. Testo disponibile al sito: <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/combating-ageism/global-report-on-ageism> (01/12/2025).

Telemedicina e assistenza geriatrica agli anziani nelle aree interne: il caso dell'AULSS 1 Dolomiti di Belluno

Barbara Sena*, Ivan Galligani*

This article presents the results of a case study on a telemedicine service implemented by Belluno Hospital's geriatrics department at a nursing home in a mountainous location. It highlights the challenges involved in caring for elderly people who are unable to care for themselves in disadvantaged areas. Drawing on observations of the service, organisational documentation, and 16 in-depth interviews with all relevant stakeholders, the analysis discusses the added value of the service for guests and nursing home operators. It also considers the preconditions and challenges of using telemedicine to reduce care inequalities for non-self-sufficient elderly people in remote areas.

Keywords: telemedicine; telemonitoring; inner areas; health inequalities; gerontology; nursing home.

Parole chiave: telemedicina; telemonitoraggio; aree interne; disuguaglianze di salute; gerontologia; RSA.

Introduzione¹

L'Italia è uno dei paesi al mondo dove l'invecchiamento demografico è più rapido e preoccupante (ISTAT, 2024). Tale processo riguarda sia le persone che invecchiano con una buona qualità di vita, sia quelle affette da malattie croniche o disabilità. L'ISTAT (2021) evidenzia come il 28,4% della popolazione ultrasessantacinquenne riporti gravi limitazioni motorie, senso-

* Università degli studi di Bergamo. barbara.sena@unibg.it

¹ Studio finanziato dall'Unione europea – NextGenerationEU, nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), Missione 4, Componente 2, Investimento 1.1, bando PRIN 2022 PNRR D.D. 1409 pubblicato il 14.9.2022 dal Ministero dell'Università e della Ricerca – Titolo del progetto: PRIN 2022 PNRR: ETHICS (ElecTronic Health In ContextS) – CUP F53D23011060001. Pur essendo il presente contributo frutto di un lavoro congiunto e condiviso, sono formalmente da attribuire a Barbara Sena l'Introduzione, il paragrafo 2 e le Conclusioni, mentre a Ivan Galligani i paragrafi 1, 3 e 4.

Salute e Società, XXIV, suppl. 3/2025, ISSN 1723-9427, ISSN e 1972-4845 Doi: 10.3280/SES2025-20399

Copyright © FrancoAngeli.

E' vietata la Riproduzione dell'opera e la sua messa a disposizione di terzi,
sia in forma gratuita sia a pagamento.

Il documento può essere concesso in licenza individuale o istituzionale.

riali e cognitive, mentre il 10,6% segnala gravi limitazioni nelle attività quotidiane. Tale dato, inoltre, tende a salire con l'aumentare dell'età. Di conseguenza, una percentuale crescente di anziani non autosufficienti ha sempre più bisogno di servizi di supporto socioassistenziale e sanitario a lungo termine, la cd. *long-term care* (LTC), che in Italia, tuttavia, vive una situazione di prolungata inerzia istituzionale (Ranci *et al.*, 2024), mancante di una riflessione complessiva sulle implicazioni che la transizione alla "società anziana" comporta per la gestione del sistema sociosanitario (Tomassini *et al.*, 2024). Infatti, lo sbilanciamento progressivo del rapporto tra giovani e anziani a favore di quest'ultimi sta compromettendo le capacità di molti territori nel sostenere i più fragili e soli, soprattutto nelle aree interne (Fiasconaro *et al.*, 2024). In queste, infatti, si assiste a un circolo vizioso per cui aumenta la quota di popolazione inattiva, si riducono le attività economiche e i servizi, e si determina un disincentivo alla residenza di giovani e famiglie, indebolendo così progressivamente le reti di supporto ai bisogni crescenti di una popolazione sempre più anziana (Carrosio, Osti, 2020). Ad aggravare ulteriormente la situazione si aggiunge poi l'ormai cronica riduzione di servizi sanitari e di personale medico e infermieristico (CERGAS, 2023), determinando nuove o crescenti disuguaglianze di salute (Cohen, Greaney, 2023).

In questo contesto, i servizi residenziali per anziani non autosufficienti come le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), pur non rappresentando la soluzione alla cronica carenza di servizi di prossimità (es. cure primarie o assistenza domiciliare), costituiscono tuttavia la principale, talvolta l'unica, possibilità di cura per le persone non autosufficienti (Furnari *et al.*, 2023), in particolare nelle aree interne (Carrosio, Osti, 2020; v. *infra* par. 2).

Ciò nonostante, in un sistema di welfare che vede ancora il peso della sua tradizionale impronta familistica, dove l'aiuto dei familiari rimane una colonna portante dell'assistenza agli anziani, l'effettiva copertura delle RSA risulta comunque insufficiente rispetto alle richieste crescenti. Nelle regioni del Centro-Nord i tassi di copertura tra gli over 75 non autosufficienti sono di poco superiori al 10% (con l'eccezione dell'Umbria e del Lazio, che si fermano al 5 e 3%); mentre nel Sud solo tra l'1 e il 4%. Il Veneto, insieme a Trentino-Alto Adige e Lombardia, ha una copertura di RSA tra le più elevate in Italia, che si attesta al 19% degli over 75 non autosufficienti (Fosti *et al.*, 2024).

Tuttavia, le regioni usano l'etichetta di RSA per riferirsi in realtà a servizi molto diversi, che variano dalla residenzialità sociosanitaria (es. Toscana e Veneto), a strutture di riabilitazione e altri servizi di tipo post e sub-acuto (es. Lazio e Liguria) (Furnari *et al.*, 2023). L'elemento comune è che, a dif-

ferenza delle case di riposo, le RSA, dispongono sempre della presenza costante di personale medico e infermieristico e di altre figure di carattere socioassistenziale e riabilitativo.

Peraltro, queste strutture oggi sono chiamate ad accogliere un universo caratterizzato dall'eterogeneità dei loro ospiti, con livelli di non autosufficienza differenti per qualità e natura, rendendo molto complesse le risposte da fornire sul piano assistenziale. Per tale ragione, laddove sorga un problema di carattere sanitario, difficile da gestire per il personale presente nelle RSA, la soluzione più frequente è il trasporto dell'anziano al pronto soccorso più vicino, una soluzione che, data la loro fragilità socio-emotiva, si rivela però spesso inappropriata e psicologicamente traumatica (Albanesi *et al.*, 2024).

Avendo come riferimento questo scenario, il contributo presenta alcuni dei risultati conseguiti attraverso lo studio di caso di un servizio di telemedicina geriatrica attivato dall'AULSS 1 Dolomiti di Belluno presso una RSA di un'area interna e montana della provincia e finalizzato specificamente a risolvere il problema della gestione delle criticità degli anziani non autosufficienti grazie all'impiego di nuovi strumenti di telemedicina.

Dopo aver presentato brevemente lo stato dell'arte sulla telemedicina in Italia in contesti territoriali critici, l'articolo presenterà alcuni dei risultati emersi dal *case study*, evidenziando il valore aggiunto, le precondizioni e le criticità della telemedicina geriatrica come strumento di riduzione delle disuguaglianze nella cura degli anziani non autosufficienti nelle aree interne. Il lavoro si presenta come esplorativo, ma anche esplicativo delle ragioni di alcune delle criticità emerse dallo studio, in un contesto quale quello della telemedicina geriatrica nelle RSA, ancora del tutto sperimentale e da sviluppare nel contesto sia italiano che internazionale.

1. Telemedicina e anziani non autosufficienti nelle aree remote: stato dell'arte

Nonostante se ne parli da molti anni, la diffusione della telemedicina, sia in Italia che all'estero, è ancora relativamente limitata. La letteratura individua numerose barriere e ostacoli alla diffusione di queste pratiche, spesso non facilmente solvibili in assenza di continuità negli investimenti e di un'estesa revisione normativa (Botrugno, 2018; Hashiguchi, 2020; Saigi-Rubió *et al.*, 2022).

Nel contesto italiano, il Ministero della Salute ha promosso delle prime linee di indirizzo nazionali sulla telemedicina già nel 2012, in una fase in cui

varie iniziative di riforma della sanità territoriale (per es. Legge Balduzzi) si muovevano nella direzione dello «spostamento del fulcro dell'assistenza sanitaria dall'ospedale al territorio» (MdS, 2012, p. 3). In tale contesto, la telemedicina era vista come strumento per la gestione domiciliare delle cronicità, garantendo la continuità delle cure e l'accesso ai servizi (da remoto) anche per i territori più isolati. Tuttavia, l'assenza di chiare indicazioni operative e normative specifiche e di fondi dedicati ha impedito un largo sviluppo di questi servizi, se non a livello di singole sperimentazioni, spesso estemporanee (AGENAS, 2021).

L'avvento della pandemia di Covid-19 ha iniziato a mutare il contesto. Per fronteggiare l'impossibilità di erogare molti servizi in presenza a causa del distanziamento fisico, sono state attivate diverse esperienze di cura a distanza. Finita l'emergenza, tuttavia, molte si sono chiuse o sono state ridimensionate, lasciando di fatto irrisolti gli impedimenti strutturali, tecnologici, organizzativi ed economici del passato (OECD, 2023).

Nel quadro sanitario post-pandemico, il governo italiano ha incluso la telemedicina tra gli obiettivi prioritari del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – PNRR (Milestone M6C1-4), prevedendo per la prima volta un finanziamento di un miliardo di euro che, in sinergia con la riforma dell'assistenza territoriale promossa dal DM 77/2022, dovrebbe contribuire a far diventare “la casa come primo luogo di cura”. Entro il 2026, tali investimenti dovranno essere declinati sui territori, secondo le nuove linee guida ministeriali delineanti il futuro «Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare» (MdS, 2022).

Nella prospettiva governativa, l'implementazione dei servizi di telemedicina risponde agli obiettivi di: (i) ridurre gli attuali divari geografici e territoriali grazie all'armonizzazione degli standard di cura garantiti dalla tecnologia; (ii) garantire una migliore “esperienza di cura” per gli assistiti; (iii) migliorare i livelli di efficienza dei sistemi sanitari regionali tramite la promozione dell'assistenza domiciliare e di protocolli di monitoraggio da remoto; (iv) coinvolgere in servizi di telemedicina il 10% degli assistiti ultrasessantacinquenni (*ibidem*).

Tutto ciò lascia supporre che la telemedicina possa acquisire una rilevanza sempre maggiore nel ridurre le disuguaglianze di salute e nel migliorare l'efficienza delle cure territoriali, garantendo una maggiore continuità nei percorsi di cura dei più fragili, soprattutto nelle aree più svantaggiate dalla carenza di servizi. Ad esempio, alcuni studi effettuati in altri paesi hanno iniziato a mostrare come la telemedicina nelle RSA situate in aree rurali abbia un potenziale nel trattare i pazienti *in loco*, e quindi evitare trasferimenti in ospedale non necessari, spesso molto distanti dalle strutture e,

di conseguenza, dai loro familiari, sfruttando servizi di teleconsulto effettuati da figure specialistiche (Hofmeyer *et al.*, 2016; Stephens *et al.*, 2019; Cormi *et al.*, 2021). Infine, alcuni studi rilevano buoni esiti nell'utilizzo di servizi di telemedicina nelle RSA in termini di miglioramento delle condizioni di salute e della qualità di vita degli ospiti, delle condizioni di lavoro del personale sanitario, nonché di riduzione dei costi associati ai ricoveri e agli accessi evitabili al pronto soccorso (Groom *et al.*, 2021; Offermann *et al.*, 2023; Sunner *et al.*, 2023).

Il *case study* qui presentato si inserisce in questo filone di studi, ancora tuttavia scarsamente sviluppato, soprattutto nel contesto italiano.

2. Contesto e caso di studio

Per contribuire alla comprensione del potenziale della telemedicina nel facilitare l'accesso alle cure per gli anziani non autosufficienti, soprattutto nelle aree interne e più svantaggiate in termini di dotazione dei servizi, è stato analizzato un caso di telemedicina geriatrica recentemente attivato dal reparto di geriatria dell'ospedale di Belluno a favore di una RSA operante nel suo territorio.

Nel complesso, la Provincia di Belluno è la più estesa del Veneto, nonché l'unica totalmente montana. Comprende 60 comuni, riuniti in 9 comunità montane, collocati nelle valli tra Dolomiti, Alpi Carniche e Prealpi Venete. La particolare condizione morfologica e socio-demografica del territorio è ben rappresentata dalla presenza di 4 aree (tra cui quella in cui opera la RSA caso di studio) interessate dalla Strategia Nazionale Aree Interne – SNAI, politica finanziata dai fondi di coesione per costruire interventi volti a compensare la carenza di servizi di welfare (socio-sanitari e non solo) che colpisce queste aree, tentando al contempo di invertire il trend di spopolamento e sottosviluppo che caratterizza questi territori con gravi svantaggi strutturali e demografici (Carrosio, Osti, 2020).

In linea con le tendenze comuni alle altre aree interne, la provincia si caratterizza come territorio con un elevato *indice di vecchiaia* (rapporto tra ultrasessantacinquenni e popolazione residente sotto i 14 anni), che è cresciuto costantemente negli anni, sino a raggiungere un valore di 247 (contro il 189 del Veneto e il 187 della media nazionale), cioè di 2,47 over-65 per ogni ragazzo/a sotto i 14 anni (cfr. dati Piano di Zona 2023-2025).

In tale contesto, come riportato dal Piano di Zona (*ibidem*) e dai soggetti coinvolti nella ricerca, la criticità degli anziani residenti è esacerbata dall'isolamento e dalle difficoltà di spostamento degli abitanti delle molte frazioni

delle “terre alte” per raggiungere anche i servizi più essenziali. -Inoltre, pesa il progressivo indebolimento delle reti sociali e familiari di supporto, pur compensato parzialmente dalla presenza di diverse associazioni del Terzo Settore, che lavorano in stretta collaborazione con i Comuni, e che predispongono occasioni di socializzazione e iniziative per l’invecchiamento attivo per gli anziani del territorio, oltre che servizi di assistenza domiciliare e di trasporto sanitario (ad es. per raggiungere l’ospedale, che talvolta può distare anche fino a un’ora dal luogo di residenza).

Oltre che da tali fattori spaziali e demografici, le criticità che colpiscono in particolare i residenti delle aree interne sono date dall’insufficienza delle risorse umane e istituzionali della rete di cura.

In Veneto, al netto degli ingressi con copertura dei costi a totale carico del paziente, l’ingresso in una RSA presuppone la richiesta di valutazione multidimensionale per l’inclusione nelle graduatorie dell’AULSS, le quali permettono di accedere al sistema delle «impegnative di residenzialità» (DGRV 996/2022), con cui la Regione copre metà del costo della retta giornaliera. Il numero di impegnative finanziate è però inferiore all’effettivo fabbisogno (960 impegnative per 1140 posti nelle RSA bellunesi), così che una buona parte dei potenziali beneficiari non riesce a beneficiare del contributo (int. amministratore locale²).

Inoltre, l’accesso alle strutture è gestito a livello centralizzato di AULSS, determinando problemi ulteriori per i residenti nelle aree interne, poiché non sempre riescono ad accedere alla RSA più vicina al luogo di residenza, in quanto l’ingresso è subordinato alla disponibilità nelle strutture. Di conseguenza, in una AULSS come quella di Belluno, con territorio montano e poche vie di comunicazione, l’anziano può ritrovarsi ad essere ospitato in luoghi distanti anche 2 ore dal luogo di residenza della famiglia, generando comprensibili difficoltà pratiche e socio-emotive (int. *caregiver* 1).

Infine, un’altra criticità è legata dalla scarsità di personale. Ad es. nella RSA caso di studio, nonostante i posti disponibili siano 82, quelli effettivamente assicurati sono 10 in meno, a causa della mancanza di medici e operatori sociosanitari (int. direttrice RSA). Il medico di riferimento, peraltro in pensione da diversi anni, è l’unico a lavorare nella struttura e non si riesce a trovare un sostituto. Tutto ciò è in linea con la tendenza riscontrata nelle aree interne del Paese. Infatti, questi territori poco abitati e scarsamente collegati risultano poco attrattivi per i professionisti che vengono “da fuori”. Se pure

² Ciascuna testimonianza raccolta nelle interviste è citata con riferimento alla qualifica professionale e al numero progressivo rappresentante l’ordine in cui il soggetto viene citato nel testo.

la Regione abbia predisposto incentivi economici per favorire l'insediamento dei medici di assistenza primaria nelle aree, definite da delibera regionale, come «disagiatisime», (DGRV 1386/2021) e se pure spesso le amministrazioni locali mettano a disposizione gratuitamente ai medici degli spazi per i loro ambulatori, le aree scontano molte difficoltà nel reclutare personale sanitario. Come rappresentato dalla *caregiver* (n. 2) di un ospite della RSA (e infermiera domiciliare nella vita professionale):

nel momento in cui accetti di venire a lavorare a Belluno, che è in pianura e ha tutti i servizi, e dopo ti viene detto di lavorare ad Agordo, che è a 30 km, la strada ogni 3 giorni è chiusa perché cade un masso, poi i caprioli causano incidenti, poi c'è la neve e il ghiaccio... ecco, ci ripensi. Anche i medici, se vanno a visitare i pazienti a casa, magari tra un paziente e l'altro si fanno un'ora di viaggio. Quindi, o ci nasci e ci vivi, altrimenti vieni per un periodo e poi te ne vai.

Per questi motivi, come riportato da un amministratore locale (n. 2):

tu gli puoi anche dare soldi perché sei in una zona di montagna “disagiatisima”, gli puoi dare l'ambulatorio gratis, però la tendenza è che il medico vuole rimanere in centro, non vuole venire a lavorare in montagna. Il MMG che sta nei comuni di montagna da solo, senza segreteria, in quel modo, diciamo, eroico, sta scomparendo.

In questo scenario, qui brevemente descritto, i professionisti protagonisti del caso di studio hanno scommesso sulla capacità di remotizzare le interazioni professionista-paziente attraverso la telemedicina come strumento di riduzione delle disuguaglianze sociosanitarie dipendenti dalla conformazione del territorio e dalla carenza di personale e servizi adeguati patito in particolar modo dagli abitanti delle aree interne.

3. La ricerca

Per comprendere il valore aggiunto generato dalla sperimentazione di questi modelli di servizio innovativi, nonché delle precondizioni per una loro maggiore diffusione e istituzionalizzazione nella rete delle cure territoriali, in particolare delle aree interne, ci si è avvalsi dell'approccio multi-metodo del *case study* (Sena, 2023).

Il progetto di telegeriatria ospedale-RSA dell'AULSS1 è stato selezionato come caso *esemplare*³ (Cardano, 2020) di servizi che si avvalgono della telemedicina e di nuove forme di collaborazione tra professionisti operanti in sedi distanti tra loro per superare alcune delle problematiche critiche per l'assistenza (residenziale) agli anziani nelle aree interne: da un lato, il peso delle distanze tra struttura periferico-montana e "centro" di servizi specialistici (in questo caso, la distanza ospedale-RSA è di circa 40 minuti d'auto); dall'altro, la necessità di far fronte alle carenze di personale patito nelle aree territoriali periferiche.

Come da approccio dei *case studies* (Sena, 2023), lo studio si è avvalso della triangolazione di diverse fonti e tecniche di ricerca. In prima istanza, è stata analizzata la documentazione prodotta a livello aziendale, relativa alla definizione del contesto e allo sviluppo del progetto di telemedicina.

Ci si è poi recati sia presso il reparto di geriatria dell'ospedale sia nella RSA per osservare, rispettivamente, il processo di revisione delle comunicazioni inviate dalla RSA da parte del geriatra, e, nella struttura, le pratiche di rilevazione dei dati sui pazienti e invio dei quesiti verso gli specialisti attuate del personale della RSA. L'osservazione si è avvalsa della registrazione audio e video, per un totale di circa 2 ore di "girato".

Sono state poi svolte, sia in presenza che, successivamente, online, una serie di interviste ($n = 16$), di circa un'ora ciascuna, agli attori coinvolti nel servizio: 1 geriatra, 2 dirigenti ospedalieri, 3 ingegneri clinici ospedalieri, 4 operatori (infermieri e MMG) e la direttrice della RSA, 2 *caregiver* e 3 amministratori locali dei comuni che gestiscono la RSA.

Sia l'osservazione che le interviste sono state guidate da una griglia osservativa mirante a ricostruire: le pratiche di lavoro, valorizzando in particolare i cambiamenti attivati rispetto alle pratiche antecedenti alla sperimentazione del servizio di telegeriatria; il valore aggiunto e le criticità del servizio; i presupposti organizzativi e pratici di funzionamento; le prospettive di ulteriore espansione di questi servizi/pratiche, sia in riguardo al contesto residenziale che, potenzialmente, a quello dell'assistenza territoriale (es. telegeriatria domiciliare).

³ Nella logica dell'approccio del *case study*, il caso, che rappresenta il *soggetto* dello studio, è "esemplare" nel momento in cui presenta tutti i caratteri "tipici" di un fenomeno sociale più ampio, che rappresenta invece l'*oggetto* dello studio (Sena, 2023). In questa prospettiva, il caso viene assunto analiticamente come una manifestazione locale di un fenomeno più generale che viene appunto analizzato *attraverso* il caso di studio. La logica sottostante è che se nel caso tipico/esemplare si manifestano alcuni meccanismi, *allora* essi saranno plausibilmente rilevanti anche per l'universo di casi/fenomeni di cui "questo caso" è una manifestazione tipica/esemplare (Cardano, 2020).

Il materiale empirico prodotto, totalmente trascritto *verbatim*, è stato la base di un'analisi tematica (Miles *et al.*, 2014),⁴ supportata anche dal software *Nvivo*, volta a far emergere le questioni più salienti in riguardo ai foci sopra menzionati (es. cambiamenti nelle pratiche, presupposti organizzativi, etc.) e, in particolare, ai benefici apportati da questo nuovo modello di servizio per il lavoro degli operatori e per la vita di ospiti e *caregiver*.

In linea col tema di questo contributo, i risultati discussi nelle prossime pagine saranno focalizzati sui benefici e sulle criticità riscontrate dai soggetti coinvolti, evidenziando anche i presupposti organizzativi per una più ampia istituzionalizzazione di tali modelli di servizio innovativi.

4. Organizzazione del servizio di telemedicina geriatrica

Il primo passo per l'avvio del servizio di telemedicina geriatrica è consistito nell'acquisto da parte dell'AULSS di Belluno, nell'ambito di un bando PNRR per l'acquisizione di dispositivi medicali, di un kit di telemonitoraggio, composto da un tablet in cui è impostato un questionario per la rilevazione di diverse informazioni sullo stato clinico, cognitivo e comportamentale dell'ospite, e da una serie di device ad esso collegati per la rilevazione di alcuni parametri (per es., frequenza cardiaca, pressione sanguigna, ECG, saturazione, temperatura corporea). A livello operativo, gli infermieri della RSA rilevano attraverso il kit i parametri richiesti dal questionario impostato nel tablet sugli ospiti della struttura che manifestano degli eventi critici (per es., agitazione, alterazioni di parametri vitali, cognitivi e del comportamento, etc.) e li inviano, attraverso una piattaforma dedicata, al responsabile della geriatria dell'ospedale, insieme ad un quesito diagnostico-terapeutico formulato dal medico presente in struttura. Il geriatra analizza la situazione clinica, accedendo anche al fascicolo sanitario elettronico dell'ospite, e invia un responso alla RSA attraverso la medesima piattaforma, che può consistere

⁴ A livello essenziale, l'analisi tematica (Miles *et al.*, 2014) si sostanzia in una codifica e ri-codifica iterativa del materiale empirico (testuale e non). I codici assegnati alle porzioni di testo rappresentano i significati o le informazioni rappresentative di quello specifico stralcio. Attraverso la triangolazione dei codici assegnati, in particolare quando relativi a stralci provenienti da fonti diverse (quindi a *pattern* tra i dati), si ricerca una *condensazione* del significato di diversi codici in *categorie*, che sintetizzano i significati espressi da vari codici, ma ad un livello d'astrazione più ampio. Attraverso il confronto iterativo tra categorie (anche eventualmente rivedendo le codifiche precedenti) si identificano i *temi*, di livello d'astrazione ancora superiore, che rappresentano gli *insight* più rilevanti apportati dal materiale empirico in rapporto alle domande di ricerca ma anche, eventualmente, rispetto a questioni inizialmente non previste ed "emerse" come d'interesse durante la ricerca e l'analisi.

nella richiesta di ulteriori telemonitoraggi, di eventuali foto o video dell'ospite a integrazione delle informazioni fornite o nella richiesta di una visita in presenza presso il reparto di geriatria.

Amministrazioni, cittadini e familiari hanno risposto con aspettative positive nei confronti di questo nuovo servizio, mentre i professionisti sanitari coinvolti hanno mostrato inizialmente alcune perplessità. In linea con quanto riportato in letteratura (Saigí-Rubió *et al.*, 2022), gli operatori erano preoccupati del possibile aumento dei carichi di lavoro e soprattutto di dover modificare le loro pratiche in funzione dell'uso delle tecnologie, in particolare riducendo il contenuto relazionale proprio della loro professione: «perché per loro è importante parlare con la persona, e non solo rilevare dati» (int. direttrice RSA). Col tempo però, dopo una necessaria fase di formazione e apprendimento, ma anche di un indispensabile “sforzo” per costruire un “allineamento dei linguaggi” tra operatori e specialisti, anche gli infermieri hanno riconosciuto il valore di queste tecnologie nel facilitare il loro lavoro.

Devi imparare a definire con precisione il quesito clinico che alleggi ai dati o al video. Perché in un consulto faccia a faccia siamo lì, ci può essere uno scambio di battute, e ci si capisce man mano, no? Invece se devi scrivere una relazione devi essere più preciso, c'è da imparare a capire quali informazioni l'altro si aspetta, e sapere come formulare i quesiti, perché non è che posso modificare quel che chiedo accorgendomi che l'altro non capisce cosa voglio dire, come farei dal vivo. Però ecco, abbiamo comunque il contatto col geriatra che, se per caso non ci siamo capiti, o ritiene di aver bisogno di ulteriori dati, ti fa una chiamata e ti chiede. Quindi ora abbiamo un rapporto che è più diretto di una volta, quando il responso ti arrivava, diciamo, insieme al paziente quando ritornava dall'ospedale (int. infermier* 1).

In particolare, viene sempre più apprezzata dagli operatori la possibilità di avere un rapido e puntuale confronto con il geriatra, in precedenza tutt'altro che efficiente, nel momento in cui il responso avveniva solo “inviando” l'ospite all'ospedale, nonché la possibilità, abilitata dalla tecnologia, di poter trasmettere informazioni più “ricche” a supporto del quesito diagnostico/terapeutico.

Spesso il paziente con disturbi comportamentali quando arriva in ospedale e si trova davanti al medico non si presenta come è nella sua normalità di vita. In alcuni casi è peggio, in alcuni casi anche meglio, perché ci sono tante persone che hanno disturbi del comportamento e poi quando arrivano davanti al medico sono splendide! E quindi non si riesce mai effettivamente ad avere

una fotografia reale di com'è la persona. Anche perché a volte ci sono i familiari che parlano al posto della persona e, diciamo, a volte uno riporta un po' quel che vuole vedere, non la realtà effettiva. Invece, il fatto che possiamo mandare il video preso "in diretta", ma anche per il fatto che la persona è vista nel suo ambiente, ecco è più vero, capito? È proprio quella che è la situazione normale, non c'è l'artefatto, cioè il cambio di contesto dell'andare all'ospedale (int. infermier* 2).

Il rapporto diretto con il servizio geriatrico e la maggiore tempestività nell'ottenere risposte sembra dunque facilitare il lavoro del personale sanitario della RSA e, come mostrato nello stralcio seguente, aumenta la percezione di sicurezza da parte dei familiari. Inoltre, la riduzione delle necessità di inviare l'anziano all'ospedale/pronto soccorso per effettuare visite e controlli per eventi non acuti, risparmiando dunque ore di viaggio e riducendo le connesse difficoltà operative (e i rischi per la salute dell'anziano), sembra essere considerato il principale valore aggiunto da operatori, *caregiver* e amministratori (in linea con quanto rilevato da Hofmeyer *et al.*, 2016).

Quando mi hanno proposto la telemedicina io ho fatto salti di gioia. Perché evitare il trasporto di una persona fragile vuol dire evitare tutte le complicanze che possono venir fuori dallo spostamento: la alzi, la muovi, insomma, hai dei rischi. Poi dalla RSA ad andare a Belluno ci metti un'ora, magari stai 3-4 ore al pronto soccorso in attesa, poi hai il ritorno: quindi sono ben contenta se riesco a evitargli di fare un viaggio e di metterla a rischio, se so che l'elettrocardiogramma me lo può leggere il medico anche a distanza. E poi è anche un medico che conosce, non è il primo che trova in pronto soccorso (int. *caregiver* 1).

Metti che abbiamo l'impegnativa del nostro medico. Chiamo il CUP di Belluno e come prima visita mi manda a Feltre. Feltre vuol dire un'ora e 10 in ambulanza. Chiami il 118 che ti dice: "mah, fino a Feltre? Non ci riusciamo ora". Bene, quindi non abbiamo ambulanze che ce lo portano a Feltre. Richiamo il CUP che ci posticipa di 4-5 giorni la visita, però a Belluno. Andiamo. Tempo della visita? Penso che sia durata 10 minuti, con delle indicazioni dello specialista di fare delle analisi del sangue... Abbiamo perso una settimana per la persona, e il tempo nostro nel chiamare il CUP, cercare il trasporto etc. Quando ora in dieci minuti col teleconsulto lo facciamo (int. infermier* 3).

L'analisi del caso conferma, dunque, il potenziale positivo della telemedicina nell'avvicinare centro e periferie (ospedale e territorio), riducendo le

disuguaglianze di salute nei confronti degli anziani non autosufficienti residenti in RSA a livello di accesso e qualità delle cure.

Allo stesso tempo, tuttavia, emerge, in contrasto con quanto sinora mostrato, come la telemedicina non possa risolvere tutti i problemi di assistenza degli anziani delle aree interne.

Uno dei problemi che emergono dallo studio del caso infatti riguarda l'impossibilità di utilizzare la telemedicina in RSA, e ancora di più nei servizi di assistenza domiciliare (per es. telemonitoraggio domiciliare), *senza* la presenza di professionisti dedicati, in quanto queste tecnologie risultano ancora fortemente, se non esclusivamente, «operatore-dipendente» (v. stralcio seguente)⁵. Esse, infatti, necessitano, per “funzionare”, di personale qualificato che sappia effettuare le rilevazioni, gestire eventuali imprevisti/valori anomali e “dare senso” ai dati.

Tale aspetto diventa ancora più cruciale nell'ipotesi di estendere questi servizi anche al contesto domiciliare, in quanto non è pensabile di lasciare l'uso di questi strumenti alla sola autogestione di pazienti e *caregiver*.

Bisogna vedere se lo strumento è comprensibile e se il familiare è in grado di leggerlo. Ma soprattutto se è in grado di gestire la situazione. Perché credo che per un familiare sia difficile, perché di fronte a qualsiasi situazione un po' critica il familiare non riesce ad essere obiettivo. Magari per me che sono un professionista è più facile, però anche per me, se di fronte hai tua madre la cosa cambia no? C'è anche una questione emotiva. Perché di fronte alla mamma che ti dice “mi sento la palpitazione” o che ha difficoltà, ecco, uno si allarma, vuole che il medico te lo veda, ma te lo veda anche venendo a casa. Perché ecco uno ha bisogno anche di essere tranquillizzato (int. *caregiver*, n. 2, e infermier* domiciliare).

L'esperienza del professionista, rispetto a quella del *caregiver*, permette anche di valutare se gli strumenti di monitoraggio rilevino correttamente i parametri, ovvero se evidenzino anomalie contrastanti con l'analisi clinica del paziente effettuata dall'operatore, cosa che sembra accadere frequente-

⁵ Il tema della “telemedicina operatore-dipendente” non è nuovo nella letteratura, sebbene non sia stato trattato esplicitamente (cfr., per es., Nickelsen, 2019). Tuttavia, in questo contesto si fa riferimento al problema specifico, ancora poco esplorato, dell'utilizzo di strumenti di telemedicina, come i kit di telemonitoraggio, negli anziani non autosufficienti e con problemi cognitivi, che richiedono sempre la presenza di un operatore e delle sue skills ed esperienze visive per poter essere applicati correttamente e per fornire un quadro clinico completo e affidabile del paziente. Su questo punto si veda, ad esempio, Karlsen *et al.* (2017) e Khanassov *et al.* (2024).

mente, evidenziando come questo tipo di servizio non sia replicabile in contesti di assistenza domiciliare in assenza di una figura professionale esperta, in grado di monitorare correttamente i parametri, integrandoli con la propria esperienza e conoscenza delle condizioni del paziente:

se devo pensarlo in mano ad alcuni parenti che abbiamo qui per un telemonitoraggio a casa, ecco, mi fa un po' paura. Perché noi professionisti se ci accorgiamo che lo strumento restituisce un valore anomalo, alcune rilevazioni le facciamo anche 3 volte per verificare per bene prima di allarmare. Una volta misuravamo una frequenza cardiaca, lo strumento dava una saturazione normale e una frequenza a 25 battiti, che capisci che non può essere. Rilevata più volte, rimaneva quella, però in realtà bastava mettere una mano su un'arteria e insomma sentivi che non erano 25 battiti. Mentre magari un parente mi va in pronto soccorso solo perché lo strumento restituisce un valore anomalo (int. infermier* 3).

A conferma di ciò, non è un caso che l'AULSS abbia tentato, prima di attuare il servizio qui descritto, di avviare altri servizi di telemedicina (per es. radiografie domiciliari e telemonitoraggio cardiologico) nell'ambito dell'assistenza domiciliare, imbattendosi, tuttavia, negli ostacoli di carenza di personale e di utilizzo operatore-dipendente qui descritti e abbandonando dopo pochi mesi il progetto (int. ingegnere 1).

Conclusioni

Questi primi risultati, qui solo brevemente presentati per ragioni di spazio, sembrano confermare che la telemedicina può essere un valido strumento per ridurre alcune disuguaglianze di salute degli anziani non autosufficienti che vivono nelle aree interne. Tuttavia, essa rischia di diventare solo una "chimera", se la sperimentazione di soluzioni tecnologiche non viene accompagnata da investimenti basati su altri requisiti socio-organizzativi.

Le RSA costituiscono un luogo di cura ad oggi più adatto, rispetto alle cure domiciliari, per sfruttare il potenziale della telemedicina, in quanto strutturalmente già organizzate come centri operatori-dipendenti, aspetto che è emerso come imprescindibile per la cura di anziani non-autosufficienti. Allo stesso tempo, l'insufficiente copertura territoriale di queste strutture, unita alle carenze di personale che le affliggono, depotenzia inevitabilmente l'impatto ipotizzabile di questi servizi nel ridurre le disuguaglianze di salute a livello strutturato e sistemico.

Peraltro, per questi stessi motivi, il rafforzamento della telemedicina nelle strutture per anziani potrebbe paradossalmente generare ulteriori disuguaglianze tra chi viene accolto in queste strutture, accudito da personale sanitario e col supporto della telemedicina ospedaliera, e coloro che rimangono invece al proprio domicilio, in zone socialmente isolate e difficili da raggiungere da medici e infermieri territoriali sempre più in affanno.

In questo scenario, il caso qui solo brevemente presentato, evidenzia alcuni aspetti che spiegano come e perché l'innovazione tecnologica fornita dalla telemedicina non potrà attecchire senza strategie adeguate, e non solo economicamente supportate, per aumentare il personale sanitario nelle aree interne del nostro paese, in grado di operare sia nelle strutture sociosanitarie (RSA) che in quelle territoriali e di prossimità (centri diurni, case della comunità, assistenza domiciliare, ambulatori specialistici, etc.). Tali strategie dovrebbero essere accompagnate anche dal rafforzamento e ampliamento di tutte le strutture socio-sanitarie e assistenziali territoriali, e non da un loro progressivo depotenziamento, come sta accadendo purtroppo in tante aree interne e montane del territorio italiano, peraltro sempre più ad alta densità di popolazione anziana e fragile. È solo costruendo una rete integrata multi-livello, di cura e assistenza dell'anziano, supportata da team medico-sanitari multiprofessionali, che anche la telemedicina può risultare veramente efficace come strumento di collegamento tra territorio e ospedale nel ridurre le disuguaglianze di salute e nel rafforzare l'efficacia delle politiche di *long-term care*.

Bibliografia

- AGENAS (2021). *Aggiornamento mappatura delle esperienze di telemedicina 2019-2021: analisi, evidenze e finalità*. Roma.
- Albanesi B., Conti A., Politano G., Dimonte V., Gianino M., Campagna S. (2024). Emergency department visits by nursing home residents. A retrospective Italian study of administrative databases from 2015 to 2019. *BMC Geriatrics*, 24: 295. DOI: 10.1186/s12877-024-04912-7
- AULSS1 Dolomiti (2023). *Piano di Zona 2023-2025*. Belluno.
- Botrugno C. (2018). Telemedicine in daily practice: Addressing legal challenges while waiting for an EU regulatory framework. *Health Policy and Technology*, 7: 131-136. DOI: 10.1016/j.hlpt.2018.04.003
- Cardano M. (2020). *Defending qualitative research: Design, analysis, and textualization*. New York: Routledge.
- Carrosio G., Osti G. (2020). Il welfare nella trappola della marginalità territoriale. *Sociologia urbana e rurale*, 123: 14-28. DOI: 10.3280/SUR2020-123002

- CERGAS (2023). *Il personale come fattore critico di qualità per il settore Long Term Care: 5° Rapporto Osservatorio Long Term Care*. Milano: Egea.
- Cohen S.A., Greaney M.L. (2023). Aging in Rural Communities. *Current epidemiology reports*, 10(1): 1-16. DOI: 10.1007/s40471-022-00313-9
- Cormi C., Chrusciel J., Fayol A., Van Rechem M., Abou-Amsha K., Tixier M., Lewkowicz M., Laplanche D., Sanchez S. (2021). The Use of Telemedicine in Nursing Homes: A Mixed-Method Study to Identify Critical Factors When Connecting with a General Hospital. *International journal of environmental research and public health*, 18(21): 11148. DOI: 10.3390/ijerph18211148
- Fiasconaro S., Triventi M., Fedeli E. (2024). Le disuguaglianze territoriali in Italia. Un'analisi delle differenze economiche, demografiche e socio-culturali tra Aree Interne e Centrali. *Rassegna Italiana di Sociologia*, 3: 543-578. DOI: 10.1423/114160
- Fosti G., Longo F., Manfredi S., Notarnicola E., Perobelli E., Pongiglione B., Rotolo A., Torbica A. (2024). L'assistenza agli anziani non autosufficienti: trend nazionali e profilazione degli ospiti delle RSA lombarde. In: CERGAS, a cura di, *Rapporto OASI 2024*. Milano: Egea.
- Furnari A., Manfredi S., Perobelli E. (2023). Regione che vai, RSA che trovi: la residenzialità per anziani in dodici regioni. In: CERGAS, a cura di, *Il personale come fattore critico di qualità per il settore Long Term Care: 5° Rapporto Osservatorio Long Term Care*. Milano: Egea.
- Groom L.L., McCarthy M.M., Stimpfel A.W., Brody A.A. (2021). Telemedicine and Telehealth in Nursing Homes: An Integrative Review. *Journal of the American Medical Directors Association*, 22(9): 1784-1801. DOI: 10.1016/j.jamda.2021.02.037
- Hashiguchi T.C.O. (2020). Bringing health care to the patient: An overview of the use of telemedicine in OECD countries. *OECD Health Working Papers*, 116. DOI: 10.1787/8e56ede7-en
- Hofmeyer J., Leider J.P., Satorius J., Tanenbaum E., Basel D., Knudson A. (2016). Implementation of Telemedicine Consultation to Assess Unplanned Transfers in Rural Long-Term Care Facilities, 2012-2015: A Pilot Study. *Journal of the American Medical Directors Association*, 17(11): 1006-1010. DOI: 10.1016/j.jamda.2016.06.014
- ISTAT (2021). *Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia. Anno 2019*. Testo disponibile al sito: <https://www.istat.it/comunicato-stampa/le-condizioni-di-salute-della-popolazione-anziana-in-italia-anno-2019/> (05/12/2025).
- ISTAT (2024). *Rapporto annuale 2024*. Testo disponibile al sito: <https://www.istat.it/evento/rapporto-annuale-2024-la-situazione-del-paese> (05/12/2025).
- Karlsen C., Ludvigsen M.S., Moe C.E., Haraldstad K., Thygesen E. (2017). Experiences of community-dwelling older adults with the use of telecare in home care services: a qualitative systematic review. *JBIS database of systematic reviews and implementation reports*, 15(12): 2913-2980. DOI: 10.11124/JBISRIR-2017-003345

- Khanassov V., Ilali M., Ruiz A.S., Rojas-Rozo L., Sourial R. (2024). Telemedicine in primary care of older adults: a qualitative study. *BMC primary care*, 25(1): 259. DOI: 10.1186/s12875-024-02518-x
- Miles M.B., Huberman A.M., Saldaña J. (2014). *Qualitative data analysis. A methods sourcebook*. London: SAGE.
- Ministero della Salute (2012). *Telemedicina. Linee d'indirizzo nazionali*. Roma.
- Ministero della Salute (2022). *Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare*. Decreto Ministeriale del 29 aprile 2022.
- Nickelsen N.C.M. (2019). The infrastructure of telecare: implications for nursing tasks and the nurse-doctor relationship. *Sociology of health & illness*, 41(1): 67-80. DOI: 10.1111/1467-9566.12781
- OECD (2023). The future of telemedicine after COVID-19. *OECD Policy Responses to Coronavirus (COVID-19)*. Paris: OECD Publishing.
- Offermann J., Ziefle M., Sira N., Groß D., Optimal@NRW Research Group and Wilhelmy S. (2023). Telemedicine in nursing homes: Insights on the social acceptance and ethical acceptability of telemedical consultations. *Digital health*, 9: 20552076231213444. DOI: 10.1177/20552076231213444
- Ranci C., Arlotti M., Garavaglia E. (2024). "Policy inaction". L'inerzia delle politiche LTC in Italia e le sue ragioni. *Politiche Sociali*, 3: 531-552. DOI: 0.7389/116170
- Saigí-Rubió F., Borges do Nascimento I.J., Robles N., Ivanovska K., Katz C., Azopardi-Muscat N., Novillo Ortiz D. (2022). The current status of telemedicine technology use across the World Health Organization European region: an overview of systematic reviews. *Journal of medical Internet research*, 24(10): e40877. DOI: 10.2196/40877
- Sena B. (2023). *The Case Study in Social Research*. London: Routledge.
- Stephens C.E., Halifax E., David D., Bui N., Lee S., Shim J., Ritchie C.S. (2019). "They Don't Trust Us": The Influence of Perceptions of Inadequate Nursing Home Care on Emergency Department Transfers and the Potential Role for Telehealth. *Clinical Nursing Research*, 29(3): 157-168. DOI: 10.1177/1054773819835015
- Sunner C., Giles M.T., Kable A., Foureur M. (2023). Does telehealth influence the decision to transfer residents of residential aged care facilities to emergency departments? A scoping review. *International journal of older people nursing*, 18(1): e12517. DOI: 10.1111/opn.12517
- Tomassini C., Albertini M., Lallo C., a cura di (2024). *Avanzare insieme nella società anziana*. Bologna: il Mulino.

Dare voce: nuove prospettive per il design partecipativo attraverso l'arte nel dibattito su tecnologie assistive e demenza

Carmen Pellegrinelli*, Francesco Miele*

Supporting the anti-ageist perspective in discussions about caring for people with dementia (PwD), the article explores how participatory design (PD) for designing technology for PwD can be enriched through the integration of tools from the participatory arts, particularly Applied Theatre (AT). Adopting a relational approach, the article argues that participatory arts and AT can improve participatory design with PwD because they are practices capable of opening non-verbal communication channels, stimulating creativity and drawing on memories and abilities beyond the cognitive dimension. The article outlines two main lines of development. The first suggests mobilising the expertise of theatre professionals as qualified facilitators in multidisciplinary research teams. The second explores how PD can be enriched in terms of knowledge by the arts by integrating specific techniques and practices. In summary, the dialogue between participatory design and art aims to meaningfully involve PwD in design, ensuring a space for expression beyond stereotypical views of fragility and dependence among people with dementia.

Parole chiave: persone con demenza; design partecipativo; arti partecipative; Teatro Applicato; approccio relazionale; tecnologia.

Keywords: people with dementia; participatory design; participatory arts; Applied Theatre; relational approach; technology.

Introduzione

Nell'assistenza alle persone con demenza (PcD), la relazione, il coinvolgimento e la partecipazione dei pazienti sono considerati essenziali per contrastare le pratiche discriminatorie legate all'ageismo, inteso come un insieme di attitudini e stereotipi negativi diretti verso alcune categorie di persone per via della loro età. In particolare, le persone anziane vengono spesso raffigurate come fragili, passive e dipendenti dagli operatori dei servizi

* Università degli Studi di Trieste. carmenpellegrinelli@gmail.com

Questo articolo è il frutto di un lavoro congiunto ed indivisibile degli autori. Se tuttavia, per ragioni accademiche, va attribuita una responsabilità individuale, Carmen Pellegrinelli ha scritto i paragrafi 1,2 e 3; Francesco Miele ha scritto Introduzione e Conclusioni.

sociali e sanitari, con conseguenti ricadute negative sulla qualità della cura (Kydd, Fleming, 2015). Tra le cause alla base di quest'ultima vi è l'esclusione degli anziani, soprattutto se affetti da patologie neurodegenerative, dai processi partecipativi, portando alla costruzione di servizi lontani dalle esigenze degli stessi. La necessità di coinvolgere le persone anziane è stata riconosciuta come centrale anche nel discorso sulla progettazione partecipata di tecnologia per PcD (Fischer *et al.*, 2020; Sanders, Stappers, 2008). Coinvolgere le PcD nei processi di progettazione permette infatti di superare le visioni stereotipate di fragilità e dipendenza e di integrare esperienze, bisogni e preferenze degli utenti nella progettazione, al fine di garantire che le soluzioni sviluppate siano in grado di migliorare concretamente la qualità della vita di coloro a cui sono destinate (Kirby *et al.*, 2024; Rai *et al.*, 2020; Span *et al.*, 2018).

Nondimeno, sebbene l'approccio partecipato rappresenti un passo avanti significativo verso una ricerca più centrata sulla persona, la sua applicazione concreta nei contesti specifici della demenza presenta sfide intrinseche. Come è noto, le compromissioni cognitive caratteristiche di questa condizione possono ostacolare il coinvolgimento delle PcD, soprattutto se si seguono le metodologie di progettazione convenzionali. Allo sviluppo di progetti tecnologici incentrati sul paziente con demenza, quindi, ha fatto seguito l'emergere di un dibattito, afferente alle scienze sociali, contraddistinto dalla ricerca di strumenti metodologici atti a coinvolgere persone con un funzionamento neurologico divergente da quello "tipico".

Un contributo chiave a questa discussione è stato fornito da Niels Hendriks e colleghi (2018), che suggeriscono come il coinvolgimento attivo delle PcD, possa emergere dallo spostamento dell'attenzione dai limiti verso le potenzialità delle PcD. Gli autori sottolineano l'importanza di adottare un approccio relazionale, per comprendere e rendere trasparenti le decisioni di progettazione nelle relazioni tra progettisti e partecipanti. In questa direzione, si sta oggi manifestando un crescente interesse verso l'esplorazione di approcci innovativi che possano integrare i metodi di design partecipativo esistenti, superando alcune delle barriere cognitive e comunicative tipicamente incontrate nel coinvolgimento di PcD e favorendo il loro coinvolgimento come strumento per superare l'ageismo. Nel nostro contributo ci riferiamo sia all'ageismo etero-diretto, ovvero rivolto verso gli altri, che auto-diretto, cioè interiorizzato e rivolto a sé stessi (Marques *et al.*, 2020).

Tra gli strumenti di contrasto verso questa forma di discriminazione, l'impiego di pratiche artistiche si configura come una promettente via per facilitare l'espressione, la comunicazione e l'engagement in modalità alternative e potenzialmente più accessibili (Rai *et al.*, 2020). L'arte, nelle sue molteplici

forme offre canali di comunicazione non verbali, stimola la creatività, promuove la connessione emotiva e può attingere a memorie e capacità nelle PcD (Rai *et al.*, 2020; Wang *et al.*, 2019). In particolare, il teatro nella sua forma applicata (*Applied Theatre*), essendo intrinsecamente esperienziale, collaborativo e narrativo, rappresenta un potenziale strumento di integrazione di particolare valore per il *toolkit* metodologico del design partecipativo nella ricerca tecnologica sulla demenza.

Questo articolo esplora il potenziale del teatro e delle arti partecipative per integrare e arricchire gli attuali metodi di design partecipativo con PcD, offrendo nuove prospettive su come coinvolgere in modo significativo ed efficace le PcD nel processo di sviluppo tecnologico a loro dedicato. Attraverso una riflessione sulle caratteristiche uniche dell'AT e sul modo in cui queste possono rispondere alle sfide del design partecipativo con PcD, si intende fornire una base concettuale e pratica per futuri studi e applicazioni in questo importante campo di ricerca, con l'obiettivo ultimo di sviluppare tecnologie che rispondano pienamente ai bisogni e migliorino la vita delle PcD.

1. Panorama della ricerca partecipativa con PcD sulle tecnologie assistive

Le tecnologie assistive includono strumenti, servizi e sistemi pensati per sostenere l'indipendenza e il benessere delle persone che vivono con disabilità o con limitazioni dovute all'invecchiamento (Cook, Polgar, 2019). Lo sviluppo di progetti tecnologici assistivi per PcD ha dato origine a un dibattito nell'ambito delle scienze sociali, incentrato sulla ricerca di metodologie capaci di includere persone con un funzionamento neurologico atipico. Le più recenti rassegne di letteratura sul tema hanno raccolto e mappato i numerosi contributi scientifici sul coinvolgimento di PcD nella ricerca e nello sviluppo di tecnologie e interventi sanitari (Kirby *et al.*, 2024; Rai *et al.*, 2020; Suijkerbuijk *et al.*, 2019; Wang *et al.*, 2019; Span *et al.*, 2013). Alcune di queste rassegne (Rai *et al.*, 2020; Wang *et al.*, 2019) hanno anche delineato possibili linee guida utili per un futuro sviluppo della progettazione partecipata con PcD.

Pippa Kirby e colleghi (2024) esplorano il coinvolgimento dei pazienti nella ricerca sanitaria attraverso il PPI, *Patient and Public Involvement* (PPI), un approccio teorico basato su principi di "co-design" e "coproduzione" derivanti da approcci di "human-centered design" (HCD) e "participatory design" (PD). Secondo gli autori (2024), nella prospettiva PPI, il paziente non è più l'oggetto della ricerca, ma un soggetto attivo che contribuisce al suo

sviluppo. I metodi utilizzati sono focus group e workshop di co-design, che includono colloqui, osservazioni, sondaggi e steering group. Queste metodologie puntano a stimolare la partecipazione, superando criticità come le significative compromissioni cognitive delle PcD. In questo contesto, è centrale il lavoro dei facilitatori che promuovono la costruzione di relazioni di fiducia, la creazione di un ambiente adeguato, l'inclusione dei diversi punti di vista dei partecipanti e una generale flessibilità della ricerca.

L'analisi proposta da Sandra Suijkerbuijk e colleghi (2019) si muove in continuità con quella di Kirby e colleghi (2024): considerando 49 contributi sulla co-progettazione di tecnologie con PcD, gli autori evidenziano come la maggior parte degli studi coinvolga le PcD nella fase valutativa dello sviluppo tecnologico (test di prototipi), mentre pochi studi in più fasi del processo. Inoltre, gli effetti del coinvolgimento delle PcD nella progettazione sulle persone coinvolte rimangono ancora poco esplorati per la mancanza di misurazioni specifiche dell'impatto della partecipazione. Tuttavia, alcuni contributi riportano come le esperienze di co-design siano mediamente percepite come positive dalle PcD (senso di controllo¹, divertimento) con qualche potenziale effetto negativo (ad esempio frustrazione e presa di consapevolezza della perdita di capacità). Per approfondire questo aspetto, gli autori suggeriscono la necessità di ulteriori studi che esplorino come le PcD desiderino essere coinvolte (*desired role*).

Proprio i benefici del coinvolgimento delle PcD sono esplorati dalla rassegna di letteratura di Wang e colleghi (2019). Gli autori riconoscono come queste forniscano feedback preziosi per la progettazione e che la co-progettazione sia benefica per gli stessi partecipanti, poiché crea un impatto positivo sulla loro immaginazione, un senso di orgoglio e valorizzazione e aumenta le interazioni sociali. Inoltre, gli autori evidenziano un aumento nel numero di studi che coinvolgono PcD a partire dal 2014, con tendenza crescente all'inclusione di individui nelle fasi moderate, medie e gravi della malattia.

Sul processo di coinvolgimento delle PcD, più che sugli output clinici derivanti da questo, si concentra la rassegna di Kaur Rai e colleghi (2020), che esamina 21 studi sul coinvolgimento di PcD nello sviluppo di interventi tecnologici. Gli autori riportano come la maggior parte degli studi sostenga la fattibilità e la necessità del coinvolgimento PcD nel processo di sviluppo

¹ Nell'articolo di Suijkerbuijk et colleghi (2019) il "senso di controllo" delle PcD nel contesto dello sviluppo di tecnologie di supporto, ci si riferisce principalmente alla sensazione o alla percezione che le persone con demenza hanno di influenzare attivamente il processo di progettazione e sviluppo.

tecnologico, evidenziando che il coinvolgimento migliora la tecnologia e ha effetti positivi anche sulle PcD coinvolte. Inoltre, la rassegna sostiene che affidarsi unicamente al feedback di *caregiver* o personale sanitario per la progettazione, potrebbe non essere sufficiente per garantire la creazione di tecnologie adeguate alle esigenze delle PcD. Rai e colleghi delineano alcune linee guida per la progettazione con PcD, organizzate in due aree principali: la preparazione al coinvolgimento delle PcD nella ricerca co-partecipata (1) e la messa in pratica concreta del loro coinvolgimento (2). Per il coinvolgimento, gli autori suggeriscono di creare un ambiente amichevole e di supporto, di rendere consapevoli i partecipanti dello scopo della ricerca e di selezionare i metodi di raccolta di feedback più adatti. Per una partecipazione corretta, gli autori invitano i ricercatori ad usare una terminologia che favorisca la comprensione e che promuova il coinvolgimento dei partecipanti durante tutto il processo di ricerca.

In conclusione, la letteratura analizzata sottolinea i benefici derivanti dal coinvolgimento delle PcD nella progettazione, evidenziandone gli effetti positivi sia sul benessere e sull'autodeterminazione dei partecipanti, sia sulla qualità e rilevanza delle tecnologie sviluppate. Tuttavia, non vengono ignorate le difficoltà legate alle compromissioni cognitive delle PcD, che possono influenzare la partecipazione attiva, e viene sottolineata l'importanza di disporre di risorse adeguate. I lavori citati offrono inoltre linee guida utili a orientare la ricerca partecipata, come ad esempio la progettazione di ambienti accoglienti e inclusivi, l'assunzione di metodi di lavoro flessibili e di un approccio interdisciplinare. Infine, emerge con forza la necessità di garantire una partecipazione delle PcD in tutte le fasi della ricerca e di approfondire l'analisi dell'impatto effettivo di tale coinvolgimento, sia dal punto di vista dei partecipanti sia in termini di risultati progettuali.

1.1. Le sfide del Design Partecipativo con persone affette da demenza: le competenze dei designer

Particolarmente rilevante per comprendere il tipo di competenze messe in atto dai designer al fine di stimolare la partecipazione delle PcD è il contributo di Niels Hendriks e colleghi (2018), più volte citato nelle rassegne riportate. Il contributo è particolarmente importante perché descrive in modo pratico come i designer possano concretamente progettare con le PcD, valorizzando le loro potenzialità.

Gli autori sostengono che i designer dovrebbero valorizzare un tipo di approccio relazionale e rendere trasparente come esso influenzi le decisioni

progettuali, traendo ispirazione dall'assistenza centrata sulla persona, *Person-Centred Care*. La *Person-Centred Care* si concentra infatti sul potenziamento della competenza degli operatori sanitari nel costruire relazioni e migliorare l'assistenza dei residenti. Essa enfatizza l'aspetto relazionale del processo di cura, in contrasto con un approccio puramente funzionale focalizzato su capacità/disabilità e sull'esecuzione di compiti.

Per sviluppare la competenza relazionale sul campo durante la co-progettazione gli autori propongono 4 principi guida, legati alla *Person-Centred Care*. Il primo è creare scelte progettuali attraverso azioni che nascano dalla riflessione sulla relazione tra designer e PcD. Il secondo consiste nello sviluppare queste scelte basandosi sullo *storytelling*, connettendo il percorso progettuale a ciò che emerge dall'ascolto della vita passata della PcD, ai suoi gusti, alle sue abitudini e alle sue relazioni significative. Il terzo principio riguarda la messa alla prova delle scelte di design con il *role-playing*, una tecnica che consiste nel mettere in scena situazioni reali o simulate per esplorare punti di vista diversi e stimolare comprensione reciproca tra *caregiver* e assistiti. Mettendo in scena situazioni d'uso, i partecipanti possono sperimentare concretamente i potenziali benefici e le sfide del progetto o anticipare problemi o conseguenze inattese legate all'uso del design. Infine, il quarto principio, prevede la valutazione delle decisioni di design evidenziando come, i designer diventino parte del contesto progettuale osservando come le PcD interagiscano con la nuova tecnologia, notando le reazioni, i segnali non verbali, i cambiamenti nell'umore o nel comportamento. In conclusione, l'articolo di Hendriks e colleghi (2018) sottolinea l'importanza di definire la partecipazione da una prospettiva relazionale e di valorizzare il processo decisionale implicito che emerge dalle relazioni costruite tra i designer e le PcD.

Se consideriamo che l'*expertise* relazionale dei designer, può essere allenata in una prospettiva di ascolto dei partecipanti nei contesti di progettazione, apriamo la porta a una serie di possibilità di stimolazione, coltivazione e formazione di tale *expertise* fino ad ora poco considerate. Queste possibilità si connettono, per esempio, al dialogo interdisciplinare con le arti e le discipline estetiche, che da sempre si occupano di forme di percezione, relazione e presenza. L'*expertise* relazionale si configura non solo come una competenza tecnica, ma come un sapere intrecciato a pratiche situate che invitano a ripensare i processi progettuali come spazi di apprendimento reciproco e trasformazione condivisa.

2. Le risorse delle attività artistiche partecipative con le persone con demenza

Vi è un accordo diffuso sul fatto che le attività artistiche partecipative rappresentino interventi benefici, e che svolgano un ruolo intrinsecamente positivo nella salute e nel benessere delle PcD (Zeilig *et al.*, 2019). Le arti partecipative per le PcD coinvolgono artisti professionisti in progetti creativi o performativi in contesti comunitari. L'obiettivo principale di questi progetti è promuovere la salute e il benessere delle PcD, assumendo quindi una valenza prevalentemente terapeutica, sebbene possano anche perseguire scopi estetici².

Proprio per queste ragioni l'*Applied Theatre* (AT), che consiste in un insieme di esperienze teatrali svolte all'interno delle comunità (Taylor, 2003), è spesso usato nei contesti di cura della demenza. Per la sua natura ibrida e inclusiva, l'AT si realizza spesso in contesti non convenzionali (scuole, centri di quartiere, carceri, ospedali, case di riposo, spazi pubblici urbani e luoghi di aggregazione di movimenti sociali) combinando elementi politici, educativi e sociali per creare percorsi condivisi di consapevolezza e trasformazione. Attraverso il lavoro teatrale, le comunità possono affrontare le proprie difficoltà, condividere esperienze di sofferenza e speranza, e immaginare nuove possibilità.

L'uso del teatro e dell'AT nella cura della demenza ha ottenuto un importante riscontro come corpo di interventi non farmacologici per le persone che vivono con questa condizione. Con un progetto applicabile a diversi contesti terapeutici, attraverso una narrazione di gruppo che mira a incoraggiare le persone con demenza a usare l'immaginazione piuttosto che il ricordo, Anne Basting, propone una visione relazionale della cura, in cui la narrazione diventa strumento di significato e partecipazione (Basting, 2009). L'impiego della poesia e del teatro con persone affette da demenza è poi il cuore del lavoro di John Killick che concepisce l'arte come dialogo relazionale e mezzo per rompere l'isolamento sociale nei contesti di cura della demenza in UK (Zeilig *et al.*, 2014). Hannah Zeilig sviluppa ulteriormente le intuizioni maturate con Killick, (Zeilig *et al.*, 2019) evidenziando l'importanza dei processi di gruppo inclusivi e non direttivi nell'attività artistica per le persone con demenza presso il centro di ricerca Wellcome Hub di Londra. Mentre Nicola Hatton (2016) considera come le arti possano supportare la cura della demenza come pratica relazionale, e Georgia Grace Bowers

² Gli scopi estetici caratterizzano i laboratori di AT finalizzati alla produzione di uno spettacolo, di un artefatto, di un evento o in generale a una forma di restituzione per il pubblico.

(2023a) esplora l'applicazione dell'AT con gli adulti anziani, concentrandosi in particolare su come possa affrontare l'ageismo e la vergogna ad esso indotta. Secondo Bowers, che segue un gruppo teatrale con incontri quindici-nali per adulti di età superiore ai 65 anni nel West Sussex, AT contrasta sia l'ageismo etero-diretto sia quello auto-diretto, promuovendo la "resilienza alla vergogna".

Un primo aspetto emergente da questo quadro, è che le arti partecipative contribuiscono positivamente alla vita delle PcD in molteplici modi: aiutano la comunicazione, incoraggiano le abilità creative, promuovono nuovo apprendimento, migliorano le funzioni cognitive, favoriscono la fiducia in sé stessi, l'autostima e la partecipazione sociale (Zeilig *et al.*, 2014; van Dijk *et al.*, 2012; Bowers, 2023b). Inoltre, le arti partecipative riducono le barriere tra fornitori di servizi e PcD, permettendo la comunicazione dei mondi interiori delle PcD, fornendo nuove prospettive per il personale e i familiari e, infine, contrastando lo stigma legato alla demenza.

Un secondo aspetto consiste nel fatto che per condurre interventi teatrali partecipativi, è necessario che siano impiegati professionisti in grado di affrontare le sfide specifiche delle PcD. Gli esperti teatrali possono essere queste figure, perché la loro *expertise* si costruisce attraverso un processo articolato, situato, riflessivo e relazionale, che combina formazione artistica, esperienza diretta, collaborazione interdisciplinare e apprendimento continuo nella direzione della partecipazione delle PcD. L'efficacia della competenza artistica dei professionisti teatrali in contesti di cura è testimoniata da van Dijk e colleghi (2012) con il "metodo Veder", una metodologia innovativa che combina stimoli teatrali con elementi di reminiscenza, validazione³ e programmazione neurolinguistica. Lo studio rivela che attori professionisti ottengono risultati significativamente diversi e più positivi rispetto agli operatori socio-assistenziali formati per applicare lo stesso metodo.

Pertanto, la letteratura conferma che il sapere professionale degli esperti teatrali, così come quello di ricercatori e designer, ha una connotazione specifica capace di promuovere i processi creativi, la comunicazione delle PcD e l'*expertise* relazionale degli operatori. I lavori fin qui analizzati sono tuttavia indirizzati a concepire l'AT come pratica terapeutica più che come una metodologia di coinvolgimento delle PcD nella progettazione di nuove tecnologie. Come si vedrà nelle prossime pagine, a nostro avviso il sapere

³ La validazione è descritta in van Dijk *et al.* (2012), come un approccio assistenziale basato sull'emozione usato in psicogeriatrica per migliorare la comunicazione con le persone affette da demenza. Si concentra sulla comunicazione empatica tra *caregiver* e persona con demenza.

teatrale può fornire uno strumento utile per arricchire pratiche, metodologie e conoscenze degli attuali metodi di PPI e di co-design con PcD, proponendo modalità innovative per coinvolgere in maniera più profonda ed efficace le persone con demenza nello sviluppo delle tecnologie pensate per loro.

3. Mettere in dialogo le prospettive: come il design partecipativo dialoga con gli strumenti dell'arte partecipata e del teatro nel coinvolgere le persone con demenza

Dalla letteratura emerge chiaramente la necessità di promuovere un approccio interdisciplinare, capace di integrare competenze provenienti da ambiti diversi per accrescere la conoscenza e l'*expertise* relazionale dei professionisti coinvolti nella ricerca e nella progettazione di tecnologia. Gli ambiti su cui è auspicata una convergenza dei saperi sono il design, l'assistenza socio-sanitaria e la metodologia partecipativa.

Come visto in precedenza, i ricercatori sembrano svolgere un ruolo fondamentale nel favorire la partecipazione attiva delle PcD, promuovendo il rispetto e la valorizzazione della conoscenza di tutti, la reciprocità, il mantenimento delle relazioni e l'equilibrio delle dimensioni di potere (Kirby *et al.*, 2004). A questo scopo, diversi autori mettono in risalto il ruolo dei ricercatori nel costruire un ambiente fisico (Wang *et al.*, 2019) e relazionale (Suijkerbuijk *et al.*, 2019; Rai *et al.*, 2020) adatto alla ricerca e alle PcD. Per arricchire il corpo di queste conoscenze, Hendriks e colleghi (2018) invitano a un tipo di approccio relazionale dentro la progettazione partecipata, che tragga ispirazione dall'assistenza centrata sulla persona, la già citata *Person-Centred Care*.

Il nostro contributo intende rinforzare la linea argomentativa di Hendriks e colleghi (2018), aggiungendo ad essa un'importante specificità: l'approccio relazionale dentro la progettazione partecipata con PcD può essere sostenuto dalle prospettive partecipative delle arti e del teatro. Attraverso gli approcci teatrali ed artistici, il nostro contributo sostiene come l'*expertise* dei ricercatori in una direzione partecipativa e relazionale, possa essere integrato e accresciuto ulteriormente. Le arti partecipative sono infatti capaci di stimolare la partecipazione delle PcD oltre le limitazioni cognitive, potenziando gli aspetti sensoriali, fisici ed emozionali del loro sentire.

Alla luce di queste osservazioni è possibile tracciare due linee di sviluppo dell'integrazione tra i saperi del design e quelli partecipativi delle arti nella progettazione di tecnologia per le PcD. La prima è relativa alle tipologie delle figure professionali impegnate nella ricerca partecipativa e a come strutturare

team di ricerca che sappiano essere portatori della ricchezza dei saperi implicati in questo tipo di percorsi di ricerca. La seconda esplora più direttamente come stimolare la partecipazione delle PcD entrando nel corpo degli strumenti del Design Partecipativo e mettendolo in relazione con il bagaglio di conoscenze pratiche e teoriche delle arti partecipative, come l'AT.

3.1. Mobilitare expertise dei professionisti teatrali nella ricerca partecipata

La prima linea di sviluppo si concentra sull'*expertise* dei ricercatori e professionisti coinvolti nella ricerca. Questa linea può ulteriormente essere divisa in due traiettorie che mettono in dialogo i saperi del design e quelli partecipativi delle arti. La prima lavora sull'arricchimento delle conoscenze dei ricercatori, designer, progettisti, nella costruzione di percorsi professionali che integrino il patrimonio dei saperi teatrali e artistici nella loro formazione. Questa possibilità si dovrebbe sostanziare nella raccolta e formalizzazione del corpo di conoscenze maturate negli ambiti artistici dell'AT affinché entri a far parte dei percorsi di formazione dei ricercatori sociali e dei designer attraverso l'impiego dei professionisti teatrali come formatori. È evidente, tuttavia, come questa prospettiva di integrazione dei saperi richieda tempo e sia quindi difficilmente praticabile nel breve periodo (Morgan, Newell, 2015).

La seconda offre invece un'occasione di immediata applicazione del corpo dei saperi artistici e teatrali. Questa comporta la creazione di team multidisciplinari che coinvolgano nella ricerca esperti di AT. Un esempio viene portato da Kirby *et al.* (2024) che mettono in luce l'importanza dei facilitatori, che non sono necessariamente parte del team di ricerca, ma esperti nel lavoro con le PcD coinvolti nel percorso. I facilitatori supportano il coinvolgimento del paziente, costruiscono un gruppo coeso basato su affiatamento e fiducia, forniscono supporto e formazione sia ai partecipanti che ai ricercatori e promuovono una partecipazione inclusiva e valorizzante per tutti gli stakeholder.

Proponiamo che i professionisti teatrali diventino uno specifico tipo di facilitatori nei percorsi di ricerca partecipata. Essi attivano, infatti, la partecipazione delle PcD attraverso il lavoro sull'espressività del corpo, dei sensi e delle emozioni, creando un ambiente che favorisce il libero esprimersi. Allo stesso tempo, la loro attenzione alla dimensione sensibile sviluppa una maggiore capacità di interpretare i linguaggi e le reazioni delle PcD agli stimoli. Inoltre, i professionisti teatrali possono essere una risorsa anche in relazione

al lavoro degli operatori socio-sanitari sia per migliorare la loro comunicazione con i pazienti che per superare forme di ageismo etero-diretto. Possibilità fruttuose di relazione tra professionisti teatrali e operatori socio-sanitari sono descritte nella letteratura sull'AT (Pellegrinelli, 2025).

In definitiva, i professionisti teatrali lavorano come traduttori dei mondi creativi e percettivi delle PcD, operando un ruolo di mediazione tra PcD, ricercatori e personale socio-sanitario. Il teatro, così, non è solo uno strumento espressivo, ma un ponte epistemico tra mondi diversi, una pratica che valorizza la pluralità delle forme di comunicazione e conoscenza.

3.2. Favorire la creazione di conoscenza per coinvolgimento delle PcD con le arti partecipative

La seconda direzione di sviluppo consiste nel mettere in connessione gli strumenti del design partecipativo con i saperi teorici e pratici delle arti partecipative, come l'AT nei termini di conoscenza.

Come abbiamo visto, Hendriks e colleghi (2018) suggeriscono di valorizzare la relazione tra designer e PcD come fonte di informazioni per le loro scelte progettuali. Da una lettura approfondita degli strumenti forniti da questo approccio, è possibile sostenere che alcuni degli strumenti della progettazione *Person-Centred Care*, vengano dal mondo dei saperi teatrali o perlomeno appartengano anche al corpo delle tecniche utilizzate nel teatro e nell'AT. Lo *storytelling* ha origine nel sapere teatrale, poiché deriva dalla tradizione orale della narrazione, da sempre elemento fondante del teatro. Attraverso il corpo, la voce e l'azione, il teatro dà vita alle storie, suscitando significato, emozioni e relazioni. Il *role-playing* proviene dal mondo del teatro perché si basa sull'assunzione di ruoli, da sempre pratica centrale nel teatro. Questa tecnica sfrutta le dinamiche performative per favorire comprensione, empatia e apprendimento. Da qui derivano gli aspetti di continuità tra un approccio *Person-Centred Care* che valorizza *expertise* relazionale dei ricercatori e tecniche legate al teatro come forma d'arte che sviluppa la relazione.

Pertanto, è possibile pensare che il corpo di conoscenze e tecniche dell'AT, possa costituire un archivio di strumenti utili per la progettazione partecipata di tecnologia: non solo lo *storytelling* o il *role-playing*, ma anche tecniche di espressione fisica, emotiva e di immaginazione guidata, improvvisazione, stimolazione di ricordi attraverso suoni e storie, costruzione di scenari, uso di oggetti per stimolare memorie del passato. Le pratiche teatrali stimolano la comunicazione non verbale e la memoria affettiva e sensoriale,

rafforzando presenza, relazione e appartenenza. Creano inoltre un contesto ludico e sicuro, che restituisce dignità e piacere nell'interazione.

In sintesi, queste tecniche possono essere concepite come un bagaglio che consente di superare alcune delle sfide ancora aperte nella progettazione partecipata da PcD di tecnologia a supporto della demenza. Esse, infatti, possono arricchire le conoscenze sui metodi di ricerca e sui materiali specifici necessari per coinvolgere attivamente le PcD nell'intero processo di sviluppo di tecnologie di supporto. Inoltre, favorendo l'espressione delle PcD, possono essere utili per esplorare l'impatto del coinvolgimento delle PcD sul loro benessere, nonché per ampliare il loro coinvolgimento oltre la sola fase valutativa (es. coinvolgendole nel test di prototipi). Infine, l'aspetto più rilevante è il superamento delle barriere cognitive e comunicative delle PcD e la capacità di garantire un ambiente protetto, generativo, partecipativo, e benefico per le PcD. Queste azioni contrastano sia l'ageismo auto-diretto, aumentando l'autostima delle PcD, sia quello etero-diretto, dando spazio e importanza sociale alle visioni delle PcD.

Conclusioni

Nell'assistenza alle PcD è centrale costruire relazioni significative e promuovere la partecipazione, contrastando ageismo e pratiche discriminatorie. Lo stesso vale nella progettazione partecipata di tecnologie, dove il coinvolgimento diretto delle PcD aiuta a superare stereotipi di fragilità e dipendenza. Tuttavia, sebbene l'approccio partecipativo nella ricerca costituisca un'importante opportunità in questo senso, le compromissioni cognitive delle PcD possono ostacolare la partecipazione significativa alle metodologie convenzionali e le conoscenze sui metodi per coinvolgerle nell'intero processo di sviluppo tecnologico sono ancora limitate.

Per superare tali difficoltà, è necessario approfondire la natura della relazione tra ricercatori, progettisti, operatori socio-sanitari e PcD, adottando un approccio focalizzato sulle potenzialità relazionali delle PcD. Sosteniamo qui che l'approccio relazionale possa essere arricchito adottando metodologie legate alle arti partecipate. Le arti partecipative promuovono infatti l'espressione, la comunicazione e l'engagement delle PcD. Per esempio, l'AT facilita l'espressione delle PcD attraverso canali non verbali e creativi, permettendo loro di contribuire attivamente al design. Al tempo stesso, crea un contesto sicuro che favorisce l'esplorazione di bisogni e desideri e sviluppa competenze relazionali nei designer e ricercatori.

Il nostro contributo evidenzia due possibili strade, potenzialmente complementari e non mutualmente esclusive, per delineare la relazione tra progettazione partecipata di tecnologia a supporto della demenza e arti partecipative. La prima riguarda i profili professionali coinvolti nella ricerca partecipativa e le modalità con cui strutturare team capaci di valorizzare la pluralità di competenze richieste da questi percorsi. La seconda si concentra più direttamente sulla creazione di un tipo di conoscenza professionale che attingendo agli strumenti propri del Design Partecipativo li metta in relazione con le pratiche e le teorie delle arti partecipative, come ad esempio l'AT.

La relazione tra progettazione partecipata e arti partecipative ha l'obiettivo di arricchire i metodi per coinvolgere attivamente le PcD in tutto il processo di sviluppo tecnologico, superando barriere comunicative, creando un ambiente piacevole che favorisca il benessere delle PcD e contrastando attivamente atteggiamenti e pratiche discriminatorie basate sull'età.

Bibliografia

- Basting A.D. (2009). *Forget memory: Creating better lives for people with dementia*. Baltimora: JHU Press.
- Bowers G.G. (2023a). *Applied Theatre in Later Life: Participation, Facilitation and Shame Resilience*. Doctoral dissertation: University of Portsmouth.
- Bowers G.G. (2023b). Invading Capitalist Ageism in Applied Theatre through Anti-Ageism Praxis. *Performance Research*, 28(3): 83-89. DOI: 10.1080/13528165.2023.2272511
- Cook A.M., Polgar J.M., Encarnação P. (2019). *Assistive technologies: Principles & practice*. Elsevier. ISBN (Electronic): 9780323523387
- Fischer B., Peine A., Östlund B. (2020). The importance of user involvement: a systematic review of involving older users in technology design. *The Gerontologist*, 60(7): e513-e523. DOI: 10.1093/geront/gnz163
- Hatton N. (2016). *A cultural response to dementia: participatory arts in care homes and relationship-centred care*. Royal Holloway: University of London.
- Hendriks N., Huybrechts L., Slegers K., Wilkinson A. (2018). Valuing implicit decision-making in participatory design: A relational approach in design with people with dementia. *Design Studies*, 59: 58-76. DOI: 10.1016/j.destud.2018.06.001
- Kirby P., Lai H., Horrocks S., Harrison M. *et al.* (2024). Patient and public involvement in technology-related dementia research: scoping review. *JMIR aging*, 7(1): e48292. DOI: 10.2196/48292
- Kydd A., Fleming A. (2015). Ageism and age discrimination in health care: Fact or fiction? A narrative review of the literature. *Maturitas*, 81(4): 432-438. DOI: 10.1016/j.maturitas.2015.05.002

- Marques S., Mariano J., Mendonça J., *et al.* (2020). Determinants of ageism against older adults: A systematic review. *International journal of environmental research and public health*, 17(7): 2560.
- Morgan M., Newell A. (2015). The use of interactive theatre in digital technology research and awareness raising. In: Vettraino E., Linds W., editors, *Playing in a House of Mirrors: Applied Theatre as Reflective Practice* (pp. 53-69). Rotterdam: SensePublishers.
- Pellegrinelli C. (2025). *Performing Ensemble: Practices, Theatre, and Social Change* (Vol. 15). Brill.
- Rai H.K., Cavalcanti Barroso A., Yates L., Schneider J., Orrell M. (2020). Involvement of people with dementia in the development of technology-based interventions: narrative synthesis review and best practice guidelines. *Journal of medical Internet research*, 22(12): e17531. DOI:10.2196/17531
- Sanders E.B.N., Stappers P.J. (2008). Co-creation and the new landscapes of design. *Co-design*, 4(1): 5-18. DOI: 10.1080/15710880701875068
- Span M., Hettinga M., Groen-van de Ven L. *et al.* (2018). Involving people with dementia in developing an interactive web tool for shared decision-making: experiences with a participatory design approach. *Disability and rehabilitation*, 40(12): 1410-1420. DOI: 10.1080/09638288.2017.1298162
- Span M., Hettinga M., Vernooij-Dassen M., Eefsting J., Smits C. (2013). Involving people with dementia in the development of supportive IT applications: a systematic review. *Ageing research reviews*, 12(2): 535-551. DOI: 10.1016/j.arr.2013.01.002
- Suijkerbuijk S., Nap H.H., Cornelisse L., IJsselstein W.A., De Kort Y.A., Minkman, M.M. (2019). Active involvement of people with dementia: a systematic review of studies developing supportive technologies. *Journal of Alzheimer's Disease*, 69(4): 1041-1065. DOI: 10.3233/JAD-190050
- Taylor P. (2003). The Applied Theatre. Testo disponibile al sito: <http://theatre.asu.edu/symposium/Taylor.doc>.
- van Dijk A.M., van Weert J.C., Dröes R.-M. (2012). Does theatre improve the quality of life of people with dementia? *International psychogeriatrics*, 24(3): 367-381. DOI: 10.1017/S1041610211001992
- Wang G., Marradi C., Albayrak A., van der Cammen T.J. (2019). Co-designing with people with dementia: A scoping review of involving people with dementia in design research. *Maturitas*, 127: 55-63. DOI: 10.1016/j.maturitas.2019.06.003
- Zeilig H., Killick J., Fox C. (2014). The participative arts for people living with a dementia: a critical review. *International Journal of Ageing and Later Life*, 9(1): 7-34. DOI: 10.3384/ijal.1652-8670.14238
- Zeilig H., Tischler V., van der Byl Williams M., West J., Strohmaier S. (2019). Co-creativity, well-being and agency: A case study analysis of a co-creative arts group for people with dementia. *Journal of aging studies*, 49: 16-24. DOI: 10.1016/j.jaging.2019.03.002

Invecchiare soli: combattere l'isolamento tramite il diritto alla città

Giulia Ganugi*, Camilla Magliacane*, Riccardo Prandini*

The ageing population and the loneliness spread among the elderly pose sustainability challenges to governments and local welfare. The paper explores the link between living alone, loneliness, social isolation and the right to the city, focusing on autonomous elderly people. The research is conducted in two neighborhoods of Bologna, combining semi-structured interviews and Social Network Analysis. The results highlight the meanings of living alone and the obstacles to the right to the city that reshape the urban geography of the elderly. Eventually, the article reflects on the promotion of a preventive and capacitating welfare approach that enhances the condition of autonomy, mobility and sociability of the elderly and, at the same time, builds formal and informal support networks to be activated in the future.

Keywords: loneliness; isolation; ageing; vulnerability; right to the city; welfare.

Parole chiave: solitudine; isolamento; invecchiamento; vulnerabilità; diritto alla città; welfare.

Introduzione

L'Italia è un paese sempre più vecchio: l'indice di vecchiaia è salito da 143,4 nel 2009 a 168,9 nel 2019 (Carrera, 2020). La vecchiaia può rappresentare una fase di pienezza, realizzazione, progettualità e rinnovata ricerca di senso, ma può anche significare frammentazione del contesto abituale di vita, perdita di sé, solitudine e isolamento, fino ad arrivare a marginalità ed esclusione sociale. Nel 2019, il Rapporto ISTAT sottolineava l'impatto dell'invecchiamento demografico sul livello di spesa per il welfare e la necessità di interrogarsi sulla capacità dell'Italia di garantire un'assistenza dignitosa ai 19 milioni di ultra65enni che si stimano tra vent'anni (ISTAT, 2019). Il Rapporto ISTAT più recente (2025) richiama nuovamente questa sfida, sottolineando anche la disuguaglianza territoriale e l'aumento del numero assoluto di anziani con multi-morbilità a rendere più complessa la

* Dipartimento di Scienze Politiche e Sociali, Università di Bologna. giulia.ganugi2@unibo.it

scena. Inoltre, gli anziani che vivono soli stanno diventando una nuova emergenza sociale: gli over 74enni sono 2,5 milioni (4% della popolazione) e si stima che diventeranno 3,6 milioni nel 2045 (6% della popolazione) (Ranci *et al.*, 2020).

Due fattori che influiscono su questo fenomeno sono l'aumento di coppie senza figli (Albertini, Mencarini, 2014) e l'indebolimento delle reti di sostegno alla parentela come conseguenza di nuove tendenze demografiche e della riorganizzazione delle famiglie (Ranci, 2010; De Luca, Barone, 2021). Quando la persona anziana vive sola, il rischio è che il sistema dei servizi venga a conoscenza di un'eventuale situazione di disagio e/o malattia ormai in fase acuta ed emergenziale, senza più possibilità di riportare la persona in una condizione di autonomia e benessere. Diventa, quindi, urgente interrogarsi su quali strategie introdurre per garantire la tenuta degli equilibri di welfare e quali innovazioni sviluppare in termini di governance e offerta dei servizi per prevenire il collasso del sistema di cura e assistenza.

Il contributo si concentra sulla fascia di anziani che vivono soli e che sono a rischio di isolamento e solitudine, nonostante una condizione fisica ancora autonoma e relativamente buona. La prossima sezione approfondisce le definizioni principali di solitudine e isolamento nella popolazione anziana, soffermandosi sulla loro connessione con i concetti di fragilità e vulnerabilità. Inoltre, il quadro concettuale collega la ricerca di benessere e autonomia con il diritto alla città, per il quale le istituzioni locali e i sistemi di welfare giocano un ruolo fondamentale.

La ricerca è guidata da due principali interrogativi: 1) in che modo il vivere soli influisce sulla percezione di solitudine e sull'isolamento delle persone anziane? 2) In che termini le condizioni di vulnerabilità date dal contesto territoriale influiscono sulla solitudine delle persone anziane e sulla loro possibilità di accedere al diritto alla città? Vengono poi presentati e discussi i risultati in merito alla varietà di significati che assume il vivere soli e agli ostacoli, attualmente esistenti, alla diffusione e universalità del diritto alla città.

1. Solitudine e isolamento nell'invecchiamento: tra fragilità individuale e diritto alla città

La solitudine è un sentimento soggettivo di sofferenza e abbandono, legato alla mancanza o perdita di relazioni sociali; equivale al sentirsi soli, seppure in presenza di altri. L'isolamento sociale, invece, è una condizione oggettiva che consiste nell'avere pochi o nulli contatti con altre persone, cioè

essere soli. Una terza condizione è il vivere soli, che può correlarsi sia con il sentirsi soli (solitudine) sia con l'essere soli (isolamento), anche se non implica necessariamente sperimentare anche solitudine e isolamento (Klinenberg, 2016; Taylor *et al.*, 2023). Infatti, quando vivere soli equivale al soddisfacimento della propria autonomia e indipendenza, questa scelta non sfocia nella solitudine. Quando invece il vivere soli è una costrizione dovuta a povertà economica, sanitaria o relazionale, l'isolamento diventa un peso e si trasforma in solitudine.

Solitudine e isolamento sociale non sono limitate alla fase di vita anziana, ma tendono ad acuirsi in età avanzata per vari fattori, tra cui il pensionamento (Cavalli *et al.*, 2021), il declino della salute, il ritiro nella propria abitazione (Mechanic, Tanner, 2007) e la probabilità di perdere il proprio partner, amici e coetanei (Klinenberg, 2016; Cavalli *et al.*, 2021; Taylor *et al.*, 2023).

Riflettere su solitudine e isolamento come possibili esiti dell'invecchiamento significa considerare sia la quantità delle relazioni sociali, sia la loro qualità. Quest'ultima riguarda la forza del legame (Granovetter, 1973) e il contenuto della relazione, che può essere di tipo espressivo – ossia volto a fornire sostegno emotivo – oppure strumentale, cioè orientato a offrire un aiuto pratico o materiale (Parsons, Bales, 1974). Non è sufficiente stabilire la mancanza di rapporti, ma è necessario approfondire la motivazione alla base di tale assenza: oltre ai fattori menzionati prima (pensionamento, morte del partner, lontananza di figli e nipoti, ecc.), risultano rilevanti anche l'accessibilità dei luoghi e le attività offerte sul territorio. In sostanza, il rischio di isolamento e conseguente solitudine non dipende solo dalle caratteristiche individuali della persona anziana, ma anche da dove e come vive: alcuni ambienti favoriscono l'isolamento, mentre altri promuovono supporto comunitario (Klinenberg, 2016; Taylor *et al.*, 2023).

È in questo passaggio che risiede il collegamento con i concetti di fragilità e vulnerabilità. La fragilità – inizialmente definita in termini biomedici – ha acquisito negli ultimi due decenni un'accezione psicosociale (Gobbens *et al.*, 2010; Church *et al.*, 2020; Jacobs *et al.*, 2021): essere fragili significa essere maggiormente a rischio di una perdita funzionale e/o di autonomia. Anche in assenza di patologie gravi, gli anziani sono considerati fragili, perché la loro condizione di autonomia e salute è precaria e può cambiare rapidamente (Rockwood *et al.*, 2007; Yousef *et al.*, 2022; Johnson *et al.*, 2024).

La vulnerabilità identifica, invece, una situazione che espone una persona (o una famiglia) a subire conseguenze negative o dannose se si presenta una situazione problematica: è sostanzialmente un alto grado di esposizione a gravi danni (Ranci, 2010; De Luca, Barone, 2021). Può avere un lato “esterno”, caratterizzato dai rischi e dallo stress a cui è soggetto un individuo

o una famiglia, e da un lato “interno” che corrisponde alla mancanza dei mezzi per fare fronte alle difficoltà (Chambers, 1989; Taylor, Bergeron, 2022). È un insieme di condizioni di svantaggio sociale (Costa, 2020) che può derivare da incapacità personali, status sociale svantaggiato, mancanza di impiego, insufficienza di servizi medici, sociali ed educativi, bassa qualità di strutture di supporto e comunicazione, inadeguatezza delle reti e dei supporti interpersonali, della comunità di vicinato e degli spazi pubblici (Mechanic, Tanner, 2007). In altre parole, la vulnerabilità è l’incapacità del sistema di assorbire incertezza e di dare risposta agli eventi critici (Niero, Bertin, 2012).

Appare, quindi, sempre più rilevante, soprattutto nel caso di anziani nella fascia 65-74 anni, ragionare non solo sui servizi sanitari e previdenziali, ma anche su socialità, tempo libero e partecipazione, che diventano sempre più oggetto di richieste da parte degli anziani stessi (Amendola, 2017). Ragionare in questi termini, per istituzioni e organizzazioni che si occupano di sviluppare servizi per l’età anziana, significa riconoscere una domanda sociale, politica ed economica complessa (Carrera, 2020), che rientra nella più estesa esigibilità del diritto alla città.

Il diritto alla città è multidimensionale e si basa sull’idea che la città sia un’opera prodotta dalle azioni quotidiane dei suoi abitanti; include il diritto di abitare la città, partecipare alla sua produzione e vivere una vita urbana non alienata dalle logiche del valore di scambio (Lefebvre, 1967). Nel corso degli anni, è stato interpretato in modi diversi, fino a comprendere un diritto collettivo e socio-economico (diritto alla casa o ai trasporti), un diritto di libertà contro l’interferenza statale (diritto alla protesta) e un diritto ai beni comuni urbani (l’estetica o la comunità) (Attouh, 2011).

Nel caso delle persone anziane, il diritto alla città è definito come un diritto a vivere in contesti urbani, in cui le istituzioni e i servizi garantiscano accesso equo e autonomia nell’uso e occupazione dello spazio (Vargas, Martins, 2019), superando la marginalizzazione e l’esclusione che spesso derivano dalla vulnerabilità (Dorato, Bernardini, 2021). In questo senso, il diritto alla città si compone di due dimensioni principali:

- a) il diritto di appropriarsi dello spazio urbano, ovvero accedervi, occuparlo e utilizzarlo e fruire della partecipazione sociale; è formato da fattori psicologici, sociali e spaziali, come la sicurezza, la mobilità, l’accessibilità e la fiducia verso i servizi del territorio e la comunità locale.
- b) Il diritto di partecipare al processo decisionale, che implica il coinvolgimento attivo nella trasformazione e progettazione degli spazi e delle politiche della città (Menezes *et al.*, 2023).

Per gli anziani, dunque, godere del diritto alla città equivale ad avere una vita indipendente e autonoma, che lasci loro anche la libertà di scelta sul luogo e le modalità di vita, contrastando il confinamento e la segregazione (Bernardini, 2025).

In questa prospettiva, i governi locali (comunali e regionali) dovrebbero essere interlocutori centrali nell'elaborazione di risposte efficaci a bisogni riconducibili al benessere in senso ampio e non solo sanitario (Carrera, 2020), da affrontare con una logica di welfare integrata, preventiva e comunitaria piuttosto che emergenziale e individualista. Dal 2000, queste esigenze sono state promosse da un programma di lavoro internazionale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per la costruzione di una rete di città *age-friendly* (Sánchez-González *et al.*, 2020; Wang *et al.*, 2021), affrontando temi come partecipazione, rispetto e inclusione sociale, comunicazione e informazione, supporto da parte della comunità, servizi sanitari e accesso ai trasporti e agli spazi pubblici (WHO, 2007; Steels, 2015). Questi processi si innestano anche su un'altra serie di programmi che vanno a costituire una configurazione transnazionale di policy, che include il welfare di prossimità (Messia, Venturelli, 2015), la città dei 15 minuti (Moreno, 2024), la *community care* (Thompson, Thompson, 2005) e tutte le metodologie di co-creazione di innovazione sociale (Moulaert *et al.*, 2018).

Basandosi su questo quadro concettuale, l'obiettivo della ricerca è riflettere su come il vivere soli, da un lato, e i fattori di vulnerabilità dati dal contesto di residenza, dall'altro, influenzino la percezione di solitudine delle persone anziane, ancora autonome fisicamente e in buono stato di salute.

2. Una metodologia composita per indagare abitudini, reti e contesto territoriale

Le domande di ricerca che hanno guidato la raccolta dei dati vertono su come il vivere soli di persone anziane over 65 e i fattori di vulnerabilità dati dal contesto territoriale influiscano sulla percezione di solitudine, sul loro grado di isolamento e sulla possibilità di fruire del diritto alla città. La ricerca ha raccolto le percezioni soggettive degli anziani sul proprio vissuto di solitudine e isolamento, ricostruito le reti sociali delle persone anziane per riflettere sulla forza dei loro legami e sul tipo di relazioni che animano la loro quotidianità e osservato l'interesse e la predisposizione delle istituzioni locali e organizzazioni di Terzo Settore ad affrontare il tema della solitudine degli anziani in un'ottica di prossimità e prevenzione.

La raccolta dei dati si è concentrata in due quartieri di Bologna: a Porto-Saragozza (PS) da novembre 2022 a luglio 2023 e a Borgo Panigale Reno (BPR) da novembre 2024 a giugno 2025. La scelta di questi due quartieri deriva dalla collaborazione del gruppo di ricerca (composto dagli autori) con la Scuola Achille Ardigò e il Dipartimento Welfare del Comune di Bologna. Nella cornice dei progetti finanziati dalla Scuola, i Quartieri indicano le proprie tematiche e criticità prioritarie, in base a progettualità attive o pianificate e ai bisogni della popolazione residente. PS e BPR hanno espresso l'interesse a raccogliere i bisogni degli anziani soli e sviluppare strategie per la costruzione di reti di supporto, composte da servizi e da relazioni informali, che possano prevenire eventuali situazioni di crisi acuta, ma anche trasformarsi – al bisogno – in un sistema di presa in carico della persona.

Il gruppo di ricerca ha partecipato alle riunioni di coordinamento indette dai due Quartieri, ai tavoli di lavoro rivolti al Terzo Settore e agli eventi aperti alla cittadinanza sulle tematiche degli anziani soli e dell'invecchiamento attivo. Contemporaneamente, i territori dei due quartieri sono stati mappati per individuare punti di riferimento utilizzati dagli anziani, come parrocchie, supermercati, farmacie, sedi di strutture pubbliche (biblioteche e Case di Quartiere) e organizzazioni di Terzo Settore. La mappatura è avvenuta tramite *desk research*, permanenza sul territorio e conversazioni informali sia con persone anziane fruitrici di questi luoghi sia con il personale addetto.

Il coinvolgimento di persone anziane che vivono sole nei due quartieri è avvenuto tramite interviste semi-strutturate, articolate in tre aree tematiche: identità e abitudini di vita in quartiere; percezione di solitudine e isolamento; partecipazione alle attività offerte dal territorio. Il campionamento a palla di neve è stato avviato tramite la conoscenza del territorio e della comunità locale dei dipendenti degli Uffici Reti dei due quartieri, che hanno svolto il ruolo di *gatekeeper*. In tutto, sono state intervistate 37 persone, 26 a PS e 11 a BPR. Durante le interviste, sono state poste tre domande di Social Network Analysis, utili a ricostruire le reti sociali delle persone anziane. In particolare, riguardavano le loro interazioni con 1) persone con cui chiacchierare se incontrate casualmente per strada, 2) persone con cui organizzarsi per svolgere attività insieme e 3) persone a cui chiedere aiuto in caso di bisogno. L'obiettivo era comprendere la prossimità territoriale delle relazioni su cui queste persone possono contare, la tipologia di legame (familiare, amicale o di conoscenza superficiale) e la funzione svolta da ciascuna relazione (espressiva o strumentale).

Le interviste, audio-registrate e trascritte, sono state analizzate tramite due livelli di analisi. Il primo è stato eseguito singolarmente dalle due ricercatrici che rispettivamente hanno condotto le interviste a PS e BPR:

seguendo un approccio induttivo, entrambe hanno preparato un primo documento riassuntivo delle tematiche emerse dalle interviste, che è stato poi condiviso per passare al secondo livello di analisi. Questo si è sviluppato attraverso un approccio deduttivo, volto a mettere in relazione i fenomeni di solitudine e isolamento con i fattori di vulnerabilità individuale, con la disponibilità e l'accessibilità dei servizi di welfare nel territorio di residenza e con il concetto di diritto alla città.

2.1. Considerazioni sulle potenzialità e i limiti della metodologia

Sebbene siano state adottate le stesse tecniche di ricerca per permettere una comparazione tra i due quartieri, il processo di ricerca ha avuto sviluppi differenti per il diverso atteggiamento degli Uffici Reti e delle Presidenze di Quartiere. In PS il tema degli anziani soli era già stato affrontato e i dati della ricerca erano visti come base per un nuovo percorso di eventi e di programmazione con cittadinanza e Terzo Settore. Ciò ha favorito una collaborazione quotidiana con il gruppo di ricerca, nel trovare persone da intervistare, fornire contatti di organizzazioni di Terzo Settore e confrontarsi su possibili interventi e progetti da co-programmare.

Nel quartiere di BPR, pur in presenza di interesse iniziale al tema, è mancata una programmazione di eventi e attività dedicati, riunioni di coordinamento e confronto con il gruppo di ricerca, che ha avuto più difficoltà a trovare persone da intervistare e organizzazioni di Terzo Settore, tramite cui conoscere il territorio e la comunità¹.

Per quanto riguarda l'analisi di rete, la difficoltà principale per gli anziani intervistati è stata ricordare le persone con cui interagiscono. Tuttavia, pur nella consapevolezza che la verbalizzazione delle relazioni sociali non restituisce un'immagine del tutto fedele delle interazioni reali, la letteratura ha mostrato che le persone tendono a ricordare con relativa precisione sia i rapporti di lunga data sia le forme ricorrenti di interazione. Questo vale tanto per i legami di tipo strumentale quanto per quelli di natura espressiva (Fischer, 1982; Freeman *et al.*, 1987; Lin, 2001; McPherson, Brashears, 2006). Quindi, nonostante queste difficoltà nello svolgimento della ricerca, l'uso combinato di queste diverse tecniche di ricerca ha messo in luce dinamiche relazionali, comunitarie e territoriali, che altrimenti non sarebbero emerse.

¹ Ne è prova il fatto che, nello stesso arco di tempo, a BPR sono state trovate solo 11 persone da intervistare, contro le 26 a PS.

3. Risultati della ricerca

Di seguito vengono riportati i risultati della ricerca, richiamando laddove esistenti le poche differenze emerse tra i due quartieri.

3.1. Solitudine percepita e isolamento sociale

La solitudine è un'esperienza comune tra molti anziani di entrambi i quartieri, spesso legata alla perdita del coniuge o al restringimento delle reti sociali amicali. Tuttavia, la percezione e la gestione di questa condizione variano tra le due aree. A PS, la solitudine si vive soprattutto tra le mura domestiche. La scarsa interazione con i vicini e un diffuso senso di sfiducia verso il contesto condominiale alimentano un sentimento di esclusione e isolamento, dove i legami risultano deboli e discontinui: «Sono in un condominio asettico. Tutti gentili, “Buongiorno, buonasera”, ma finisce lì!» (OG, 81, F²).

Anche la presenza di servizi e attività, percepita come distante dai bisogni reali o stigmatizzante, non riesce a contrastare efficacemente questo vissuto. Su 26 persone intervistate, 17 dichiarano di sentirsi sole. Il senso di solitudine emerge soprattutto nei momenti in cui mancano scopi o obiettivi, che aiuterebbero a mantenere relazioni significative: «[Mi sento sola] quando non ho scopi, obiettivi che mi mettono in relazione con gli altri» (MS, 65, F).

La solitudine si accentua con l'età e il timore di dipendere dagli altri, specie dopo la perdita del partner, che lascia un vuoto profondo e relazioni trascurate. Più della compagnia, manca la dimensione affettiva e la condivisione quotidiana: «La sento di più ultimamente [la solitudine], perché sento la vecchiaia» (OC, 72, F).

A BPR, il radicamento territoriale aiuta a mantenere legami con il quartiere e la comunità. Le relazioni di vicinato, spesso consolidate, sono una risorsa, anche se non sempre attivabile. La solitudine si manifesta in forme più latenti, ma comunque significative. In alcuni casi, come a PS, la perdita del coniuge rende la casa simbolo di tristezza e assenza e la solitudine si acuisce nei momenti di inattività: «[Mi sento sola] quando sono in casa» (MM, 82, F).

² Iniziali identificative della persona intervistata, seguite dalla sua età e dal suo genere.

3.2. *Vulnerabilità e diritto alla città*

La vulnerabilità territoriale amplifica l'isolamento sociale, in particolare per le difficoltà di accesso ai servizi sanitari e sociali, distribuiti disomogeneamente in entrambi i quartieri. Sebbene, quindi, esistano opportunità culturali, ricreative e sociali, queste risultano spesso difficili da raggiungere o fisicamente inaccessibili. Dalle interviste, infatti, emergono i seguenti ostacoli a condizionare la piena fruizione del diritto alla città da parte delle persone intervistate:

- il degrado urbano, in particolare strade dissestate e scarsa illuminazione, la microcriminalità e il cambiamento degli spazi verso una funzione di consumo ne hanno incrinato la fruizione volta alla socializzazione delle persone anziane;
- gli spazi pubblici dedicati alla socializzazione, come biblioteche, Case di Quartiere, orti urbani e centri sociali non sono distribuiti omogeneamente nel quartiere; inoltre, in alcuni casi, sono utilizzati da gruppi di popolazione non residente, che ne precludono la fruizione agli anziani residenti. Questi due fattori, sommati alla consapevolezza delle persone anziane della propria fragilità, aumentano la percezione di insicurezza vissuta nello spazio urbano, portando gli anziani a limitare gli spostamenti e attribuendo un valore crescente alle zone circostanti l'abitazione: «La vecchiaia costringe a ridimensionarti» (AP, 75, F).
- Le case e i condomini, il più delle volte, non sono sufficientemente accessibili e non hanno spazi comuni o possibilità di interazione, né espressiva né strumentale;
- la scarsa o inefficace comunicazione dell'offerta territoriale, accompagnata dalle barriere digitali³, preclude la diffusione di attività ed eventi destinati agli anziani e, di conseguenza, il loro coinvolgimento e partecipazione: «Manca la conoscenza: questo giornalino non è sufficiente per fare conoscere i servizi che ci sono nel quartiere» (MV, 83, F); «C'è bisogno di più pubblicità. Le informazioni non arrivano a nuove persone» (OC, 72, F).

³ La maggior parte degli anziani intervistati adotta un approccio selettivo e pragmatico al digitale, utilizzandolo per mantenere i contatti con parenti lontani (messaggi e videochiamate) e per attività ricreative (giochi e serie televisive). Strumenti più complessi e procedure online, come l'uso dello SPID o la prenotazione di visite mediche, continuano a rappresentare un ostacolo. Le difficoltà riscontrate sono di tipo tecnico, ma si intrecciano con limitazioni fisiche (ad esempio visive) e con una diffidenza culturale verso il digitale per cui gli anziani non vogliono essere schiavi del telefono e, allo stesso tempo, sono convinti a priori di non riuscirci.

- Per ultimo, le attività sociali e culturali, organizzate da Enti del Terzo Settore, risultano spesso discontinue e frammentate nel tempo, a causa di carenze di fondi o ritardi nella loro gestione amministrativa, sfociando nel rischio di ritiro sociale degli anziani che le frequentano.

In merito a questo ultimo punto, gli anziani intervistati esprimono la richiesta di avere più luoghi di incontro, ma anche di poter partecipare ad attività culturali insieme ad altre persone, sottolineando il desiderio di avere spazi condivisi che ospitino occasioni di incontro prolungato e che possano progressivamente caricarsi di senso per coloro che li abitano e ne fanno esperienza: «Andiamo a vedere un bel museo, facciamo una mangiatina e poi torniamo a casa» (MV, 83, F).

Secondo alcuni anziani intervistati e operatori del Terzo Settore, questa dimensione favorirebbe lo sviluppo di un vissuto identitario condiviso, dal momento che all'interno della casa manca proprio la condivisione quotidiana e fidata con una o più persone care. Inoltre, permetterebbe anche di organizzare attività tramite le quali valorizzare le competenze degli anziani, coinvolgendoli in attività utili alla comunità. Avere uno scopo, infatti, rafforza la motivazione, il senso di appartenenza e contribuisce a contrastare la solitudine.

3.3. Le reti delle persone intervistate

La ricostruzione delle reti sociali delle persone intervistate evidenzia una composizione mista, fatta di affetti consolidati, prossimità territoriale e interazioni amicali⁴. Parallelamente a questa varietà, però, è anche evidente la loro ampiezza ridotta. Le reti più grandi hanno sette nodi e sono state indicate da due signore (a PS e BPR), riferendosi alle persone con cui si sentono regolarmente per organizzare attività insieme. Tutte le altre reti vanno da 0 a 5 nodi.

In media, gli intervistati hanno 2,4 legami con persone con cui si fermano a chiacchierare se le incontrano per strada (funzione espressiva). Tra queste, la maggior parte sono vicini di casa e sono stati descritti come rapporti superficiali. Le restanti persone menzionate sono parenti residenti nel quartiere oppure vicini di casa, ma diventati nel tempo amici stretti. In generale, le relazioni più strette intercorrono con le persone con cui si organizzano per

⁴ Considerate le domande di ricerca a cui si vuole rispondere, viene utilizzata solo una parte dei dati di rete raccolti. Non vengono fornite rappresentazioni grafiche e misure di coesione delle reti, perché seppure interessanti, devierebbero dall'obiettivo di questo articolo.

vedersi e fare attività (funzione espressiva e strumentale). La media dei legami indicati è 2,3. Le reti di supporto strumentale, con persone a cui chiedere aiuto in caso di bisogno, si attestano di nuovo su 2,4 legami. La differenza con gli altri due elenchi di persone è la difficoltà maggiore a rispondere a questa domanda. Il motivo è che alcune persone intervistate non saprebbero effettivamente a chi chiedere, mentre altre rifiutano o allontanano dalla mente l'idea di essere obbligate a chiedere aiuto.

Il 66% delle persone indicate risiede nello stesso quartiere degli intervistati, a sottolineare l'importanza della prossimità fisica nel mantenimento dei legami da parte delle persone anziane. Il restante 34% vive altrove: in prevalenza figli e nipoti trasferiti in altri contesti territoriali.

4. Interpretazione e discussione dei risultati

Alla luce dei dati presentati, è possibile delineare una risposta alle due domande di ricerca. La prima indaga l'influenza del vivere soli sulla percezione di solitudine e isolamento tra le persone anziane over 65. Il vivere soli rappresenta una condizione che può accrescere il rischio di solitudine e isolamento, ma non ne è causa automatica. Vivere soli assume significati diversi a seconda delle circostanze personali, delle reti sociali disponibili e del contesto territoriale. In alcuni casi, vivere soli è associato ad autonomia e indipendenza; in altri, è il risultato di eventi critici, come la perdita del coniuge, l'allontanamento dei figli o la ridotta mobilità, che riducono le relazioni significative e aumentano il senso di vuoto e tristezza. In queste situazioni, la solitudine percepita diventa più acuta, proprio a causa della mancanza di scopi quotidiani e occasioni di socialità e condivisione. La casa, quindi, può smettere di essere un luogo di protezione e rifugio, e trasformarsi in uno spazio di assenza e prigionia, dove imparare a vivere soli in uno spazio prima condiviso con altri membri della famiglia. Con l'età e la ridotta mobilità, cresce il tempo trascorso in casa, ma non sempre la qualità di questo tempo. In assenza di condivisione quotidiana, la casa può diventare uno spazio di isolamento, rafforzando la solitudine e riducendo la motivazione a uscire e partecipare.

Nonostante siano ristrette, le reti sociali degli anziani rappresentano una protezione importante contro la solitudine. Tutti gli intervistati hanno almeno una persona significativa, con cui hanno un legame forte e stretto (Granovetter, 1973) e a cui si rivolgerebbero in caso di bisogno o per organizzare attività regolarmente. Anche la rilevazione ISTAT (2025) conferma che in Italia, il 94,2% degli anziani dichiara di avere almeno una persona – parente, amico

o vicino – su cui fare affidamento. Dall’analisi di rete emerge, inoltre, che la qualità e la funzione delle relazioni contano più della loro quantità: i legami con funzione espressiva (Parsons, Bales, 1974), infatti, sembrano più rilevanti perché più facilmente ricordati rispetto ai legami puramente strumentali. Questa rilevazione va ad accodarsi ad altre analisi di rete, che avevano già mostrato come i legami forti e socio-emotivi sono più accessibili alla memoria e tendono a essere indicati in modo più convinto (Verbrugge, 1977; Burt, 1986; Brewer, 1995). In questo caso, è ipotizzabile che la difficoltà a nominare persone da contattare in caso di bisogno evidenzia una insicurezza e vulnerabilità latenti.

La seconda domanda di ricerca riflette sull’influenza delle condizioni di vulnerabilità territoriale sulla solitudine. Innanzitutto, è fondamentale delimitare il contesto territoriale di riferimento per questa fascia di popolazione. L’area che assume un ruolo centrale, simbolicamente e nella pratica, è il quartiere, o spesso una porzione di strade ancora più ridotta. Il quartiere rappresenta lo spazio della vita quotidiana, vissuto e desiderato dai soggetti anziani, spazio vitale in grado di offrire non solo servizi essenziali ma anche occasioni di relazione. La vita degli anziani, infatti, si riorganizza a causa degli ostacoli di tipo pratico, informativo e relazionale che limitano il diritto alla città, rendendolo subordinato alla possibilità di ciascuna persona anziana di superare tali ostacoli grazie a risorse individuali. Questo ridisegna la geografia dei luoghi urbani. Carrera parla di geografia della paura (2015) che ridefinisce la mappa della città e la rende più piccola per i soggetti vulnerabili, ma sembra entrare in gioco anche una geografia della conoscenza: conoscenza del suolo urbano, dei negozi, dei centri di aggregazione e delle persone.

Conclusione

Il continuo invecchiamento della popolazione italiana sta obbligando i governi a interrogarsi sulla sostenibilità dei sistemi di welfare nel fornire cura e assistenza, anche ragionando su possibili strategie per innovare sia i servizi sia la loro governance, in ottica di prevenzione e prossimità territoriale. L’obiettivo del contributo è mettere in relazione le condizioni di solitudine e isolamento degli anziani soli con i concetti di fragilità e vulnerabilità, ma anche con l’idea di diritto alla città. Le domande di ricerca servono così a riflettere sull’influenza del vivere soli e delle vulnerabilità del contesto territoriale, da un lato, sulla percezione di solitudine e, dall’altro, sulla possibilità di accedere al diritto alla città.

I risultati presentati non sono generalizzabili, perché raccolti solo in due quartieri di una sola città e da un campione di anziani non rappresentativo. Per arricchire la riflessione di ulteriori elementi, future ricerche qualitative e di rete potrebbero coinvolgere più città e una popolazione di ricerca più ampia, oltre che raccogliere dati relativi al capitale culturale ed economico delle persone anziane e indagare differenze sulla percezione di solitudine e accesso al diritto alla città sulla base della fascia di età (65-74, 75-84, 85-94) o della provenienza geografica (persone originarie della città o immigrate).

Quanto qui discusso si rivela comunque utile per mettere in luce la varietà di significati che assume il vivere soli sulla base delle diverse circostanze personali, delle reti sociali prossime e del contesto territoriale. Inoltre, sono emersi chiaramente gli ostacoli alla diffusione e universalità del diritto alla città, riscontrabili nell'accessibilità di case, condomini e spazi pubblici, anche in termini di sicurezza percepita, nella discontinuità delle attività pubbliche e di Terzo Settore rivolte agli anziani e nell'inefficace comunicazione di tale offerta.

Governi locali, e loro emanazioni a livello di quartiere, e organizzazioni di Terzo Settore che vogliano affrontare il tema degli anziani soli con un approccio preventivo e capacitante dovrebbero prima di tutto elaborare strategie per trovare le persone anziane non ancora in contatto con i servizi sociali e sanitari. L'obiettivo dovrebbe essere coinvolgerle attivamente nell'analisi dei loro bisogni e, poi, in attività comunitarie locali, a cui gli anziani stessi possano contribuire, per promuovere una continua condizione di autonomia, mobilità e socialità e, allo stesso tempo, costruire intorno a loro una rete di supporto formale e informale. Alla luce di questi elementi, appare fondamentale adottare un approccio integrato: una collaborazione tra attori pubblici, organizzazioni di privato sociale e realtà private del territorio, finalizzata alla programmazione e progettazione di interventi capaci di rimuovere gli ostacoli al pieno esercizio del diritto alla città e di promuovere dinamiche comunitarie orientate a prevenire solitudine e isolamento.

Bibliografia

- Albertini M., Mencarini L. (2014). Support Networks in Later Life: New Pressures on Familistic Welfare States?. *Journal of Family Issues*, 35(3): 331-357. DOI: 10.1177/0192513X12462537
- Amendola G. (2017). Una città amica dell'età. In: Quaranta A., a cura di, *Vivere oltre la speranza*. Bari: Adda.

- Attoh K.A. (2011). What kind of right is the right to the city?. *Progress in Human Geography*, 35(5): 669-685. DOI: 10.1177/0309132510394
- Bernardini M.G. (2025). Persone anziane e giustizia spaziale: sulla via di un'egualianza radicale. *Tigor: rivista di scienze della comunicazione e di argomentazione giuridica*, 34: 26-32.
- Brewer D.D. (1995). The Social Structural Basis of the Organization of Persons in Memory. *Human Nature*, 6: 379-403.
- Burt R.S. (1986). A Note on Socio-metric Order in the General Social Survey Data. *Social Networks*, 8: 149-74.
- Carrera L. (2015). *Vedere la città. Gli sguardi del camminare*. Milano: FrancoAngeli.
- Carrera L. (2020). Gli anziani e la domanda di città. *Società Mutamento Politica*, 11(21): 203-211. DOI: 10.13128/smp-11957
- Cavalli S., Cereghetti S., Pusterla E.R.G., Zaccaria D. (2021). Isolamento sociale e solitudine nell'anzianità. *Iride. Rivista di economia, sanità e sociale del DEASS*, 11: 11-13.
- Chambers R. (1989). Editorial Introduction: Vulnerability, Coping and Policy. *Institute of Development Studies Bulletin*, 20(2): 1-7. DOI: 10.1111/j.1759-5436.1989.mp20002001.x
- Church S., Rogers E., Rockwood K., Theou O., Logan J. (2020). A scoping review of the Clinical Frailty Scale. *BMC Geriatrics*, 20: 393. DOI: 10.1186/s12877-020-01801-7
- Costa G. (2020). Vulnerabilità e fragilità in sanità pubblica nelle politiche e nei metodi di studio. *Epidemiologia & Prevenzione*, 44(5-6): 14-17. DOI: 10.19191/EP20.5-6.S1.P014.069
- De Luca G., Barone C. (2021). Socio-economic vulnerabilities in Southern European welfare states. *Social Policy & Administration*, 55(5): 909-927. DOI: 10.1111/spol.12714
- Dorato E., Bernardini M.G. (2021). Il diritto alla città della cura. La condizione anziana in tempi di pandemia. *Contesti. Città, Territori, Progetti*, 2: 131-148. DOI: 10.13128/contest-12263
- Fischer C.S. (1982). *To Dwell among Friends: Personal Networks in Town and City*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Freeman L.C., Romney A.K., Freeman S.C. (1987). Cognitive Structure and Informant Accuracy. *American Anthropologist*, 89: 311-25.
- Gobbens R.J.J., Van Assen M.A.L.M., Luijckx K.G., Wijnen-Sponselee M.T., Schols J.M. (2010). Determinants of frailty. *Journal of the American Medical Directors Association (JAMDA)*, 11(5): 356-364. DOI: 10.1016/j.jamda.2009.11.008
- Granovetter M. (1973). The Strength of Weak Ties. *American Journal of Sociology*, 78(6): 1360-1380.
- ISTAT (2019). *Rapporto annuale 2019. La situazione del paese*. Testo disponibile al sito: <https://www.istat.it/produzione-editoriale/rapporto-annuale-2019-la-situazione-del-paese/> (02/12/2025).

- ISTAT (2025). *Rapporto annuale 2025. La situazione del paese*. Testo disponibile al sito: <https://www.istat.it/produzione-editoriale/rapporto-annuale-2025-la-situazione-del-paese-il-volume/> (02/12/2025).
- Jacobs P.A., Smith T.L., Miller W.P. (2021). Frailty: Evaluation and Management. *American Family Physician*, 103(4): 219-228.
- Johnson L., Guthrie B., Kelly P.A.T., Anand A., Marshall A., Seth S. (2024). Frailty or frailties: Exploring frailty index subdimensions in the English Longitudinal Study of Ageing. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 78(10): 609-615. DOI: 10.1136/jech-2023-221829
- Klinenberg E. (2016). Social Isolation, Loneliness, and Living Alone: Identifying the Risks for Public Health. *American Journal of Public Health*, 106(5): 786-787. DOI: 10.2105/AJPH.2016.303166
- Lefebvre H. (1967). *Le droit à la ville*. Paris: Édition Anthropos.
- Lin N. (2001). *Social Capital: A Theory of Social Structure and Action*. New York: Cambridge University Press.
- McPherson M., Brashears M. (2006). Social Isolation in America: Changes in Core Discussion Networks over Two Decades. *American Sociological Review*, 71(3): 353-375. DOI: 10.1177/000312240607100301
- Mechanic D., Tanner J. (2007). Vulnerable people, groups, and populations: societal view. *Health Affairs (Millwood)*, 26(5): 1220-1230. DOI: 10.1377/hlthaff.26.5.1220
- Menezes D., Woolrych R., Sixsmith J., Makita M., Smith H., Fisher J., Garcia-Ferrari S., Lawthorn R., Henderson J., Murray M. (2023). You really do become invisible: examining older adults' right to the city in the United Kingdom. *Ageing and Society*, 43(11): 2477-2496. DOI: 10.1017/S0144686X21001793
- Messia F., Venturelli C., a cura di (2015). *Il welfare di prossimità*. Trento: Erikson.
- Moreno C. (2024). *La città dei 15 minuti. Per una cultura urbana democratica*. Torino: Add Editore.
- Moulaert F., Mehmood A., MacCallum D., Leubolt B., Ganugi G. (2018). Innovazione sociale: una scintilla per innescare processi trasformativi. *Sociologia e Politiche Sociali*, 21(2): 11-49. DOI:10.3280/SP2018-002002
- Niero M., Bertin G. (2012). *Vulnerabilità e fragilità sociale: una teoria delle disuguaglianze di salute*. Milano: FrancoAngeli.
- Parsons T., Bales R.F. (1974). *Famiglia e socializzazione*. Milano: Mondadori.
- Ranci C. (2010). *Social Vulnerability in Europe: The New Configuration of Social Risks*. London: Palgrave Macmillan.
- Ranci C., Arlotti M., Bernardi L., Melchiorre M.G. (2020). Anziani soli: un'emergenza silenziosa. *Abitare e Anziani Informa*, 1: 5-26.
- Rockwood K., Andrew M., Mitnitski A. (2007). A comparison of two approaches to measuring frailty in elderly people. *Journal of Gerontology: Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 62(7): 738-743. DOI: 10.1093/gerona/62.7.738
- Sánchez-González D., Rojo-Pérez F., Rodríguez-Rodríguez V., Fernández-Mayoralas G. (2020). Environmental and Psychosocial Interventions in Age-

- Friendly Communities and Active Ageing: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*, 17(22). DOI:10.3390/ijerph17228305
- Steels S. (2015). Key characteristics of age-friendly cities and communities: A review. *Cities*, 47: 45-52. DOI: 10.1016/j.cities.2015.02.004
- Taylor A., Bergeron D. (2022). Global vulnerability frameworks in development policy: A systematic review. *World Development*, 154: 105802. DOI: 10.1016/j.worlddev.2022.105802
- Taylor H.O., Cudjoe T.K., Bu F., Lim M.H. (2023). Research on the state of loneliness and social isolation: current knowledge and future directions. *BMC Public Health*, 23: 1049. DOI: 10.1186/s12889-023-15967-3
- Thompson N., Thompson S. (2005). *Community Care*. Lyme Regis, Dorset, Inghilterra: Russell House Publishing.
- Vargas F.F., Martins P.F. de M. (2019). Tempo e espaço: uma análise do Direito à Cidade para a população idosa. *Revista Kairós-Gerontologia*, 22(2): 197-212. DOI: 10.23925/2176-901X.2019v22i2p197-212
- Verbrugge L.M. (1977) The Structure of Adult Friendship Choices. *Social Forces*, 56: 576-597. DOI: 10.2307/2577741
- Wang C., Sierra Huertas D., Rowe J.W., Finkelstein R., Carstensen L.L., Jackson R.B. (2021). Rethinking the urban physical environment for century-long lives: from age-friendly to longevity-ready cities. *Nat Aging*, 1: 1088-1095. DOI: 10.1038/s43587-021-00140-5
- World Health Organization (2007). *Global Age-friendly Cities: A Guide*, World Health Organization. Testo disponibile al sito: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241547307> (02/12/2025).
- Yousef S., O'Brien K., McConnell M. (2022). Frailty assessment in emergency medicine using the Clinical Frailty Scale: a scoping review. *Internal and Emergency Medicine*. DOI: 10.1007/s11739-022-03042-5

OFF TOPIC

Nudge e comunicazione pubblica per la salute e l'ambiente.

*Mitigare il rischio e praticare la sostenibilità**

Valentina Polci^{**}, Lucrezia Cinella^{***}

This paper explores nudges as a communicative alternative for institutions in situations of environmental and health risks to cope with emergencies by increasing social responsibility. Specifically, it presents the results of a study on 20 national and international cases, which, on the one hand, explored the architectures of choices and applied communication strategies, and, on the other hand, assessed the effectiveness of these tools in risk mitigation, going to the strength of their thrust toward greater economic, environmental and social sustainability. The research showed how nudges are an inherently economic tool that is useful in risk management, including in enhancing social equity and global justice through the empowerment of communities and/or specific groups in vulnerable situations.

Keywords: environmental public communication, nudge, public health, sustainability, risk communication, empowerment.

Parole chiave: comunicazione pubblica ambientale, nudge, salute pubblica, sostenibilità, comunicazione del rischio, empowerment.

Introduzione. La comunicazione pubblica istituzionale nella società multirischio

Di fronte alle nuove sfide globali, dai cambiamenti climatici alle crisi sanitarie, con uno sguardo alla *twin transition*¹ verde e digitale al centro delle politiche europee, si fa sempre più necessaria una comunicazione istituzionale credibile, efficace, pervasiva sui temi del rischio e, più in generale, sulle questioni relative all'ambiente e alla sostenibilità. Informare, promuovere la

* Data di prima pubblicazione online first: 28/05/2025.

** Università di Camerino. valentina.polci@unicam.it

*** Università degli Studi di Macerata. l.cinella@unimc.it

Valentina Polci ha scritto i parr. 1 e 2.2; Lucrezia Cinella il par. 2.1; Introduzione e Conclusioni sono il frutto della collaborazione fra le due autrici.

¹ Fa riferimento all'approccio che armonizza l'innovazione tecnologica e la responsabilità ambientale, approvato dalla Commissione Europea come pilastro chiave della sua agenda strategica.

presa di coscienza a livello di comunità (Prati, Pietrantoni, 2009); educare la popolazione; modificare i comportamenti e atteggiamenti (Covello *et al.*, 1986); facilitare lo sviluppo di una cultura della preparazione e gestione adeguata dei disastri (D'Ambrosi *et al.*, 2022); fornire soluzioni alle controversie e problemi emergenti di fronte a un rischio (Sturloni, 2018); implementare i sistemi di allerta e informazione in fase d'emergenza (La Rocca, Lovari, 2024); sono alcuni dei principali obiettivi delle pratiche e forme di comunicazione necessarie per ridurre la distanza tra istituzioni e cittadini, rafforzando la fiducia e migliorando la risposta collettiva a crisi sanitarie e ambientali in un ecosistema multirischio. L'approccio comunicativo *top-down* nell'uso dell'informazione come strumento di *policy*, infatti, non è sufficiente, e la comunicazione pubblica non può più prescindere da obiettivi di engagement, anche attraverso l'attivazione dei cittadini mediante strumenti digitali e social media (Boccia Artieri, 2012; Bartoletti, Faccioli, 2016; Lovari, Ducci, 2022), e da pratiche collaborative (Paltrinieri, 2020; Antonucci *et al.*, 2024). Né risulta soddisfacente la comunicazione istituzionale che si basa sul modello di scelta razionale-lineare, unidirezionale o *push*, che non tiene conto dei processi sociali e psicologici che influenzano i comportamenti individuali (Mergel, 2013; De Paula *et al.*, 2018; Druckman, 2022).

Le politiche pubbliche per la mitigazione dei rischi possono essere veicolate in maniera efficace attraverso una comunicazione pubblica imperniata su informazioni di tipo preventivo, educativo o su avvertimenti e promemoria (Viale, Macchi, 2021, p. 19), ma che, al contempo, si trasformi in attivatore per la società, verso un coinvolgimento nella gestione dei rischi, una presa in carico delle criticità che possono essere ridotte o risolte con atteggiamenti più responsabili e/o sostenibili. Un'alternativa comunicativa possibile e innovativa appare, dunque, quella del *nudge*, «una spinta gentile, cioè qualsiasi aspetto dell'architettura delle scelte che altera il comportamento degli individui in maniera prevedibile, senza proibire alcuna opzione o modificare in misura significativa gli incentivi economici. [...] I pungoli non sono tasse, sanzioni, sussidi, veti o imposizioni, ma spinte gentili» (Thaler, Sunstein, 2022, p. 19). Il *nudge* è un atto comunicativo, dal momento che sfrutta gli stessi meccanismi della retorica ovvero «spostare un'opinione e spingere a un comportamento» (Viale, Macchi, 2021, pp. 271-272) alla luce delle caratteristiche cognitive, emotive, culturali dell'interlocutore, e quando l'architetto delle scelte struttura le opzioni decisionali lo fa esattamente come in uno scambio comunicativo, tenendo conto dell'interlocutore (Viale, Macchi, 2021). Il *nudging*, oltretutto, sottende «guadagni di media grandezza a fronte di investimenti microscopici» (Bhargava, Loewenstein, 2015, p. 397):

i primi, trasposti in termini di consapevolezza dei rischi e/o di questioni ambientali e di salute di interesse generale, si traducono in impatto sul livello di collaborazione fra governi e comunità, e sui livelli di sostenibilità territoriale e sociale. La comunicazione pubblica deve sempre rispecchiare lo sforzo di permettere ai cittadini di prendere decisioni informate, consapevoli e ottimizzate, anche in contesti di grande incertezza e di forte emotività.

1. Obiettivo e metodologia della ricerca

Questo studio vuole dimostrare che, in situazioni in cui il rischio per la salute e l'ambiente percepito dalle popolazioni è minore o molto al di sotto del rischio reale, è possibile, per la comunicazione pubblica, intervenire ricorrendo alla “spinta” dei *nudge*: questi hanno come principale punto di forza una grande sostenibilità intrinseca, in termini di costi, strumenti, risorse, e la capacità di ottenere effetti significativi che garantiscono e/o accrescono i livelli di sostenibilità ambientale e sociale. La ricerca ha avuto l'obiettivo di indagare l'efficacia dei *nudge* come strumenti comunicativi di supporto alla mitigazione dei rischi quando, in contesti di crisi, emergenze sanitarie e ambientali, o squilibri sociali, le istituzioni cercano di stimolare la collaborazione dei cittadini verso comportamenti-spinte verso la sostenibilità. La metodologia utilizzata è di tipo qualitativo. In una prima fase si è proceduto con un'analisi esplorativa di 20 casi di applicazioni di *nudge* in ambito nazionale e internazionale, di cui 10 relativi a rischi ambientali e 10 a rischi legati alla salute pubblica. Per ciascuno sono stati individuati obiettivo, strategie comunicative e architetture/euristiche adottate: nello specifico, si è fatto riferimento alle architetture indicate in letteratura da Thaler e Sunstein (2022) – opzione di default, errore previsto, feedback, mappatura/semplificazione, incentivi, pause, cura, divertimento, divulgazione intelligente – che, a partire dalle tre regole pratiche euristiche di Tversky e Kahneman (1974), ancoraggio disponibilità e rappresentatività), elaborano un modello che tiene conto delle distorsioni e delle strategie ad esse associate. In una seconda fase, ciascun *nudge* è stato valutato in termini di efficacia, andando a valutare la forza della sua spinta verso la sostenibilità (vedi Tab. 1), attraverso l'utilizzo di indicatori che quantificassero il livello di ciascuna delle sottodimensioni corrispondenti ai tre pilastri della sostenibilità delineati dalla World Commission on Environment and Development (United Nations, 1987) nel Rapporto *Our Common Future, From One Earth to One World*: sostenibilità economica, ambientale e sociale. Nello specifico, la sostenibilità economica fa riferimento ai costi della spinta in termini di risorse necessarie per i diversi tipi

di *nudge*, sia a livello materiale, sia per l'impiego/formazione di risorse umane, sia per lo sviluppo delle diverse strategie comunicative; la sostenibilità ambientale, invece, guarda agli effetti sul sistema naturale sia per la realizzazione materiale del *nudge* sia nel senso dei benefici osservabili apportati; infine, la sostenibilità sociale indica la quota di riduzione delle disuguaglianze e di ripristino della sicurezza a livello di salute pubblica derivante dal *nudge*. A ciascuna sottodimensione sono stati assegnati dei gradi di intensità (livello 1=basso; livello 2=medio; livello 3=alto) in base agli indicatori, formulati metodo induttivo nel percorso di ricerca, e secondo l'approccio della *triple bottom line* proposto nel Rapporto "Burland" (United Nations, 1987).

Tab. 1 – *Sostenibilità: sottodimensioni, livelli e indicatori.*

	<i>Sostenibilità economica</i>	<i>Sostenibilità ambientale</i>	<i>Sostenibilità sociale</i>
Livello basso= valore 1	Alto impiego/costo risorse umane, materiali, gestionali	<i>Nudge</i> non totalmente sostenibile e/o effetti limitati a sensibilizzazione su temi ambientali	Non riduzione delle disuguaglianze
Livello medio= valore 2	Necessità di moderate risorse per: formazione del personale e/o materiali e/o incentivi	<i>Nudge</i> a impatto zero e/o diffusione di piccole pratiche sostenibili	Aumento della responsabilizzazione e piccole pratiche per equità sociale e temi di salute pubblica
Livello alto= valore 3	Impiego di risorse minimo per: strumenti comunicativi digitali/cartacei a basso costo; riconoscimenti e certificazioni gratuiti	Diminuzione importante dei livelli di inquinamento e/o aumento/conservazione/ salvaguardia ecosistemi	Raggiungimento, rispetto al target di riferimento, di obiettivi di equità, giustizia globale, salute pubblica

I livelli di sostenibilità sono stati assegnati in base alla corrispondenza fra i casi studiati gli indicatori individuati per ciascuna delle sottodimensioni. Al termine di questa fase si è andati a calcolare la "spinta verso la sostenibilità" dei *nudge* come risultante della somma dei tre coefficienti individuati. Il valore finale, che poteva dunque ricoprire un range da 3 a 9, ha permesso di classificare i diversi *nudge* come spinte:

- a intensità molto bassa, con valori di spinta 3 (valore minimo);
- a bassa intensità, con valori 4 e 5;
- a media intensità, con valori 6 (valore medio);
- a forte intensità, con valori 7 e 8;
- a intensità molto forte, con valori 9 (valore massimo).

2. *Nudge* per l'ambiente e la salute. Discussione e analisi dei risultati

L'analisi ha preso in esame 20 campagne sviluppate attraverso i *nudge*, accomunate dall'obiettivo di orientare il comportamento collettivo attraverso strategie comunicative e interventi strutturati sulle scelte individuali, volti alla mitigazione del rischio attraverso pratiche sensibilizzazione e responsabilizzazione². I casi sono suddivisi equamente: 10 per il rischio per la salute e 10 per l'ambiente (vedi Tab. 2). In tutti, centrale è il ruolo delle istituzioni pubbliche e governative come soggetti promotori delle campagne: enti locali e nazionali, agenzie sanitarie, governi e organizzazioni internazionali. Ogni caso è stato classificato in base a ambito di intervento (salute o ambiente) alla strategia comunicativa e alle architetture delle scelte impiegate.

2.1. *Strumenti comunicativi e architetture delle scelte: case studies*

La classificazione dei casi secondo le architetture/euristiche di Thaler e Sunstein (2022) ha permesso di rilevare una distribuzione generale abbastanza eterogenea: Mappatura/Semplificazione: 8 campagne; Incentivi: 6 campagne; Feedback: 6 campagne; Divertimento: 5 campagne; Cura: 5 campagne; Formulazione (autorità/norme sociali): 4 campagne; Opzione di default: 4 campagne; Ancoraggio: 3 campagne; Divulgazione intelligente: 4 campagne. Errore previsto: 1 campagna.

² New York City Covid Campaign (Stati Uniti, <https://www.nyc.gov/site/doh/index.page>), City Vaccine Finder (Stati Uniti, <https://vaccinefinder.nyc.gov>), Domino Park (Stati Uniti, <https://www.dominopark.com>), Vaccinazione Herpes Zoster (Italia, De Caro *et al.* (2024)), Video Besondere Helden (Germania, <https://www.youtube.com/watch?v=jiP32ttfwsM>), Transport for London's Restart Plan (Regno Unito <https://www.vccp.com/work/tfl/lets-make-sure-every-journey-matters>), Clean India Mission (India, <https://swachhbharatmission.ddws.gov.in/>), Kumbh Mela Festival (India, <https://www.india.gov.in/website-mahakumbh>), Clear Bag Policy (Canada, Akbulut-Yuksel, Boulatoff (2021)), Untouched Nature Visuals (Austria, Gangl *et al.* (2022)), City of London's Litter Mirror (Regno Unito, <https://democracy.cityoflondon.gov.uk/documents/s107780/Appendix%201%20KBT%20Litter%20Mirrors%20V6%20FINAL.pdf>), House Insulation (Nuova Zelanda, <https://www.eeca.govt.nz>), Mexican Women Empowerment in Forest Protection (Messico, <https://documents1.worldbank.org/curated/en/099021324143542070/pdf/P1714211c6dda001618ab7135edac4932ce.pdf>), Day Zero (Sudafrica, <https://dayzero.org.za>), Palau Pledge (Palau, <https://palaupledge.com>), Eco Trust Foundation (Indonesia, Nelson (2018)), Slowhop's Responsible Travel Program (Polonia, <https://blog.slowhop.com/en/responsible-travel-program>), CopenPay (Danimarca, <https://www.visitcopenhagen.com/copenpay>), Little Book of Green Nudges (Internazionale/EU, <https://www.unep.org/explore-topics/education-environment/what-we-do/little-book-green-nudges>), Home Gardens (Nepal, Schreinemachers *et al.* (2020)).

Tab. 2 – Nudge per la salute e l'ambiente: case studies.

<i>Case study</i>	<i>Strategia comunicativa</i>	<i>Architetture</i>
NY Covid Campaign	Campagna “Statua della libertà”; “Post-it”, Reward Program	Formulazione, Ancoraggio, Incentivi
City Vaccine Finder	Piattaforma City Vaccine Finder	Feedback, Mappatura/semplificazione
Domino Park	Comunicazione visiva nel design urbano	Opzione di default, Divertimento
Herpes Zoster	Vaccinazione ospedaliera mobile; Info personalizzata e follow-up	Semplificazione, Cura, Feedback, Ancoraggio
Besondere Helde	Spot narrativo	Divertimento, Semplificazione
Transport for London	Catchphrase poster, Affissioni dei reminder	Divulgazione intelligente, Formulazione, Semplificazione
Clean India Mission	Programma Swachh Bharat ODF Plus (ODF Village)	Formulazione, Incentivi, Cura
Kumbh Mela	Design bagni durante il festival, Roti reminder, sensibilizzazione, poi 12 luoghi di culto	Opzione di default, Cura
Home Gardens	Distribuzione semi, formazione caregiver, Visite domiciliari di follow up	Cura, Feedback, Mappatura della scelta
House Insulation	Campagna digitale “What kind of landlord are you?”	Incentivi, Mappatura della scelta
Clear Bag Policy	Impiego buste trasparenti	Divulgazione intelligente, Feedback, Formulazione, Errore previsto
Untouched Nature Visuals	Poster paesaggi sopra cassonetti	Divertimento, Mappatura della scelta
Litter Mirror	Specchi nei luoghi a rischio	Feedback, Formulazione
Women/Forest Protection	Poster via Whatsapp	Divulgazione intelligente, Incentivi
Day Zero	Lettere del sindaco, Mappa dello spreco	Divulgazione intelligente, Feedback, Mappatura/semplificazione, Formulazione
Palau Pledge	Promessa nel passaporto	Opzione di default, Divertimento, Formulazione, Ancoraggio
Eco Trust Foundation	Cortometraggio The Giant	Opzione di default, Mappatura della scelta
Responsibile Travel Program	Casella di donazione nei sondaggi di gradimento	Cura, Incentivi, Feedback
CopenPay	Certificazione sostenibilità	Incentivi, Divertimento, Feedback
Little Book of Green Nudges	Reward program	Divulgazione intelligente, Mappatura/semplificazione
	Manuale applicativo <i>nudge</i>	

Le strategie più utilizzate sono mappatura/semplificazione, che facilita le decisioni riducendo la complessità informativa, e incentivi, che sfruttano premi o vantaggi per promuovere comportamenti desiderabili. Anche il feedback è ampiamente diffuso, segnalando la rilevanza del monitoraggio e del rinforzo positivo nel processo decisionale. Di minor impiego risultano invece strategie come errore previsto, che anticipa gli errori cognitivi per correggerli, e ancoraggio, che lega il comportamento target a riferimenti simbolici o esperienze precedenti. Questi dati mostrano una prevalenza di strategie che

riducono la complessità decisionale (mappatura, semplificazione) e di incentivi materiali e psicologici, seguiti da meccanismi di rinforzo e norme sociali per orientare il comportamento collettivo.

Le due macrocategorie di riferimento, il rischio per la salute e quello per l'ambiente, inoltre, presentano differenze nell'uso delle architetture delle scelte. Nelle campagne relative alla salute, le strategie dominanti sono la mappatura/semplificazione, 5 casi, il feedback, 4 casi, e la cura, 4 casi. L'accessibilità e la personalizzazione emergono come elementi chiave. La mappatura/semplificazione è utilizzata per rendere più chiari i percorsi vaccinali e le pratiche di prevenzione (City Vaccine Finder, Transport for London's Restart Plan), mentre il feedback è impiegato per migliorare l'adesione ai programmi sanitari attraverso promemoria e meccanismi di monitoraggio (Herpes Zoster, Home Gardens). L'approccio basato sulla cura, infine, è particolarmente rilevante nei casi in cui l'efficacia dell'intervento dipende da un supporto personalizzato, come nella campagna per la vaccinazione dell'herpes zoster e nel programma nutrizionale per i bambini in Nepal.

Nelle campagne ambientali, le strategie più comuni sono gli incentivi, 4 casi, mappatura/semplificazione, 3 casi, e poi formulazione (norme sociali), feedback e opzione di default, tutti con 3 casi. Rispetto a quelle sulla salute, le campagne ambientali fanno maggiore affidamento sugli incentivi, sia economici (CopenPay, House Insulation), sia simbolici (Slowhop's). La mappatura/semplificazione è usata per guidare i cittadini verso scelte sostenibili attraverso strumenti pratici, come nel caso di Day Zero (Sudafrica), che fornisce una mappa dello spreco idrico. Le strategie basate su norme sociali e pressione collettiva risultano particolarmente rilevanti in iniziative come il Palau Pledge, che vincola i turisti a un impegno ambientale tramite un timbro sul passaporto che indica una "promessa di comportamento" ai bambini di Palau, unitamente alla leva emotiva dello *short film* The Giant, e la Clear Bag Policy, che incentiva il corretto smaltimento dei rifiuti attraverso il controllo sociale (una busta per i rifiuti trasparente). Le campagne sulla salute si concentrano prevalentemente sulla semplificazione del processo decisionale e sul feedback come rinforzo positivo. Le strategie di cura personalizzata emergono nei casi in cui la vaccinazione o l'adesione a un programma sanitario richiede un follow-up individuale. L'uso del divertimento e delle opzioni di default è meno diffuso, ma presente in iniziative che mirano a rendere più accessibile e naturale l'adozione di comportamenti sanitari desiderabili. Le campagne ambientali, invece, si distinguono per una maggiore enfasi su incentivi e norme sociali: la pressione del gruppo e il riconoscimento

pubblico vengono sfruttati per promuovere comportamenti sostenibili, mentre la divulgazione intelligente ha un ruolo chiave nel fornire informazioni chiare sulle conseguenze delle scelte individuali.

In ciascuna categoria (salute e ambiente) è presente un'iniziativa che mira a coinvolgere gruppi fragili, con l'obiettivo di favorire la partecipazione sociale e promuovere l'empowerment. Il programma Home Gardens (Nepal) mira a migliorare l'accesso a una nutrizione sostenibile per i bambini, coinvolgendo attivamente i caregiver. Dal momento che solo l'1,1% degli adulti soddisfa le raccomandazioni dell'OMS riguardo al consumo di almeno 400 g di frutta e verdura al giorno (Frank *et al.*, 2019), il programma combina la distribuzione di semi con mappature delle scelte alimentari e supporto personalizzato per incentivare pratiche nutrizionali più sane. D'altro canto, il caso Women/Forest Protection (Messico) promuove la partecipazione femminile nella gestione delle risorse forestali attraverso l'uso di tecnologie come WhatsApp per stimolare l'impegno delle donne. Entrambi i programmi si distinguono per il loro impatto su gruppi vulnerabili, che per ragioni economiche, sociali o sistemiche affrontano barriere significative nell'accesso alle risorse e nella partecipazione attiva. In tal modo, le iniziative contribuiscono non solo all'empowerment dei soggetti coinvolti, ma anche a una maggiore equità e giustizia sociale, favorendo la costruzione di un accesso più equo alle risorse e al potere decisionale.

Per quanto riguarda le strategie comunicative, le campagne analizzate utilizzano una combinazione di media tradizionali (affissioni pubbliche, lettere, spot televisivi, materiali cartacei), media digitali (piattaforme online, social media, app interattive, strumenti di mappatura) e approcci ibridi, con una distribuzione che varia a seconda degli obiettivi e dei contesti. I media tradizionali (10 casi) sono più presenti nelle iniziative che fanno leva su autorità e norme sociali per incentivare la fiducia nei vaccini e nelle misure di sicurezza, come nei casi che impiegano poster, affissioni pubbliche e spot narrativi. I media digitali (7 casi) risultano predominanti nelle campagne che si basano su mappatura e semplificazione per facilitare l'accesso ai servizi o incentivare comportamenti sostenibili, come City Vaccine Finder, CopenPay, che sfruttano piattaforme interattive e *reward programs*. L'approccio ibrido (3 casi), che combina elementi tradizionali e digitali, è presente in iniziative come Palau Pledge e Day Zero, che alternano materiali fisici (come il timbro del passaporto o le lettere del sindaco) a strumenti digitali di monitoraggio e mappatura e siti web. Dall'analisi delle campagne, emerge inoltre che: nell'ambito salute, l'approccio tradizionale è utilizzato in 7 casi, quello digitale in 2 casi e quello ibrido in solo 1 caso. Nell'ambito ambiente, invece 5 casi adottano i media tradizionali, 3 casi adottano quelli digitali e 2 casi sono

ibridi. Gli approcci ibridi e digitali sono più diffusi nell'ambito ambientale, mentre il settore sanitario predilige ancora i media tradizionali. Questa distribuzione evidenzia una tendenza generale: le campagne di salute pubblica fanno maggiore affidamento sui media tradizionali per garantire credibilità istituzionale, mentre le campagne ambientali tendono a sfruttare i media digitali per favorire il coinvolgimento attivo e la personalizzazione dell'esperienza utente.

2.2. Spinte efficaci verso la sostenibilità e la giustizia globale

Per rilevare l'efficacia dei *nudge* si è proceduto attribuendo valori ad ognuna delle tre sottodimensioni della sostenibilità - economica, ambientale e sociale: facendo la somma di questi, si è ricavato un valore indicativo della spinta di ciascun *nudge*. Dai risultati (Tab. 3), emerge che a livello percentuale, se soltanto 2 casi sono risultati una spinta a intensità molto forte, ben 10, la metà del totale, si è affermato come spinta forte; 6 casi sono invece una spinta a media intensità, mentre solo 2 una spinta a bassa intensità.

Tab. 3 – Valori Sostenibilità e Intensità dei Nudge.

Nudge	E+A+S	Forza spinta	Nudge	E+A+S	Forza spinta
Day zero	3+3+3	9	Slowhop's	3+2+2	7
Palau Pledge	3+3+3	9	House Insulation	3+2+2	7
City Vaccine Finder	3+2+3	8	NY Covid Campaign	2+1+3	6
Kumbh Mela	3+2+3	8	Transport for London's	2+1+3	6
Clear Bag Policy	3+3+2	8	Litter Mirror – London	3+1+2	6
Home Gardens	2+3+3	8	Besondere Helde	2+2+2	6
Mexican Women	3+2+3	8	Eco Trust Foundation	2+2+2	6
Domino Park	3+2+3	8	Little Book GN	3+2+1	6
Clean India Mission	1+3+3	7	Herpes Zoster	2+1+2	5
Untouched Nature	2+3+2	7	CopenPay	2+2+1	5

E=livello sostenibilità economica; A=livello sostenibilità ambientale; S=livello sostenibilità sociale

La prima evidenza è che la forza massima delle spinte si raggiunge nei casi di Day Zero e Palau Pledge, in cui il *nudge* sfrutta in maniera importante le sue caratteristiche di:

- economicità intrinseca: Day Zero si affida a una lettera del sindaco e una mappa dello spreco, mentre Palau Pledge è un timbro sul passaporto che certifica e impegna il turista verso i bambini;
- leva emotiva/psicologica verso comportamenti proambientali (Viale, Macchi, 2021) per un futuro di giustizia globale e distribuzione equa delle risorse: in entrambi i casi la priorità è, infatti, la partecipazione

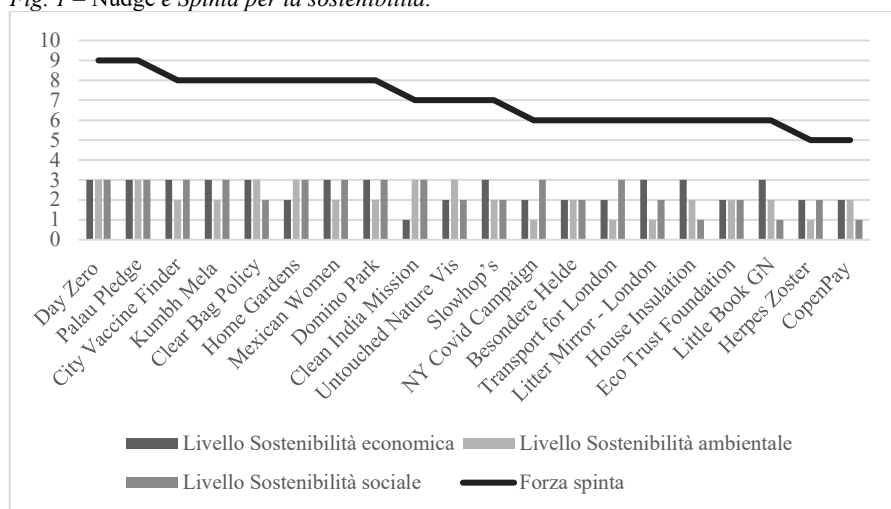
attiva alla mitigazione del rischio, presente e fortemente percepito, perché le generazioni future ricevano in eredità un sistema-mondo migliore.

Inoltre, entrambi questi *nudge* utilizzano una struttura complessa di architetture (almeno quattro), tra cui quella della formulazione basata sulle norme sociali, con un tipo di comunicazione capace di suscitare risposte emotive forti.

Diversi *nudge* risultati da forti a molto forti (oltre Day Zero, con il punteggio massimo, anche City Vaccine Finder, Home Gardens) ricorrono invece alla mappatura, che fa leva sul bisogno di semplificazione e che quindi facilita valutazioni e scelte del cosiddetto sistema 2 del pensiero umano (Kahneman, 2011), quello caratterizzato da processi riflessivi, guidati da regole, lenti, consapevoli. La facilità di seguire la spinta e di scegliere di aderirvi, anche in situazioni di complessità, così come la *smart disclosure* (semplificazione delle informazioni), rispondono in effetti anche a uno dei quattro obiettivi individuati dal *Behavioural Insight Team* del governo del Regno Unito nel 2014: rendere gli interventi istituzionali e la comunicazione pubblica sulla prevenzione del rischio “Easy”. Palau Pledge, l’altro *nudge* col punteggio massimo, si basa invece sull’architettura dell’opzione di default, che risponde invece al sistema 1, intuitivo, veloce, di natura associativa, non consapevole, senza sforzo e di tipo parallelo. Altre spinte forti, con valore 8, sfruttano invece il feedback, la cura e la mappatura, agendo su un approccio personalizzato, che rende più attrattiva la comunicazione: l’essere “*Attractive*” è un altro degli obiettivi del *behavioural policy-making*, insieme all’essere “*Social*” (sociali) e “*Timely*” (puntuali). La *timeliness* (Service *et al.*, 2014) è una caratteristica tipica di alcuni dei *nudge* studiati di maggior efficacia: la siccità, la pandemia da Covid-19, così come l’occasione dei festival Kumbh Mela, rappresentano eventi disastrosi o fattori di impatto che possono fornire una “finestra di opportunità”, in cui le politiche di gestione del rischio adottate fino a quel momento possono subire una revisione critica (Felgentreff, 2003), un aggiustamento. Gli incentivi sono uno strumento controverso e possono avere successo, come nel caso del Messico, di Clean India Mission o Slowhop’s Polonia (*nudge* forti, tra 7 e 8), o, al contrario, averne in maniera limitata (NY Covid Campaign e Eco trust, *nudge* di media forza) o CopenPay Danimarca, addirittura risultato una spinta debole. Sono risultati *nudge* di media forza quelli poco attenti alla dimensione ambientale, o perché essi stessi poco sostenibili (ad esempio gli specchi per Litter Mirror), o perché si limitano al livello della sensibilizzazione, abbinato a moderati costi per la tipologia di campagne scelte. Una considerazione evidente è che il

sistema delle architetture, come applicazione di tecniche, da solo non garantisce il successo delle spinte gentili: il *nudge*, infatti, è *culturally based*, fortemente connesso con le comunità e i territori, e proprio per questa sua “natura situata” può fornire spinte particolarmente appropriate nella mitigazione del rischio. Il rischio è anche, infatti, un *collective construct* (Douglas, Wildavsky, 1983), perché opera in un contesto culturale costruito e condiviso dalla collettività con una propria visione di accettabilità morale e una comune attribuzione di senso al rischio: la percezione del rischio è la chiave per l’insuccesso delle spinte e dalla condivisione/ concordanza nella “codifica” del rischio dipende l’efficacia dei *nudge* e delle *policy* ad essi associate. «Il rischio è sempre una costruzione comunicativa. Ciò che consideriamo rischioso dipende da come viene comunicato all’interno della società» (Luhmann, 1993, p. 56), e anche la mitigazione del rischio vede il ruolo cruciale degli aspetti legati alla comunicazione.

Fig. 1 – Nudge e Spinta per la sostenibilità.



Un’analisi più attenta delle strategie comunicative evidenzia che le potenzialità del digitale non sono risultate di particolare efficacia per i *nudge* indagati: tre casi su sette di quelli che hanno utilizzato esclusivamente questo tipo di strumenti (Eco Trust, Littel Book, e Copen Pay) sono risultati spinte di media o bassa forza (punteggio 6 e 5), nonostante l’alta sostenibilità economica. Si potrebbe certamente considerare la possibilità di aumentarne l’efficacia facendo leva anche sulle potenzialità in termini di promozione concreta dell’equità sociale, attraverso anche una facilitazione all’accesso, o

dell'empowerment (come nel caso messicano). I sistemi ibridi, che si sono rivolti sia all'online che ai mezzi tradizionali, sono quelli che hanno raggiunto il massimo punteggio nell'analisi sulla sostenibilità, e, in generale, sono quelli il cui impatto è stato decisamente importante, raggiungendo obiettivi di riequilibrio e salvaguardia degli ecosistemi naturali in situazioni di emergenza e crisi. Tuttavia, la metà dei casi totali esaminati, si è affidata ai mezzi tradizionali, in particolare cartellonistica/affissioni o comunque interventi diffusi nello spazio urbano, confermando l'importanza del fattore percettivo legato alla vista nei luoghi di frequentazione quotidiana come elementi di successo per i diversi *nudge* verso la mitigazione del rischio ambientale e per la salute. Inoltre, evidenziano l'importante relazione fra *nudge* e design, e design urbano strategico (Jones *et al.*, 2011), e anche la rilevanza dell'interazione tra spazio fisico e aspetti sociali e individuali, al centro di discipline quali l'architettura cognitiva e comportamentale e la psicologia ambientale (Moser, Uzzell, 2003).

Conclusioni

È nel modo di vivere le città, le isole, i territori, e dal rapporto fra sistema sociale e sistema ecologico che si gioca la sfida di un futuro possibile, desiderabile, in equilibrio, e i *nudge* appaiono strumenti forti ed efficaci proprio nell'innescare e far sedimentare sensibilità e pratiche sostenibili. Il riconoscimento della forza di questi strumenti, tuttavia, presenta un primo aspetto controverso: una corrente critica, infatti, associa l'utilizzo dei *nudge* alle misure tipiche del modello neoliberista, messe in atto come azioni propagandistiche su temi rilevanti senza l'adozione di vere e proprie politiche pubbliche, più incisive o importanti. Superato questo criticismo, tuttavia, va fatta anche una riflessione sul paternalismo associato ai *nudge* che, attraverso l'attributo "libertario", fa riferimento alla "regola aurea" che le spinte proposte debbano avere la massima probabilità di offrire aiuto e la minima probabilità di recare un danno (Thaler, Sunstein, 2022): gli architetti delle scelte possono cioè lecitamente influenzare i comportamenti degli individui per rendere le loro vite sicure, lunghe, sane e migliori, e pertanto le istituzioni, sia pubbliche che private, dovrebbero sforzarsi consapevolmente per migliorare le condizioni di vita dei cittadini attraverso le loro scelte.

A minare l'efficacia delle tecniche di architettura delle scelte e delle strategie comunicative scelte, vi sono diversi errori e distorsioni: quelli che riguardano, ad esempio, la percezione e la comprensione dell'informazione (*bias* percettivi), ma anche i *bias* decisionali (che possono condurre a scelte

comunque irrazionali), in cui le pressioni sociali giocano un ruolo fondamentale e che rendono forti le tecniche di *nudging* che fanno leva sull'adeguarsi alle norme sociali, così come gli *affect bias*, che si fondano sul ruolo delle emozioni.

Diverse sono le criticità con cui si entra in contatto anche quando si fanno ricerche empiriche sui *nudge*, cercando di sistematizzare l'utilizzo di questo tipo di spinte e valutarne gli effetti. Tra i più rilevanti:

- la non garanzia della durata degli effetti;
- la difficoltà della misurazione delle dimensioni dell'impatto;
- l'effetto complessità, che si scatena ogni qualvolta si ha a che fare con il comportamento umano.

Questo studio ha dovuto rapportarsi con queste criticità: ad esempio, perché anche in presenza di dati sulla quantità di persone raggiunte o che hanno aderito al comportamento desiderato, non è stato possibile rilevare una vera e propria dimensione dell'impatto del *nudge*, viste le variabili concomitanti intercorrenti. Cruciali sono sicuramente anche le caratteristiche dei territori su cui i *nudge* per la comunicazione del rischio per la salute e l'ambiente sono andati ad innestarsi: trattandosi di spinte su base nazionale o destinate a metropoli o città capitali e/o territori a forte influsso turistico, è complesso individuare valori-soglia capaci di restituire una gradazione appropriata del livello di impatto rispetto alle popolazioni target.

Altro aspetto critico da rilevare è che, se è vero che i *nudge* presentano un grandissimo potenziale come innovativo strumento di cambiamento, capace di rispondere ai bisogni e alle sfide della società contemporanea, altrettanto vero è che questo tipo di strumenti comunicativi e cognitivi nasconde anche il rischio di *sludge* (Sunstein, 2022), inteso come opposto di *nudge*, ovvero la possibilità di utilizzare il *nudging* non per il benessere o lo sviluppo della persona, ma per uno sfruttamento malevolo del potenziale umano, attraverso tranelli decisionali (Pozzi, 2022). Cruciale, in questo ambito, sarà anche la trasposizione dei *nudge* negli ambienti digitali, in particolare nello sviluppo dell'*Internet of Behaviours (IoB)*, che sfrutta i dati raccolti dall'*Internet of Things (IoT)* per influenzare il comportamento delle persone. D'altra parte, proprio gli strumenti digitali, con la loro pervasività, economia e profondità di penetrazione, potranno essere decisivi nel rafforzamento delle spinte, tanto in ambito ambientale quanto in tema di sostenibilità sociale. Infine, questo studio ha fatto emergere prospettive di utilizzo dei *nudge* molto interessanti per l'empowerment delle comunità, o di gruppi sociali, su questioni legate all'ambiente e alla salute, confermandone la validità anche in un terreno multisistemico come quello della mitigazione dei rischi.

Bibliografia

- Akbulut-Yuksel M., Boulatoff C. (2021). The effects of a green nudge on municipal solid waste: Evidence from a clear bag policy. *Journal of Environmental Economics and Management*, 106: 102404. DOI: 10.2139/ssrn.3747442
- Antonucci M.C., Sorice M., Volterrani A. (2024). *Confini invisibili. Comunità liminali e pratiche di resistenza nella città neoliberalista*. Milano: Meltemi.
- Bartoletti R., Faccioli F. (2016). Public engagement, Local Policies, and Citizens' Participation: An Italian Case Study of Civic Collaboration. *Social Media + Society*, 2(3): 1-11. DOI: 10.1177/2056305116662187
- Bhargava S., Loewenstein G. (2015). Behavioral Economics and Public Policy 102: Beyond Nudging. *American Economic Review*, 105(5): 396-401. DOI: 10.1257/aer.p20151049
- Boccia Artieri G. (2012). *Comunicazione e partecipazione. I media e le pratiche civiche*. Franco Angeli: Milano.
- Covello V., Winterfeldt D.V., Slovic P. (1986). Risk communication: A review of the literature. *Risk Abstracts*, 3: 171-182.
- D'Ambrosi L., Polci V., Sargolini M. (2022). La riprogettazione post sisma: verso nuove reti di engagement *all-of-society*. *SOCIETÀ MUTAMENTO POLITICA*, 13(25): 97-108. DOI: 10.36253/smp-13782
- De Caro F., Malatesta F., Pecoraro N., Capunzo M., Carpinelli L., Caruccio S., Cersosimo G., Costantino M., Giordano C., Longanella W., Patella V. (2024). Anti-Herpes Zoster Vaccination of Fragile Patients in Hospital Setting: A Nudge Intervention in Italy. *Vaccines*, 12(4): 442. DOI: 10.3390/vaccines12040442
- De Paula N., Dincelli E., Harrison T.M. (2018). Toward a typology of government social media communication: democratic goals, symbolic acts and self-presentation. *Government Information Quarterly*, 35(1): 98-108. DOI: 10.1016/j.giq.2017.12.002
- Douglas M., Wildavsky D. (1983). *Risk and Culture. An Essay on the Selection of Technological and Environmental Dangers*. Oakland: University of California Press.
- Druckman J.N. (2022). A framework for the study of persuasion. *Annual Review of Political Science*, 25: 65-68. DOI: 10.1146/annurev-polisci-060621-115840
- Felgentreff S. (2003). Post-disaster situation as "windows of opportunity"? Post-flood perceptions and changes in the German Odra river region after the 1997 flood. *Erde*, 134(2): 163-180.
- Frank S.M., Webster J., McKenzie B., Geldsetzer P., Manne-Goehler J., Andall-Brereton G., Houehanou C., Houinato D., Gurung M. S., Bicaba B.W., McClure R.W., Supiyev A., Zhumadilov Z., Stokes A., Labadarios D., Sibai A.M., Norov B., Aryal K.K., Karki K.B., Kagaruki G.B., Jaacks L.M. (2019). Consumption of Fruits and Vegetables Among Individuals 15 Years and Older in 28 Low- and Middle-Income Countries. *The Journal of nutrition*, 149(7): 1252-1259. DOI: 10.1093/jn/nxz040
- Gangl K., Walter A., Van Lange P.A. (2022). Implicit reminders of reputation and nature reduce littering more than explicit information on injunctive norms and monetary costs. *Journal of Environmental Psychology*, 84: 101914. DOI: 10.1016/j.jenvp.2022.101914

- Jones R., Pykett J., Whitehead M. (2011). Governing temptation: Changing behaviour in an age of libertarian paternalism. *Progress in Human Geography*, 35(4): 483-501. DOI: 10.1177/0309132510385806
- Kahneman D. (2011). *Thinking Fast and Slow*. London: Allen Lane.
- La Rocca G., Lovari A. (2024). *Comunicazione del rischio insulare. Prospettive in comunicazione, politiche pubbliche e analisi dei contesti*. Franco Angeli: Milano.
- Lovari A., Ducci G. (2022). *Comunicazione pubblica. Istituzioni, pratiche, piattaforme*. Milano: Mondadori Università.
- Luhmann N. (1993). *The Differentiation of Society*. Columbia University Press: New York.
- Mergel I. (2013). Social media adoption and resulting tactics in the US Federal Government. *Government Information Quarterly*, 30(2): 123-130. DOI: 10.1016/j.giq.2013.01.004
- Moser G., Uzzell D.L. (2003). Environmental psychology. In: Millon T., Lerner M.J., a cura di, *Comprehensive Handbook of Psychology*, vol. V, *Personality and Social Psychology*. New York: John Wiley & Sons.
- Nelson K. (2018). *Experimental evidence of factors influencing voluntary contributions to marine conservation*. Doctoral dissertation, Jacobs University Bremen.
- Paltrinieri R., a cura di (2020). *Culture e pratiche di partecipazione. Collaborazione civica, rigenerazione urbana e costruzione di comunità*. Milano: Franco Angeli.
- Pozzi F. (2022). *Digital Nudge: L'architettura delle scelte nei contesti digitali*. Ledizioni: Milano.
- Prati G., Pietrantonio L. (2009). Resilienza di comunità: definizioni, concezioni e applicazioni. *Psychofenia*, XII(20): 1-26. DOI: 10.1285/i17201632vXIIIn20p9
- Schreinemachers P., Baliki G., Shrestha R.M., Bhattarai D.R., Gautam I.P., Ghimire P.L., Subedi B.P., Brück T. (2020). Nudging children toward healthier food choices: an experiment combining school and home gardens. *Global Food Security*, 26: 100454. DOI: 10.1016/j.gfs.2020.100454
- Service O. et al. (2014). *EAST: Four Simple Ways to Apply Behavioural Insights*. London: Behavioural Insights Team.
- Sturloni G. (2018). *La comunicazione del rischio per la salute e l'ambiente*. Milano: Mondadori Università.
- Sunstein C.R. (2022). Sludge Audits. *Behavioural Public Policy*, 6(4): 654-673.. DOI: 10.1017/bpp.2019.32
- Thaler R.H., Sunstein C.R. (2008). *Nudge: Improving Decisions About Health, Wealth, and Happiness*. Yale: Yale University Press. (trad. it: *Nudge. La spinta gentile. La nuova strategia per migliorare le nostre decisioni su denaro, salute e felicità*. Milano: Feltrinelli, 2022).
- Tversky A., Kahneman D. (1974). Judgement Under Uncertainty: Heuristics and Biases. *Science*, 185(4157): 1124-1131. DOI: 10.1126/science.185.4157.1124
- United Nations (1987). Report of the World Commission on Environment and Development, *Our Common Future, From One Earth to One World*. Testo disponibile al sito: <http://www.un-documents.net/ocf-ov.htm> (20/03/2025).
- Viale R., Macchi L., a cura di (2021). *Analisi comportamentale delle politiche pubbliche: nudge e interventi basati sulle scienze cognitive*. Il Mulino: Bologna.

Supporting Older Adults in the Digital Health Era: A Scoping Review of Peer Digital Literacy Courses

Dario Pizzul*, Alessandro Caliendo**

Population aging and the digitalization of healthcare are reshaping European societies, posing both challenges and opportunities. Older adults, as primary users of healthcare services, often lack the digital skills needed to benefit fully from e-health innovations, increasing the risk of social exclusion. Digital literacy is therefore essential to support autonomy, wellbeing, and equitable access to care. While various instructional methods exist, peer-to-peer learning remains underexplored despite its established use in other healthcare domains. This paper presents a scoping review aimed at mapping existing studies on peer-to-peer digital literacy courses for older adults. Specifically, it examines the structural characteristics of these courses and how their effectiveness and impact on wellbeing are assessed. The review addresses a gap in the literature and informs future development of inclusive digital education strategies for older populations.

Keywords: digital competence; peer education; older adults; peer training; e-health; scoping review.

Introduction

Population aging, a phenomenon involving several countries worldwide (Uhlenberg, 2009), is reshaping the composition of contemporary societies. Among its various implications, it poses significant challenges to the sustainability of public welfare systems, including healthcare and care services (European Commission, 2018; 2020). Europe stands out globally with one of the highest proportions of older adults, and projections indicate this trend will continue due to persistently low fertility rates and increasing life expectancy (Eurostat, 2023a). These demographic shifts must be considered alongside the ongoing evolution of healthcare systems within the European

* Università di Pavia. dario.pizzul@unipv.it

** Università degli Studi di Milano. alessandro.caliandro@unimi.it

This paper is based on research conducted by both authors. In accordance with the journal's requirements for author attribution, we state that Dario Pizzul wrote the Introduction, Methods, Results, and Conclusions, while Alessandro Caliendo wrote the Discussion.

Union, particularly the integration of digital technologies across the entire healthcare domain. Digital health technologies are promoted as tools to enhance the efficiency and sustainability of healthcare delivery, while also ensuring high quality, equity, and inclusiveness of services (European Commission, 2018; Poli *et al.*, 2021). However, the broad implementation of such technologies may also introduce risks for older adults, who are typically the primary users of healthcare services (Poli *et al.*, 2023). Many older individuals may not be adequately equipped to leverage the benefits of the digital transition, particularly in areas such as e-health and telemedicine. This digital gap can result in suboptimal responses to their health needs (Poli *et al.*, 2021; 2023). More broadly, the risk of social exclusion in later life due to limited digital competence remains a pressing concern (Pihlainen *et al.*, 2021; Tyler *et al.*, 2018; Walsh *et al.*, 2021). Currently, only 28.5% of individuals aged 65–74 in the EU possess basic or higher digital skills (Eurostat, 2023b), and the demand for constant skill updates is always renewed.

Digital literacy is therefore essential for older adults to capitalize on the opportunities offered by the digital transformation of healthcare and to mitigate its associated risks. Furthermore, it has been shown that digital technology has a positive impact on older adults' wellbeing, especially concerning the use of the Internet and social media (Caliandro *et al.*, 2021; Tyler *et al.*, 2018; Woodward *et al.*, 2013). The Internet offers older people the chance to maintain, reestablish, or build new social relationships in a period of life where old habits and practices may change compared to previous times (Gatti *et al.*, 2017). Moreover, specific digital technologies may support older adults in extending their independent life, maintaining autonomy and control, which are deemed significant for higher levels of perceived wellbeing (Pihlainen *et al.*, 2021).

Therefore, promoting digital literacy should be a recognized priority (Gatti *et al.*, 2017; Pihlainen *et al.*, 2021). When training is provided, improvements in digital skills among older participants are clearly observed (Woodward *et al.*, 2013). Various instructional formats have been used to enhance digital literacy in older age, including direct instruction, individual instruction, workshop formats, remote web-based training, and intergenerational learning. Despite not being widely covered (Ahmad *et al.*, 2022; Rasi *et al.*, 2021), peer-to-peer learning seems a valuable approach to digital training in old age (Freddolino *et al.*, 2010; Hunsaker *et al.*, 2020), as also suggested by the Technology In Later Life study conducted with adults aged 70 or older in the United Kingdom and Canada (Marston *et al.*, 2019).

Peer education has been widely used in other domains of healthcare, such as the promotion of healthy lifestyles (García-Camacha *et al.*, 2019), the sharing of self-care strategies among older adults with diabetes (Ghasemi *et al.*, 2018), and education on the benefits of vision rehabilitation (Buonocore, Sussman-Skalka, 2002), as well as in lifelong learning initiatives (Brady *et al.*, 2003).

Its potential positive impact on the teaching of digital skills is clearly summarized by an interview excerpt of an older person participating in such a training experience: «I always think that seniors' problems have to be solved by seniors. There are many subtle things that only we seniors can understand and solve. Young people are not necessarily aware of these subtle things; they don't necessarily know or understand the complex minds of seniors...» (Xie, 2007, p. 437).

Having been directly involved in the design, implementation, and evaluation of a peer-to-peer digital literacy course for older adults, which also covered topics related to e-health¹, we noted a lack of comprehensive and systematic accounts on this educational approach. Consequently, we conducted the scoping review presented in this paper. Among the many features of a scoping review, we are particularly interested in its feasibility to examine how research is conducted on specific topics and to understand how certain concepts are addressed in other studies (Aromataris *et al.*, 2024). More specifically, we aim to understand what the main characteristics (e.g., number of participants, number of peer tutors, course duration, etc.) of peer-to-peer digital literacy courses described in the literature are. We also aim to map how peer education courses have been evaluated and how the impact on participants' wellbeing has been assessed.

1. Methods

A review protocol for the present scoping review has been defined to guide the various steps of the research. It is publicly available on the website of the (Ageing Societies) research group.¹ This scoping review was guided by the JBI Manual for Evidence Synthesis (Aromataris *et al.*, 2024) and informed by relevant literature on scoping reviews (Arksey, O'Malley, 2005) and existing scoping reviews on similar topics in the field of studies on older adults (Walsh *et al.*, 2017).

¹ <https://ageingsocieties.unimib.it/activers3/> (15/01/2026).

Since one of the main goals of this scoping review is to map the available literature on digital literacy peer courses among older adults, it was decided to include only published contributions in the analysis. To align with this aim, no distinction was made concerning the methodologies employed in the analysed studies. Similarly, the year of publication was not considered an exclusion criterion, allowing all available studies to be included regardless of their publication year to maximize the number of eligible studies. English was selected as a language since most of international academic production is published in this way. This criterion was inherently included in the language of the keywords used in the search query and was later applied during the screening of the materials.

Based on these criteria and the goal of reviewing the scientific production on the topic, bibliographic databases were identified as sources of evidence. The following bibliographic databases were selected: EBSCO AgeLine, Communication Abstracts, Education Research Complete, ProQuest APA PsycArticles, APA PsycInfo, Periodicals Index Online, Publicly Available Content Database, Education Database, ERIC, International Bibliography of the Social Sciences, Social Science Database, Applied Social Sciences Index & Abstracts, Social Service Abstracts, Sociological Abstracts, Sociology Database, PubMed, Scopus, and Web of Science. These databases were included in the analytical strategy after discussion with research team members due to their broad relevance to the topics of interest.

As described in the protocol, a preliminary search was conducted on the Scopus and Web of Science databases in June 2023 with the following preliminary query: “ageing” OR “old* adult*” OR “senior*” AND “peer* educat*” OR “peer* teach*”. The query was then adjusted and expanded based on the preliminary browsing of abstracts and titles. The final search query that was inserted into each of the previously listed databases is as follows: “ageing” OR “old* adult*” OR “senior*” OR “adul* education*” AND “peer*” OR “peer* educat*” OR “peer* teach*” OR “peer* tutor*” OR “peer* assist* learn*” AND “digital* litera*” OR “information and communication technolog*” OR “comput* train*” OR “media litera*” OR “media educat*” OR “media-literacy educat*”. The most recent search was executed on May 8th, 2024, and the downloaded data constitute the materials of the present scoping review.

The contributions from the search query were screened for duplicates. After removing duplicates, titles and abstracts were analysed to identify studies that described the characteristics, evaluation, and impact on wellbeing of peer digital courses for older adults. Contributions relevant to these topics were then analysed in full text, leading to further exclusions if incon-

sistent with research aims. The same title and abstract evaluation was applied to references of selected contributions to identify additional works. Data charting followed the research protocol and was conducted by one researcher, with the following information recorded in an Excel spreadsheet: Author(s); Year of publication; Title, Location of the digital peer course; Partners included in the digital peer course; Number of participants in the course; Number of peer tutors; Number and duration of lessons; Type of lessons (e.g. defined program or shared approach, frontal classes or working groups); Topics covered; Measures for evaluating effectiveness; Measures for evaluating impact on wellbeing.

The charted data from the selected contributions will be presented in the following section. As defined in the research protocol, an adapted version of the analysis spreadsheet is presented as a table to synthesize the analysed metrics. Due to the number of eligible and selected entries, graphical representations of data are not feasible. Results are discussed accordingly in a discursive form that accompanies the tables.

2. Results

As Figure 1 shows, 836 contributions were downloaded from the selected bibliographic databases. After removing duplicates, 427 records were screened by considering their titles and abstracts. Among these records, 411 were excluded because they did not specifically refer to older adults, older adults in training, older adults in digital training, or older adults in peer digital training.² Sixteen eligible contributions underwent full-text screening. From this group, 12 records were excluded because they did not exactly cover the issues of interest regarding digital courses (6 records) or peer education (6 records). The cited references of the selected 4 contributions were browsed for possible additional material to include in the analysis, resulting in one additional record being added (Xie, 2007).

² The high number of exclusions resulted from the deliberately broad search string, which included non-specific terms like “senior” and “peer” to ensure comprehensive coverage. While this approach increased initial retrieval of irrelevant studies, it minimized the risk of missing relevant ones.

Figure 1 – Flow diagram of the review process.

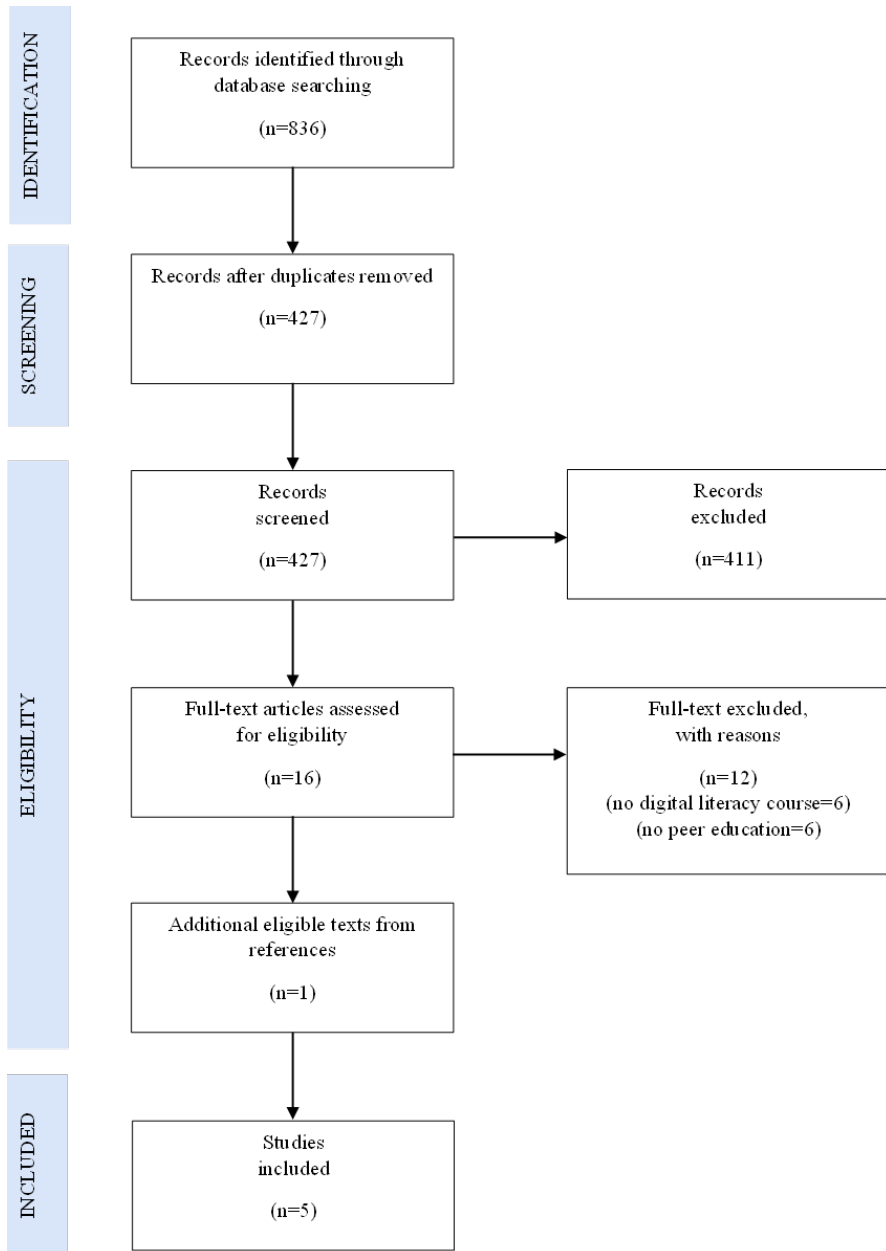


Table 1 - Analysed studies' main characteristics.

Authors	Date	Title	Location	Partners	Participants
1 Woodward <i>et al.</i>	2013	Outcomes from a peer tutor model for teaching technology to older adults	USA	OCCOA: a community agency serving older adults in Michigan, USA	19
2 Burneister <i>et al.</i>	2016	Enhancing Connectedness Through Peer Training for Community-Dwelling Older People: A Person Centred Approach	Australia	Senior Citizen's Club	6
3 Russell	2011	Later life ICT learners ageing well	Australia	NPOs	16
4 Phlmanen <i>et al.</i>	2021	Perceived benefits from non-formal digital training sessions in later life: views of older adult learners, peer tutors, and teachers	Finland	All national third-sector organizations that provide digital skills guidance for older adults and the Finnish Adult Education Association	n.a.
5 Xie	2007	Information Technology Education for Older Adults as a Continuing Peer-Learning Process: A Chinese Case Study	China	Oldkids, a senior-oriented IT training organization	n.a.

Teachers	Lessons/Hours	Type of lessons	Topics	Course effectiveness evaluation	Impact on wellbeing evaluation
1	20 weekly meetings	- Fixed format (focused on specific topics + open clinics) - In some sessions all tutors actively shared the instructional role, focusing on small groups of learners. - In other sessions, just one instructor teaching the whole class	See Appendix	- Data collection: baseline, three months, six months, and nine months (three months after the end of training). - Measured dimensions: Computer Self-efficacy, ICT's use, Tools for communicating with people in the social network	- Perceived social support measured using the Multidimensional Scale of Perceived Social Support - Loneliness measured using a six-item scale - Quality of life measured using a 16-item scale - Depressive symptoms measured using the Geriatric Depression Scale Intended as social connectedness and gathered through interviews
2	16 weekly meetings (1 to 2 hours)	Teacher following a defined program but also exploring issues of interest to participants	n.a.	Interviews (halfway and end), observations of training sessions, reports from peer trainer, weekly changes	Semi-structured interviews
3	n.a.	Small class with peer tutor or individual home lessons with peer tutor	n.a.	Semi-structured interviews	Survey (online or paper)
4	n.a.	n.a.	n.a.	Survey (online or paper)	Semi-structured interviews
5	n.a.	n.a.	n.a.	Semi-structured interviews	Semi-structured interviews

Table 1 summarizes key information about the selected studies. Among them, the 2013 study by Woodward and colleagues, titled “Outcomes from a Peer Tutor Model for Teaching Technology to Older Adults” (Woodward *et al.*, 2013), is the most detailed. Conducted in the United States, this study evaluated a six-month computer training course for adults aged 60 and over, implemented in collaboration with the Otsego County Commission on Aging (OCCOA) in Michigan. The course included 19 participants, grouped by digital skill level, and 6 tutors. Over 20 weekly sessions, participants engaged in lessons alternating between topic-specific classes and open clinics, with tutors teaching either the whole class or small groups. Details of the topics covered are available in the Appendix. The evaluation followed a four-stage design, measuring participants’ computer self-efficacy, technology use, and use of communication tools through surveys at four time points: baseline, three months into the course, at course completion, and three months post-course.

The study reported significant improvements in participants’ computer self-efficacy and use of digital technologies. However, no significant changes were observed in mental health outcomes. The authors suggest that participants’ already low depression scores, high quality of life, and strong social networks may have limited potential for change. These findings align with prior research that questions a direct link between digital training and overall wellbeing (Slegers *et al.*, 2008).

A second relevant study is by Burmeister and colleagues (2016), titled “Enhancing Connectedness Through Peer Training for Community-Dwelling Older People: A Person-Centred Approach”. This Australian study investigated a peer-led digital literacy program delivered through a Senior Citizens Club. Six participants were supported by one tutor across 16 weekly sessions lasting one to two hours. The course followed a predefined structure but was flexibly adapted to the learners’ needs. Though specific topics were not enumerated, the evaluation relied on qualitative data: mid-point and post-training interviews, field observations by a researcher, tutor reports, and participant diaries. The study underscored digital technology’s potential to foster social connectedness and enhance perceived wellbeing among older adults.

Helen Russell’s 2011 study, “Later Life ICT Learners Aging Well”, also employed a qualitative approach. It followed 16 older adults attending weekly digital literacy classes offered by a Sydney-based nonprofit over one year. The number of peer tutors and instructional content were not specified, but the study documented a range of instructional formats, from small group settings to one-on-one sessions conducted at home. Using

semi-structured interviews over a seven-year period, Russell found that participants experienced increased confidence and daily engagement through digital learning. Her findings challenge deficit-oriented narratives of aging, suggesting that digital skill acquisition fosters agency and enhances wellbeing.

The fourth study, conducted by Pihlainen and colleagues (2021) in Finland, focused on national third-sector organizations and the Finnish Adult Education Association. While the study does not provide detailed information on the number of participants, tutors, session formats, or specific topics, it assessed course impacts through online or paper surveys. The results highlighted moderate improvements in attitudes toward digital technologies and peer learning, with digital skill acquisition emerging as the primary benefit.

Finally, Bo Xie's study, "Information Technology Education for Older Adults as a Continuing Peer-Learning Process: A Chinese Case Study" (Xie, 2007), was included for its influence on subsequent research (notably, Woodward *et al.*, 2013). Although specifics such as participant and tutor numbers or training content were not disclosed, the study drew on semi-structured interviews to explore the structure and outcomes of a peer-led IT course run by the OldKids organization in Shanghai. Xie emphasized participants' preference for peer learning over intergenerational models and advocated for long-term, ongoing support beyond time-limited courses.

3. Discussion

The aim of this scoping review was to map the main characteristics (e.g., number of participants, number of peer tutors, course duration, etc.) of peer-to-peer digital literacy courses described in the literature, as well as to consider how these courses have been evaluated and how the impact on participants' wellbeing has been assessed.

3.1. The courses' characteristics

Concerning course characteristics, the analysed contributions present multiple features. Interestingly, all the peer digital literacy courses described in the five selected papers relied on partnerships with third-sector and non-profit organizations specifically engaged in older adult activities. Conversely, the number of participants in the different courses varied great-

ly, spanning from 19 (divided in two groups) (Woodward *et al.*, 2013) to 6 (Burmeister *et al.*, 2016), with no specific information provided by two contributions that covered the topic at a less granular level (Pihlainen *et al.*, 2021; Xie, 2007).

Similar variability was also found in the structure of lessons: two courses lasted between 16 and 20 weeks (Burmeister *et al.*, 2016; Woodward *et al.*, 2013), while another one took a full year with weekly appointments (Russell, 2011). Once again, two studies did not provide specific information regarding the schedule of the courses and the type of lesson or teaching approach (Pihlainen *et al.*, 2021; Xie, 2007). Woodward and colleagues (2013) provide a detailed account of the implemented teaching approaches, which involved mixed formats, focusing on specific topics or having open sessions, working in groups or having just the peer educator speaking. Burmeister and colleagues (2016) report having adopted a predefined teaching program, which, however, welcomed some changes based on participants' expressed needs. Helen Russell (2011) describes a teaching approach based on group sessions and one-to-one meetings.

Few details are available with respect to the topics covered during the course, as just one contribution precisely details them (Woodward *et al.*, 2013), and the number of peer teachers involved (Burmeister *et al.*, 2016; Woodward *et al.*, 2013). In general, unilateral indications on the length, style, and type of peer digital literacy among older adults do not emerge in the available literature. As already stressed, the work by Woodward and colleagues (2013) offers the most comprehensive reference points with respect to the implemented course's characteristics, mainly concerning the type and duration of lessons, as well as the number of participants in the implemented program.

3.2. *The evaluation of courses' effectiveness*

Again, Woodward and colleagues (2013) reported an articulated strategy based mainly on quantitative measures gathered at several points throughout course development. A similar diachronic approach was used by Burmeister and colleagues (2016), who relied on interviews with course participants, reports from the peer teacher, weekly diaries from participants, and participant observation of training sessions. Two other studies relied on a qualitative approach, implementing semi-structured interviews (Russell, 2011; Xie, 2007), while another one used online or paper questionnaires

(Pihlainen *et al.*, 2021). The analysed studies show that both qualitative and quantitative approaches can be useful for evaluating course effectiveness.

3.3. *Measuring the impact on wellbeing*

Clearly, the evaluation of the impact of the course on participants' wellbeing reflects the implemented approach for measuring the course's effectiveness. The studies relying on a quantitative approach (Pihlainen *et al.*, 2021; Woodward *et al.*, 2013) adopted specific measures to evaluate the feature of interest. Woodward and colleagues (2013) provided a detailed list of scales and measures implemented in their survey, which serve as a useful reference for structuring a measuring tool for the impact of the course on participants' wellbeing.

The qualitative approaches (Burmeister *et al.*, 2016; Russell, 2011; Xie, 2007), conversely, cannot precisely measure the change in perceived wellbeing, but can provide a deeper account of the evolution of this complex dimension in those who attended the course.

Conclusion

As discussed, the aging of Europe's population – combined with the digitalization of healthcare systems – presents complex challenges related to the sustainability of healthcare services and the inclusion of older adults. While digital health technologies promise more efficient care, they also risk leading to the exclusion of older individuals who often lack the digital skills necessary to access these services. To fully harness the benefits and mitigate the risks of healthcare's digital transformation for older adults, promoting digital literacy is essential (Gatti *et al.*, 2017; Pihlainen *et al.*, 2021). Among the various teaching approaches employed in digital training for older adults (Ahmad *et al.*, 2022; Rasi *et al.*, 2021), peer-to-peer learning is also mentioned, partly due to its established use in other areas within the healthcare domain (Buonocore, Sussman-Skalka, 2002; García-Camacha *et al.*, 2019; Ghasemi *et al.*, 2018). However, our scoping review has shown that only five contributions addressed peer-to-peer development of digital competence in old age in a structured format, describing, more or less extensively, courses' characteristics, their effectiveness, and impact on wellbeing.

The contribution by Woodward and colleagues (2013) is the most comprehensive, providing several details on an articulated learning approach. The work by Burmeister and colleagues (2016) also provides significant suggestions and evidence on the topics of interest, adopting a qualitative approach. The qualitative approach is central to the work of Helen Russell (2011) and Bo Xie (2007), who, however, provide fewer details on the considered peer education course. Conversely, Pihlainen and colleagues (2021) evaluated the effectiveness of the course and its impact on participants' and tutors' wellbeing through online and paper surveys.

As properly argued, several peer learning opportunities for older adults occur in non-formal settings, such as third-age universities or adult education centres (Pihlainen *et al.*, 2021) or even among friends and family members (Hunsaker *et al.*, 2020). One limitation of this scoping review could be the fact that it only considered scientific contributions available in bibliographic databases, thereby lacking visibility on additional digital peer learning experiences that have not been described in scientific literature. The focus on academic contributions was coherent with the initial aims, but to expand further knowledge on the topic, a similar review endeavour could be conducted on learning experiences available outside academic literature. Another limitation of this study is that the data charting and analysis were conducted by just one member of the research team, unlike what is suggested in the guidelines for scoping reviews (Aromataris *et al.*, 2024). Nevertheless, the results still seem relevant and worth sharing. They not only provide useful guidelines for better understanding the main characteristics of peer digital literacy courses, their assessments of effectiveness, and their impact on wellbeing, but also show that this is a research topic that still needs to be largely developed, starting with the promotion and actual implementation of peer digital literacy courses for older adults, perhaps placing greater emphasis on topics related to e-health.

This contribution has repeatedly stressed that digital education in old age is a viable solution to help these demographics navigate the substantial changes happening in present society, at the crossroads of digital transformation and an aging population, with a specific focus on shifts within healthcare systems. Literature shows that older adults could benefit from learning digital technologies from their peers since they have more similar interpretative frameworks that can be translated into more tailored teaching approaches, covering actually useful topics related to digital technologies and older age-specific needs (Xie, 2007).

Funding

This work is part of the third work package of the ACTIVE-IT project (“ACTIVE ageing in changing societies. Older people’s social and digital resources in pandemic and post-pandemic Italy”), titled “Older people, new needs, and possible solutions. A pilot study on peer-to-peer digital education”, financially supported by Fondazione Cariplo (Grant n. 2021-0897).

Acknowledgement

We gratefully acknowledge Dr. Emma Garavaglia for her valuable suggestions and insightful feedback, which have greatly contributed to the improvement of this work. Her expertise and guidance were instrumental in shaping the final manuscript.

References

- Ahmad N.A., Abd Rauf M.F., Mohd Zaid N.N., Zainal A., Tengku Shahdan T.S., Abdul Razak F.H. (2022). Effectiveness of Instructional Strategies Designed for Older Adults in Learning Digital Technologies: A Systematic Literature Review. *SN Computer Science*, 3(2): 1-13. DOI: 10.1007/s42979-022-01016-0
- Arksey H., O’Malley L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1): 19-32. DOI: 10.1080/1364557032000119616
- Aromataris E., Lockwood C., Porritt K., Pilla B., Jordan Z. (2024). *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. DOI: 10.46658/JBIMES-24-01
- Brady E.M., Holt S.R., Welt B. (2003). Peer teaching in lifelong learning institutes. *Educational Gerontology*, 29(10): 851-868. DOI: 10.1080/716100364
- Buonocore S., Sussman-Skalka C. (2002). Project InSights: An evaluation of a community vision education project for older adults. *Educational Gerontology*, 28(4): 289-299. DOI: 10.1080/036012702753590406
- Burmeister O.K., Bernoth M., Dietsch E., Cleary M. (2016). Enhancing Connectedness Through Peer Training for Community-Dwelling Older People: A Person Centred Approach. *Issues in Mental Health Nursing*, 37(6): 406-411. DOI: 10.3109/01612840.2016.1142623
- Caliandro A., Garavaglia E., Sturiale V., Di Leva A. (2021). Older people and smartphone practices in everyday life: an inquire on digital sociality of italian older users. *Communication Review*, 24(1): 47-78. DOI: 10.1080/10714421.2021.1904771

- European Commission (2018). *Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions on Enabling the Digital Transformation of Health and Care in the Digital Single Market; Empowering Citiz.* Testo disponibile al sito: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex:52018DC0233>
- European Commission (2020). *The 2021 Ageing Report*. DOI: 10.2765/733565
- Eurostat (2023a, November 15). *Ageing Europe - statistics on population developments*. Testo disponibile al sito: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Ageing_Europe_-_statistics_on_population_developments#Older_people_.E2.80.94_increasingly_old_and_with_growing_dependency
- Eurostat (2023b, December 14). *Individuals' level of digital skills (from 2021 onwards)*. Testo disponibile al sito: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/ISOC_SK_DSKL_I21__custom_9260663/default/table?lang=en
- Freddolino P.P., Lee V.W.P., Law C., Ho C. (2010). To Help and to Learn : An Exploratory Study of Peer Tutors Teaching Older Adults about Technology To Help and to Learn : An Exploratory Study of Peer Tutors Teaching Older Adults about Technology. *Journal of Technology in Human Services*, 28(4): 217-239. DOI: 10.1080/15228835.2011.565458
- García-Camacha A., García-Camacha I., Martínez-Andrés M., Notario-Pacheco B., Rodríguez-Martín B. (2019). Pilot testing the effectiveness of the Healthy Ageing Supported by Internet and Community programme for promoting healthy lifestyles for people over 65 years of age. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 34(3): 636-647. DOI: 10.1111/scs.12765
- Gatti F.M., Brivio E., Galimberti C. (2017). “The future is ours too”: A training process to enable the learning perception and increase self-efficacy in the use of tablets in the elderly. *Educational Gerontology*, 43(4): 209-224. DOI: 10.1080/03601277.2017.1279952
- Ghasemi M., Hosseini H., Sabouhi F. (2018). Effect of peer group education on the quality of life of elderly individuals with diabetes: A randomized clinical trial. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 24(1): 44-49. DOI: 10.4103/ijnmr.IJNMR_39_17
- Hunsaker A., Nguyen M.H., Fuchs J., Karaoglu G., Djukaric T., Hargittai E. (2020). *Unsung helpers: older adults as a source of digital media support for their peers*. *The Communication Review*. 23(4), 309-330.
- Marston H.R., Genoe R., Freeman S., Kulczycki C., Musselwhite C. (2019). Older adults' perceptions of ict: Main findings from the technology in later life (TILL) study. *Healthcare*, 7(86): 1–27. DOI: 10.3390/healthcare7030086
- Pihlainen K., Korjonen-Kuusipuro K., Kärnä E. (2021). Perceived benefits from non-formal digital training sessions in later life: views of older adult learners, peer tutors, and teachers. *International Journal of Lifelong Education*, 40(2): 155-169. DOI: 10.1080/02601370.2021.1919768

- Poli A., Kelfve S., Berg K., Motel-Klingebiel A. (2023). Old-age diversity is underrepresented in digital health research: findings from the evaluation of a mobile phone system for post-operative progress monitoring in Sweden. *Ageing and Society*, 43(10): 2264-2286. DOI: 10.1017/S0144686X21001641
- Poli A., Kostakis I., Barbabella F. (2021). Receiving Care Through Digital Health Technologies: Drivers and Implications of Old-Age Digital Health Exclusion. In K. Walsh, T. Scharf, S. Van Regenmortel, A. Wanka, eds., *Social exclusion in later life*. Springer.
- Rasi P., Vuojärvi H., Rivinen S. (2021). Promoting Media Literacy Among Older People: A Systematic Review. *Adult Education Quarterly*, 71(1): 37-54. DOI: 10.1177/0741713620923755
- Russell H. (2011). Later life ICT learners ageing well. *International Journal of Ageing and Later Life*, 6(2): 103-127. DOI: 10.3384/ijal.1652-8670.1162103
- Slegers K., Van Boxtel M.P.J., Jolles J. (2008). Effects of Computer Training and Internet Usage on the Well-Being and Quality of Life of Older Adults: A Randomized, Controlled Study. *Journal of Gerontology: PSYCHOLOGICAL SCIENCES*, 63(3).
- Tyler M., Simic V., De George-Walker L. (2018). Older adult Internet super-users: counsel from experience. *Activities, Adaptation and Aging*, 328-339. DOI: 10.1080/01924788.2018.1428472
- Uhlenberg P. (2009). *International Handbook of Population Aging*. Springer Science and Business Media. DOI: 10.1007/978-1-4020-8356-3_11
- Walsh K., Scharf T., Keating N. (2017). Social exclusion of older persons: a scoping review and conceptual framework. *European Journal of Ageing*, 14(1), 81-98. DOI: 10.1007/s10433-016-0398-8
- Walsh K., Scharf T., Van Regenmortel S., Wanka A. (2021). *Social Exclusion in Later Life. Interdisciplinary and Policies Perspectives*. Springer.
- Woodward A.T., Freddolino P.P., Wishart D.J., Bakk L., Kobayashi R., Tupper C., Panci J., Blaschke-Thompson C.M. (2013). Outcomes from a peer tutor model for teaching technology to older adults. *Ageing and Society*, 33(8): 1315-1338. DOI: 10.1017/S0144686X12000530
- Xie B. (2007). Information technology education for older adults as a continuing peer-learning process: A Chinese case study. *Educational Gerontology*, 33(5): 429-450. DOI: 10.1080/03601270701252872

Appendix

Tab. 2 – Topics covered by course analysed by Woodward and colleagues (2013).

Lesson	Beginner	Intermediate
1	Kick-off event	Kick-off event
2	Introduction to the PC and the internet	Browser review
3	Keyboard and navigation	Browser advanced
4	Clinic	Clinic
5	Browser basics	Security
6	Clinic	Clinic
7	Security	Files and attachments
8	Evaluating information	Clinic
9	Clinic	Skype
10	Email introduction	Clinic
11	Email attachments	Facebook
12	Clinic	Clinic
13	E-Greetings	Prescription Drug Plans
14	Clinic	Clinic
15	Facebook	Picasa introduction
16	Clinic	Sharing photos
17	Skype	Clinic
18	Clinic	Blogging
19	Favourite sites	Favourite sites
20	Wrap-up event	Wrap-up event

Dialogo e patient-centred approach nelle visite in ambito oncologico: il punto di vista del personale medico

Elisa Rossi*, Daniele Urlotti*

The healthcare system has been concerned with the greater relevance of the humanization of care and communicative processes centered on the patient, dialogue and active listening. The authors' objective is to examine whether and which aspects regarding the dialogic form of interaction and the patient-centered approach become apparent within the medical personnel's representations. In order to do so, ten female doctors (six surgeons, two oncologists, and two radiotherapists) and two male oncologists were interviewed. Active and attentive listening is identified as an important means to gather information about the patients' health and needs, to build a relationship of trust; clarity and transparency are key aspects to orient to the patient. To enhance communicative effectiveness, the elements which are foregrounded as necessary are more training on dialogue and empathy, longer visits, less bureaucracy and a deeper knowledge relative to the specific clinical case prior to consultation.

Keywords: doctor-patient communication; patient-centred approach; dialogue; interviews with physicians; good communication; difficulties.

Parole chiave: comunicazione medico-paziente; approccio centrato sul paziente; dialogo; interviste con medici; buona comunicazione; difficoltà.

Introduzione

Il sistema medico-sanitario, anche in Italia, è interessato dalla crescente attenzione verso la cosiddetta umanizzazione delle cure, basata soprattutto su una comunicazione centrata sulla persona del paziente, sul dialogo e sull'ascolto attivo. Dalla fine del secolo scorso infatti si sono riconosciuti i limiti di interazioni mediche centrate sul medico e sulla malattia, che osservano e trattano il paziente solo come ruolo impersonale e standardizzato. Obiettivo principale di questo articolo è esaminare se e quali aspetti legati

* Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia. elisa.rossi@unimore.it

L'articolo è frutto di una stretta collaborazione e di un lavoro congiunto fra l'autrice e l'autore. Introduzione e Conclusioni sono attribuiti a Daniele Urlotti, i restati paragrafi ad Elisa Rossi.

alla forma dialogica di interazione e al *patient-centred approach* emergono dalle rappresentazioni del personale medico, intervistato nell'ambito di un progetto di ricerca sulla comunicazione medico-paziente in campo oncologico. Dopo aver illustrato, da una prospettiva sistemico-costruttivista, le caratteristiche di suddetta comunicazione e del dialogo in particolare, si affronterà il dibattito sull'umanizzazione delle cure e sull'approccio centrato sul paziente. Successivamente, si presenteranno la metodologia di ricerca, i dati raccolti e i partecipanti allo studio, per poi analizzare le rappresentazioni dei dodici medici intervistati su ascolto attivo, buona comunicazione, ostacoli e difficoltà, azioni di miglioramento.

1. La comunicazione medico-paziente e il dialogo

Seguendo un approccio costruttivista, nella comunicazione i partecipanti comprendono le azioni dei loro interlocutori, co-costruiscono e coordinano i significati sociali che assegnano alla "realtà" osservata (Pearce, 1993). Da una prospettiva sistemica della società e della comunicazione (Luhmann, 1990), la visita medica può essere osservata come un sistema sociale, ossia come un *sistema di interazioni* nell'ambito del più ampio sistema comunicativo medico-sanitario. In quest'ultimo, le comunicazioni in generale, e le interazioni mediche specifiche al suo interno, presentano tre caratteristiche strutturali fondamentali: (1) l'orientamento primario dei contenuti ammessi e trattati riguarda la cura delle malattie; (2) il posizionamento dei partecipanti concerne in prevalenza i ruoli impersonali di professionisti medico-sanitari e pazienti, (3) le aspettative espresse sono primariamente normative, in quanto legate alle relazioni gerarchiche tra medico e paziente. Tale struttura contestualizza le interazioni medico-paziente come istituzionali, impersonali e asimmetriche. In tal senso, il sistema medico-sanitario è ancora in buona parte orientato al ruolo del medico e le visite tendono ad un approccio comunicativo *doctor-centred*, con i medici che esercitano il loro potere: da un lato, manifestando la loro autorità epistemica nell'accesso e nella produzione di conoscenza; dall'altro, controllando la partecipazione attiva, l'auto-espressione e l'*agency* (o capacità di scelta) dei pazienti (Heritage, Raymond, 2005; Roter, Hall, 2006).

Più nello specifico, l'approccio centrato sul medico si realizza nell'interazione attraverso il *monologo*, ossia una forma di comunicazione caratterizzata dal controllo degli interlocutori e dall'imposizione della propria prospettiva (Bohm, 2004; Littlejohn, Domenici, 2001; Wadensjö, 1998). La forma monologica di interazione prevede, di conseguenza, una mancanza di ascolto

delle diverse prospettive che potrebbero emergere durante le visite, di sensibilità per i sentimenti e i pensieri espressi da pazienti e accompagnatori, infine il posizionamento gerarchico associato ai ruoli.

All'opposto del monologo si può osservare il *dialogo*, definibile come una particolare forma di comunicazione basata su tre specifici presupposti strutturali (Baraldi, 2023; Bohm, 2004; Gergen *et al.*, 2001; Littlejohn, 2004; Pearce, Pearce, 2003): (1) la distribuzione equa della partecipazione attiva tra i parlanti (*equità*); (2) l'attenzione verso i propri interlocutori, soprattutto ai loro sentimenti, opinioni e narrazioni (*empatia*); (3) il riconoscimento, la comprensione e l'incoraggiamento di prospettive diverse e multiple (*empowerment*). Il dialogo assegna il primato all'autonomia personale come forma di posizionamento, alle aspettative affettive e al valore dell'espressione personale di opinioni, sentimenti, emozioni, esperienze e storie.

Con riferimento al sistema medico-sanitario, nel contesto internazionale Abramovitch e Schwartz (1996) richiamano la filosofia del dialogo di Martin Buber e teorizzano tre fasi del *medical dialogue*: (1) una fase iniziale di incontro personale, che avvia la relazione medico-paziente e prevede conferme reciproche delle rispettive unicità, a partire da reciprocità, fiducia e rispetto; (2) una seconda fase di esame medico, che richiede il passaggio da uno stile personale di interazione ad uno impersonale; (3) una fase finale, che implica l'integrazione dei risultati dell'esame medico nel dialogo in corso. Successivamente, altri studiosi (Roter, Hall, 2006; Zandbelt *et al.*, 2005) hanno descritto il dialogo medico come una comunicazione caratterizzata da reciprocità e scambio, nella quale i medici si posizionano come ruoli personalizzati, condividono le loro conoscenze con i pazienti, osservano i pazienti come a loro volta esperti e portatori di prospettive uniche e valide sul loro stato di salute, sulla loro qualità di vita.

Nel contesto italiano, si possono menzionare, tra gli altri: (a) studi concettuali, con finalità applicative di formazione al personale delle aziende sanitarie e agli studenti, sul miglioramento dell'organizzazione e delle competenze comunicative, soprattutto legate all'ascolto attivo ed empatico (Cocco, Tiberio, 2005); (b) studi empirici volti a mostrare l'importanza del dialogo per migliorare lo stato di salute del paziente ed accrescere l'efficacia della cura (Moja, Vegni, 2000); (c) studi empirici in cui vengono discusse e negoziate, diverse opzioni di trattamento dopo l'intervento di chirurgia senologica (Fatigante *et al.*, 2020); (d) studi empirici in ambito ginecologico e pediatrico, volte ad analizzare principalmente le aspettative costruite nell'interazione e le azioni dialogiche utilizzate dai professionisti per promuovere la partecipazione e l'*agency* dei pazienti anche nel produrre narrazioni (Rossi, 2021; 2022).

2. Umanizzazione della cura e approccio centrato sul paziente

Promuovendo la partecipazione attiva e l'auto-espressione del paziente, il dialogo rappresenta una forma di comunicazione orientata al paziente, inteso non più come ruolo impersonale e standardizzato. La visita medica che adotta un approccio dialogico e *patient-centred* intende basarsi sull'ascolto attivo, interessato ed empatico, delle diverse prospettive via via emergenti nell'interazione, sul riconoscimento, il rispetto e la fiducia reciproci, sulla condivisione con il paziente di dati medici chiari, ma anche di decisioni riguardanti la cura (Malatesta, 2021). A questo proposito, dalla fine del Novecento nelle società occidentali si è assistito alla cosiddetta "crisi umanistica" della medicina e alla cosiddetta "svolta affettiva", che hanno messo in evidenza i limiti di un approccio meramente istituzionale, impersonale e asimmetrico nell'interazione medico-paziente, nonché l'importanza dell'ascolto e delle emozioni, spingendo così a perseguire una comunicazione maggiormente incentrata sulla *persona del paziente* (von Raffler-Engel, 1989), a maggior ragione in ambito oncologico (Epstein, Street, 2007). L'umanizzazione della cura durante le visite dovrebbe essere implementata limitando gli aspetti tecnico-organizzativi-burocratici e promuovendo un processo di cura *patient-centred* e focalizzato sulla sua persona, con bisogni, emozioni e prospettive uniche (Busch *et al.*, 2019).

Anche in Italia dall'inizio del nuovo secolo ha preso piede una riflessione sulla medicina e sulla visita *centrata sul paziente* (Moja, Vegni, 2000). In tal senso, una diffusa sensibilità viene espressa verso la comunicazione interpersonale tra tutte le parti in causa, al fine di favorire un sistema medico-sanitario centrato sulla persona (Pasero, Ravazzi, 2006). L'umanizzazione e il *patient-centred approach* concorrono a migliorare la qualità delle cure (Cadeddu *et al.*, 2007); nel tentativo di passare dalla medicina basata sulle evidenze (EBM) ad una medicina basata sul paziente (PBM), si riconosce sempre di più il ruolo strategico di quest'ultimo (Ruggeri, 2010). Anche la formazione del personale medico e sanitario dovrebbe risentire di questo cambio di paradigma, sollecitando riflessioni sulle criticità di una medicina centrata solo sulla malattia e promuovendo strumenti teorici e operativi in un'ottica di medicina narrativa e centrata sul paziente (Marano, 2014).

3. Metodologia della ricerca

Obiettivo dello studio è esaminare se e quali aspetti legati alla forma dialogica di interazione e al *patient-centred approach* emergono dalle rappresentazioni del personale medico in merito alle visite (prime e di *follow up*) che svolgono nella loro *routine* clinica. A tal fine, sono state intervistate dieci mediche (di cui sei chirurghe, due oncologhe e due radioterapiste) e due medici (entrambi oncologi), reclutate nell'ambito di un progetto di ricerca locale che prevedeva anche videoregistrazioni di visite, nella consapevolezza che la comunicazione oncologica richieda un'attenzione più accorta e mirata ai bisogni, alle preoccupazioni e in generale alle emozioni, esperienze e narrazioni del paziente.

Lo strumento adottato è quello dell'intervista individuale semi-strutturata. Questo tipo di intervista, rigida e flessibile al contempo (Corbetta, 2014), è una tecnica di rilevazione qualitativa che presenta due caratteristiche principali. In primo luogo, è finalizzata a cogliere la prospettiva dei soggetti studiati o dei testimoni privilegiati di un fenomeno sociale: nel caso specifico qui in esame, l'interazione medico-paziente durante le visite in ambito oncologico. La finalità conoscitiva principale consiste nell'accesso non a verità oggettive, bensì alle costruzioni, interpretazioni o rappresentazioni dei soggetti studiati o dei testimoni privilegiati, in modo da produrre un ricco materiale semantico. In secondo luogo, l'intervista semi-strutturata presuppone che si colgano le categorie e le distinzioni dell'intervistato partendo da definizioni e concetti dati; dunque, possibilità di sviluppo e contenuti sono vincolati all'orientamento teorico della ricerca. L'intervista semi-strutturata è solo parzialmente strutturata e direttiva, poiché è prevista una certa flessibilità nell'utilizzo della traccia di domande e nella loro formulazione. Le modalità di conduzione possono cambiare da un'intervista a un'altra, da un ricercatore a un altro: chi intervista può proporre o rilanciare punti da tematizzare, o modificare l'ordine in cui vengono poste le domande (Flick, 2009; Hopf, 2004).

Con riferimento alla comunicazione medico-paziente, per lo più di ambito oncologico, si possono menzionare alcuni studi recenti che hanno utilizzato la tecnica dell'intervista semi-strutturata con i medici. Ad esempio, De Panfilis e colleghi (2019) hanno intervistato personale medico e infermieristico che assiste pazienti con malattie croniche avanzate, focalizzandosi su questioni etiche e i dilemmi morali. Robieux e colleghi (2018) hanno realizzato 25 interviste a medici oncologi esperti, sul fenomeno comunicativo dell'empatia. Più indietro nel tempo, Manghi (2005) ha invece svolto un'indagine

con interviste narrative a 55 medici ospedalieri e di base, al fine di dare spazio ai racconti dei medici circa le loro esperienze interattive con i pazienti e la loro interpretazione momento per momento durante le visite, con un'attenzione particolare alle sfide che possono portare i pazienti informati.

L'intervista semi-strutturata sottoposta ai dodici medici di ambito oncologico partecipanti allo studio da noi presentato si articola in tre aree tematiche. La prima è composta da due domande, sull'esperienza nel ruolo e sulla formazione ricevuta in merito alla comunicazione medico-paziente, e da altri due quesiti relativi ad eventuali indicazioni da seguire o vincoli imposti dall'ente ospedaliero. Le domande della seconda sezione sono volte a far emergere il punto di vista del personale medico intervistato su: (a) i punti di attenzione durante la visita; (b) le eventuali strategie comunicative elaborate per aprire l'incontro, formulare la diagnosi/stadiazione, prescrivere il trattamento e chiudere la visita; (c) il modo in cui i comportamenti dei pazienti agevolano il medico nella conduzione di una visita soddisfacente; (d) l'eventuale rilevanza assegnata alle iniziative e alle resistenze del paziente e degli accompagnatori e il modo di gestirle nella comunicazione; (e) l'eventuale importanza data all'ascolto del paziente e su quali aspetti (es. bisogni, paure). Le domande della terza e ultima area tematica mirano ad esplorare le rappresentazioni dei medici sulla buona comunicazione con il paziente e sui possibili ostacoli, le difficoltà che possono manifestarsi, le possibili azioni di miglioramento. Per motivi di spazio, e in linea con il piano teorico illustrato, in questo articolo ci si concentrerà sulla prima area tematica (cfr. §5) e sulla terza parte dell'intervista, con un focus però anche sull'ascolto del paziente da parte del medico (cfr. §6), in quanto presupposto strutturale del dialogo, pertanto selezionato dalla seconda parte della traccia di intervista.

4. Descrizione dei dati

Le interviste di seguito analizzate sono state realizzate nell'ambito di un progetto biennale di ricerca locale, finanziato nel 2022 dall'Università e dalla Fondazione del territorio di riferimento, dislocato nell'Italia del Nord. Il progetto ha raccolto un corpus di visite mediche video-registrate presso la Breast Unit della Struttura Complessa di Chirurgia Oncologica e Senologica di uno degli ospedali locali e un corpus di interviste al personale medico, in cui i medici sono stati direttamente coinvolti nella riflessione sugli aspetti legati alla comunicazione orientata al paziente.

Le interviste, svolte da remoto tra fine dicembre 2023 e inizio marzo 2024, sono state tutte audio-registrate previo consenso informato dei partecipanti, che hanno aderito su base volontaria, dopo essere stati videoregistrati durante le visite nel quadro del progetto. I colloqui sono stati tutti trascritti integralmente; in alcuni casi sono state applicate delle convenzioni di trascrizione proposte dalla metodologia dell'Analisi della Conversazione, o CA (Jefferson, 1996).

5. I partecipanti

Nel complesso, sono state intervistate dodici persone: dieci mediche, di cui sei chirurghe, due oncologhe e due radioterapiste, unitamente a due medici, entrambi oncologi. L'esperienza nel ruolo è molto variegata, considerando anche l'ampio spettro di età dei soggetti: gli anni in cui hanno ottenuto le specializzazioni spaziano infatti dal 1994 al 2017. Tutti gli intervistati sono, inoltre, attualmente dirigenti medici (di I livello).

La maggior parte delle persone intervistate non ha ricevuto alcuna formazione sulla comunicazione medico-paziente durante gli anni universitari, fruendo solo di corsi interni alla Breast Unit in cui lavorano, e talvolta di corsi su piattaforme regionali. Le altre partecipanti al progetto segnalano corsi periodici facoltativi e per interesse personale, proposti ad esempio dalle aziende farmaceutiche, o richiesti dall'European Society of Breast Cancer Specialists. Un'unica medica (chirurga) segnala di aver seguito già durante il primo corso di studi universitari un corso sulla comunicazione medico-paziente che prevedeva anche l'uso di giochi di ruolo, mentre un'altra dottoressa (radioterapista) riporta di aver frequentato un corso durante la scuola di specializzazione.

Dalla prima parte dell'intervista emerge, inoltre, come la struttura ospedaliera di riferimento non disponga di Linee Guida specifiche sulla comunicazione medico-paziente né fornisca una scaletta precisa da seguire durante le visite. Tutte le persone intervistate riferiscono a questo proposito di seguire una loro "scaletta mentale" che può anche essere flessibile e personalizzata, in base allo specifico paziente. L'orientamento al paziente riaffiora anche a proposito dei tempi di visita: se la struttura ospedaliera di afferenza fornisce indicazioni precise sul tempo da concedere alle prime visite (30-45 min) e alle successive (15 min), tutte le persone intervistate sottolineano come queste siano seguite in modo flessibile, in considerazione della complessità del caso clinico affrontato e dei bisogni (informativi, emotivi, ecc.) del paziente e/o del *care-giver*.

6. Ascolto e buona comunicazione

6.1. *L'ascolto del paziente da parte del medico*

Nel corso dell'intervista, è stato chiesto ai partecipanti di esprimersi rispetto al loro modo di concepire l'importanza dell'ascolto attivo delle istanze presentate dai pazienti, in particolare donne, riferendosi lo studio ad una Breast Unit. La motivazione principale di tale importanza, secondo l'opinione di cinque medici (D1, D2, D3, D9, D10), risiede nel fatto che tale ascolto attivo permette di acquisire informazioni che possono risultare fondamentali per la definizione e l'accettazione della terapia. Una delle dottoresse (D9) cita anche un aneddoto in cui, solo grazie all'ascolto attento, si è riusciti a superare il rifiuto di una paziente a ricevere le cure adeguate:

lei mi ha detto guardi però se mi dice chemioterapia io non la faccio e semplicemente gli ho chiesto ma signora posso chiederle perché e lei mi ha raccontato che una sua amica era morta molto giovane era stata molto male con la chemioterapia e quindi lei aveva detto che non sarebbe morta così (.) e in quel momento lì ho capito qual era il suo problema e:: (.) andandole a spiegare che (.) innanzitutto erano malattie diverse erano tempi diversi ci sono cure migliori che non avremmo fatto nulla (.) sul quale lei non fosse stata d'accordo (.) che se anche ci fosse stato da fare la chemioterapia (.) se lei non voleva avremmo cercato delle alternative cioè il fatto di accogliere la sua preoccupazione l'ha portata poi a fare una terapia e a non scappare da dov'era (D9).

Altre mediche adducono motivazioni diverse per giustificare l'importanza dell'ascolto: esso può servire a corroborare il rapporto con il paziente, poiché permette di costruire conoscenza e fiducia reciproche (D5); un altro aspetto segnalato è che quando una paziente non si sente ascoltata dai medici tende a non fidarsi di essi (D4).

L'ascolto è importante anche per individuare quelle pazienti la cui tendenza al silenzio segnala in realtà il loro bisogno di essere ascoltate (D4, D6). Grande attenzione viene posta, da quasi la metà dei medici partecipanti (D3, D5, D8, D11, D12), all'ascolto delle paure delle pazienti. Tra le più citate troviamo la paura di perdere l'autonomia e/o dei cambiamenti estetici post-trattamento (D8), la paura di ritrovarsi soli ad affrontare gli effetti collaterali delle cure (D11) e la preoccupazione per la conservazione di ovuli fertili che permettano future gravidanze (D12).

In merito all'ascolto e alla gestione delle paure, due dottoresse (D7, D10) sollevano il problema delle competenze specifiche che sono necessarie per poterle gestire correttamente, motivo per cui entrambe, in caso di necessità, reindirizzano le pazienti con esigenze particolari agli psicologi.

In tal senso, è interessante notare che dalla ricognizione sull'importanza dell'ascolto attivo nel creare un rapporto positivo (come evidenziato dalla letteratura sul dialogo nel §1) emergono sì i motivi di tale importanza ma non i modi in cui si ritiene di praticarlo, ad esempio attraverso azioni dialogiche quali ripetizioni, feedback minimi e riformulazioni (cfr. Rogers, Farson, 2015).

6.2. Le caratteristiche di una “buona” comunicazione medico-paziente

Nell'ultima parte dell'intervista, la maggior parte dei rispondenti indica varie caratteristiche quali centrali per la comunicazione efficace. Chiarezza e trasparenza nelle informazioni fornite al paziente si evidenziano come gli aspetti più rilevanti per sette medici, in combinazione ad altri fattori che, richiamando il quadro teorico da noi descritto in precedenza, rimandano ad un approccio dialogico (cfr. §1), ma anche indirettamente al *patient-centred approach* (cfr. §2). Gli altri cinque medici segnalano invece in prima battuta proprio aspetti dialogici: apertura, disponibilità, ascolto, costruzione di fiducia, orientamento alla specificità del paziente. Più nel dettaglio, quattro intervistati ritengono fondamentali: la chiarezza nelle informazioni che si forniscono, combinata ad una verifica della comprensione del paziente su quanto è stato detto (D1); la percezione che non ci sia fretta e che si conosca non solo la materia ma anche il caso specifico (D6); l'orientamento alla complessità e alla vita del paziente (D9); l'ascolto di paure e dubbi, e disponibilità a parlare al di fuori dell'orario di visita (D11):

secondo me bisogna comunque essere chiari nell'esporre le motivazioni e il senso di quello che stiamo proponendo eh:: il saper ascoltare anche quindi comunicare: (.) la nostra parte ma metterci anche in ascolto di quelle che sono le paure ehm: i dubbi soprattutto del paziente e: mh anche la disponibilità quindi bisogna far capire cioè io mi rendo sempre disponibile (D11).

Gli altri tre medici ritengono fondamentali chiarezza e onestà, senza mai omettere nulla né della malattia, né della cura (D4), in particolare dei problemi che certi trattamenti possono dare (D12), o spiegando tutto il percorso, mostrando di conoscere il caso specifico e di prenderlo in carico, in modo da tranquillizzare la paziente (D5) e creare fiducia (Malatesta, 2021).

Per quanto invece riguarda le cinque mediche che rilevano esclusivamente l'importanza del dialogo durante la visita, quattro di queste citano l'ascolto del paziente (D8), l'apertura e la disponibilità nei suoi confronti (D10), l'orientamento alla specificità del paziente in termini di problematiche, paure, ecc. (D3), infine la fiducia reciproca (D2). La restante professionista (D7) dichiara di mostrarsi al paziente né troppo distaccata né troppo amichevole, anche per smontare il pregiudizio di genere sulle donne chirurghe, e così costruire fiducia. Da notare che il ruolo di un eventuale accompagnatore, ad esempio al momento di una diagnosi infausta, non viene menzionato tra gli aspetti centrali per una comunicazione efficace, mentre invece, come mostreremo nel prossimo paragrafo, viene citato tra gli aspetti ostacolanti.

7. Ostacoli, problemi, prospettive

7.1. Ostacoli e problemi nella comunicazione con il paziente

In questo caso, otto rispondenti su dodici, rilevano problematiche direttamente ascrivibili al paziente, in particolare ansie e paure, che inibiscono la comprensione di quanto viene trasmesso (D5, D7, D8, D9), sue resistenze alla medicina tradizionale (D2), difficoltà linguistiche (D3), mancanza di ascolto e fiducia verso il medico (D10, D11):

beh quando:: la paziente è particolarmente diffidente mh: è difficile che trovi proprio degli ostacoli enormi cioè: delle volte è stato molto difficile però credo che poi alla fine siam sempre riuscite a creare un buon sistema comunicativo (.) eh il clima buono è fondamentale però (.) le pazienti che entrano con uno stato eccessivo di ansia che cercano di: cioè di non voler recepire le informazioni che dai perché poi ritornano sempre allo stesso punto come se tu non avessi mai parlato sono molto faticose [...] (D7).

Inoltre, tre di questi otto professionisti, individuano anche nell'accompagnatore (le sue ansie e paure, il parlare al posto del paziente) un ostacolo alla comunicazione efficace (D2, D3, D5). I restanti quattro medici segnalano invece il contesto della visita (ambulatorio, telefonate improvvise, altre distrazioni, interruzioni, poche risorse, ecc.) (D1 e D12), unito a resistenze del paziente alla comunicazione e al trattamento (D4) o a barriere linguistiche con pazienti migranti (D6). Interessante anche che due mediche (D5 e D9) riportino che, in caso di ansie e paure del paziente, si forniscono loro poche informazioni mirate e si segnala loro il supporto psicologico nella struttura.

La domanda sui problemi che i medici intervistati rilevano durante le visite e a partire dalla propria esperienza professionale evidenzia uno spettro di risposte molto variegato: lo stato emotivo del medico, tra l'empatia e il distacco (3 risposte), la comunicazione della "cattiva diagnosi" (2), le difficoltà nel capire se la comunicazione ha avuto successo (2), la resistenza del paziente (2), un accompagnatore ostacolante (1), la comunicazione di un cambio diagnosi (1), la difficoltà di farsi percepire professionalmente e al contempo empatica, in quanto medico donna (1). Nello specifico, lo stato emotivo del professionista, sia quello con cui si arriva alla visita, sia quello con cui si affronta la comunicazione della diagnosi, viene evocato tra le principali difficoltà da D3, D4, D7:

mah a volte può essere qualcosa dovuto a me quindi ecco trovo difficoltà (.) a comunicare già una (.) diagnosi difficile quando io se magari ho uno stato d'animo un pochino particolare all'inizio della conversazione quindi (.) cerchi sempre ovviamente di mettere da parte (.) quelle che sono le tue: emozioni le tue sensazioni le tue difficoltà quando entri (.) in ospedale questo è ovvio poi siamo delle persone quindi non è che sempre riesci (.) a farlo (D3).

Altri due medici riportano come sia particolarmente problematico da un punto di vista emotivo comunicare la "cattiva prognosi" (ossia impossibilità di cura ed accompagnamento al fine vita) al paziente e/o al suo familiare (D1), a maggior ragione quando non ci si sente adeguatamente formati in tal senso (D11):

tu devi dire che la situazione sta precipitando (.) ehm le parole non sono mai giuste e un minimo di speranza probabilmente la devi (.) comunque (.) lasciare ehm e questo è difficile è difficile capire quanto il paziente abbia percepito e quanto voglia sapere questo (D1).

La difficoltà nel capire se la comunicazione abbia avuto successo, dunque se diagnosi, cura e prognosi siano state comprese, viene segnalata da due mediche: vuoi per il livello di italiano come L2 (seconda lingua) delle pazienti migranti e la mancanza di un servizio di mediazione efficace, vuoi per l'età ed eventuali patologie psichiatriche pregresse delle pazienti (D8), vuoi per una probabile reticenza del paziente nel comunicare che non ha capito (D9). Altri due medici invece individuano la principale difficoltà nella resistenza del paziente ad accettare la terapia e/o uno o più dei suoi effetti collaterali (D10) o il rapporto non sempre semplice tra il beneficio reale della cura e il rischio morte (D12). Infine, si registrano alcune altre difficoltà: un accompagnatore ostacolante e la resistenza del paziente verso la medicina tradizionale (D2); il rischio

che la paziente interpreti una nuova diagnosi più negativa come un errore medico (D5); la difficoltà di farsi percepire professionale e al contempo empatica in quanto medico donna (D6).

7.2. Prospettive per il futuro

Relativamente alle proposte di miglioramento della comunicazione medico-paziente nel futuro prossimo, nove intervistati su dodici indicano come aspetto problematico la scarsa formazione ricevuta sulla comunicazione e sull'empatia, segnalandone la persistenza purtroppo (Cocco, Tiberio, 2005), seguita dalla troppo breve durata di molte visite, un fattore questo segnalato da sei partecipanti. Ad esempio, D1 e D2 suggeriscono di aumentare il tempo della visita e di seguire corsi di formazione specifici su come comunicare col paziente. D9, oltre ad avere più tempo per ciascun paziente e a ricevere una formazione specifica sulla comunicazione e la gestione delle emozioni negative (paura e rabbia *in primis*), riterrebbe opportuno ridurre o cambiare le modalità delle visite multiprofessionali, molto impattanti e poco rilassanti per il paziente, a suo avviso. Per D6, al contrario, sarebbe importante potenziare le visite congiunte, oltre ad aumentare il tempo della visita, ricevere una formazione specifica sulla comunicazione, nonché avere degli schemi visivi con cui spiegare al meglio al paziente l'intervento che si andrà a fare. Per D8 sarebbe importante aumentare il tempo della visita e fare meno incontri in un giorno. D5, da parte sua, aggiunge all'aumento del tempo delle visite, soprattutto quelle multidisciplinari, il fatto di conoscere già tutto del caso clinico specifico, per tranquillizzare la paziente:

[...] e poi: a me piace molto il fatto che (.) che le pazienti vengano da noi e che noi sappiamo già tutto di loro del caso clinico perché lo percepisco subito che (.) sanno chi hanno davanti (.) questo in generale vedo che non è: comune (.) secondo me quando (.) tu vedi che hai davanti a te uno che non ha la più pallida idea del tuo caso la paziente lo percepisce subito (D5).

Sul fronte della formazione, cinque medici chiedono corsi per potenziare l'empatia verso i pazienti (D3) e per migliorare i modi di comunicare la diagnosi (D10), mentre altri tre medici abbinano la richiesta di maggiore formazione alla riduzione della parte burocratica e silenziosa della visita (compilazione scheda clinica al pc) (D7) in ottica di umanizzazione, al supporto psicologico durante la visita (D11), al passaggio al modello americano delle visite,

in cui sono i medici che vanno dal paziente, non il contrario (D12), indicando un *patient-centred approach* più deciso (Busch *et al.*, 2019):

a livello istituzionale la cosa che io farei unificare non siamo in America ma farei un Breast Cancer Center cioè direttamente la paziente entra lì c'ha tutto senza che si perda nell'ambito dei labirinti di ospedali italiani cioè il modello americano essenzialmente e soprattutto quello che cambierei [...] è che il medico entra dal paziente non è il paziente che entra dal medico (D12).

Infine, per una medica (D4) sarebbe importante ricevere dall'istituzione di appartenenza un supporto psicologico per gestire le emozioni dei pazienti e indagare come i pazienti osservano il modo di comunicare dei professionisti durante la visita.

Conclusioni

Dall'analisi delle interviste emerge che per una buona comunicazione medico-paziente occorre puntare principalmente su chiarezza, sincerità e trasparenza nel fornire informazioni, e su una forma di interazione caratterizzata da aspetti dialogici: ascoltare in modo attento e interessato, essere aperti e disponibili, orientarsi alla specificità del paziente (problemi, paure, richieste, ecc.), creare fiducia reciproca, essere professionali e al contempo empatici. Al di là degli aspetti ostacolanti derivanti dal contesto di visita, le altre difficoltà emotive e comunicative legate al paziente, al *care-giver* e al professionista stesso potrebbero essere quanto meno arginate attraverso un approccio dialogico, volto in primis a potenziare scambio, comprensione reciproca e fiducia durante le visite. Per migliorare l'efficacia della comunicazione, gli intervistati manifestano il bisogno di maggiore formazione proprio sulla comunicazione empatica e dialogica, unitamente a tempi più prolungati e flessibili per le visite, alla riduzione degli aspetti burocratici, allo studio attento del caso clinico specifico prima della consultazione, in linea con gli studi precedenti qui riportati.

Considerando che la maggior parte delle persone intervistate non ha ricevuto una specifica formazione sulla comunicazione medico-paziente né durante gli anni universitari, né durante la scuola di specializzazione, fruendo solo di corsi interni organizzati localmente, i risultati dell'analisi presentata in questo articolo confermano la necessità di prevedere/incrementare durante l'università e la specializzazione corsi formativi su come si può facilitare il dialogo durante le visite, dunque formando: all'ascolto attivo, attento, interessato ed empatico; alla costruzione di comprensione e fiducia reciproche;

all'orientamento ai bisogni e alle preoccupazioni del paziente inteso come persona unica e dotata di *agency*, non solo come ruolo standardizzato e passivo; infine, al come comunicare una “cattiva diagnosi” e/o “una cattiva prognosi” in modo chiaro, trasparente e al contempo empatico.

Bibliografia

- Abramovitch H., Schwartz E. (1996). Three stages of medical dialogue. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 17: 175-187. DOI: 10.1007/bf00539739
- Baraldi C. (2023). Agency in and for Mediating in Public Service Interpreting. In: Gavioli L. and Wadensjö C., eds., *The Routledge Handbook of Public Service Interpreting*. London: Routledge.
- Bohm D. (2004). *On dialogue*. London: Routledge.
- Busch I.M., Moretti F., Travaini G., Wu A.W., Rimondini M. (2019). Humanization of care: Key elements identified by patients, caregivers, and healthcare providers. A systematic review. *Patient*, 12: 461-474. DOI: 10.1007/s40271-019-00370-1
- Cadeddu A., D'Aloja E., Faa G., Fanos V., Granese A., Rutelli P., a cura di (2007). *Qualità e sanità: un dialogo per l'umanizzazione. Filosofia, pedagogia, medicina e psicologia*. Milano: FrancoAngeli.
- Cocco G., Tiberio A. (2005). *Lo sviluppo delle competenze relazionali in ambito socio-sanitario*. Milano: FrancoAngeli.
- Corbetta P. (2014). *Metodologia e tecniche della ricerca sociale*. Bologna: il Mulino.
- De Panfilis L., Di Leo S., Peruselli C., Ghirotto L., Tanzi S. (2019). “I go into crisis when ...”: Ethics of care and moral dilemmas in palliative care. *BMC Palliative Care*, 18: 1-8. DOI: 10.1186/s12904-019-0453-2
- Epstein R.M., Street R.L.Jr. (2007). *Patient-Centered Communication in Cancer Care: Promoting Healing and Reducing Suffering*. Bethesda, MD: National Cancer Institute.
- Fatigante M., Heritage J., Alby F., Zuccheromaglio C. (2020). Presenting treatment options in breast cancer consultations: Advice and consent in Italian medical care. *Soc Sci Med.*, 266: 113175. DOI: 10.1016/j.socscimed.2020.113175
- Flick U. (2009). *An introduction to qualitative research*. London: Sage.
- Gergen K.J., McNamee S., Barrett, F. (2001). Towards transformative dialogue. *International Journal of Public Administration*, 24: 697-707. DOI: 10.1081/PAD-100104770
- Heritage J., Raymond G. (2005). The terms of agreement: Indexing epistemic authority and subordination in talk-in-interaction. *Social Psychology Quarterly*, 68: 15-38. DOI: 10.1177/019027250506800103
- Hopf C. (2004). Qualitative interviews: An overview. In: Flick U., von Kardoff E., Steinke I., eds., *A companion to qualitative research*. London: Sage.
- Jefferson G. (1996). A case of transcriptional stereotyping. *Journal of Pragmatics*, 26: 159-170. DOI: 10.1016/0378-2166(96)00010-0

- Littlejohn S.W. (2004). The transcendent communication project: Searching for a practice of dialogue. *Conflict Resolution Quarterly*, 21: 337-359. DOI: 10.1002/crq.66
- Littlejohn S.W., Domenici K. (2001). *Engaging communication in conflict: Systemic practice*. Thousand Oaks: Sage.
- Luhmann N. (1990). *Sistemi sociali. Fondamenti di una teoria generale*. Bologna: il Mulino.
- Malatesta M., a cura di (2021). *L'invenzione della fiducia*. Roma: Viella Libreria Editrice.
- Manghi S. (2005). *Il medico, il paziente e l'altro*. Milano: FrancoAngeli.
- Marano P. (2014). *Formare un medico oggi. Salute, malattia e assistenza sanitaria in Italia*. Milano: FrancoAngeli.
- Moja E., Vegni E. (2000). *La visita medica centrata sul paziente*. Milano: Raffello Cortina Editore.
- Pasero G., Ravazzi P.A. (2006). *Per un sistema sanitario centrato sulla persona. La riforma Bindi e la sua applicazione nella Regione Piemonte*. Milano: FrancoAngeli.
- Pearce B.W. (1993). *Comunicazione e condizione umana*. Milano: FrancoAngeli.
- Pearce W.B., Pearce K.A. (2003). Taking a communication perspective on dialogue. In: Anderson R., Baxter L.A., Cissna K.N., eds., *Dialogue: Theorizing difference in communication studies*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Robieux L., Karsenti L., Pocard M., Flahault C. (2018). Let's talk about empathy! *Patient Education and Counseling*, 101: 59-66. DOI: 10.1016/j.pec.2017.06.024
- Rogers C.R., Farsons R.E. (2015). *Active Listening*. Eastford, CT: Martino Fine Books.
- Rossi E. (2021). The social construction of gender in medical interactions: a case for the perpetuation of stereotypes? *Health Communication*, 36: 1125-1135. DOI: 10.1080/10410236.2020.1735698
- Rossi E. (2022). Il dialogo medico nelle interazioni pediatriche. Azioni comunicative per promuovere la partecipazione attiva e l'approccio centrato sul paziente. *Salute e Società*, 21: 165-179. DOI: 10.3280/SES2022-002012
- Roter D.L., Hall J.A. (2006). *Doctors talking with patients/Patients talking with doctors: Improving communication in medical visits*. Westport, Connecticut-London: Praeger.
- Ruggeri F. (2010). *Quale salute per chi. Sulla dimensione sociale della salute*. Milano: FrancoAngeli.
- von Raffler-Engler W. (1989). *Doctor-patient interaction*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins.
- Wadensjö C. (1998). *Interpreting as interaction*. London: Routledge.
- Zandbelt L., Smets E., Oort F., de Haes H. (2005). Coding patient-centred behaviour in the medical encounter. *Social Science & Medicine*, 61: 661-671. DOI: 10.1016/j.socscimed.2004.12.006

Vi aspettiamo su:

www.francoangeli.it

per scaricare (gratuitamente) i cataloghi delle nostre pubblicazioni

DIVISI PER ARGOMENTI E CENTINAIA DI VOCI: PER FACILITARE
LE VOSTRE RICERCHE.



Management, finanza,
marketing, operations, HR

Psicologia e psicoterapia:
teorie e tecniche

Didattica, scienze
della formazione

Economia,
economia aziendale

Sociologia

Antropologia

Comunicazione e media

Medicina, sanità



Architettura, design,
territorio

Informatica, ingegneria

Scienze

Filosofia, letteratura,
linguistica, storia

Politica, diritto

Psicologia, benessere,
autoaiuto

Efficacia personale

Politiche
e servizi sociali



FrancoAngeli

La passione per le conoscenze
Copyright © FrancoAngeli.

E' vietata la Riproduzione dell'opera e la sua messa a disposizione di terzi,
sia in forma gratuita sia a pagamento.

Il documento può essere concesso in licenza individuale o istituzionale.

Salute e Società è indicizzata su

Catalogo italiano dei periodici/Acnp, Ebsco Discovery Service, Elsevier/Scopus, Google Scholar, ProQuest IBSS, ProQuest Summon, Torrossa - Casalini Full Text Platform

Ranking

Fascia A Anvur per settore concorsuale: area 14/C1 (Sociologia generale), area 14/C2 (Sociologia dei processi culturali e comunicativi), area 14/C3 (Sociologia dei fenomeni politici e giuridici), area 14/D1 (Sociologia dei processi economici, del lavoro, dell'ambiente)

Referee

La redazione utilizza la piattaforma Ojs per la gestione del referaggio degli articoli, affidati alla valutazione di due referees anonimi.

La rivista registra su CrossRef le indicazioni bibliografiche

Questa pubblicazione è realizzata nell'ambito del progetto Age-It finanziato dal MUR sui fondi M4C2 – Investimento 1.3 Avviso “Partenariati Estesi”, all'interno del PNRR finanziato dall'Unione Europea – Next GenerationEU (Grant agreement no. PE_00000015 - CUP: C13C22000660001).

Pubblicato con licenza Creative Commons Attribuzione - Non commerciale - Non opere derivate 4.0 Internazionale (CC BY-NC-ND 4.0).

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>.

Sono riservati i diritti per Text and Data Mining (TDM), AI training e tutte le tecnologie simili.

I link attivi e gli eventuali QR code inseriti nel volume sono forniti dall'autore. L'editore non si assume alcuna responsabilità su link e QR code ivi contenuti che rimandano a siti non appartenenti a FrancoAngeli.

Redazione, amministrazione, distribuzione

FrancoAngeli srl, viale Monza 106, 20127 Milano, tel. 02/2837141

Coordinamento editoriale: Anna Buccinotti

Abbonamenti

Per conoscere il canone d'abbonamento corrente, consultare il nostro sito, www.francoangeli.it cliccando sul bottone “Riviste”, oppure telefonare al nostro Ufficio Riviste (02.28.37.14.54/56) o, ancora, inviare una e-mail (riviste@francoangeli.it) indicando chiaramente il nome della rivista. Il pagamento potrà essere effettuato tramite assegno bancario, bonifico bancario, versamento su conto corrente, o con carta di credito. *L'abbonamento verrà attivato non appena giunta la notifica dell'avvenuto pagamento del canone*

Autorizzazione del Tribunale di Milano n. 137 del 6 marzo 2002 - Quadrimestrale - Direttore responsabile: Stefano Angeli - ISSN 1723-9427, ISSN e 1972-4845.

Copyright 2025 by FrancoAngeli srl.

III quadrimestre supplemento 2025- Data di prima pubblicazione febbraio 2026

Copyright © FrancoAngeli.

E' vietata la Riproduzione dell'opera e la sua messa a disposizione di terzi, sia in forma gratuita sia a pagamento.

Il documento può essere concesso in licenza individuale o istituzionale.