



**SYNERGIA-net**

**Sistemi di conoscenza e di gestione del cambiamento**

---

**PROVINCIA DI CREMONA**

**MUTAMENTI E NUOVE CRITICITA'  
NELLA POPOLAZIONE ANZIANA**

**SOCIAL SURVEY SULLA POPOLAZIONE ANZIANA DELLA  
PROVINCIA DI CREMONA**

**RAPPORTO DI RICERCA**

*Settembre 2008*

**SYNERGIA-net srl**

Milano (20123) - Via Aristide de Togni, 21

Tel. 0272093033 - Fax 0272099743 - e-mail: [synergia@synergia-net.it](mailto:synergia@synergia-net.it)



## Indice

<b>1. Il piano di campionamento e le caratteristiche socio-demografiche del territorio cremonese.....</b>	<b>3</b>
1.1. Il disegno campionario.....	4
1.2. Principali aspetti socio-demografici della provincia di Cremona.....	7
<b>2. Le risorse sociali ed economiche: famiglia, abitazione e risparmi .....</b>	<b>14</b>
2.1. Le caratteristiche anagrafiche degli anziani intervistati .....	14
2.2. Le condizioni abitative ed economiche .....	18
2.3. Reti parentali e nucleo familiare .....	24
<b>3. La risorsa salute.....</b>	<b>33</b>
3.1. Dinamiche di mortalità.....	34
3.2. Condizioni funzionali e stato di salute percepita.....	40
<b>4. Le risorse relazionali: socializzazione, partecipazione, uso del tempo.....</b>	<b>56</b>
4.1. Mobilità, solitudine e vita relazionale .....	56
4.2. “Anziani soli da morire” .....	63
4.3. Desideri e uso del tempo .....	74
<b>5. L’anziano e il rapporto con i servizi .....</b>	<b>83</b>
5.1. Introduzione .....	83
5.2. Tassi d’uso e livelli di interesse.....	84
5.3. La casa di riposo.....	90
5.4. Il medico di fiducia.....	94
<b>6. L’anziano e le nuove tecnologie .....</b>	<b>98</b>
6.1. Possesso e uso delle tecnologie .....	100
6.2. Due approfondimenti: telefono cellulare e personal computer .....	105
6.3. Le opinioni circa le nuove tecnologie .....	107
<b>7. Conclusioni.....</b>	<b>109</b>
<b>8. Appendice metodologica .....</b>	<b>110</b>
8.1. Indici sociali e di contesto.....	110
8.2. Principali trend sociodemografici.....	112
<b>9. Bibliografia .....</b>	<b>121</b>



## **1. Il piano di campionamento e le caratteristiche socio-demografiche del territorio cremonese**

La presente indagine si pone l'obiettivo di delineare il quadro complessivo della popolazione anziana residente nella provincia di Cremona, in funzione di un aggiornamento del quadro conoscitivo fornito dalle precedenti indagini campionarie realizzate nel 1995 e nel 2002 (Mauri, Breveglieri, 1996; Breveglieri, 2003).

L'indagine ha pertanto mantenuto un'articolazione assai simile alle precedenti rilevazioni effettuate nella provincia, al fine di consentire un forte grado di comparabilità scientifica e quindi la possibilità di operare un'analisi comparativa intertemporale rispetto al mutamento intercorso in questi ultimi 12 anni sulla struttura della popolazione anziana.

Oltre a mantenere un'impostazione molto simile dal punto di vista della strutturazione del questionario, la presente indagine è stata impostata attraverso un piano di campionamento che ha seguito lo stesso disegno utilizzato nelle precedenti Survey svolte da Synergia nella provincia di Cremona, che hanno già dimostrato la loro funzionalità operativa e metodologica ai fini di un'efficace raccolta informativa altamente rappresentativa della realtà socio-demografica provinciale.

Ciò che risulta invece innovativo dal punto di vista metodologico è la popolazione target intervistata: tale popolazione è stata infatti circoscritta alla popolazione anziana con 75 anni ed oltre.

Tale scelta è stata la conseguenza della constatazione che i confini dell'età anziana e della vecchiaia tendono oggi ad essere spostati in avanti nel tempo. Le dinamiche demografiche che investono il nostro Paese presentano un incremento costante della quota di popolazione anziana rispetto al totale della popolazione residente, ma la crescita della quota dei grandi anziani sia rispetto al totale della popolazione, sia rispetto agli anziani nel loro complesso risulta ancor più accelerata. I grandi anziani presentano infatti un tasso di crescita più elevato rispetto alla crescita esibita dalla fascia degli anziani più giovani, ad evidenza di un invecchiamento della popolazione anziana stessa (Facchini, 2005).

La classificazione del ciclo di vita proposta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità considera anziani gli individui con un'età compresa tra i 60 ed i 74 anni, mentre contraddistingue come vecchi coloro che hanno un'età tra i 75 ed i 90 anni e grandi vecchi gli over 90 (Deriu e Sgritta, 2005). Anche la definizione di senilità dell'Istat segue un approccio di tipo economico, fissando la soglia di ingresso alla vecchiaia attraverso l'età pensionabile (60-65 anni). Ma l'allungamento delle prospettive di vita fa sì che ad oggi la categoria degli anziani sia troppo vasta e indifferenziata, e fissare a 60 anni l'inizio dell'età anziana risulta inadatto. L'aumento della speranza di vita comporta infatti



l'emergere di una quarta età; l'aumento della longevità e il miglioramento della diagnostica e delle cure spostano inevitabilmente in avanti la soglia della vecchiaia e della dipendenza (Deriu e Sgritta, 2005). Cambiano quindi gli orizzonti, perché le persone che raggiungono questa età si trovano poco compromesse dal punto di vista clinico, hanno ancora vigore fisico e vivacità intellettuale. L'allungamento del corso di vita e le buone condizioni psico-fisiche inducono quindi a ridefinire i confini dell'età anziana.

### 1.1. Il disegno campionario

Il disegno campionario dell'indagine è stato progettato col fine di fornire uno spaccato statisticamente rappresentativo della realtà della popolazione di 75 anni e più residente nella provincia di Cremona, tenendo conto delle caratterizzazioni geografiche e demografiche del territorio.

L'architettura del disegno campionario è stata a due stadi: le unità di estrazione di primo stadio sono state costituite da Comuni o da aggregazioni di piccoli Comuni, detti poli campionari. Le unità di secondo stadio sono invece state rappresentate dai gruppi di anziani residenti in provincia di Cremona.

Il campione teorico previsto ha avuto una dimensione di 468 unità, dimensione che consente di ottenere, in ipotesi di massima variabilità e a un livello di confidenza del 95%, un errore massimo delle stime delle proporzioni pari a 4,5 punti percentuali.

**Figura 1. Poli campionari individuati**

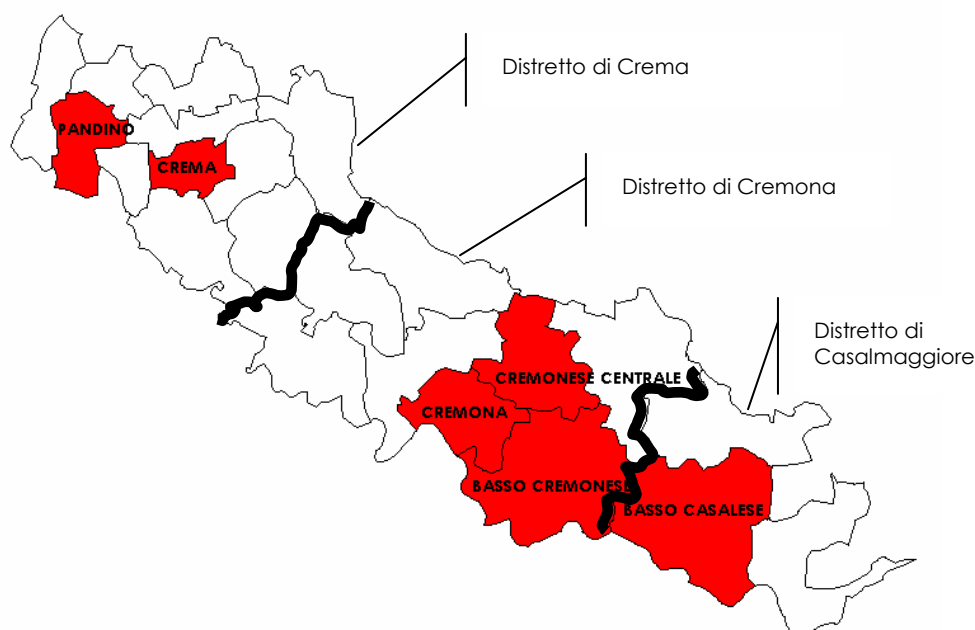




I poli campionari individuati sono stati costituiti da Comuni con 10.000 abitanti e più o da aggregazioni di piccoli Comuni territorialmente contigui e territorialmente omogenei, che così aggregati raggiungono una dimensione demografica tendenzialmente pari almeno a 10.000 abitanti. I confini territoriali di ciascun polo sono compresi nei confini della Zona socio-sanitaria cui appartengono i Comuni che lo compongono.

Il primo passo è stato quello della determinazione degli strati, ossia la suddivisione dei 22 poli campionari generati in gruppi distinti a seconda del valore assunto da una variabile demografica e da una variabile geografica<sup>1</sup>: l'indice di incidenza della popolazione di 75 e più anni sul totale della popolazione<sup>2</sup> e l'appartenenza del polo ad uno dei tre Distretti Socio-Sanitari Cremonesi<sup>3</sup>. Per quanto riguarda le unità di secondo stadio, è stato invece inizialmente previsto di poter realizzare complessivamente 500 interviste, sovradimensionando cioè il campione teorico prima stimato di circa un 7%, al fine di ovviare e contenere le problematiche, spesso ricorrenti nelle interviste rivolte a soggetti anziani, relative alle mancate risposte o alle risposte errate.

**Figura 2. Poli campionari estratti**



<sup>1</sup> E' infatti noto (Cicchitelli *et al.*, 1995) che la stratificazione fornisce i risultati migliori a livello di stime quando per essa si utilizzano due variabili poco correlate.

<sup>2</sup> Tale indice è stato costruito calcolando per ogni polo campionario il peso percentuale della popolazione over-74 sul totale della popolazione e riclassificando poi nel seguente modo: 10% e più = "Alto"; meno di 10% = "Basso".

<sup>3</sup> Data la forte caratterizzazione della presente ricerca nell'ambito delle tematiche socio-sanitarie, in particolare circa il bisogno di cura e assistenza dell'anziano e del suo rapporto con i servizi socio-sanitari del territorio, si è ritenuto opportuno considerare come variabile per la stratificazione il "Distretto Socio-Sanitario" di appartenenza: Cremona, Crema e Casalmaggiore.



Al fine di ottenere un piano autoponderante, si è inoltre optato per un'allocazione delle interviste proporzionale a ciascuno strato. L'estrazione dei nominativi per singolo Comune, in numero triplo per ovviare a eventuali rifiuti, ha seguito il prospetto riportato nella Tabella seguente:

**Tabella 1. Distribuzione delle unità campionarie per Comuni dei poli campionari estratti (con campioni di riserva)**

Distretto socio-sanitario										
		Cremona			Crema			Casalmaggiore		
		Polo estratto	Comuni del polo	N° di interv.	Polo estratto	Comuni del polo	N° di interv.	Polo estratto	Comuni del polo	N° di interv.
Indice di incidenza della popolazione ultra-74enne	Unità autorappresentative	Cremona	Cremona	375						
	Alto		Bonemerse	18	Crema	Crema	147	Casteldidone		3
			Cella Dati	18				Cingia de' Botti		27
			Gerre de' Caprioli	15				Gussola		42
			Malagnino	24				Martignana di Po		15
		Basso Cremonese	Pieve d'Olmi	30				Motta Baluffi		15
			Pieve San Giacomo	36			Basso Casalese	San Giovanni in Croce		24
			San Daniele Po	45				San Martino del Lago		9
			Sospiro	78				Scandolara Ravara		27
			Stagno Lombardo	42				Solarolo Rainerio		15
	Basso		Corte de' Frati	12		Dovera		Torricella del Pizzo		15
		Cremonese Centrale	Gadesco-Pieve Delmona	9	Pandino	Palazzo Pignano				
			Grontardo	12		Pandino				
			Persico Dosimo	18						
			Vescovato	33						



Il passo successivo è stato quello di procedere ad un'ulteriore scomposizione: per genere e per fasce d'età, seguendo la proporzionalità rilevata a livello provinciale nelle singole fasce. Si è presunto a priori che la proporzione per genere e per età fosse garantita in modo implicito dall'estrazione casuale.

Le interviste si sono limitate ad inchiestare gli individui anziani residenti in provincia di Cremona con un'età compresa tra 75 e 84 anni. Tale scelta è stata dettata da ovvie complicazioni operative nell'esecuzione dell'indagine che si sarebbero proposte qualora si fosse deciso di intervistare anche gli anziani over-84. Dal momento che il livello medio di compromissione sia funzionale che soprattutto cognitivo in questa fascia di età risulta essere particolarmente elevato, estendere l'indagine anche a questi individui avrebbe comportato un'evidente ridimensionamento della qualità del potenziale informativo rilevabile in fase di somministrazione dello strumento di ricerca.

## **1.2. Principali aspetti socio-demografici della provincia di Cremona**

Negli ultimi cinquant'anni una grande trasformazione demografica ha alterato la popolazione e la società italiana. Dopo il baby-boom avvenuto negli anni sessanta, il tasso di fecondità si è progressivamente ridotto e negli ultimi anni ha registrato livelli decisamente bassi: nel 1970 il tasso di fecondità corrispondeva infatti a 2,43 figli per donna, mentre secondo l'ultima stima dell'Istat disponibile, anno 2007, il numero medio di figli per donna corrisponde ad 1,34, ben al di sotto della soglia che assicura l'equilibrio della popolazione (ossia 2 figli per donna). Si assiste al contempo ad un allungamento continuo della speranza di vita, che supera i 78 anni per gli uomini e gli 84 anni per le donne, associato ad una graduale diminuzione del tasso di mortalità. Questi fattori, associati ai progressi della ricerca in campo medico, farmacologico, alimentare e nelle migliorate condizioni socio-economiche e lavorative della popolazione, hanno portato la popolazione italiana verso un progressivo invecchiamento demografico, conseguenza dell'incremento sia del numero delle persone anziane, sia della loro proporzione sul totale della popolazione.

Nello specifico contesto cremonese risiedono complessivamente 350.368 individui, dei quali una percentuale del 21,7%, corrispondente a 76.023 abitanti, è composta da persone con 65 anni o più. L'analisi dei principali indicatori della popolazione riportati in Tabella 2 permette di rilevare che il particolare contesto della provincia di Cremona è caratterizzato da un maggior invecchiamento della popolazione rispetto all'Italia, all'Italia Nord Occidentale ed alla Lombardia. Come è infatti possibile osservare dai dati, il territorio della provincia di Cremona si colloca sopra la media degli altri territori esaminati per grado di invecchiamento della popolazione residente. L'indice di invecchiamento, dato dal rapporto tra la popolazione con più di 64 anni e la popolazione totale residente, l'indice di vecchiaia, che rappresenta l'incidenza della popolazione degli over 64 rispetto agli individui con età compresa tra 0 e 14 anni; l'indice di dipendenza totale, che raffigura il rapporto tra la popolazione in età non attiva e la popolazione in età attiva, e l'indice di



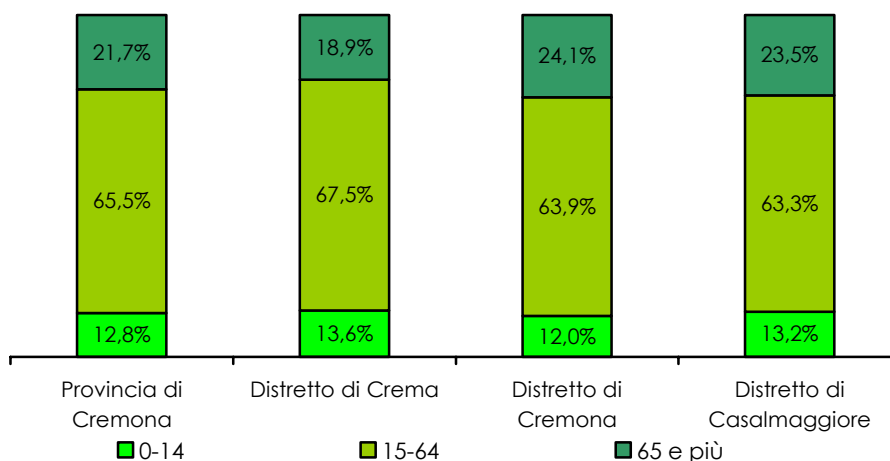
dipendenza della popolazione anziana, che misura il rapporto percentuale tra la popolazione anziana in età non lavorativa e la popolazione in età lavorativa, presentano tutti un valore provinciale superiore rispetto alle altre aree. L'Italia nel suo complesso e la Lombardia presentano infatti un profilo demografico più giovane rispetto alla provincia di Cremona, mentre il profilo dell'Italia Nord Occidentale mostra valori più vicini a quelli provinciali.

**Tabella 2. Principali indicatori relativi alla popolazione anziana. Raffronto Italia, Italia Nord Occidentale, Lombardia e provincia di Cremona; 1 gennaio 2007**

	Indice di Invecchiamento <sup>4</sup>	Indice di vecchiaia <sup>5</sup>	Indice di dipendenza totale <sup>6</sup>	Indice di dipendenza della popolazione anziana <sup>7</sup>
Italia	19,9	141,7	51,5	30,2
Italia Nord Occidentale	21,3	161,6	52,4	32,4
Lombardia	19,7	143,1	50,3	29,6
Provincia di Cremona	21,7	169,2	52,7	33,1

Fonte: Elaborazioni Synergia su dati Istat.

**Figura 3. Consistenza numerica per classi di età della popolazione provinciale e distrettuale al 1 gennaio 2007**



Fonte: Elaborazioni Synergia su dati Istat.

<sup>4</sup> Indice di invecchiamento: (popolazione di 65 anni e più/totale popolazione residente)\*100

<sup>5</sup> Indice di vecchiaia: (popolazione di 65 anni e più/popolazione tra 0 e 14 anni)\*100

<sup>6</sup> Indice di dipendenza totale: [(popolazione di 65 anni e più + popolazione tra 0 e 14 anni)/popolazione tra 15 e 64 anni]\*100

<sup>7</sup> Indice di dipendenza della popolazione anziana: (popolazione di 65 anni e più/popolazione tra i 15 e i 64 anni)\*100





Concentrando l'attenzione sul territorio cremonese si osserva che il distretto in cui è presente la percentuale maggiore di popolazione anziana è quello di Cremona, mentre il distretto di Crema si contraddistingue per essere quello che presenta la quota percentuale di popolazione con età compresa tra 0 e 14 anni più elevata. Osservando invece il valore assoluto della popolazione anziana presente nella provincia di Cremona e nei singoli distretti, si osserva che quasi la metà degli individui con 65 anni e più risiedono nel distretto di Cremona.

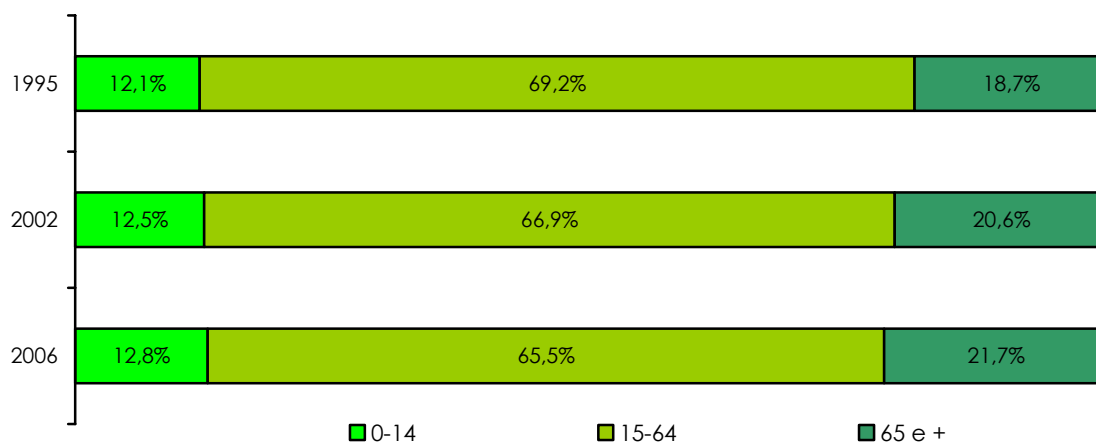
**Tabella 3. Popolazione anziana residente nella provincia di Cremona, 1 gennaio 2007**

	Uomini	Donne	Totale
Distretto di Crema	12.199	17.300	29.499
Distretto di Cremona	14.601	22.894	37.495
Distretto di Casalmaggiore	3.663	5.366	9.029
Provincia di Cremona	30.463	45.560	76.023

Fonte: Elaborazioni Synergia su dati Demo Istat.

L'analisi della distribuzione per fasce d'età riportata nella Figura 4 permette di evidenziare come dall'anno 1995 ad oggi la fascia di popolazione anziana sia passata dal rappresentare il 18,7% del totale della popolazione provinciale a corrispondere ad una quota del 21,7%. Quest'aumento è stato accompagnato dalla crescita, molto più contenuta, degli individui con età compresa tra 0 e 14 anni e da una progressiva diminuzione della popolazione appartenente alla fascia d'età 15-64 anni.

**Figura 4. Distribuzione della popolazione per classi di età; provincia di Cremona, anni 1995, 2002 e 2006**



Fonte: Elaborazioni Synergia su dati Istat.



Concentrando l'attenzione sulle fasce d'età della popolazione anziana, suddividiamo questa popolazione in tre sottocategorie: i "giovani anziani" (dai 65 ai 74 anni), gli "anziani" (dai 75 agli 84 anni) ed i "grandi anziani" (85 anni ed oltre). I "giovani anziani" rappresentano, all'interno della provincia, l'11,4% della popolazione totale residente. L'incidenza degli "anziani" è pari al 7,9% mentre i "grandi anziani" rappresentano una quota del 2,4% rispetto al totale della popolazione residente nella provincia.

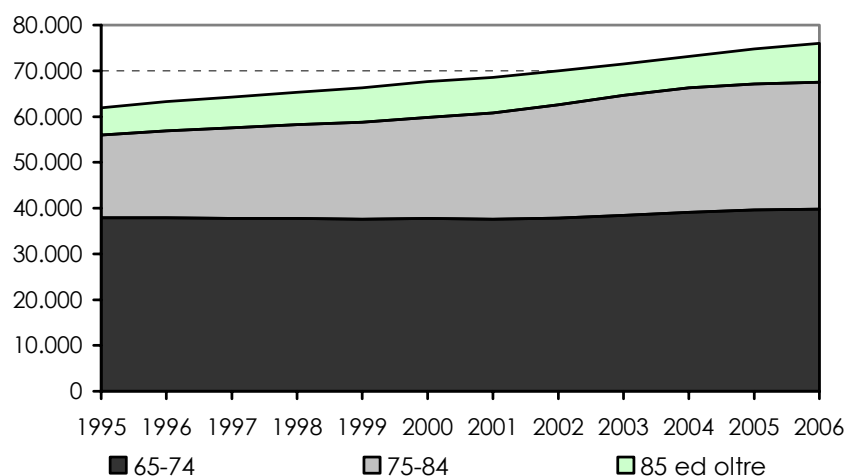
Osservando invece come incidono le tre fasce d'età all'interno della popolazione anziana nel suo complesso si evidenzia che nella provincia i giovani anziani rappresentano il 52,3% degli anziani residenti, la popolazione con età compresa tra i 75 e gli 84 anni rappresenta una quota del 36,5% del totale della popolazione anziana provinciale e gli ultra ottantaquattrenni rappresentano invece l'11,2%. Tra i singoli distretti si contraddistinguono quello di Casalmaggiore, caratterizzato da una quota di grandi anziani più elevata rispetto alla media provinciale (12,8%), e quello di Crema, in cui è invece presente una quota maggiore di popolazione con età compresa tra i 65 e i 74 anni.

**Tabella 4. Popolazione anziana residente nella provincia di Cremona, 1 gennaio 2007  
- percentuali di riga**

	65-74 anni		75-84 anni		85 anni ed oltre	
	V.ass.	%	V.ass.	%	V.ass.	%
Distretto di Crema	16.272	55,2	10.277	34,8	2.950	10,0
Distretto di Cremona	19.071	50,8	14.014	37,4	4.410	11,8
Distretto di Casalmaggiore	4.428	49,1	3.441	38,1	1.160	12,8
Provincia di Cremona	39.771	52,3	27.732	36,5	8.520	11,2

Fonte: Elaborazioni Synergia su dati Istat.

**Figura 5. Crescita della popolazione anziana per fasce d'età. Provincia di Cremona**



Fonte: Elaborazioni Synergia su dati Istat..



Analizzando nello specifico la crescita della popolazione anziana negli ultimi anni si osserva come nel contesto cremonese essa sia stata molto sostenuta: si è infatti registrato un incremento percentuale pari al 22,7%. Osservando le singole fasce età nella Figura 5 è possibile evincere che la fascia d'età che ha subito l'incremento maggiore nel periodo interscorso tra l'anno 1995 e il 2006 è stata proprio la fascia d'età oggetto di questa Survey, ossia gli individui con età compresa tra il 75 e gli 84 anni, per la quale si è registrato un incremento percentuale del 53,3%. Osservando la distribuzione per genere della di popolazione anziana, emerge che all'interno di questa classe d'età il tasso di femminilizzazione è molto elevato: il 59,9% delle persone con 65 anni o più residenti nella provincia di Cremona è infatti costituito da persone di sesso femminile. Nella Tabella 5 è riportata la distribuzione di genere per fasce d'età della popolazione anziana, dalla quale si evidenzia che la percentuale di donne presenta un andamento crescente rispetto all'età: sul totale provinciale oltre gli 85 anni le donne presentano una quota percentuale del 75,1%. Questo avviene anche per quanto riguarda la popolazione residente nei singoli distretti, dove le percentuali di uomini e donne per fasce d'età si mantengono vicine ai valori provinciali. Questo dato è riconducibile alle dinamiche demografico/epidemiologiche secondo le quali le donne risultano essere più longeve degli uomini e presentano tassi di mortalità inferiori e tassi di vita attesa superiori a quelli degli uomini.

**Tabella 5. Popolazione della provincia di Cremona per sesso e fasce d'età. Anno 2006 - valori assoluti e %**

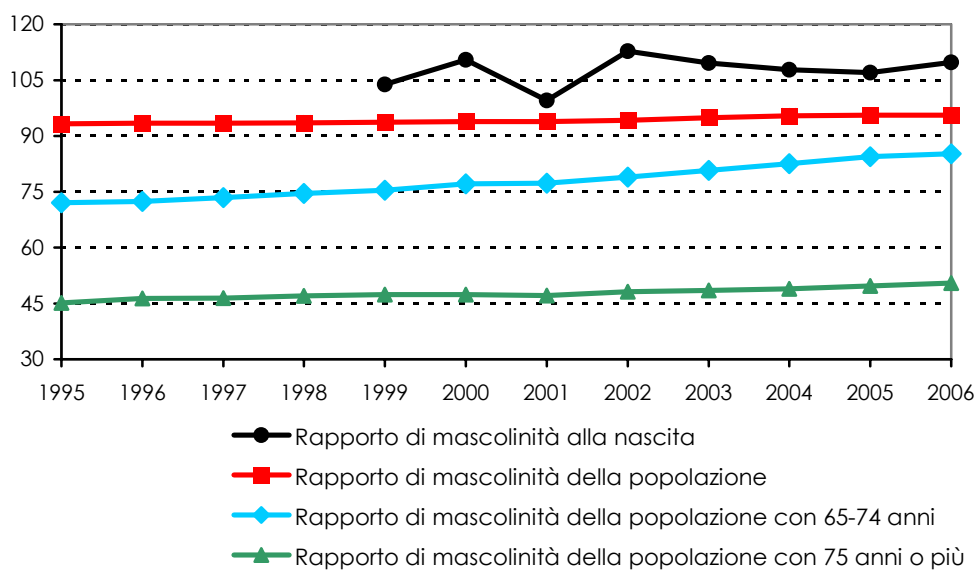
	65-74 anni		75-84 anni		85 anni ed oltre	
	V.ass.	%	V.ass.	%	V.ass.	%
Uomini	18.302	46,0	10.037	36,2	2.124	24,9
Donne	21.469	54,0	17.695	63,8	6.396	75,1
<b>Totale</b>	<b>39.771</b>	<b>100,0</b>	<b>27.732</b>	<b>100,0</b>	<b>8.520</b>	<b>100,0</b>
<b>Distretto di Crema</b>						
Uomini	7.692	47,3	3.763	36,6	744	25,2
Donne	8.580	52,7	6.514	63,4	2.206	74,8
<b>Totale</b>	<b>16.272</b>	<b>100,0</b>	<b>10.277</b>	<b>100,0</b>	<b>2.950</b>	<b>100,0</b>
<b>Distretto di Cremona</b>						
Uomini	8.522	44,7	5.003	35,7	1.076	24,4
Donne	10.549	55,3	9.011	64,3	3.334	75,6
<b>Totale</b>	<b>19.071</b>	<b>100,0</b>	<b>14.014</b>	<b>100,0</b>	<b>4.410</b>	<b>100,0</b>
<b>Distretto di Casalmaggiore</b>						
Uomini	2.088	47,2	1.271	36,9	304	26,2
Donne	2.340	52,8	2.170	63,1	856	73,8
<b>Totale</b>	<b>4.428</b>	<b>100,0</b>	<b>3.441</b>	<b>100,0</b>	<b>1.160</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Elaborazioni Synergia su dati Demo Istat.



Possiamo, a tal proposito, analizzare il rapporto di mascolinità, definito come il rapporto fra il numero di individui di sesso maschile ed il numero di individui di sesso femminile. Più il quoziente si avvicina al 100% più la consistenza numerica delle due sottopopolazioni risulta essere paritetica, più invece si allontana da tale soglia più una delle due sottopopolazioni prevale quantitativamente sull'altra. Tale rapporto è presentato nella Figura 6, dove vengono mostrati i valori del rapporto calcolato sia alla nascita, sia per il complesso della popolazione residente, sia per le fasce di popolazione anziana. Come è possibile osservare dai dati, il rapporto alla nascita risulta essere addirittura superiore al valore di equilibrio, mentre il valore del rapporto per la popolazione nel suo complesso risulta essere prossimo a 100, ad indicare una consistenza pressoché paritetica dei due generi. Nelle fasce di popolazione anziana si osserva invece che il numero di donne è di molto superiore a quello degli uomini; tra gli individui di 75 anni e più vi sono ben due donne per ogni uomo residente nella provincia. Si osserva inoltre che negli ultimi anni quest'indice ha subito un lento ma progressivo aumento, mostrando che i rapporti di forza si stanno pian piano avvicinando, nonostante l'aggregato femminile continui ad essere quello più consistente.

**Figura 6. Rapporto di mascolinità nella provincia di Cremona<sup>8</sup>**



Fonte: Elaborazioni Synergia su dati Demo Istat.

<sup>8</sup> Rapporto di mascolinità alla nascita: (nati vivi residenti maschi/nati vivi residenti femmine)\*100.  
Rapporto di mascolinità della popolazione: (popolazione maschile residente/popolazione femminile residente)\*100.  
Rapporto di mascolinità della popolazione con 65-74 anni: (popolazione maschile residente con 65-74 anni/popolazione femminile residente con 65-74 anni)\*100.  
Rapporto di mascolinità della popolazione con 75 anni o più: (popolazione maschile residente con 75 anni o più/popolazione femminile residente con 75 anni o più)\*100.



**Tabella 6. Stato civile della popolazione anziana della provincia di Cremona per sesso e fasce d'età. Valori percentuali - Anno 2006**

Stato civile	65-74 anni		75-84 anni		>= 85 anni	
	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne
Celibe/Nubile	12,5	8,1	10,2	11,1	7,7	12,7
Coniugato/a	79,5	56,6	72,1	26,9	59,3	8,3
Divorziato/a	1,3	1,4	0,7	0,7	0,4	0,4
Vedovo/a	6,7	33,9	17,0	61,3	32,6	78,6
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Elaborazioni Synergia su dati Demo Istat.

Relativamente allo stato di vita degli anziani, è infine importante analizzare i dati sullo stato civile, che permettono di avere informazioni riguardo alla disponibilità per le persone anziane di reti familiari di supporto. Per quanto riguarda gli uomini, si osserva che la quota percentuale degli individui coniugati risulta essere maggioritaria per ogni fascia d'età, pur subendo un declino al crescere dell'età; viceversa all'aumentare dell'età aumenta la percentuale di uomini vedovi. E' comunque evidente dai dati che gli uomini possono contare in misura rilevante sulla presenza della moglie anche in età molto avanzata. L'incidenza dello stato di celibe e di divorziato resta invece esigua e presenta un andamento decrescente con l'aumentare dell'età. Il caso delle donne risulta invece differente. Nella popolazione femminile la condizione di coniugate presenta l'incidenza maggiore solamente nella fascia relativa alle "giovani anziane", mentre nelle successive fasce d'età la condizione prevalente risulta essere quella della vedovanza. I dati relativi alla vedovanza femminile delle anziane risultano essere molto elevati, e questa è un'altra conseguenza delle dinamiche demografiche di cui si è parlato in precedenza. Nella fascia delle "grandi anziane" si riscontra un'incidenza di vedove pari addirittura al 78,6%, mentre le coniugate risultano essere pari solamente all'8,3% del totale delle donne ultra ottantacinquenni. Anche nel caso delle donne l'incidenza dello stato di nubili e di divorziate rimane esigua, ma mentre le donne divorziate presentano un andamento decrescente della loro quota percentuale con l'aumentare dell'età, le nubili al contrario presentano un andamento crescente.



## 2. Le risorse sociali ed economiche: famiglia, abitazione e risparmi

### 2.1. Le caratteristiche anagrafiche degli anziani intervistati

Un primo inquadramento dei tratti sociali e demografici della popolazione anziana intervistata permette di esplorare gli elementi che caratterizzano questo gruppo di popolazione.

Analizzando il campione per sesso e distretto di residenza (Tabella 7) si osserva che, così come previsto dal piano di campionamento, la maggioranza degli intervistati risiede nel distretto di Cremona. Effettuando però una comparazione tra i dati campionari ed i dati provenienti dall'Istituto nazionale di statistica si osserva che, i dati campionari discostano da quelli Istat a volte in modo marcato. L'autoponderazione prevista nel piano di campionamento non si è realizzata completamente, e ciò a causa degli alti tassi di rifiuto all'intervista avvenuti soprattutto tra i residenti nei Comuni appartenenti al distretto di Crema, nonché a causa della maggiore propensione che hanno mostrato le persone di sesso maschile ad accettare di partecipare all'indagine. Tali avvenimenti hanno prodotto una parziale auto-selezione all'interno del campione, che ha determinato un sovradimensionamento del numero di individui di sesso maschile ed un sottodimensionamento della quota di intervistati nel distretto di Crema.

**Tabella 7. Composizione del campione di ricerca per sesso e distretto, valori percentuali sul totale**

	Distretto di Cremona		Distretto di Crema		Distretto di Casalmaggiore	
	Dati campionari	Dati Istat al 01/01/2007	Dati campionari	Dati Istat al 01/01/2007	Dati campionari	Dati Istat al 01/01/2007
Uomini	24,3	19,2	12,9	16,1	6,4	4,8
Donne	30,5	30,1	18,2	22,8	7,7	7,1
Totale	54,8	49,3	31,1	38,8	14,0	11,9

Tale evidenza ha reso necessaria la ponderazione dei casi campionari, col fine di rendere la distribuzione dei dati più prossima alla reale distribuzione della popolazione e di disporre quindi di un campione maggiormente rappresentativo. La ponderazione si realizza attribuendo un peso alle unità campionarie variabile a seconda delle loro caratteristiche. Conoscendo, da



fonte Istat, la distribuzione della popolazione per sesso e per distretto, i dati campionari sono quindi stati ponderati in modo da farne corrispondere la distribuzione per sesso e distretto con i dati della popolazione complessiva. L'operazione è stata effettuata moltiplicando ogni caso del campione per un coefficiente di ponderazione (peso) pari al rapporto *quota teorica/quota rilevata dello strato di appartenenza* (Frosini et al., 1999). I dati presentati sono quindi ponderati al fine di renderli rappresentativi della popolazione di riferimento.

Il campione intervistato è composto da 456 individui con età compresa tra i 75 e gli 84 anni residenti nel territorio della provincia di Cremona. Il 40,0% degli intervistati è di sesso maschile, mentre la restante parte (60,0%) è di sesso femminile. Il 60,5% di essi si colloca nella fascia d'età 75-79 anni, mentre il 39,5% del campione appartiene alla fascia 80-84 anni. L'età mediana corrisponde a 79 anni. Osservando la distribuzione del campione per sesso e fascia d'età si osserva inoltre che, come era logico attendersi date le dinamiche demografiche che vedono le donne essere più longeve degli uomini, la quota di intervistate di sesso femminile risulta essere superiore e crescente con l'età rispetto a quella degli intervistati di sesso maschile.

**Tabella 8. Composizione del campione di ricerca per sesso e fascia d'età**

	Uomini		Donne		Totale	
	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%
75-79 anni	111	40,2	165	59,8	276	100,0
80-84 anni	71	39,4	109	60,6	180	100,0
Totale	182	39,9	274	60,1	456	100,0

Un dato significativo è rappresentato dall'analisi della variabile relativa allo stato civile degli anziani intervistati. La maggioranza del campione è costituito da persone vedove (46,0%) o coniugate (44,1%). Osservando la disaggregazione di tale dato a seconda della fascia d'età di appartenenza degli intervistati si evidenzia che, col crescere dell'età, la quota di individui coniugati diminuisce, mentre cresce di molto quella delle persone vedove. Si osserva anche che la percentuale di intervistati celibi o nubili è molto più elevata nella fascia d'età 80-84 anni rispetto alla fascia d'età più giovane.

Ciò che però risulta davvero indicativo è l'incrocio della variabile relativa allo stato civile con il sesso degli intervistati. Quest'analisi mostra come la componente femminile sia in prevalenza vedova (68,1%), al contrario degli uomini che nell'80,9% dei casi risultano essere ancora coniugati (rispetto al 19,0% delle donne) e possono quindi ancora contare sulla compagnia, il sostegno e l'affetto della moglie. L'alto tasso di vedovanza femminile, pur essendo un aspetto tipico dello scenario relativo alla popolazione anziana dovuto alle già accennate dinamiche epidemiologiche per le quali le donne vivono più a lungo degli uomini, pone in evidenza la necessità di tenere in



debito conto questo fattore nel momento dell'elaborazione di politiche e interventi di aiuto e di risocializzazione per la vecchiaia.

**Tabella 9. Stato civile per sesso e fasce d'età (valori % di colonna)**

	Sesso		Età		Totale
	Uomini	Donne	75-79	80-84	
Celibe/Nubile	4,9	12,1	8,3	10,1	9,1
Sposato/a, convivente	80,9	19,0	47,5	38,5	44,1
Separato/a, divorziato/a	1,1	0,7	1,1	0,6	0,9
Vedovo/a	13,1	68,1	43,1	50,8	46,0

Un altro aspetto interessante è rappresentato dalla provenienza degli intervistati, ossia dal loro luogo di nascita. Come evidenziato nella Tabella 10 la grande maggioranza degli intervistati proviene dallo stesso Comune di residenza o da un Comune della provincia di Cremona (rispettivamente 42,6% e 37,3%), dato che conferma ancora una volta quanto emerso nelle precedenti Survey svolte da Synergia, ossia la bassa presenza di immigrazioni a medio e lungo raggio e la prevalenza di popolazione "stanziale". La disaggregazione per sesso non appare significativa, mentre si osserva che la fascia d'età più anziana è stata investita in maniera più rilevante da fenomeni di immigrazione di lungo e medio raggio rispetto alla fascia di popolazione più giovane. Maggiormente interessante risulta invece l'osservazione della distribuzione della provenienza degli intervistati per dimensione del Comune di residenza. In questo caso emerge una maggiore differenziazione per quanto concerne le immigrazioni di lungo e medio raggio, che, pur restando su valori comunque bassi, si concentra in particolar modo nei centri medi e grandi.

Osservando invece il luogo di residenza attuale si osserva che la maggioranza degli intervistati risiede in un Comune di dimensione grande, ossia con oltre 10.000 abitanti (37,9%). Il 33,4% degli intervistati risiede in un Comune di medie dimensioni (con un numero di abitanti compreso tra 3.001 e 10.000) e la restante parte (28,7%) in un Comune con massimo 3.000 abitanti.





**Tabella 10. Luogo di nascita degli intervistati per fasce d'età, per dimensione del comune di residenza e raffronto con la Survey 2002 (valori % di colonna)**

	Età		Dimensione del comune di residenza <sup>9</sup>			Totale	Survey 2002 <sup>10</sup>
	75-79	80-84	Piccolo	Medio	Grande		
Stesso Comune di residenza	42,5	42,7	38,2	40,5	47,4	42,5	42,6
Altro Comune della Provincia di Cremona	36,0	36,0	48,1	31,4	31,0	36,0	37,3
Altra Provincia lombarda	13,1	6,7	8,4	15,0	8,8	10,6	11,2
Altra Regione del nord	2,9	4,5	2,3	4,6	2,9	3,6	4,1
Centro/Sud/Isole	5,1	8,4	1,5	8,5	8,2	6,4	4,1
Estero	0,4	1,7	1,5	0,0	1,8	0,9	0,6

Analizzando il titolo di studio conseguito dai soggetti intervistati e quindi il loro livello di istruzione, si osserva che più della metà degli anziani (52,8%) è in possesso della sola licenza elementare, mentre il 33,8% di essi è in possesso di un titolo di studio superiore. Confrontando questi dati con quelli relativi alle precedenti Survey si osserva che il livello di istruzione è migliorato negli anni. I dati relativi all'anno 1995 mostrano infatti che il 74,5% degli intervistati non era andato oltre la licenza elementare e solamente il 10% di essi possedeva un diploma od una laurea. Già nel 2002 la situazione è apparsa migliore, con una quota pari al 72,2% di intervistati che possedevano al massimo la sola licenza elementare ed il 10,1% di essi in possesso di un diploma o una laurea. L'osservazione dei dati attuali evidenzia invece un forte innalzamento della quota di persone in possesso di un diploma di scuola media superiore o di una laurea (16,2%) ed un ridimensionamento della percentuale di coloro che sono in possesso della licenza elementare o di nessun titolo di studio.

L'analisi disaggregata rispetto al sesso mette in evidenza che le donne, in media, posseggono un livello di istruzione inferiore rispetto a quello degli uomini. Il differenziale è di 3,6 punti percentuali per quanto concerne l'aver frequentato la scuola media inferiore, l'avviamento od aver conseguito una qualifica di scuola professionale, mentre relativamente al possesso di un diploma di scuola media superiore o di una laurea si osserva una differenza di ben 5,8 punti percentuali.

Incrociando i dati relativi al titolo di studio con quelli della fascia d'età di appartenenza degli intervistati, si osserva che la classe d'età più giovane mostra un miglioramento in relazione ai livelli di scolarizzazione inferiori (nessun

<sup>9</sup> Comune piccolo: fino a 3.000 abitanti, Comune medio: da 3.001 a 10.000 abitanti, Comune grande: oltre 10.000 abitanti.

<sup>10</sup> I dati della Survey 2002 qui utilizzati sono stati rielaborati per prendere in considerazione solo gli intervistati con età compresa tra i 75 e gli 84 anni, e renderli quindi comparabili con i dati della presente indagine.



titolo di studio o licenza elementare). La fascia di età più anziana mostra una quota relativa di intervistati più elevata in possesso di un diploma di scuola media superiore o di una laurea: ciò è coerente con il fatto che all'aumentare della fascia di età considerata aumenta la probabilità relativa di sopravvivenza di quegli individui che nella loro vita, per mezzo di un titolo di studio più elevato, hanno potuto avere accesso a redditi superiori, lavori meno usuranti dal punto di vista fisico, una migliore alimentazione, migliori cure sanitarie, in sostanza una più elevata qualità di vita.

Analizzando infine il livello di istruzione a seconda delle dimensioni del Comune di residenza, si evidenzia che le persone residenti nei Comuni di dimensioni più piccole possiedono titoli di studio nettamente più bassi rispetto a coloro che risiedono in Comuni di dimensioni maggiori. Nello specifico si osserva infatti che la mancanza di titoli di studio, che tra i residenti nei Comuni piccoli corrisponde al 16,8%, cala al 5,2% tra i residenti nei Comuni di dimensioni grandi. Viceversa, il possesso di un diploma di scuola media superiore o di una laurea corrisponde al 6,1% degli intervistati residenti nei Comuni piccoli mentre è più che quadruplo (29,1%) tra i residenti nei Comuni grandi.

**Tabella 11. Titolo di studio per sesso, fasce d'età e dimensione demografica del comune di residenza (valori % di colonna)**

	Sesso		Età		Dimensione del comune di residenza			Totale
	Uomini	Donne	75-79	80-84	Piccolo	Medio	Grande	
Nessuno	12,6	13,6	12,7	13,9	16,8	19,2	5,2	13,3
Elementari	47,8	56,3	54,9	49,4	66,4	58,3	38,4	52,8
Medie/Avv./Prof.	19,8	16,2	17,5	17,8	10,7	12,6	27,3	17,5
Superiori/Laurea	19,8	14,0	14,9	18,9	6,1	9,9	29,1	16,3

La condizione occupazionale della maggioranza degli intervistati è quella di pensionato (87,3%), ma all'interno di questa categoria si rileva una quota corrispondente al 6,9% di individui che svolgono ancora lavori saltuari (appartenenti nella maggioranza dei casi alla fascia d'età più giovane). L'età mediana del pensionamento corrisponde a 58 anni, con differenze contenute tra i due sessi (57 anni per le donne e 59,5 anni per gli uomini). La parte restante del campione è composto prevalentemente da casalinghe (12,0%).

## **2.2. Le condizioni abitative ed economiche**

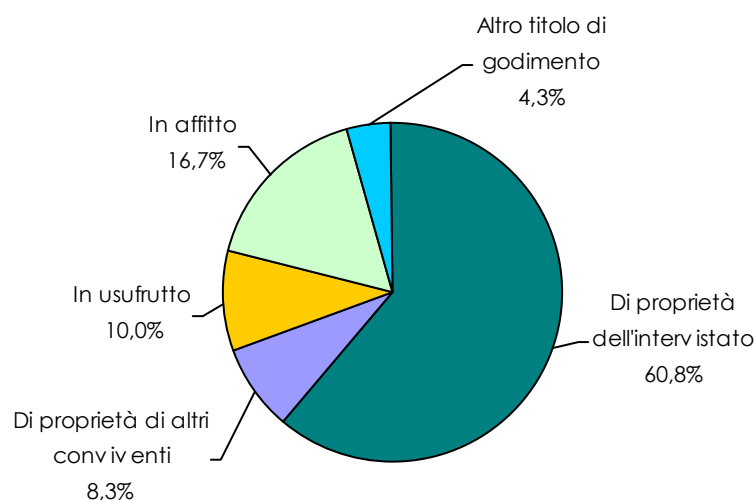
L'abitazione assume un ruolo ed una rilevanza sempre maggiore con l'avanzare del processo di invecchiamento. Aumentando le fragilità, la casa diviene sempre più un riferimento importante per l'anziano, sia sotto il profilo emozionale (la casa rappresenta una componente rilevante del proprio



vissuto), sia sotto il profilo funzionale (l'alloggio è spesso il fulcro di una rete di relazioni primarie che esprimono capacità di accudimento e sostegno) (Mauri, 2007). Restare a vivere nella propria casa anche negli anni più avanzati è dunque una legittima aspirazione di ciascuno e costituisce una delle principali componenti del benessere complessivo di un soggetto anziano (Costanzi, 2004).

Le caratteristiche delle abitazioni aiutano inoltre a meglio definire il panorama delle condizioni socio-economiche della popolazione anziana. Il titolo di godimento è infatti un indicatore di benessere abitativo e di stabilità economica, oltre che un elemento di sicurezza e tranquillità importante. Relativamente a questo aspetto si osserva che gli anziani residenti nella provincia di Cremona si trovano in una situazione favorevole, determinata dalla tendenza all'acquisto dell'abitazione. Nella maggioranza dei casi infatti l'abitazione risulta essere di proprietà dell'intervistato (60,8%), in usufrutto (10,0%) o di proprietà di un convivente (8,3%). I dati mostrano che solamente il 16,7% degli intervistati vive in una casa in affitto. La percentuale di anziani che vivono in un'abitazione in affitto è inoltre molto inferiore rispetto a quanto emerso nell'indagine svolta nel 1995, nella quale gli anziani in affitto rappresentavano il 26,3% del campione, e risulta al contempo in linea con il dato rilevato nel 2002, anno in cui gli anziani con età compresa tra i 75 e gli 84 anni che vivevano in affitto corrispondevano al 15,7% degli intervistati.

**Figura 7. Proprietà dell'abitazione**



L'analisi differenziata per genere mostra inoltre che la percentuale di donne che vivono in un'abitazione in affitto è quasi doppia rispetto a quella degli uomini, così come si osserva che la percentuale di donne che vivono in un'abitazione in usufrutto è molto superiore a quella degli uomini.

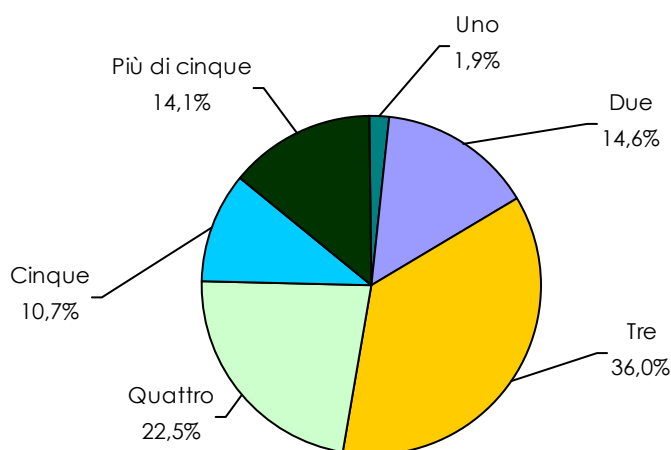


La percentuale di anziani che vivono in affitto risulta inoltre essere molto più elevata tra coloro che vivono soli (22,8%) e tra coloro che dichiarano che a fine mese i soldi non bastano (35,2%). Osservando infine il titolo di godimento per la dimensione del Comune di residenza si osserva che l'affitto prevale nei Comuni medi e grandi, probabilmente a causa dei differenziali di costo delle abitazioni esistenti tra le differenti tipologie di Comune.

La stabilità abitativa che appare dai dati relativi al titolo di godimento dell'abitazione risulta confermata anche dall'anzianità abitativa. L'86,3% degli intervistati vive nella stessa casa da più di dieci anni e in tre quarti dei casi da più di venti.

Le dimensioni dell'abitazione appaiono medio-grandi. In più di un terzo dei casi l'abitazione è infatti composta da tre locali<sup>11</sup> e nel 22,6% dei casi i locali risultano essere quattro. Le tipologie di abitazione più grandi si evidenziano soprattutto nei casi in cui gli intervistati vivano con i figli, mentre tra coloro che vivono soli o solamente con il coniuge prevalgono le abitazioni composte da un numero più limitato di locali.

**Figura 8. Dimensione dell'abitazione (numero di locali)**



Per quanto concerne i disagi abitativi, si evidenzia che la problematicità maggiormente presente risulta essere la dimensione dell'abitazione, percepita come troppo grande dal 29,5% degli intervistati. Tale dato, più che un disagio reale, appare però come l'eredità dei tempi in cui il nucleo familiare era più esteso. In seguito alla vedovanza o all'uscita di casa dei figli, il nucleo familiare tende a ridursi, e le dimensioni dell'abitazione divengono sproporzionate. Un'abitazione di dimensioni considerate eccessive, e quindi dotata di ampi

<sup>11</sup> Il numero di locali di cui è composta l'abitazione è conteggiato escludendo il bagno e la cucina.



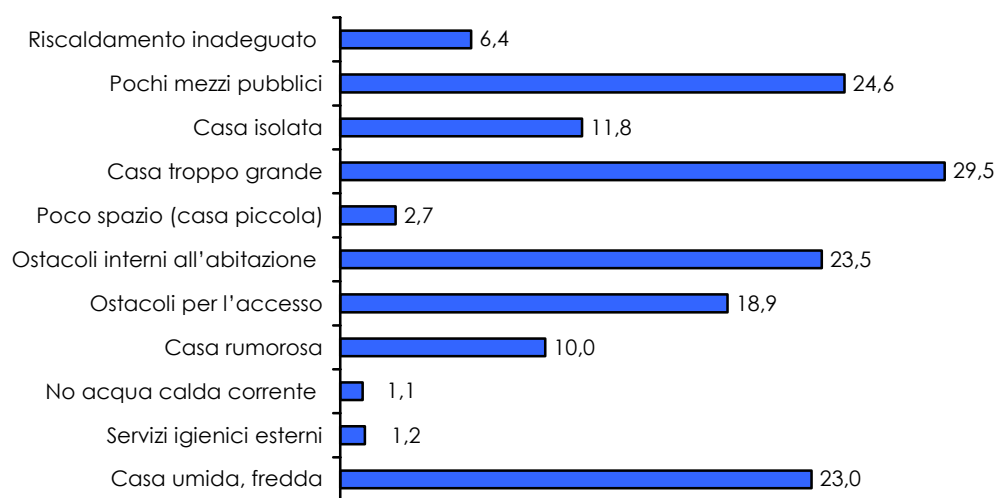
spazi, è inoltre associata all'onere, che può trasformarsi in problematicità, della manutenzione.

Alla dimensione dell'appartamento si associa il problema della presenza di ostacoli interni all'abitazione (scale, scalini, ecc.) che contribuisce a rendere ulteriormente difficoltosa la fruizione dello spazio e il movimento all'interno della propria casa per il 23,5% dei soggetti. Oltre alla difficoltà di spostamento interno emerge anche la difficoltà di muoversi verso l'esterno: il 24,6% degli anziani individua nella carenza di mezzi pubblici un'altra delle principali connotazioni negative dell'abitazione in cui vive.

Si osserva inoltre la presenza di altri disagi che risultano di una certa rilevanza: il 23,0% degli intervistati segnala tra i difetti della propria abitazione una casa umida e fredda, che si caratterizza per la presenza di ostacoli per l'accesso, scale faticose o mancanza di ascensore (18,9% del campione).

La percentuale di coloro che lamentano almeno un difetto della propria abitazione corrisponde al 71,4% degli intervistati, dato comunque in diminuzione rispetto all'anno 2002 (in cui la percentuale di coloro che lamentavano almeno un difetto nella propria casa corrispondeva al 76,8%). Si osserva inoltre che l'esistenza e la numerosità di problemi dell'abitazione è molto inferiore nei Comuni grandi (61,9%) rispetto ai Comuni medio-piccoli (rispettivamente 76,8% e 76,9%).

**Figura 9. Principali difetti riscontrabili all'interno della propria abitazione - % di risposte "Sì"**



Per approfondire l'analisi relativa alla qualità del contesto in cui l'anziano vive, è stata rivolta l'attenzione alla percezione che gli intervistati hanno in relazione ad alcuni aspetti della loro zona di residenza.

Come è possibile osservare dalla Tabella 12, gli aspetti che risultano maggiormente graditi al complesso delle persone intervistate e che



presentano percentuali di soddisfazione superiori all'80% sono il tipo di gente che vive nella loro zona di residenza (86,4%), la qualità dell'acqua potabile (82,3%) e la presenza di spazi verdi (80,4%). Le percentuali di soddisfazione minori si hanno invece in relazione alla presenza di luoghi di svago e di ritrovo, al funzionamento dei trasporti pubblici e all'operato dei vigili urbani.

L'analisi differenziata per la dimensione del Comune di residenza degli intervistati mostra una certa eterogeneità su questi giudizi. In particolare si evidenzia come nei Comuni di grandi dimensioni, oltre agli aspetti già citati in precedenza, emergono come poco soddisfacenti l'inquinamento dell'aria, la presenza di parcheggi e la sicurezza.

Osservando invece i dati a seconda del distretto di residenza degli intervistati, si evidenzia che l'operato dei vigili urbani è l'aspetto meno gradito nel distretto di Cremona, nel distretto di Crema invece gli anziani non si dichiarano soddisfatti del funzionamento dei trasporti pubblici e della presenza di luoghi di svago e di ritrovo, mentre nel distretto di Casalmaggiore l'aspetto che meno soddisfa gli intervistati è la sicurezza.

**Tabella 12. Livello di soddisfazione per alcuni aspetti di qualità della vita in relazione alla zona di residenza (persone molto ed abbastanza soddisfatte)**

	v.a.	%
Presenza di luoghi di svago e di ritrovo	236	52,0
Funzionamento dei trasporti pubblici	250	55,1
Operato dei vigili urbani	252	55,7
Inquinamento dell'aria	279	61,5
Sicurezza (presenza di sicurezza e microcriminalità)	286	63,1
Presenza di negozi di vicinato	288	63,5
Viabilità/traffico	292	64,4
Presenza di parcheggi	295	65,1
Presenza di barriere architettoniche	319	70,5
Pulizia e manutenzione degli spazi pubblici	326	71,9
Presenza di spazi verdi	364	80,4
Qualità dell'acqua potabile	373	82,3
Tipo di gente che ci vive	392	86,4

Al fine di valutare gli aspetti di reddito disponibile e risparmio della popolazione inchiestata, si è sottoposta una particolare domanda atta a rilevare le difficoltà di arrivare alla fine del mese. Lo studio della situazione reddituale degli individui è chiaramente caratterizzato da difficoltà legate alla sua misurazione. Si è qui scelto di adottare un approccio di tipo soggettivo, che definisce la situazione degli individui intervistati attraverso l'esame delle loro



stesse valutazioni. E' chiaro però che può esistere un divario tra la percezione e la reale condizione di povertà delle persone (Stranges, 2007).

Il 25,5% degli anziani intervistati dichiara di riuscire a risparmiare qualcosa alla fine del mese, il 54,1% di arrivare in pari, mentre il 20,4% di essi afferma che le sue risorse finanziarie non sono sufficienti. Si evidenzia quindi che una fascia consistente della popolazione anziana residente in provincia di Cremona è caratterizzata da disagio economico e rientra nella cosiddetta "sindrome della quarta settimana", per cui a fine del mese i soldi non bastano. L'insicurezza economica sembra quindi rappresentare un problema concreto. L'aumento del costo della vita, associato alla graduale e progressiva erosione del potere d'acquisto delle pensioni rendono infatti sempre più difficile riuscire a mantenere in bilancio il rapporto tra entrate ed uscite (Lorrai e Deriu, 2005)

Se confrontiamo tale dato con le Survey realizzate negli anni precedenti, emerge che la percentuale di coloro che non riescono ad arrivare alla fine del mese è aumentata in modo preoccupante, divenendo più che doppia rispetto all'anno 1995. Le persone che riescono a risparmiare qualcosa calano inoltre in maniera vistosa. Tale evidenza può in parte essere generata dall'aumento del costo della vita che è coinciso con l'introduzione dell'euro (Sgritta, 2005), fatto che ha anche generato maggiore insicurezza tra le persone anziane, senso di mancanza di protezione, di garanzia sul piano dei parametri economici e della protezione sociale.

**Tabella 13. Capacità di risparmio degli anziani, valori %**

	<b>1995</b>	<b>2002</b>	<b>2008</b>
Riesce a risparmiare qualcosa	41,8	40,1	25,5
Arriva in pari (spende tutto quello che guadagna)	49,0	46,9	54,1
Non bastano i soldi	9,2	13,0	20,4

Incrociando il dato relativo alla capacità di risparmio degli intervistati con altre variabili si osserva che il problema delle risorse finanziarie insufficienti tocca maggiormente le donne degli uomini (non arriva alla fine del mese il 17,1% degli uomini contro il 22,3% delle donne) e investe maggiormente gli appartenenti alla fascia d'età più elevata (le percentuali di risposta "i soldi non bastano" corrispondono al 16,8% delle persone con età compresa tra i 75 e i 79 anni e al 24,9% di coloro che hanno un'età compresa tra gli 80 e gli 84 anni). Infine, come era logico attendersi, tra coloro che devono sostenere il costo di un affitto la percentuale di chi riesce a risparmiare qualcosa corrisponde solamente al 12,2%, mentre non riesce ad arrivare alla fine del mese il 43,2% degli intervistati.

Il dato relativo alla presenza di un disagio economico tra la popolazione intervistata è confermato dall'evidenza che tra i desideri maggiormente citati dagli anziani quello di avere un aiuto economico è espresso dal 48,3% delle persone.



Per meglio approfondire il tema delle condizioni economiche della popolazione anziana, è stato inoltre costruito un indice di status socio-economico. Tale indice è stato creato sulla base di due variabili: la difficoltà di arrivare economicamente alla fine del mese ed il livello di istruzione. Esiste infatti una precisa relazione tra i livelli scolastici e la capacità di risparmio, e tale relazione determina la posizione dei soggetti sulla scala socio-economica e di appartenenza di classe. L'indice di status è costituito da tre livelli: basso, medio e alto. In base a tale indicatore, il 57,1% degli intervistati si colloca a un livello di status socio-economico basso, il 23,8% a un livello medio e il restante 19,1% a un livello alto. Il confronto con le precedenti indagini mostra anche in questo caso, così come era avvenuto per la capacità di risparmio, un peggioramento delle condizioni generali, con un progressivo innalzamento della quota di coloro che si collocano su un livello di status socio-economico basso e viceversa una diminuzione delle persone con un livello di status medio ed alto.

**Tabella 14. Livello di status socio-economico degli anziani intervistati - valori % di colonna**

	Sesso		Fascia d'età		Anno		
	Uomini	Donne	75-79	80-84	1995	2002	2008
Basso	50,8	61,2	57,0	56,9	35,3	45,7	57,1
Medio	24,3	23,6	23,7	24,1	51,4	34,6	23,8
Alto	24,9	15,2	19,3	19,0	13,3	19,8	19,1

L'analisi differenziata per fascia d'età non mostra particolari discrepanze tra coloro che hanno un'età compresa tra i 75 ed i 79 anni e coloro che hanno un'età compresa tra gli 80 e gli 84 anni. Osservando invece i dati disaggregati per sesso si evidenzia che l'appartenenza ad un livello di status qualificato come basso è più ricorrente tra le donne, mentre le percentuali di appartenenti ai livelli medio ed alto sono più elevate tra gli uomini.

Incrociando infine il dato relativo allo status socio-economico con quello relativo alle dimensioni dei Comuni di residenza emergono significative differenze. Nei Comuni di piccole dimensioni più del 60% degli intervistati mostra possedere un basso livello di status, mentre gli appartenenti ad un livello alto corrispondono solamente all'8,7% della popolazione. Nei Comuni di grandi dimensioni si osserva invece che gli appartenenti ad un basso livello di status rappresentano il 43,4% degli intervistati, mentre coloro che si collocano ad un livello di status elevato corrispondono ad una quota del 33,7%.

### **2.3. Reti parentali e nucleo familiare**

La famiglia rappresenta un punto di riferimento fondamentale della vita quotidiana di tutti gli individui, e ciò è particolarmente vero per le persone





anziane. Le tipologie familiari appaiono infatti rilevanti soprattutto per gli anziani non solo perché rappresentative delle risorse reali e potenziali che essi dispongono per il fronteggiamento delle concrete esigenze della vita quotidiana, ma anche per il ruolo che esse rivestono all'interno delle relazioni personali. Dal momento che il periodo del pensionamento tende a determinare un diradamento delle relazioni sociali collegate all'ambito lavorativo, e viene meno la possibilità di rapportarsi quotidianamente con i colleghi, la famiglia viene ad assumere, proprio in questa fase della vita, un ruolo di riferimento ancor più importante oltre che in termini strumentali anche in termini emozionali, come luogo di supporto affettivo ed emotivo (Sussman, 1984). La presenza di reti familiari diviene quindi un elemento fondamentale per contribuire a rendere migliore la vita della popolazione in età anziana.

Oltre a ciò, l'esistenza di reti familiari di supporto permette di comprendere anche in quale misura gli anziani abbiano a disposizione qualche forma di supporto per assolvere i compiti e le incombenze legate alla cura della casa e della propria persona. L'esistenza di persone che possano prendersi cura dell'anziano rende meno problematica l'eventuale incapacità di svolgere determinate funzioni, e può anche incidere positivamente sulla possibilità di continuare a vivere presso il proprio domicilio.

Per tali motivi è opportuno tentare di comprendere quali siano le modalità di inserimento familiare delle persone anziane, e prestare inoltre attenzione alle differenze esistenti a seconda della classe d'età e del sesso, per meglio individuare i target specifici di popolazione che più necessitano di attenzione da parte dei decisori delle politiche pubbliche. Quasi la metà degli anziani intervistati (44,5%) vive da solo, si tratta di una quota assai rilevante ed in crescita rispetto alle indagini svolte negli anni precedenti. Nel 1995 si osservava infatti una percentuale del 27,7% di anziani che vivevano soli, mentre nel 2002 tale percentuale corrispondeva al 32,5%. Tra coloro che non vivono soli, più dell'86% vive con il coniuge ed il 40% vive con i figli. Esistono ovviamente combinazioni diverse, per cui chi vive con il coniuge può allo stesso tempo convivere con un figlio.

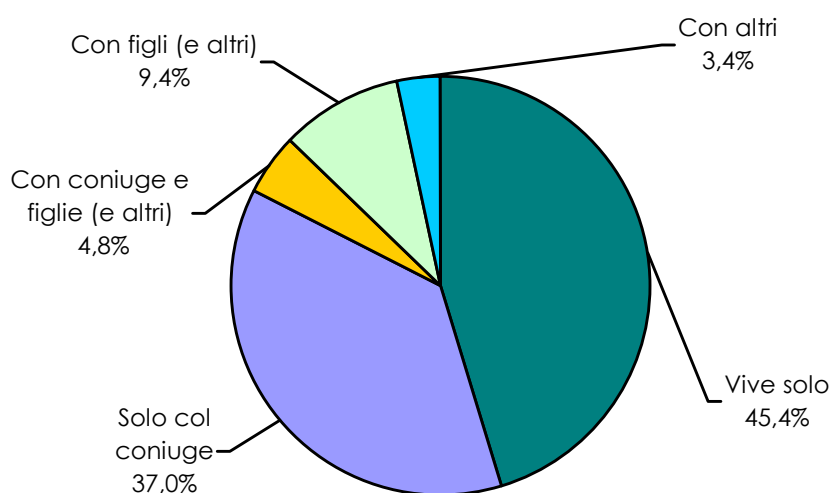
Il fenomeno della solitudine delle persone anziane, particolarmente importante dal punto di vista della politica locale in quanto area-target di possibili interventi, appare molto rilevante nel territorio cremonese. Tale dato varia a seconda dell'età degli intervistati: nella fascia d'età 75-79 anni gli anziani soli rappresentano il 42,2% del campione, mentre nella fascia d'età successiva (80-84 anni) le persone sole corrispondono al 48,3% degli intervistati. L'analisi differenziata per sesso mostra inoltre il grande divario esistente tra uomini e donne: mentre tra gli uomini la quota di coloro che vivono soli rappresenta il 16,5% del totale, tra le donne tale percentuale sale addirittura al 63,0%. Tra coloro che sono soli, una quota rilevante del campione vive una condizione di isolamento di medio e lungo corso: degli anziani soli quasi la metà (47,9%) lo è da 15 anni ed oltre ed il 69,3% lo è da dieci o più anni. Per l'analisi della composizione dei nuclei familiari le diverse combinazioni possibili sono state riaggregate in cinque classi fondamentali:



- coloro che vivono soli;
- coloro che vivono solamente con il coniuge;
- coloro che vivono con il coniuge e con i figli (ed eventualmente altre persone);
- coloro che vivono con i figli (ed eventualmente altre persone ma non il coniuge);
- coloro che vivono con altre figure parentali diverse (ma non il coniuge o i figli).

Come è possibile osservare dalla Figura 10, le tipologie di convivenza sono polarizzate su due classi principali: coloro che vivono soli e coloro che vivono solamente con il coniuge. La percentuale di coloro che vivono con i figli appare poco rilevante. Tale dato è certamente relazionato alla propensione che hanno le giovani coppie a formare famiglie nucleari; al giorno d'oggi la coabitazione di più nuclei familiari sembra essere il frutto di una necessità più che di una scelta. Come evidenziato dalla letteratura in materia, le persone anziane non desiderano dipendere dai figli e pesare su di loro; essi desiderano invece avere una vita e uno spazio propri, una propria privacy al di fuori della tutela degli obblighi della famiglia allargata. Le persone anziane non sono preparate ad accettare di dipendere dai familiari, se non strettamente necessario, e, allo stesso tempo, non sempre sono disponibili a modificare le proprie abitudini per venire incontro alle esigenze della vita quotidiana delle famiglie dei figli e permettere così la coabitazione (Di Giorgio e Lariccia, 2005).

**Figura 10. Tipologie di convivenza**





Il confronto con gli anni passati mostra come la percentuale di persone che vivono sole sia aumentata in maniera decisamente consistente. Se nel 1995 gli anziani che vivevano soli erano pari al 27,7% degli intervistati e nel 2002 tale quota corrispondeva al 33,1% del campione, tale valore si attesta oggi al 45,4%. Si osserva inoltre, a conferma del cambiamento avvenuto nella formazione dei nuclei familiari, che le percentuali di coloro che vivono con i figli si sono progressivamente ridotte in questi 12 anni. La quota di coloro che vivono insieme ai figli, nelle diverse combinazioni possibili, corrispondeva infatti al 29,3% nel 1995, per passare al 21,7% nel 2002 ed attestarsi oggi su un valore, molto inferiore, del 14,2%.

L'incrocio del dato relativo alle diverse tipologie di convivenza con alcune variabili socio-demografiche permette di osservare innanzitutto che se il fenomeno appena descritto è prettamente femminile, la maggior parte degli uomini convive con il coniuge. Le donne sono invece maggiormente propense degli uomini a vivere con i figli (13,1% contro il 3,4% degli uomini) e la convivenza con i figli aumenta col crescere dell'età degli intervistati.

Emerge inoltre la maggiore propensione al vivere soli delle persone residenti nei Comuni di grandi dimensioni (49,1% contro il 41,9% dei Comuni piccoli), e viceversa il maggior numero di persone che vivono con i figli nei Comuni medi e piccoli.

**Tabella 15. Struttura della convivenza per alcune variabili socio-demografiche - valori % per riga**

	<b>Vive solo</b>	<b>Solo col coniuge</b>	<b>Coniuge e figli (e altri)</b>	<b>Con figli (e altri)</b>	<b>Altre figure</b>
Totale	45,4	37,0	4,8	9,4	3,4
<b>Sesso</b>					
Uomini	17,0	68,2	9,7	3,4	1,7
Donne	64,2	16,8	1,5	13,1	4,5
<b>Fascia d'età</b>					
75-79 anni	42,6	40,1	4,8	8,8	3,7
80-84 anni	49,4	31,8	5,1	10,2	3,4
<b>Status</b>					
Basso	44,6	37,8	5,2	10,0	2,4
Medio	48,5	35,6	5,0	6,9	4,0
Alto	45,8	34,9	4,8	8,4	6,0
<b>Dimensione Comune</b>					
Piccolo	41,7	37,0	5,5	13,4	2,4
Medio	44,4	34,4	7,9	7,3	6,0
Grande	49,1	39,1	1,8	8,3	1,8



Osservando maggiormente nel dettaglio la struttura delle convivenze si evidenzia che, tra coloro che non vivono soli, la maggior parte delle persone (77,5%) convive con un'unica persona, il 15,5% con due persone e la restante parte con più di tre.

Comparando questo dato con quello rilevato nel 2002, si evidenzia che la numerosità media dei nuclei familiari degli anziani è leggermente calata. Il 75,7% del campione intervistato nel 2002 conviveva infatti con una sola persona, l'11,7% con due ed il 12,6% con tre o più persone.

Si evidenzia inoltre che le donne tendono a vivere in nuclei familiari di dimensioni maggiori (tre o più conviventi) rispetto a quelli in cui sono inseriti gli uomini; relativamente all'età degli intervistati si osserva invece che coloro che vivono in nuclei familiari di dimensioni maggiori sono gli appartenenti alla fascia d'età più anziana (80-84 anni).

Analizziamo infine le forme di convivenza meno comuni. Si osserva innanzitutto che la percentuale di coloro che vivono con fratelli o sorelle è decisamente minoritaria (il 6,5% del campione vive con i fratelli e il 4,3% con le sorelle). Solamente il 10% degli intervistati convive con i nipoti, mentre la percentuale di coloro che vivono con una badante rappresenta il 4,5% del campione.

**Tabella 16. Numero di persone con cui si convive per alcune variabili socio-demografiche (valori % per riga)**

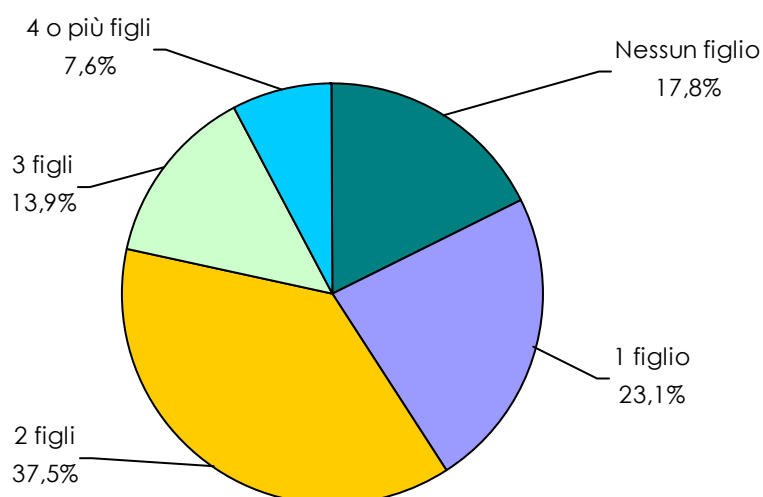
	Se non vive solo, con quante persone vive		
	Una	Due	Tre o più
Totale	77,5	15,5	7,0
<b>Sesso</b>			
Uomini	82,4	12,2	5,4
Donne	70,3	20,8	8,9
<b>Fascia d'età</b>			
75-79 anni	77,8	16,5	5,7
80-84 anni	76,1	14,1	9,8
<b>Status</b>			
Basso	76,4	18,6	5,0
Medio	79,6	11,1	9,3
Alto	79,2	10,4	10,4
<b>Dimensione Comune</b>			
Piccolo	72,0	17,3	10,7
Medio	66,3	25,3	8,4
Grande	92,2	4,4	3,3



Questi dati ci forniscono una prima indicazione generale sull'esistenza di cerchie relazionali, reti di sostegno e dimensioni di aiuto che circondano la maggior parte degli anziani cremonesi che vivono ancora con qualcuno, siano essi coniugi, figli, parenti o conviventi. Oltre a ciò risulta però utile uscire dalla stretta cerchia domestica per analizzare la cerchia parentale allargata.

Osserviamo innanzitutto che l'82,2% degli intervistati ha dei figli. Il numero di figli varia da un minimo di un unico figlio ad un massimo di sette, attestandosi comunque in prevalenza su valori corrispondenti ad uno, due o al massimo tre figli.

**Figura 11. Presenza e numerosità di figli**



Basandosi sull'idea che la vicinanza o la lontananza geografica sia un indicatore della maggiore o minore possibilità di scambi e contatti, è stato chiesto agli intervistati la distanza a cui vive il figlio o la figlia più vicino.

La maggioranza degli anziani intervistati impiega al massimo 15 minuti per raggiungere la casa del figlio e quasi l'11% di essi impiega al massimo mezz'ora. L'analisi differenziata per fascia d'età mostra che tra gli anziani appartenenti alla fascia d'età più giovane esiste una maggiore presenza di persone che vivono a più di un'ora di distanza dai figli.

Appare quindi una forte vicinanza abitativa tra i genitori anziani ed i loro figli, fatto che può agevolare i legami di solidarietà tra le generazioni (Facchini, 2005).



**Tabella 17. Tempo occorrente per raggiungere il figlio non convivente più vicino, valori % di colonna**

	Sesso		Fascia d'età		Anno	
	Uomini	Donne	75-79	80-84	2002	2008
Fino a 15 minuti	85,7	80,1	83,8	80,3	77,6	82,3
Da 16 a 30 minuti	7,9	13,1	8,8	14,2	12,8	10,9
Da 31 a 60 minuti	2,1	2,6	2,0	3,1	4,8	2,5
Oltre 1 ora	4,3	4,2	5,4	2,4	4,8	4,3
Totale casi validi	140	191	204	127	125	331

La comparazione con i dati rilevati nella precedente Survey evidenzia come, nonostante sia diminuita la percentuale di coloro che vivono insieme ai figli, la prossimità abitativa tra genitori anziani e figli adulti sia aumentata. Si osserva infatti una maggiore quota di persone che vivono al massimo a 15 minuti di distanza dai loro figli mentre i valori relativi alle distanze più grandi sono calati.

La presenza di legami forti è confermata dalla frequenza di contatti che gli intervistati hanno con i loro figli. Più del 70% delle persone ha contatti quotidiani con i figli, ed il 20,9% di essi li ha almeno una volta alla settimana. La percentuale di coloro che hanno contatti meno frequenti non raggiunge il 7%.

**Tabella 18. Frequenza di contatti con i figli non conviventi, valori % di colonna**

	Sesso		Fascia d'età		Anno	
	Uomini	Donne	75-79	80-84	2008	2002
Tutti i giorni	72,5	72,3	73,3	71,4	72,5	71,6
Almeno una volta alla settimana	22,5	20,1	19,3	23,5	20,9	19,4
Una-due volte al mese	2,2	5,4	4,5	3,4	4,1	7,5
Più raramente	2,9	2,2	3,0	1,7	2,5	1,5

Nel complesso emerge quindi la presenza di una solida rete relazione fondata su un intenso rapporto di reciprocità genitori-figli, in cui la quasi totalità del campione (93,4%) intrattiene con i propri figli un rapporto pressoché costante. Gli anziani vivono una dimensione di contatto ravvicinato con i propri figli, certamente favorito dalla scarsa distanza abitativa di questi ultimi rispetto ai propri genitori, che rende costanti e stabili le visite quotidiane per la maggior parte del campione.

E' stato infine chiesto agli intervistati il loro grado di accordo rispetto a due affermazioni. Relativamente all'affermazione "i miei figli possono contare su di



me" si evidenzia che la maggioranza degli intervistati (59,8%) si dimostra molto d'accordo e che la percentuale di coloro che si trovano in disaccordo è del 13,5%. Si osserva inoltre che gli uomini esprimono maggiore accordo rispetto alle donne con questa affermazione. Incrociando il dato con la fascia d'età degli intervistati si evidenzia inoltre come i più giovani si sentano maggiormente in accordo con quest'affermazione.

**Tabella 19.** *Grado di accordo con l'affermazione "I miei figli possono contare su di me", valori % di colonna*

	Sesso		Età		Totale
	Uomini	Donne	75-79	80-84	
Per nulla d'accordo	1,9	8,7	4,5	8,6	5,9
Poco d'accordo	5,2	9,7	5,8	10,7	7,6
Né in accordo né in disaccordo	9,7	15,5	10,3	17,1	12,8
Abbastanza d'accordo	16,8	11,6	13,9	13,6	13,8
Molto d'accordo	66,5	54,6	65,5	50,0	59,8

L'altra affermazione su cui gli intervistati hanno dovuto esprimere il proprio grado di accordo è stata "sento di poter contare sui miei figli". In questo caso la percentuale di persone molto in accordo con l'affermazione sale al 74,5%, mostrandosi ancora una volta superiore tra gli uomini rispetto che alle donne e tra i più giovani rispetto alla fascia d'età più anziana.

**Tabella 20.** *Grado di accordo con l'affermazione "Sento di poter contare sui miei figli", valori % di colonna*

	Sesso		Età		Totale
	Uomini	Donne	75-79	80-84	
Per nulla d'accordo	0,6	4,8	2,3	3,6	2,9
Poco d'accordo	5,2	3,8	4,5	4,3	4,3
Né in accordo né in disaccordo	6,5	7,2	6,3	7,9	6,9
Abbastanza d'accordo	11,0	11,5	10,8	12,2	11,3
Molto d'accordo	76,8	72,6	76,1	71,9	74,5

La comparazione del grado di accordo con le due affermazioni mette in evidenza che le persone anziane intervistate sentono di rappresentare un punto di riferimento per i loro figli in misura minore di quanto i loro figli lo siano per loro. Tale dato delinea un quadro in cui alcune persone anziane non si



auto-caratterizzano come persone sulle quali si possa contare e percepiscono rispetto al loro ruolo un senso di fragilità. Gli interventi di risocializzazione per le persone anziane trovano quindi un ulteriore campo d'azione affinché gli anziani siano ancora attivi e protagonisti nelle famiglie e nelle comunità di riferimento.





### 3. La risorsa salute

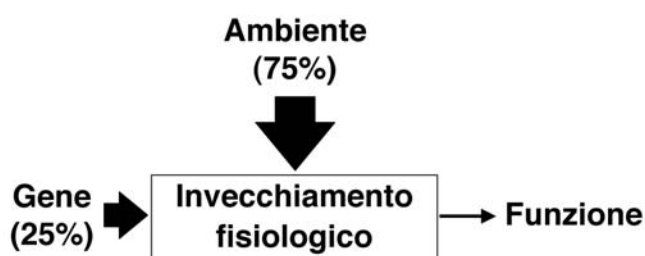
*Ageing is a privilege and a societal achievement. It is also a challenge, which will impact on all aspects of 21<sup>st</sup> century society.*

(World Health Organisation Programme on Ageing and Health)

Al di fuori di ogni retorica o considerazione circa la valenza e il significato del “diventar vecchi”, è incontrovertibile e incontestabile il fatto che la vecchiaia concepita in senso lato sia una delle maggiori conquiste della società del secolo appena conclusosi.

La vecchiaia pertanto, intesa come “bene sociale” sempre più diffuso, nelle società moderne è oggi esperienza della stragrande maggioranza della popolazione, e la qualità di vita in questo particolare segmento dell'esistenza, sia dal punto di vista clinico sia dal punto di vista della soddisfazione generale, diviene sempre più fattore individualmente governabile: come Finch e Tanzi (1997) sottolineano, la qualità dell'invecchiamento fisiologico di un individuo è solo in parte (25%) spiegata dal bagaglio genetico di cui la natura e il caso lo hanno dotato, per il 75% essa è invece determinata dai fattori ambientali circostanti, come la ricchezza del territorio e della famiglia in cui è cresciuto, la qualità dell'assistenza medica a cui ha potuto avere accesso nel corso della sua vita, la tipologia di carriera professionale svolta, lo stile di vita tenuto, insomma come tende provocatoriamente a precisare Vergani (2007) “vecchi sbagliati si diventa da bambini”.

**Figura 12. Determinanti dell'invecchiamento fisiologico**



Fonte: Finch CE, Tanzi R. The genetics of aging. Science 1997;278:407-11.

Date queste premesse, e posto il riconoscimento dell'opportunità di governo del proprio invecchiare, è innegabile prendere atto del fatto che dal punto di vista medico ci troviamo di fronte a un processo di graduale deterioramento



dell'organismo, nel corso del quale vanno ad indebolirsi e frammentarsi le capacità omeostatiche di adattamento fisiologico agli stress destabilizzanti.

Nell'oggettività del deterioramento fisiologico-cronologico proprio dell'anzianità, è però dirimente osservare che al netto di ogni ragionevole considerazione concernente lo stato di salute clinica, oggettiva di un individuo, il "sentirsi in salute" ha una valenza ben differente e forse ancor più importante in particolar modo quando si ha a che fare con individui anziani.

Sono infatti la perdita dell'autosufficienza e l'insorgenza di problemi di salute due dei principali eventi della vita che fanno sentire una persona anziana (Censis, 2005): l'autopercezione del deterioramento dello stato di salute risulta pertanto essere aspetto antropologico focale nell'elaborazione della condizione di ingresso nella fase terminale della propria esistenza, così come molto frequentemente, sempre secondo i dati Censis (2005), sempre in relazione a ciò intervengono fattori emotivi come la morte del coniuge o il restare soli, tanto che per gli ultra-settantatreenni italiani è la solitudine a costituire il problema percepito come più grave.

Nel presente capitolo si darà trattazione delle condizioni di salute della popolazione anziana della provincia di Cremona. Si delinea inizialmente un quadro generale delle dinamiche di mortalità e di aspettativa di vita nel contesto provinciale e si passerà poi a descrivere lo stato di salute percepita e di autonomia degli anziani del territorio elaborando le rilevazioni raccolte su due test geriatrici, IADL e NHP, utilizzati nella presente Survey.

### **3.1. Dinamiche di mortalità**

L'evidenza empirica e i dati a nostra disposizione mettono chiaramente in luce come ormai da decenni la maggioranza delle persone muoia ad un'età sempre più avanzata, e il trend pur decelerando non sembra intenzionato ad arrestarsi.

Nell'ultimo secolo poi in Italia come nel resto dei paesi occidentali oltre ad un'evidente traslazione temporale positiva dell'età media alla morte, sono gradualmente cambiate le cause stesse di morte: un tempo principalmente legate a fattori di carattere epidemiologico, oggi primariamente connesse a malattie del sistema cardio-circolatorio e tumori. Tali dinamiche si sono manifestate sia nella popolazione maschile che in quella femminile; si rilevano tuttavia dei tassi di prevalenza differenti scomponendo i dati per fasce di età. Come mostrato nella Tabella seguente, relativamente alla popolazione italiana, con l'età diminuisce il rischio di mortalità per tumore mentre aumenta sensibilmente il rischio di morire per una malattia dell'apparato cardio-circolatorio: per la popolazione maschile si passa da un valore del 36,2% nella classe di età 70-79 anni a un valore del 55,2% per quella di 90 anni ed oltre, mentre per la popolazione femminile si passa invece dal 39,4% a ben il 61,2%, tale valore così elevato risente della consistente incidenza nella componente femminile di cardiopatie ischemiche (M. T. Bordogna, 2007).



**Tabella 21. Morti per classe di età, sesso e gruppo di cause. Italia, anno 2002.**

	Maschi			Femmine		
	70-79	80-89	90 e oltre	70-79	80-89	90 e oltre
Malattie infettive e parassitarie	0,8	0,5	0,4	1,1	0,7	0,3
Tumori	39,3	24,8	13,8	33,4	17,9	9,2
Disturbi psichici e malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi	3,1	4,3	4,2	4,9	6,0	5,6
Malattie del sistema circolatorio	36,2	46,7	55,2	39,4	53,4	61,2
Malattie dell'apparato respiratorio	7,3	10,5	11,5	4,6	5,9	7,4
Malattie dell'apparato digerente	4,5	3,7	3,0	5,4	4,1	3,2
Altri stati morbosi	5,3	5,7	5,7	8,2	7,4	6,3
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	0,5	0,8	2,4	0,5	1,0	2,7
Cause esterne dei traumatismi e avvelenamenti	2,8	3,0	3,8	2,5	3,5	4,1
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

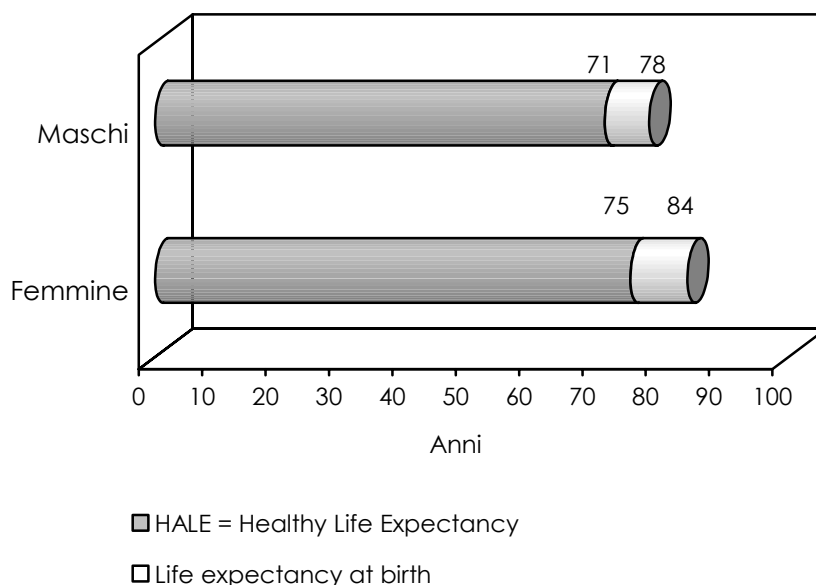
Fonte: Istat - Annuario statistico italiano 2007

In tale contesto si rileva oltretutto un progressivo miglioramento delle condizioni di salute della popolazione anziana stessa, chiaramente osservabile nell'incremento degli anni di vita trascorsi in salute. Una vecchiaia migliore sia per quantità di anni vissuti sia soprattutto per qualità di vita.

Come mostra il grafico seguente, relativo all'aspettativa di vita alla nascita della popolazione italiana (WHO, 2003), nel 2002 l'aspettativa di vita per la componente maschile si attestava a 78 anni mentre per le donne essa era di ben 6 anni superiore, ma non è tutto. Dei 78 anni di vita attesa di un individuo maschile ben 71 in media potevano considerarsi anni di vita in salute, 75 per le donne su un orizzonte di vita medio di 84 anni.



**Figura 13. Aspettativa di vita alla nascita per genere. Italia, anno 2002.**



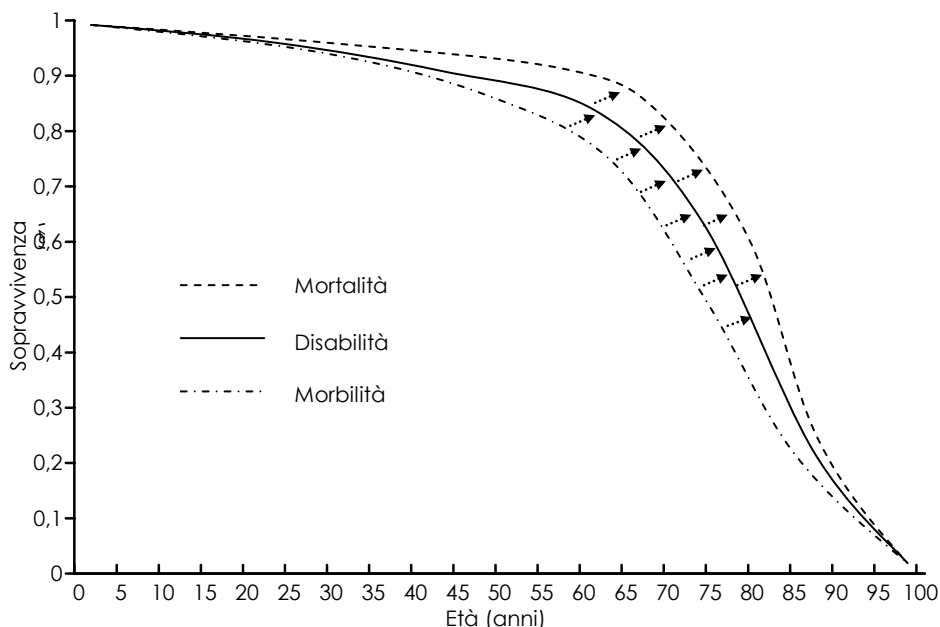
Fonte: *The World Health Report. WHO, 2003*

Tale fenomeno è principalmente interpretabile ed esplicabile secondo il modello esposto nella Figura qui sotto e ripreso da un lavoro di Rowe del 1992. La teoria che fonda il presente modello, illustrante le dinamiche evolutive delle curve di mortalità, disabilità e morbilità nel tempo, posteriormente definita *morbidity hypothesis* (McMunn, 2006), mette in luce come i livelli di morbilità e disabilità stiano diminuendo in maniera più veloce rispetto ai livelli di mortalità: tale fenomeno è visualizzabile in Figura con la tendenza ad un progressivo avvicinamento delle curve di disabilità e morbilità alla curva di mortalità, la quale pur subendo essa stessa una progressiva traslazione verso destra (indicando pertanto l'aumento dell'aspettativa di vita degli individui), si "muove" con una velocità relativamente inferiore rispetto alle altre due.

Lo schiacciamento delle tre curve, processo definito "compressione della morbilità", sta pertanto alla base del miglioramento delle condizioni di vita medie della popolazione anziana in termini di anni trascorsi in salute.



**Figura 14. Le curve della mortalità, della disabilità e della morbidità**

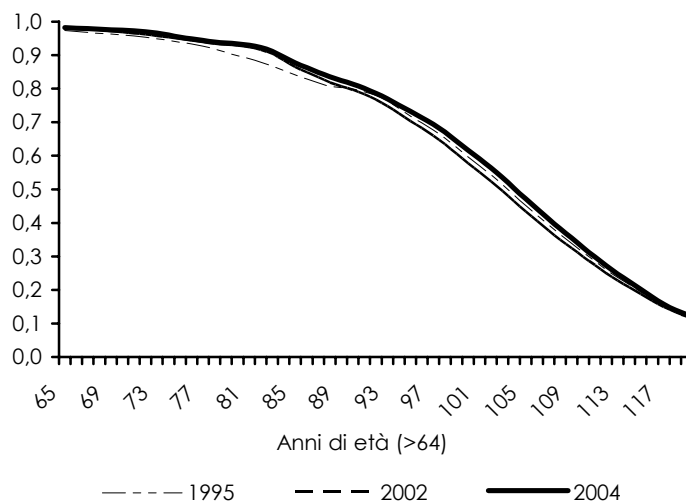


Fonte: J. Rowe, *Aging and geriatric Medicine*, 1992

Utilizzando le basi di dati restituite dall'Istat circa le Tavole di Mortalità della popolazione italiana, si è in grado di ricostruire lo scenario della mortalità in provincia di Cremona cercando in particolare di osservare come le dinamiche di mortalità siano cambiate tra il 1995 (anno della prima Survey sulla popolazione anziana provinciale) e oggi. I grafici riportano in ascissa l'età dell'anziano over-64 ed in ordinata la probabilità di sopravvivere associata a ciascuna età riportata in ascissa, dove 0 indica una probabilità nulla di sopravvivere e 1 un rischio nullo di morire. Come mostrano le tavole di mortalità elaborate e qui sotto riportate tra il 1995 e il 2004 (ultimo anno per cui l'Istat rende disponibili i dati sulle probabilità di sopravvivenza per età della popolazione) la probabilità di sopravvivere per età degli individui anziani della provincia di Cremona è andata costantemente aumentando, pur con lievi incrementi, sia per la popolazione maschile che per quella femminile. Tale aspetto è visivamente osservabile nella traslazione verso l'alto delle curve di mortalità: nei 10 anni trascorsi tra il 1995 e il 2004 per ogni età si riscontra nel tempo un rischio inferiore di morte. Ora, se la probabilità di sopravvivere è come dimostrato aumentata per ogni età, ciò significa che è assai più probabile che gli individui in età anziana muoiano ad età sempre più avanzate: è quindi possibile quantificare quanti anni di vita abbia "conquistato" la popolazione anziana cremonese in quasi un decennio di tempo? In base ai dati a nostra disposizione è possibile dare una stima assai attendibile degli incrementi misurati in anni della speranza di vita nel periodo considerato. Tale stima è mostrata in Figura 15 e Figura 16.

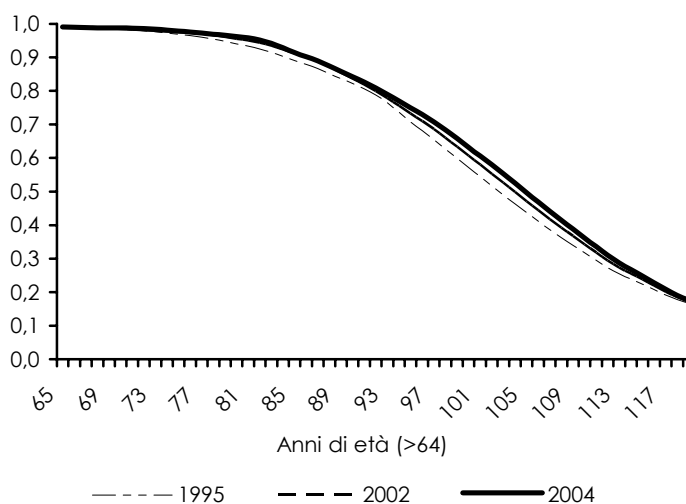


**Figura 15. Probabilità di sopravvivenza per età della popolazione anziana maschile della provincia di Cremona. Confronto anni 1995, 2002, 2004.**



Fonte: Elaborazioni Synergia su dati Istat, 2007

**Figura 16. Probabilità di sopravvivenza per età della popolazione anziana femminile della provincia di Cremona. Confronto anni 1995, 2002, 2004.**



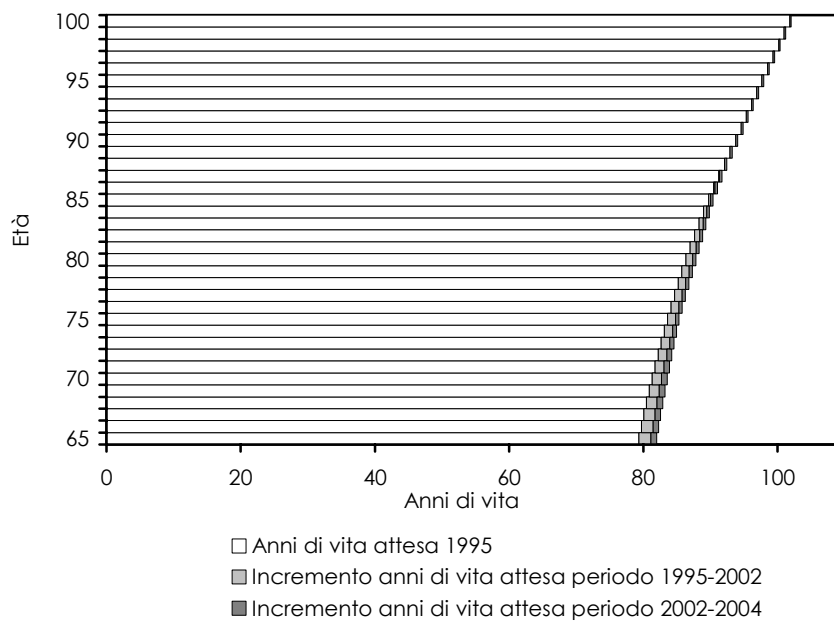
Fonte: Elaborazioni Synergia su dati Istat, 2007

Gli istogrammi alle varie età mostrano gli incrementi espressi in anni della speranza di vita negli intervalli temporali considerati, ossia tra il 1995 e il 2002 e tra il 2002 e 2004. L'incremento è particolarmente evidente per i giovani anziani mentre va riducendosi per le classi di età superiori. A puro titolo esemplificativo andiamo ad osservare quanto accaduto in termini di speranza di vita in un



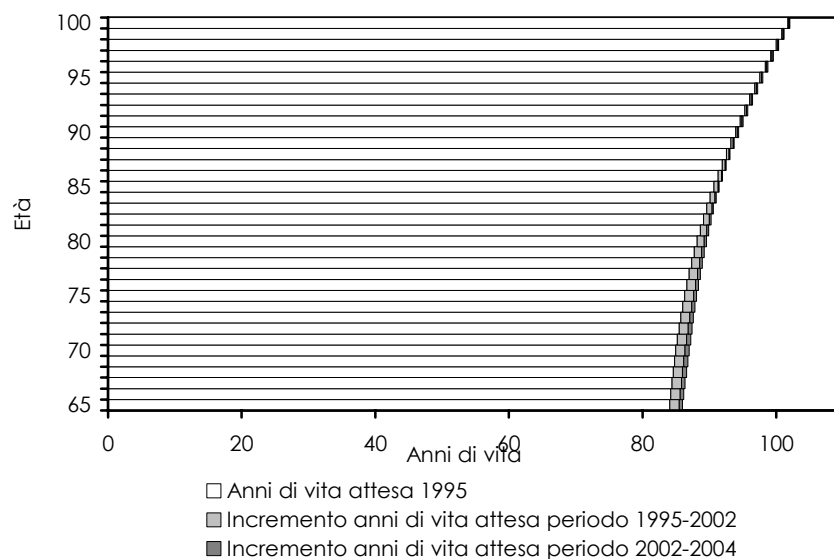
decennio rispetto alla popolazione anziana residente in provincia di Cremona di 65, 75 e 84 anni per entrambi i sessi.

**Figura 17. Speranza di vita per età della popolazione anziana maschile della provincia di Cremona. Confronto anni 1995, 2002, 2004.**



Fonte: Elaborazioni Synergia su dati Istat, 2007

**Figura 18. Speranza di vita per età della popolazione anziana femminile della provincia di Cremona. Confronto anni 1995, 2002, 2004.**



Fonte: Elaborazioni Synergia su dati Istat, 2007



Se nel 1995 un 65enne cremonese poteva attendersi di vivere in media ancora 14,3 anni di vita e sfiorare pertanto la soglia degli 80 anni, nel 2004 tale aspettativa è incrementata a 17 anni per un guadagno netto di 31,9 mesi in media di vita. Una donna 65enne invece residente in provincia nel 1995 poteva mediamente attendersi di raggiungere gli 84 anni, 9 anni più tardi, nel 2004, la speranza di vita è aumentata a 20,9 anni in media.

Facendo un rapido calcolo ciò significa che la componente maschile provinciale ha incrementato mediamente la propria speranza di vita di 7 ore al giorno nell'arco temporale 1995-2004, mentre per quanto riguarda le cremonesi 65enni, pur vantando una speranza di vita superiore in termini assoluti, l'incremento giornaliero nel periodo considerato è stato di "sole" 5 ore.

I dati riportati in Tabella mettono pertanto in luce un quadro chiaro e ben delineato rispetto alle dinamiche evolutive di vita attesa della componente anziana cremonese. Se sono ancora le donne a potersi attendere una vita mediamente più lunga, negli ultimi anni si è manifestato un graduale processo di recupero della componente maschile in termini di vita attesa, in particolar modo per quanto concerne le fasce di età anziana più giovani; dai 75 anni in poi gli incrementi di vita attesa si fanno decisamente più contenuti, anche se rimangono sempre positivi, e il differenziale di genere va riducendosi fino a convergere su valori pressoché identici per entrambi i sessi.

**Tabella 22. Evoluzione della speranza di vita in provincia di Cremona nel periodo 1995-2004. Scomposizione per sesso ed età.**

Sesso	Età	Speranza di vita nell'anno 1995 (anni)	Speranza di vita nell'anno 2004 (anni)	Mesi di vita guadagnati tra il 1995 e il 2004	Ore di vita guadagnate ogni giorno tra il 1995 e il 2004
Maschi	65	14,3	17,0	31,9	7 ore
	75	8,6	10,3	20,5	4 ore e 30 minuti
	84	5,0	5,8	10,2	2 ore e 15 minuti
Femmine	65	19,0	20,9	23,2	5 ore
	75	11,3	13,1	21,2	4 ore e 40 minuti
	84	6,1	7,0	10,4	2 ore e 20 minuti

Fonte: Elaborazioni Synergia su dati Istat, 2007

### 3.2. Condizioni funzionali e stato di salute percepita

Una vita più lunga pertanto e più anni trascorsi in salute, ma illudersi e assumere quella appena esposta come regola generale risulta essere esercizio semplicistico e fuorviante. Se la lettura dei trend medi di evoluzione delle condizioni di salute della componente anziana della popolazione dipinge un quadro in costante miglioramento, è pur vero che all'ombra di ciò che tali



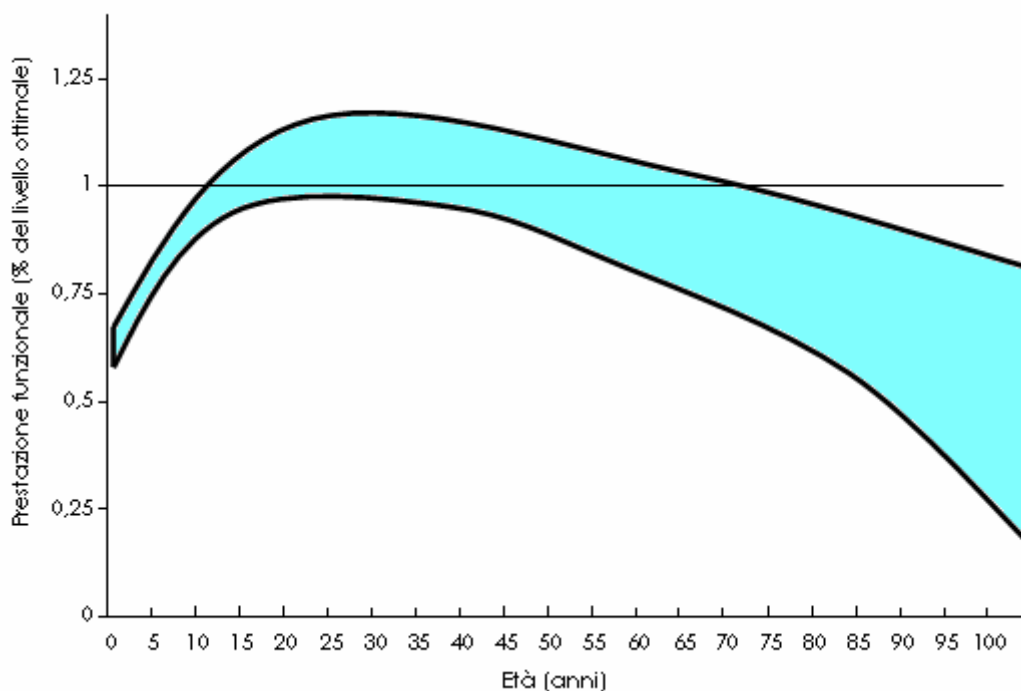


numeri nascondano si cela una realtà assai multiforme e colma di elementi di forte variabilità.

Dal momento che, come in precedenza si è anticipato, a determinare il "come" si invecchia sono principalmente fattori di carattere ambientale: status sociale, benessere economico, carriera professionale, più in generale il proprio vissuto personale, non si può che attendersi modi differenti di invecchiare da individuo a individuo: è per questo che possiamo distinguere ed individuare una pluralità di forme di vecchiaia che spaziano da una cosiddetta vecchiaia prestigiosa o "succesfull aging" a una vecchiaia anonima o "usual ageing" caratterizzata dall'insorgenza di malattie croniche e invalidanti (Rowe, Kahn, 1997): la sindrome di Diogene, anche detta lo squallore senile costituisce il confine negativo dello "usual ageing".

In Figura 19 si dà rappresentazione di quanto fin qui esposto. Nel modello proposto da Cape (1984) infatti il livello di prestazione funzionale per età varia al variare dell'età, descrivendo nel tempo una sorta di U rovesciata, dove il massimo si colloca tra i 20 e 25 anni di età. All'aumentare dell'età il livello di prestazione funzionale dell'individuo diminuisce gradualmente e contestualmente a ciò aumenta la variabilità associata: differenze biologiche, comportamentali, ambientali e socio-economiche sono alla base dell'allargamento della forbice delle condizioni di salute della popolazione anziana (Gregori, Viganò, 2008).

**Figura 19. Prestazione funzionale nel corso delle diverse età**



Fonte: R. Cape et al., *Fundamentals of Geriatric Medicine*, 1984



Sulla scorta di quanto detto circa la relazione positiva esistente tra età e variabilità nelle condizioni di salute della popolazione anziana, merita ora una riflessione l'analisi delle differenze di genere in termini di salute ed insorgenza di malattie croniche. I dati riportati in Tabella 23 sono tratti dall'Indagine multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" dell'Istat ed illustrano 3 dimensioni dello stato di salute di un individuo anziano: il giudizio sullo stato di salute, la presenza di una o più malattie croniche e il consumo di farmaci; i dati sono disaggregati per sesso e classe di età (65-74 e 75 e oltre). Se, come logico attendersi, le condizioni di salute e il rischio di insorgenza di malattie croniche peggiorano all'aumentare dell'età, necessita una chiarificazione il fatto che le donne in entrambe le classi di età considerate siano mediamente più compromesse dal punto di vista della salute di quanto lo siano i coetanei di sesso maschile. Pur mostrando, come già illustrato, tassi di mortalità decisamente inferiori rispetto a quelli degli uomini, le donne risultano soggette a una serie di rischi connessi all'invecchiamento stesso: il rischio di presenza di due o più malattie croniche è decisamente superiore, 59,0% nella classe di età 65-74 anni rispetto al 45,4% della componente maschile e 74,9% rispetto al 62,3% dei coetanei di 75 e più anni; più ricorrente è poi l'insorgenza di alcune, particolari malattie quali ipertensione, artrosi, artrite, osteoporosi, così come disturbi nervosi; per questi motivi è significativamente più elevato rispetto ai maschi di pari età il consumo di farmaci 86,5% per le donne di 75 anni e più, contro un valore di 81,9% per la componente maschile. A queste problematiche vanno a sommarsi altri e non meno importanti fattori di fragilità quali: un più elevato tasso di vedovanza, condizioni economiche più precarie, livelli di istruzione più bassi, maggiore dipendenza dalle reti di assistenza familiare e di welfare.

Per quanto riguarda gli uomini, dal canto loro, se si considerano le classi di età più avanzate (quella dei medi anziani 75-84enni, e quella dei grandi anziani di 85 e più anni) e se si prende in considerazione il fatto che ad essi sia associato un rischio di morte più elevato, nonché una speranza di vita inferiore, si può con ragionevole confidenza parlare di una popolazione di "sopravvissuti", nel senso che il processo di selezione tra individui fragili e individui sani avviene in maniera più rapida e anticipata rispetto alla popolazione femminile prima dei 75 anni di età, di modo che chi di loro abbia già superato tale soglia di sopravvivenza possa con buona probabilità attendersi di vivere la fase terminale della propria esistenza al riparo da malattie croniche e invalidanti, o quanto meno se lo possa attendere in misura superiore a una coetanea di sesso femminile.



**Tabella 23. Popolazione residente per condizione di salute, malattia cronica dichiarata, consumo di farmaci negli ultimi due giorni precedenti l'intervista, classe di età. Regione Lombardia, anno 2007 – valori %**

	Maschi		Femmine	
	65-74	75 e oltre	65-74	75 e oltre
Stato di buona salute	49,1	29,7	41,4	24,5
Con una malattia cronica o più	71,1	83,9	80,8	89,4
Con due malattie croniche o più	45,4	62,3	59,0	74,9
Cronici in buona salute	38,0	23,3	34,6	20,5
Diabete	14,1	16,4	12,6	18,4
Iperensione	37,9	46,1	43,8	53,9
Bronchite cronica, asma bronchiale	16,7	27,6	14,2	20,3
Artrosi, artrite	38,3	54,9	59,1	72,3
Osteoporosi	5,5	12,2	33,5	49,2
Malattie del cuore	12,2	21,1	10,0	16,8
Malattie allergiche	7,7	7,4	11,3	10,4
Disturbi nervosi	5,7	12,0	10,6	15,4
Ulcera gastrica e duodenale	7,3	10,9	7,5	7,6
Consumo di farmaci nei due giorni precedenti l'intervista	69,0	81,9	75,3	86,5

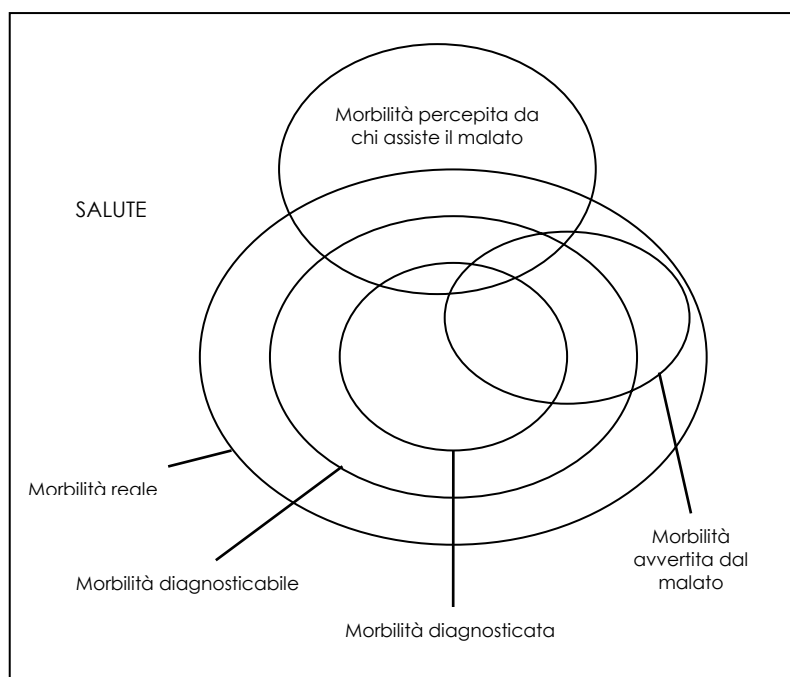
Fonte: ISTAT, Indagine multiscopo "Aspetti della vita quotidiana", 2007

Il primo aspetto su cui si è voluto far chiarezza all'interno della presente Survey sulla popolazione anziana cremonese riguarda il giudizio espresso circa il proprio stato di salute.

Prima di restituire le rilevazioni su questa dimensione occorre spendere alcune parole sul concetto di "area della malattia", come è stata definita da Danilo Giori (1984). Il primo interrogativo che occorre porsi è stabilire che cosa si voglia osservare allorché ci accingiamo a studiare lo stato di salute di una popolazione. La malattia (o la salute) percepita dall'individuo è altra cosa da quella osservata da chi assiste o vive con l'anziano; è ancora diversa da quella diagnosticata o diagnosticabile e infine può non coincidere nemmeno con quella reale oggettiva (Mauri e Breveglieri, 1996).



**Figura 20. Quadro logico dello stato di salute di un individuo**



Fonte: Mauri, Breveglieri. (a cura di), 1996, *Vivere l'età anziana: indagine sociologica in un'area avanzata*, F. Angeli, Milano,.

E' stata a tal proposito posta una domanda diretta agli intervistati ("Come giudica il proprio stato di salute?") volta a rilevare esplicitamente quale sia l'autovalutazione che gli anziani della provincia di Cremona danno di sé.

I risultati mostrano un quadro di prevalente soddisfazione del proprio stato di salute: 7 anziani su 10 di età compresa fra i 75 e 84 anni dichiarano una salute buona o abbastanza buona. Viene confermato, come anticipato in precedenza, il fatto che siano in particolare i maschi a vantare condizioni generali migliori con un 73,2% di risposte positive contro il 67,0% della componente femminile.

Focalizzando l'analisi sulle differenze per fasce di età, si denota un incremento di quasi 8 punti percentuali tra la classe di età 75-79 e la classe 80-84 di persone che dichiarano uno stato di salute cattivo o piuttosto cattivo (dal 26,8% al 34,4%).

Come già ribadito nei paragrafi precedenti e come confermano i risultati di alcune recenti ricerche svolte su scala nazionale (F. Deriu e G. B. Sgritta, 2005), lo status economico sociale impatta in maniera significativa sulle condizioni di salute dell'anziano: stile di vita, risorse economiche a disposizione, livello di istruzione, capitale sociale permettono all'individuo di giungere in condizioni di salute migliori nella fase terminale della propria esistenza. In definitiva riprendendo le parole di Lucchini (2007), "le chance di invecchiamento attivo-passivo, ritardato accelerato, normale-patologico non sono ugualmente distribuite tra i soggetti. Al di là delle differenze di corredo genetico si stagliano



sistemi strutturati di disparità che, incorporandosi nelle modalità di funzionamento di una società, ma anche negli habitus, si riproducono nel tempo dando luogo a specifiche configurazioni di disuguaglianze nelle condizioni di salute e di benessere". E' per l'appunto per questi motivi che non sorprende il fatto che in provincia di Cremona gli anziani 75-84enni di status socioeconomico basso giudichino il proprio stato di salute piuttosto cattivo o decisamente cattivo nel 38,7% dei casi, mentre per gli individui di status socioeconomico alto ciò avviene solo nel 14,1% dei casi.

**Tabella 24. Giudizio sullo stato di salute per sesso, fascia di età, indice di status socioeconomico – valori %**

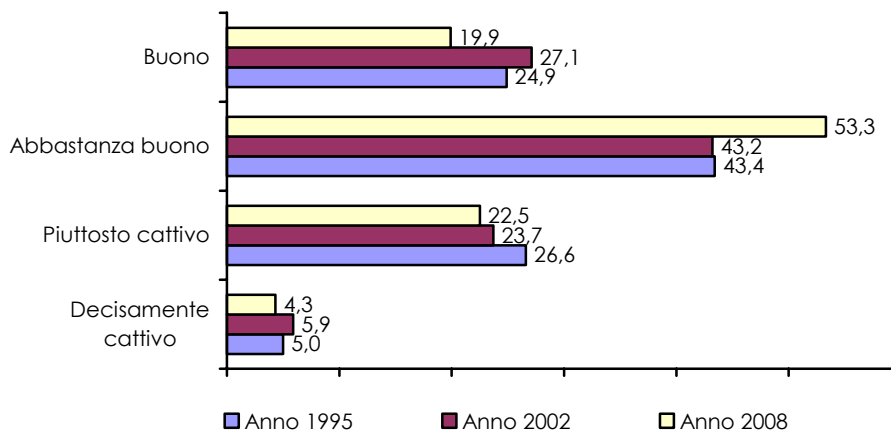
	Totale	Sesso		Fascia d'età		Indice di status		
		M	F	75-79	80-84	Basso	Medio	Alto
<b>Buona</b>	18,6	22,0	16,5	19,9	16,7	9,5	28,6	29,4
<b>Abbastanza buona</b>	51,4	52,7	50,5	53,3	48,9	51,8	47,6	56,5
<b>Piuttosto cattiva</b>	24,9	22,5	26,7	22,5	28,3	32,0	18,1	14,1
<b>Decisamente cattiva</b>	5,0	2,7	6,2	4,3	6,1	6,7	5,7	-
<b>Buona/ Abbastanza buona</b>	70,1	74,7	67,0	73,2	65,6	61,3	76,2	85,9
<b>Piuttosto cattiva/ Decisamente cattiva</b>	29,9	25,3	33,0	26,8	34,4	38,7	23,8	14,1

Disponendo delle analoghe rilevazioni relative al giudizio sullo stato di salute della popolazione anziana cremonese di 75-84 anni nelle precedenti annualità della Survey (1995 e 2002) è possibile effettuare un'analisi longitudinale dell'evoluzione della percezione soggettiva dello stato di salute individuale della componente anziana.

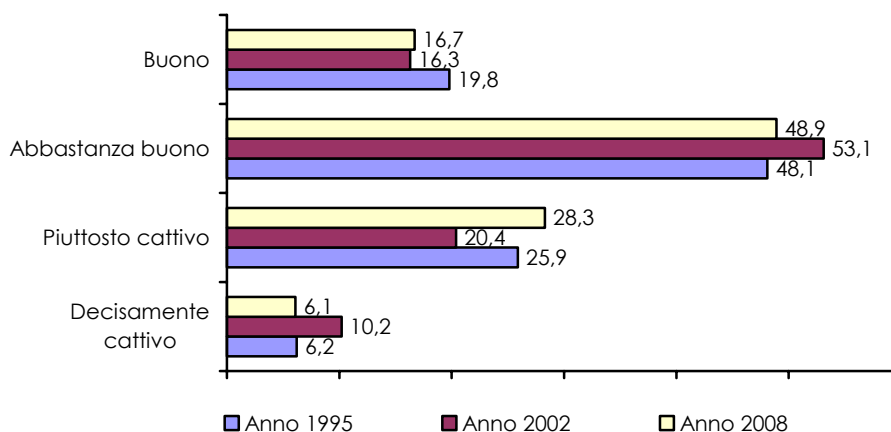
Nei tredici anni intercorsi tra la prima indagine del 1995 e la presente, si può mettere in evidenza un sostanziale miglioramento delle rilevazioni sulle condizioni di salute, in particolar modo per quanto riguarda la classe di età 75-79 anni: se nel 1995 la percentuale di individui che dichiarava uno stato di salute buono o abbastanza buono era del 68,3%, a 13 anni di distanza essa è salita al 73,2%. Più incerto è invece l'andamento di tale indicatore per quanto concerne la popolazione di 80-84 anni: ad un tiepido miglioramento dei giudizi sullo stato di salute registrato nel 2002 rispetto al 1995, segue nel 2008 un calo dei valori medi delle risposte buono e abbastanza buono all'incirca sui livelli del 1995.



**Figura 21. Giudizio sulle condizioni di salute, popolazione 75-79enne. Confronto anni 1995, 2002 e 2008 – valori %**



**Figura 22. Giudizio sulle condizioni di salute, popolazione 80-84enne. Confronto anni 1995, 2002 e 2008 – valori %**



Coerentemente con quanto accade per l'autovalutazione dello stato di salute si rileva una significativa incidenza della variabile status sociale e della variabile sesso in relazione alle risposte restituite dagli intervistati su alcune domande chiave indicatrici della salute fisica dell'anziano. Tali domande si riferiscono al tempo trascorso a letto dall'individuo nell'arco della giornata, all'abitudine nello svolgere regolarmente esercizi di ginnastica e alla consuetudine di effettuare almeno due camminate di un'ora la settimana.

L'obiettivo principale di questa batteria di domande è nelle logiche di ricerca quello di far emergere la diffusione presso gli anziani cremonesi, nonché la distribuzione nei vari segmenti di popolazione, di pratiche salutistiche volte al



mantenimento della funzionalità dell'organismo, così come la diffusione di comportamenti e stili di vita volti alla prevenzione e tutela della salute.

Irrelevante (0,9%) è la quota di anziani cremonesi allettati, dato tutto sommato atteso dal momento che quella inchiesta è una popolazione che vive al domicilio e da cui è pertanto esclusa la quota di individui istituzionalizzati; circa un terzo del campione ha invece l'abitudine di trascorrere a letto solo poche ore della giornata, dato che cresce in misura comunque non consistente per la componente maschile e per quella di status socioeconomico medio basso.

Si riscontrano invece sostanziali e significative differenze sia rispetto alla variabile sesso, sia per quanto concerne la variabile status socioeconomico, se si osservano le risposte alle domande "Lei fa esercizi di ginnastica (almeno 20 minuti di seguito)?" e "Lei fa almeno due camminate di un'ora alla settimana?": sono gli uomini a praticare con maggior frequenza e regolarità esercizi di ginnastica (occasionalmente nel 10,6% di casi e 2 o 3 volte la settimana o più spesso nel 22,7% di casi, contro percentuali femminili di gran lunga inferiori, rispettivamente 5,6% e 11,4%), nonché almeno due camminate di un'ora la settimana (62,8% a fronte di un 50,0% della componente femminile); la pratica fisica è poi significativamente più diffusa tra gli anziani di status alto, svolge infatti esercizi di ginnastica almeno occasionalmente più del 40% degli anziani che hanno un più alto titolo di istruzione o che possono disporre di un miglior reddito, dato che cala drasticamente a meno del 20% per quanto riguarda invece la componente anziana di status basso.

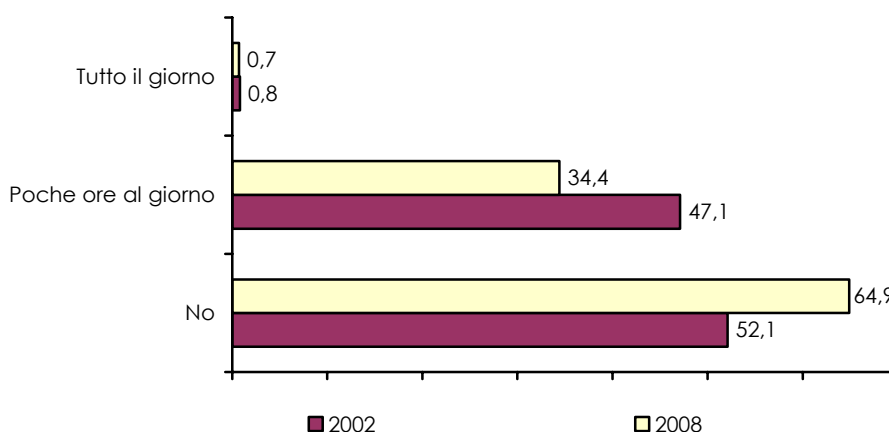
**Tabella 25. Allettamento e attività fisica per sesso, fascia d'età e indice di status socioeconomico – valori %**

	Tot	Sesso		Fascia d'età		Indice di Status		
		M	F	75-79	80-84	Basso	Medio	Alto
Attualmente trascorre a letto una parte della giornata?								
No	64,3	61,3	66,1	64,9	63,3	62,9	60,4	72,9
Poche ore al giorno	34,8	37,6	32,8	34,4	35,0	35,9	38,7	27,1
Tutto il giorno	0,9	1,1	1,1	0,7	1,7	1,2	0,9	0,0
Lei fa esercizi di ginnastica (almeno 20 minuti di seguito)?								
Mai/Quasi mai	76,1	66,7	83,0	75,6	76,8	80,6	81,1	58,8
Occasionalmente	7,5	10,6	5,6	6,5	9,0	4,4	3,8	18,8
2 o 3 volte la settimana o più spesso	16,4	22,7	11,4	17,9	14,2	15,0	15,0	22,4
Lei fa almeno due camminate di un'ora alla settimana?								
Sì	55,1	62,8	50,0	60,1	47,2	54,5	49,5	63,5
No	44,9	37,2	50,0	39,9	52,8	45,5	50,5	36,5

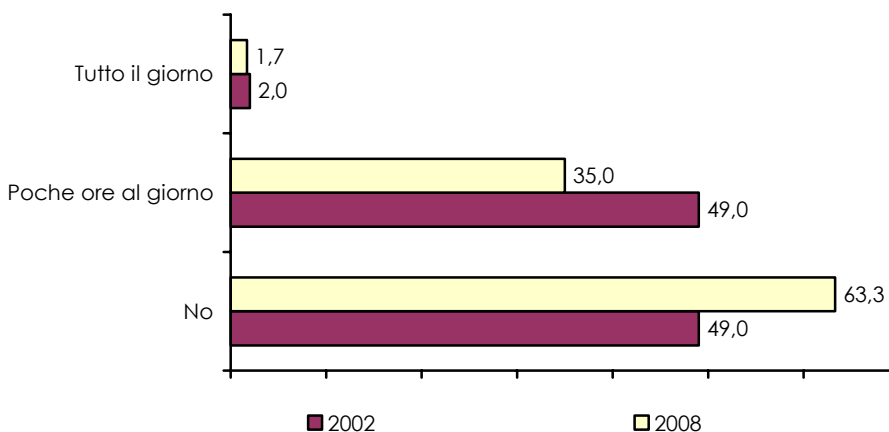


Nel raffronto longitudinale con la precedente Survey del 2002 diminuisce in maniera consistente la percentuale di allettati, ulteriore conferma questa di un graduale miglioramento delle condizioni di salute della popolazione anziana provinciale: per la classe di età 75-79 anni si passa dal 52,1% al 64,9% di individui che dichiarano di non trascorrere del tempo a letto durante la giornata, mentre per la classe di età 80-84 si passa dal 49,0% al 63,3%.

**Figura 23. Grado di allettamento popolazione 75-79enne. Confronto anni 2002 e 2008 – valori %**



**Figura 24. Grado di allettamento popolazione 80-84enne. Confronto anni 2002 e 2008 – valori %**



Dopo aver approfondito la dimensione relativa al giudizio soggettivo sulle condizioni di salute diviene a questo punto indispensabile “dar misura” in maniera maggiormente oggettiva ed uniforme delle condizioni di salute/benessere dell'individuo così da poter completare l'analisi sulle condizioni di salute della popolazione anziana cremonese.

Sulla scorta di quanto già finalizzato nelle precedenti due Survey provinciali, al fine di perseguire una logica di continuità e omogeneità rispetto alla mole di osservazioni raccolte in passato, si è scelto anche nella presente ricerca di





procedere ad indagare non tanto l'aspetto clinico e patologico della malattia in sé, quanto le conseguenze che la malattia, il "malessere", comporta sul piano della perdita delle capacità funzionali del soggetto nell'ambito della usuale vita quotidiana.

Così come in passato pertanto si è fatto ricorso ad un particolare test gerontologico, l'Instrumental Activities of Daily Living Scale (IADL), formulato originariamente da Lawton e Brody<sup>12</sup> e successivamente affinato e perfezionato tramite numerosissime applicazioni. Esso costituisce uno dei più sperimentati ed affidabili strumenti di valutazione dell'autonomia funzionale sul piano strumentale e sociale ed in relazione allo stato di salute.

L'indice IADL è costruito su una scala di osservazione in 7 items che sintetizzano la "performance" del soggetto su alcune funzioni fondamentali normalmente attivate nella vita quotidiana:

- utilizzare il telefono;
- uscire di casa;
- fare la spesa;
- preparare i pasti;
- fare lavori di casa;
- prendere le medicine da solo;
- maneggiare il denaro.

Le funzioni sono selezionate in base alla capacità di sintetizzare attività via via più complesse; in tal modo si è ottenuto uno strumento che si caratterizza per la relativa semplicità di utilizzo, assicurata dal basso numero di items, e che al contempo garantisce un'elevata capacità analitica.

L'indice si articola su una scala formata da 15 posizioni, dalla totale dipendenza alla totale autonomia. Per semplicità d'analisi gli steps possono essere riaggregati in tre categorie che individuano tre gruppi di popolazione:

- autonomi;
- parzialmente autonomi;
- non autonomi.

I dati mettono in luce una situazione di benessere diffuso all'interno della popolazione 75-84enne della provincia di Cremona: il 75% degli anziani inchiestati è difatti pienamente autonomo. Se non si riscontrano sostanziali differenze di genere nella distribuzione dei punteggi dell'indice IADL, emerge, come è tuttavia logico attendersi, un differenziale negativo, stimabile in circa 17 punti percentuali, di soggetti autonomi tra la classe di età di 80-84 anni e la classe di età 75-79 anni. Ancora una volta poi, lo status socioeconomico

---

<sup>12</sup>. M.P. Lawton e E.M. Brody, *Assessment of Older People: Self-maintaining and Instrumental Activities of Daily Living*, "Gerontologist", 9, 1969.



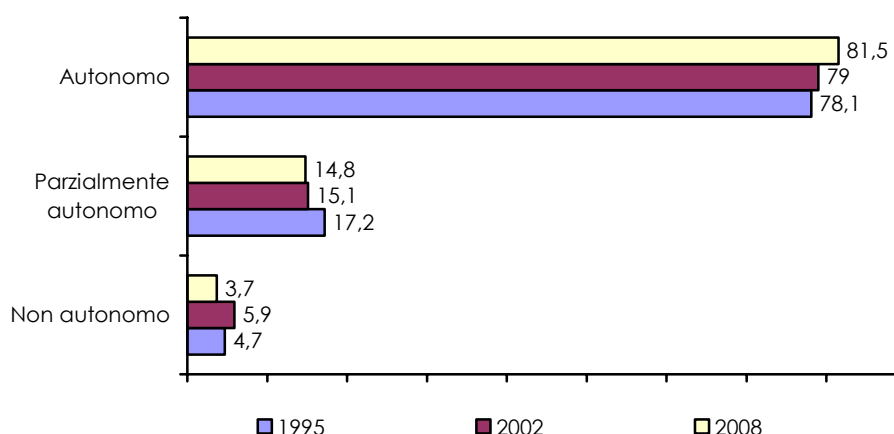
dell'individuo incide in maniera rilevante nel determinare lo status di autonomia funzionale: 9 anziani su 10 di status alto sono stati valutati autonomi, a fronte di una media di 7 anziani su 10 valutati autonomi aventi un basso status socioeconomico.

**Tabella 26. Indice IADL. Livello di autonomia della popolazione per sesso, fascia di età e indice di status socioeconomico – valori %**

	Totale	Sesso		Fascia d'età		Indice di status		
		M	F	75-79	80-84	Basso	Medio	Alto
Non autonomo	4,1	6,3	3,0	3,7	5,1	5,7	2,9	1,2
Parzialmente autonomo	21,0	18,8	22,2	14,8	30,7	23,9	23,5	9,6
Autonomo	74,9	75,0	74,8	81,5	64,2	70,4	73,5	89,2

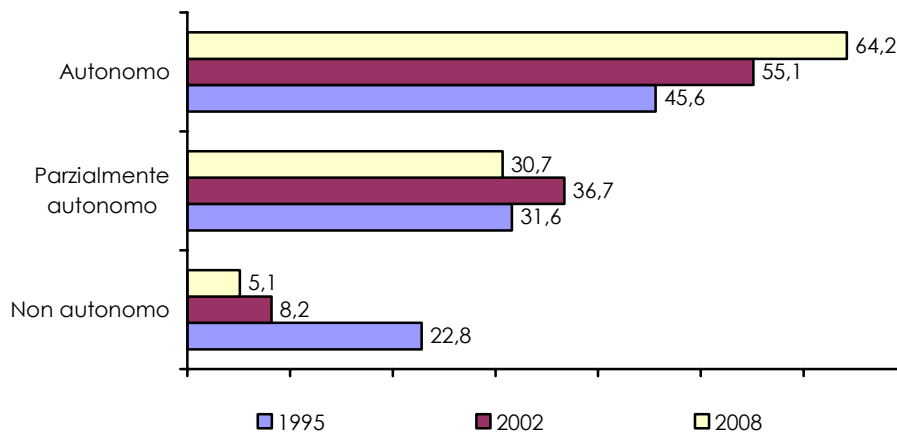
Come i grafici seguenti mettono in luce la quota di individui anziani autonomi è nel tempo andata aumentando sia per la classe di età dei 75-79enni, sia in particolar modo per quella degli 80-84enni: se per quanto riguarda la prima l'incremento tra il 1995 e il 2008 è stato del 3,4%, per la seconda è stato di ben 18,6 punti percentuali in un arco di tempo di 13 anni.

**Figura 25. Indice IADL. Livello di autonomia della popolazione 75-79enne. Confronto anni 1995, 2002 e 2008 – valori %**





**Figura 26. Indice IADL. Livello di autonomia della popolazione 80-84enne. Confronto anni 1995, 2002 e 2008 – valori %**



Avendo a disposizione le stime della popolazione 75-84enne provinciale in condizioni di non autonomia secondo l'indice IADL è possibile restituire con buona approssimazione una stima del numero effettivo di anziani non autonomi residenti in provincia di Cremona viventi a domicilio, di età compresa fra i 75 e 84 anni. Il dato come è ovvio sconta il fatto di non tener conto degli anziani istituzionalizzati, ma interessante, al di là delle considerazioni sul valore assoluto, è il raffronto longitudinale con le stime dello stesso valore nelle precedenti Survey del 1995 e 2002. Complessivamente, estendendo le stime all'universo provinciale possiamo quindi stimare in 1.193 gli anziani fra 75 e 84 anni di età viventi a domicilio in condizioni di non autonomia, e quindi in una situazione di dipendenza grave. La totalità di questi soggetti riceve sempre o spesso aiuti per le attività quotidiane di tipo accessorio.

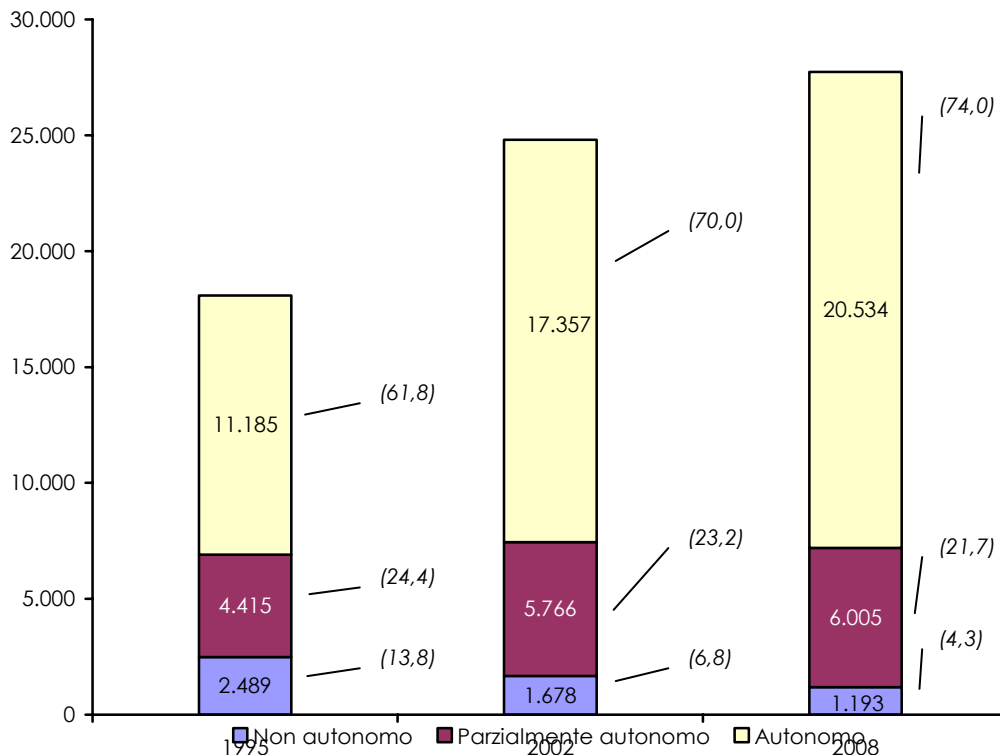
Circa 6.000 sono invece gli anziani fra i 75 e gli 84 anni in condizioni di parziale autonomia. Sono persone che richiedono interventi di assistenza periodici più o meno intensi ed estesi ma comunque non saltuari. Si tratta di stime di grande rilievo per la programmazione di medio periodo per le politiche sociali e sanitarie specifiche per questo territorio.

Il confronto longitudinale con le indagini passate mette in luce un quadro di progressivo miglioramento delle condizioni di autonomia della popolazione anziana in provincia di Cremona, in particolar modo per quanto riguarda i casi di dipendenza grave (non autonomi), nonostante uno scenario di continuo e progressivo incremento nel tempo dell'universo totale della popolazione 75-84enne a causa delle ben note dinamiche di invecchiamento della struttura per età provinciale.

Pur in un quadro di incremento del numero complessivo, anche se non relativo, di soggetti parzialmente autonomi si rileva una significativa caduta del numero di anziani in condizioni di dipendenza/non autonomia: dai 2.489 (13,8%) del 1995, ai 1.678 (6,8%) del 2002, fino ai 1.193 (4,3%) del 2008.



**Figura 27. Stima del numero di individui 75-84enni residenti in provincia di Cremona, viventi al domicilio per indice IADL. Confronto anni 1995, 2002 e 2008 – valori assoluti e % in parentesi**



Oltre alla rilevazione dello stato di salute generale percepita dall'anziano e alla valutazione del livello di autonomia per mezzo dell'Instrumental Activities of Daily Living Scale, si è fatto anche ricorso, così come nelle passate Survey, a un complesso strumento di rilevazione autopercettiva della fenomenologia derivante da situazioni progressive di distress nell'ambito delle seguenti sei aree psico-sanitarie:

1. dolore;
2. energia;
3. reazioni emotive;
4. isolamento sociale;
5. mobilità fisica;
6. sonno.

Per ognuna delle sei dimensioni di malessere individuate, lo strumento, sviluppato in Gran Bretagna negli anni '70 e denominato Nottingham Health



Profile - NHP<sup>13</sup>, permette di costruire un indice sintetico graduato su una scala da 0 a 100 (da "assenza assoluta di distress" a "grave malessere generale") a partire dalla valutazione delle risposte fornite a sei serie di items - 38 in tutto.

Data la complessità dello strumento per la cui completa somministrazione sarebbe stato necessario un tempo eccessivo nell'ambito dell'intero questionario di indagine, si è optato per la somministrazione delle tre sole sezioni relative alle dimensioni "energia", "isolamento sociale" e "sonno".

Il test NHP fornisce un indice della percezione del soggetto del grado di perdita di energie e del grado di sensazione di isolamento sociale sofferti, nonché del livello di sofferenza legata alla cattiva qualità del sonno. Particolarità dello strumento è quella di fornire sia una scala dettagliata di tutti i livelli manifestatisi di distress, sia una misura di quello che può essere definito livello medio standard di distress della popolazione indagata. Tale livello va trattato come un "rumore di fondo" conseguenza diretta delle condizioni di contesto sociale, ambientale, culturale. Se quindi ogni manifestazione di malessere può essere valutata come problematica, in realtà è possibile con l'NHP discriminare fra le situazioni che si mantengono al di sotto di un livello "naturale" da quelle che superano tale soglia di problematicità (Breveglieri, 1996).

L'analisi di genere mette in evidenza una condizione di benessere percepito relativamente migliore per la componente maschile rispetto a quella femminile, sia per quanto concerne la dimensione "perdita di energia", sia per la dimensione "isolamento sociale", sia ancora per la dimensione "sonno" i 75-84enni cremonesi si collocano sotto la media generale, indicando pertanto una minor incidenza relativa di fattori di distress percepito.

L'analisi longitudinale degli indici NHP dalla prima Survey del 1995 alla presente, passando per quella del 2002, mette in luce un sostanziale miglioramento degli stessi nell'arco di tempo considerato, in particolare per quanto riguarda la popolazione anziana maschile. Rilevante è il miglioramento sulla dimensione "Perdita di energia": nella fascia di età 80-84 anni si passa da un valore di 55,8 nel 1995 a un valore di 38,4 nel 2008.

Per quanto riguarda invece la dimensione "Isolamento sociale" è da rilevarsi un progressivo miglioramento dell'indice NHP per la componente 75-79enne maschile a fronte invece di un peggioramento dello stesso per gli 80-84enni e per la popolazione femminile.

---

<sup>13</sup>. S.M. Hunt, J.Mc Ewen e S.P. McKenna, *Measuring Health Status: a New Tool for Clinicians and Epidemiologists*, "Journal of the Royal College of General Practitioners", 35, 1985.  
S.M. Hunt, *Cross-cultural Issues in the Use of Socio-medical Indicators*, "Health Policy", 6, 1986.  
G. Bertin, *Manuale per la misurazione dello Stato di Salute (Nottingham Health Profile)*, Regione Veneto - Assessorato ai Servizi Sociali, Scuola Superiore di Servizio Sociale di Venezia, 1989.



**Tabella 27. Punteggi sulle dimensioni "Perdita di energia", "Isolamento sociale" e "Sonno" dell'indice NHP per sesso e classe di età. Confronto anni 1995, 2002 e 2008.**

<i>Dimensione "Perdita di energia"</i>	<b>1995</b>	<b>2002</b>	<b>2008</b>
<b>Totale Generale</b>	/	/	44,1
<b>Totale Maschi</b>	/	/	36,4
<b>75-79 anni</b>	40,4	37,0	35,2
<b>80-84 anni</b>	55,8	48,0	38,4
<b>Totale Femmine</b>	/	/	49,2
<b>75-79 anni</b>	39,8	51,1	42,7
<b>80-84 anni</b>	57,7	52,7	59,1
<i>Dimensione "Isolamento sociale"</i>	1995	2002	2008
<b>Totale Generale</b>	/	/	15,3
<b>Totale Maschi</b>	/	/	11,7
<b>75-79 anni</b>	14,8	8,4	9,1
<b>80-84 anni</b>	8,5	13,6	15,9
<b>Totale Femmine</b>	/	/	17,7
<b>75-79 anni</b>	16,0	12,1	16,6
<b>80-84 anni</b>	16,9	13,8	19,3
<i>Dimensione "Sonno"</i>	1995	2002	2008
<b>Totale Generale</b>	/	/	31,0
<b>Totale Maschi</b>	/	/	24,1
<b>75-79 anni</b>	23,0	27,4	23,7
<b>80-84 anni</b>	27,8	27,4	24,7
<b>Totale Femmine</b>	/	/	35,6
<b>75-79 anni</b>	29,3	41,6	31,9
<b>80-84 anni</b>	43,1	35,2	41,3

L'incrocio dell'indice NHP sulle tre dimensioni considerate con l'indice IADL mette in mostra come nonostante l'NHP sia costruito su valutazioni soggettive dello stato di salute individuale, esso riesca comunque ad essere un indicatore attendibile ed affidabile delle condizioni oggettive di fragilità del soggetto misurate in termini di autonomia funzionale per mezzo dell'indice IADL.

In particolare come mostrano i dati contenuti in Tabella 28 l'NHP riesce ad essere fortemente discriminante sulla dimensione energia e sulla dimensione sonno, mentre, come è tuttavia logico attendersi, risulta essere meno performante sulla dimensione "Isolamento sociale" per la quale si denota una distribuzione trasversale più uniforme sui diversi gradi di autonomia dell'anziano.



**Tabella 28. Incrocio fra l'indice IADL e le dimensioni "Perdita di energia", "Isolamento sociale" e "Sonno" dell'indice NHP – valori % per colonna.**

	<b>Indice IADL</b>			
	<b>Tot</b>	<b>Non auton.</b>	<b>Parz. auton</b>	<b>Auton.</b>
<b>Dimensione Energia</b>				
<b>Percezione positiva</b>	56,4	5,6	25,5	68,0
<b>Percezione negativa</b>	43,6	94,4	74,5	32,0
<b>Dimensione Isolamento Sociale</b>				
<b>Percezione positiva</b>	60,0	60,0	51,1	62,5
<b>Percezione negativa</b>	40,0	40,0	48,9	37,5
<b>Dimensione Sonno</b>				
<b>Percezione positiva</b>	57,1	16,7	46,8	62,3
<b>Percezione negativa</b>	42,9	83,3	53,2	37,7



## **4. Le risorse relazionali: socializzazione, partecipazione, uso del tempo**

### **4.1. Mobilità, solitudine e vita relazionale**

Uno dei principali rischi connessi all'età anziana può essere individuato nella solitudine derivante dall'autoreclusione dell'anziano all'interno delle mura domestiche che può portare ad un profondo senso di isolamento e solitudine. Come ha scritto Ada Fonzi in un recente articolo (2008) riferendosi al difficile rapporto tra età anziana e dimensione spaziale "mentre lo spazio del bambino piccolo è assai ridotto, limitato alle pareti della sua culla prima e della sua stanza poi, e in seguito si allarga progressivamente alla casa, alla scuola, fino ad inglobare nella giovinezza e nella maturità tutti i luoghi raggiungibili, in vecchiaia lo spazio si restringe di nuovo, a seguito della limitazione delle forze e dei movimenti, ma anche di un impoverimento degli interessi e della curiosità". Il processo di autoreclusione è spesso causato da circoli viziosi che si innescano in conseguenza alla perdita di uno o più fattori tra quelli che contribuiscono a determinare la qualità della vita nell'arco delle intere biografie individuali: denaro, tempo, salute, reti relazionali e informazione. Se il tempo ad un primo sguardo non sembrerebbe poter essere un problema per gli anziani, in quanto essi si trovano a disposizione una quantità di tempo libero molto superiore a quella della fase di vita adulta, è anche vero che spesso è proprio questa grande quantità di tempo, legata ad una scarsità di reti relazionali, di interessi, a limitate (o ridotte rispetto al passato) possibilità economiche e a problemi di salute, che porta le persone anziane a trovarsi davanti a lunghe giornate non facilmente riempibili. Il "non saper cosa fare" o ancor di più il "non poter fare" sembrano essere elementi che portano l'anziano a restare in casa, facendogli così perdere gradualmente gli stimoli provenienti dall'esterno e creando un vuoto sempre più difficile da colmare, dove le giornate rischiano di diventare "un conto alla rovescia dei momenti dei pasti e del coricamento a letto per dormire" (Laffi S., 2002).

La ridotta mobilità, il venir meno di un rapporto di lavoro, una tendenziale riduzione della vita di relazione, una minor propensione a consumare il proprio tempo per svaghi e passatempo extradomestici, anche in connessione alle minori disponibilità monetarie, possono dunque portare a preferire sempre di più l'habitat della propria casa al meno attraente e più rischioso ambiente urbano. Il problema è che questi fattori si cumulano, comportamenti e atteggiamenti si autoalimentano in un circuito vizioso che può sfociare nell'isolamento dell'anziano e nella sua non visibilità anche al sistema di servizi socioassistenziali.





Quanto detto sembra essere confermato anche dal quadro tratteggiato nelle precedenti Survey svolte da Synergia in provincia di Cremona (Mauri, Breveglieri, 1996; Breveglieri, 2003), dove emergeva come il non uscire mai o quasi mai di casa risultava interrelato con una bassa soddisfazione delle proprie relazioni, dello stato di salute e della propria vita in generale.

Se non uscire presuppone una tale condizione di crisi, allora l'isolamento che ne deriva è l'emblema (solitamente più effetto che causa) di un'infelicità generalizzata dell'anziano che può portare a situazioni di fragilità, deprivazione e cronicizzazione del disagio.

L'analisi che si propone nel presente paragrafo ha lo scopo di andare ad indagare quanto gli anziani cremonesi, soprattutto in seguito al tendenziale miglioramento delle condizioni di vita degli ultimi anni, corrano il rischio dell'autoreclusione e quanto questo sia effettivamente collegato alla percezione di un senso di isolamento e solitudine.

Dai dati esposti in Tabella 29 emerge un aspetto confortante: meno del 10% della popolazione anziana cremonese sembra effettivamente non uscire mai o quasi mai di casa, contro un 80,2% di anziani che escono molto frequentemente (tutti i giorni o 2-3 volte la settimana) ed un 10,1% che esce ogni tanto. Il dato risulta inoltre molto positivo se confrontato con i dati dell'indagine del 2002 (riferiti alla stessa classe d'età). Si è infatti verificato un incremento di 13,5 punti percentuali per quanto riguarda coloro che escono tutti i giorni di casa ed una diminuzione di 5,1 punti percentuali per quanto riguarda chi non esce mai di casa. Il dato generale sembra dunque indicare una situazione molto positiva ed in miglioramento per quanto riguarda l'autoreclusione domestica degli anziani.

**Tabella 29. Frequenza dell'uscita di casa: confronto 2002 e 2008 – valori %**

	<b>2002</b>	<b>2008</b>
Tutti i giorni	47,6	61,1
2-3 volte a settimana	25,0	19,1
Ogni tanto	12,5	10,1
Quasi mai/mai	14,9	9,8
Totale	100,0	100,0

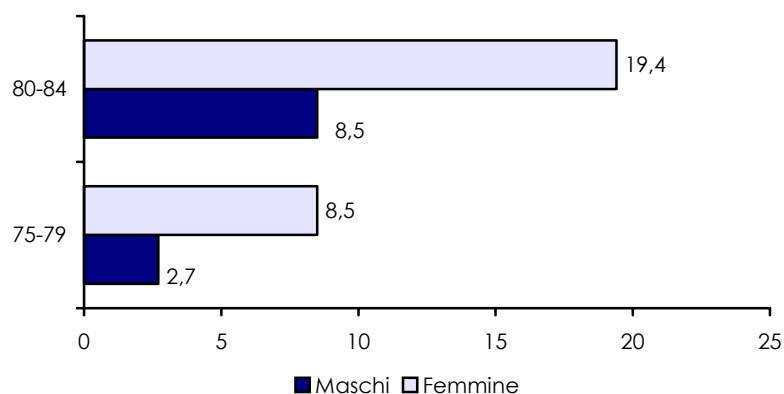
Se il dato generale è sicuramente molto confortante, bisogna però tener presente che spesso l'autoreclusione domestica è legata a caratteristiche peculiari degli individui. Il dato subisce, infatti, forti differenziazioni a seconda di alcune dimensioni: in particolare il genere, l'età, il grado di autosufficienza, lo status sociale e la dimensione del Comune di residenza sembrano incidere in modo significativo sulla propensione (o comunque la possibilità) ad uscire di casa.

Sintetizzando le principali differenze e cercando di trarne alcune considerazioni generali si nota come, confermando quanto emerso nelle precedenti indagini in provincia di Cremona, il genere e l'età giochino un ruolo



fondamentale. Il compiere ottant'anni sembra essere la linea di demarcazione, sia per gli uomini che per le donne, tra una piena (o quasi) autonomia e l'aumento della stanzialità. È però importante notare che le percentuali di non uscita da casa risultano essere, in entrambe le classi d'età, decisamente superiori per le donne anziane (Figura 28): nella classe d'età delle 80-84enni è quasi un quinto della popolazione a dichiarare di non uscire mai o quasi mai da casa, valore che risulta superiore di circa 11 punti percentuali rispetto a quanto affermato dagli uomini della stessa classe d'età.

**Figura 28. Frequenza di uscita (mai o quasi mai) per sesso/età – valori %**



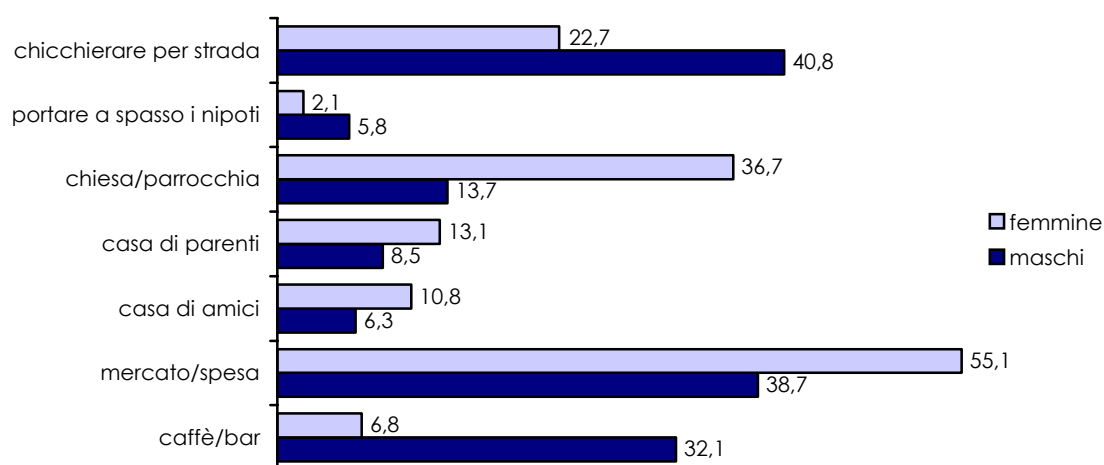
La minore propensione delle donne ad uscire di casa non appare legata in modo statisticamente rilevante ad una minore autonomia delle stesse, ed è quindi probabilmente dovuta ad una maggiore familiarità delle intervistate con l'ambiente domestico, creata già nel corso della vita adulta e dovuta all'impegno tradizionale nei lavori di casa e nella gestione delle routine familiari, rispetto agli uomini che, abituati ad uscire di casa più spesso e più a lungo in passato per motivi lavorativi e di socialità (il bar, la piazza, ecc.), hanno probabilmente una maggiore abitudine allo spazio pubblico, che rimane dunque per tutto l'arco della vita un fattore d'attrazione molto forte (Laffi S., 2002). Il dato sembra confermato dal fatto che il 74,6% degli uomini tra gli 80 e gli 84 anni esce di casa tutti i giorni, mentre le donne della stessa classe d'età che dichiarano di uscire di casa tutti i giorni sono il 39,8% del totale.

Interessante è anche notare che non solo gli uomini escono di casa più frequentemente, ma anche mediamente per più tempo: se le donne restano fuori casa, quando escono, mediamente per 95 minuti (circa un'ora e mezza dunque) gli uomini restano mediamente fuori casa per 170 minuti (poco meno di tre ore). Come si nota in Figura 29 inoltre differiscono sensibilmente anche le attività svolte fuori casa: se le donne escono prevalentemente per andare a fare la spesa (55,1%) e per andare in chiesa o in parrocchia (40,8%), gli anziani escono principalmente per fermarsi a chiacchierare per strada o per fare una passeggiata (40,8%), per fare la spesa (38,7%) e per andare al bar (32,1%). La percentuale di donne che esce per fare una passeggiata e fermarsi a



chiacchierare per strada, al contrario, è solamente il 22,7%. Le altre attività previste nel questionario non sembrano essere molto praticate anche se si registra un 13,1% di donne che va a casa dei propri parenti e un 13,7% di uomini che va in chiesa o in parrocchia. Riassumendo sembra dunque che per gli uomini sia molto più abituale e frequente l'utilizzo degli spazi pubblici (siano essi i bar o le strade) a fini ricreativi e di socialità e questo fattore può essere una buona spiegazione anche del maggior numero di ore trascorse in media fuori casa rispetto alle donne.

**Figura 29. Principali luoghi in cui si trattiene quando esce di casa – valori % per genere**



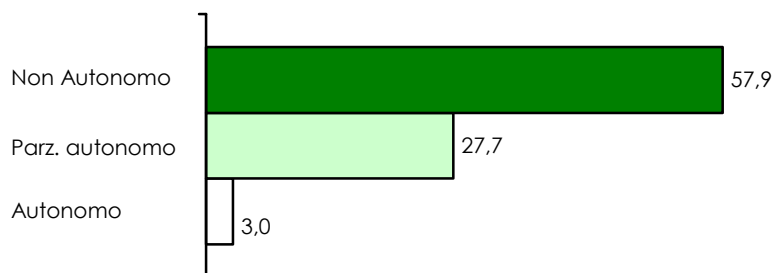
Di converso la situazione sopra descritta si traduce in una maggiore quantità di tempo che le donne trascorrono da sole rispetto agli uomini: se mediamente, infatti, una donna trascorre 8 ore senza compagnia per gli uomini le ore sono solamente 3. Il dato medio è sicuramente dovuto anche alla maggiore presenza della condizione di vedovanza (e dunque al maggiore isolamento) tra le donne rispetto agli uomini, ma guardando al dato disaggregato per stato civile si nota che in ogni caso le donne vedove trascorrono da sole 9,10 ore contro le 7,47 dei vedovi. Allo stesso modo, anche se non così marcatamente, le nubili sembrano essere più solitarie dei celibi (9,89 contro 8,09). In generale sono comunque solo i coniugati (siano essi donne o uomini) a trascorrere meno di 3 ore al giorno da soli. Viene dunque confermato che la prima e principale forma di compagnia, difficilmente sostituibile con il supporto di amici e parenti, sia proprio quella del coniuge.

Più intuitiva appare essere la relazione tra assenza o scarsità di uscite di casa e non autonomia (calcolata con l'indice IADL): con la perdita dell'autonomia, infatti, le uscite di casa risultano essere sempre meno frequenti e aumentano sensibilmente gli individui che non escono mai o quasi mai. Se tra chi è autosufficiente esce di casa tutti i giorni il 68,7%, questo avviene solamente nel 10,5% dei casi di anziani non autosufficienti. Se letto all'inverso il dato è molto



positivo perché ci indica che laddove non c'è deficit di capacità, tendenzialmente, non vi è nemmeno autoreclusione domestica.

**Figura 30. Frequenza di uscita (mai o quasi mai) per livello di autonomia – valori %**



La reclusione all'interno delle mura domestiche, in questo caso, è dunque causata da vincoli oggettivi legati a difficoltà di mobilità e a problemi di salute degli anziani non autosufficienti. Sebbene come si è detto questa sia una relazione intuitiva e, forse, in parte inevitabile, essa deve essere considerata con molta attenzione dai servizi in quanto, se combinata con l'isolamento dovuto a scarsità di relazioni sociali e familiari può diventare una molla scatenante di circoli viziosi di deprivazione e fragilità.

In questo senso risulta confortante il dato relativo al numero di ore giornaliere che gli intervistati trascorrono da soli: dai dati emerge che gli anziani non autonomi trascorrono mediamente meno ore da soli rispetto agli autonomi (5,15 a confronto delle 6,70 degli autonomi). Sembra dunque ad un primo sguardo che gli anziani cremonesi possano disporre una rete relazionale di sostegno presente nel momento dell'insorgenza di bisogni legati alla graduale perdita di autonomia.

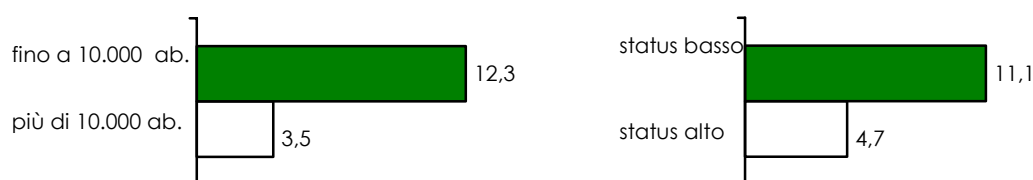
Come si è già accennato la tendenza all'autoreclusione non è ascrivibile completamente a variabili biologiche (genere, età e stato di salute), sebbene esse siano sicuramente molto influenti. In particolare sono due le variabili che meglio sembrano spiegare le dinamiche socio-culturali che influiscono sulla tendenza a non uscire di casa: la dimensione del Comune di residenza e lo status socioeconomico (Figura 31).

Le persone che risiedono in Comuni con meno di 10.000 abitanti escono tendenzialmente molto meno frequentemente rispetto a chi vive nei due principali Comuni della provincia (solo il 3,5% degli anziani che risiedono a Crema e Cremona non esce mai contro il 12,3% di chi risiede in altri Comuni). Tra chi esce tutti i giorni di casa la differenza è di 11 punti percentuali (68,0% di chi risiede nei grandi Comuni contro il 57,1% di chi risiede in un piccolo Comune). La frequenza di uscite è dunque correlata alle dimensioni del Comune, crescendo le quali si verifica una maggior necessità o un maggior desiderio di uscire di casa, probabilmente dovuto oltre che a fattori culturali anche a fattori strutturali e spaziali: in città gli spazi sono più accessibili, il sistema di trasporto pubblico più diffuso e capillare, le distanze all'interno di un quartiere più brevi, i negozi e i servizi più frequenti e meglio raggiungibili. Dato



però che nei Comuni a bassa densità abitativa le relazioni sociali (non solo familiari, ma anche amicali e di vicinato) sono tendenzialmente più forti, non si può affermare con certezza che il dato sia necessariamente sintomo di una peggiore qualità della vita relazionale, anche se sicuramente è importante considerare che in questo caso l'autoreclusione domestica può essere causata da una minore offerta di attività e servizi diretti alla popolazione anziana. Come si vedrà in seguito, quanto appena detto viene confermato dal fatto che la dimensione del Comune non sembra incidere sulla percezione dell'isolamento sociale (tramite l'indice NHP) che varia di poco passando dai grandi Comuni a quelli piccoli (con uno scarto di 5 punti percentuali).

**Figura 31. Frequenza di uscita (mai o quasi mai) per dimensione del Comune di residenza e per status sociale – valori %**



Un ultimo fattore, anch'esso poco legato al ciclo di vita biologico, che incide significativamente sulla propensione all'uscire di casa è lo status sociale. Passando dal livello più basso a quello più alto, la percentuale di anziani che non escono mai di casa diminuisce di 6,4 punti percentuali passando dall'11,1% degli individui di status socioeconomico basso al 4,7% di quelli di status alto. Allo stesso modo anche la modalità più intensa di uscita, quella quotidiana, aumenta di quasi 20 punti percentuali passando da un estremo all'altro: se tra chi ha uno status basso esce tutti i giorni solo il 57,5% degli intervistati, tra chi ha uno status alto il dato sale al 76,5%.

Come emerso già nel corso della precedente Survey (Breveglieri, 2003), la forte incidenza della variabile "status socioeconomico sociale", non è da intendersi esclusivamente come conseguenza di un puro differenziale di ricchezza, quanto invece come "differenza nelle chance di vita e quindi di relazione, occasioni di incontri, impieghi del tempo, interessi da coltivare, maturati grazie soprattutto ad un più alto titolo di studio e ad una collocazione professionale più gratificante" (Laffi, 2002).

Sembra dunque che l'uscire o meno di casa sia una scelta (o un vincolo) legato a diversi fattori con cause tra loro molto differenti: combinandosi dunque genere, età, stato civile, livello di autonomia funzionale, dimensione del Comune di residenza e status socioeconomico generano vincoli e opportunità che guidano le scelte dell'anziano e che, se da un lato (positivamente) possono essere delle risorse fondamentali per il mantenimento di una vita sociale attiva, dall'altro (negativamente) possono portare a situazioni di isolamento e solitudine dell'anziano fragile, che vanno sicuramente monitorate dai servizi per evitare situazioni di deprivazione e forte criticità.



Visto che auto reclusione domestica non necessariamente significa isolamento sociale, un ultimo fattore che è importante analizzare, proprio per cercare di indagare quale sia il rischio delle situazioni appena descritte di portare ad un effettivo isolamento dell'anziano, riguarda la relazione tra la percezione individuale di isolamento degli anziani con le variabili sopra descritte.

In Tabella 30 sono dunque presentate le percentuali di individui con percezione positiva (sopra la media) e negativa relativamente alle proprie reti sociali individuate sulla base dell'indice NHP relativo all'isolamento sociale.

Come si può vedere l'uscire di casa risulta fortemente relazionato con la percezione individuale dell'isolamento sociale: si passa da una percentuale di individui soddisfatti pari al 63,0% delle persone che escono tutti i giorni ad una del 46,5% tra chi non esce mai o quasi mai. Dall'altro lato è però importante notare che il dato evidenzia in maniera netta quanto l'autoreclusione domestica non significhi per forza isolamento sociale e solitudine, tanto che quasi la metà di coloro che non escono mai di casa valuta comunque positivamente le proprie relazioni sociali. Ugualmente interrelate con la percezione dell'isolamento sociale appaiono tutte le altre variabili ad eccezione, come si è già accennato della dimensione del Comune di residenza, che pur comportando uno scostamento percentuale dei soddisfatti di 5,5 punti percentuali, non sembra essere incisiva quanto le altre (che provocano degli scostamenti tra i 10 e i 15 punti percentuali).

**Tabella 30. Andamento della percezione dell'isolamento sociale sulla base di alcune caratteristiche strutturali - valori % per riga**

Territorio	Percezione isolamento sociale	
	Positiva	Negativa
<b>Frequenza uscita da casa</b>		
Tutti i giorni	63,0	37,0
2-3 volte a settimana	61,9	38,1
Ogni tanto	47,6	52,4
Quasi mai/mai	46,5	53,5
<b>Età</b>		
75-79	69,3	36,1
80-84	53,8	46,2
<b>Genere</b>		
M	69,9	30,1
F	53,0	47,0
<b>Status sociale</b>		
Basso	54,3	45,7
Medio	64,4	35,6
Alto	70,7	29,3
<b>Dimensione Comune</b>		
Fino a 10.000 abitanti	57,9	42,1
Più di 10.000 abitanti	63,4	36,6



Concludendo è dunque importante tener presente che sebbene autoreclusione e isolamento non siano sinonimi, esistono dei profili di particolare fragilità, che possono essere più a rischio sia di isolamento che di autoreclusione domestica e cioè le donne, gli over 80, le persone con uno status socioeconomico basso. In un'ottica di lavoro dei servizi è dunque importante puntare l'attenzione su queste particolari fasce di popolazione per provare ad incentivare spazi e servizi rivolti allo sviluppo di quelle attività relazionali così importanti nell'arco di tutta la vita e, in particolare, nella fase di vita anziana, proprio perché è attraverso le relazioni che le persone possono esprimere la propria personalità, trovare interessi nuovi e non finire nel circolo del "non sapere cosa fare" e "non poter fare" che porta ad un senso di inutilità delle proprie giornate. Come ha evidenziato Mauri (2007), occorre individuare nuovi "marcatori di passaggio" e nuove funzioni sociali, che permettano di riconoscere il valore di risorsa che l'individuo anziano può rappresentare per l'intero corpo sociale, continuando a vivere con gli altri, a realizzare se stesso, a esprimere la propria creatività, a contribuire all'educazione e allo sviluppo creativo dei bambini o al sostegno e all'aiuto delle categorie più fragili attraverso attività di volontariato e relazioni d'aiuto (Cristini, Cesa Bianchi, 2006).

#### **4.2. "Anziani soli da morire"**

"Anziani soli da morire": così titolava il Corriere della Sera in un articolo del 31 gennaio 1995, anno della prima Survey anziani in provincia di Cremona, che riportava il caso di due anziani cremonesi settantenni deceduti nelle proprie abitazioni senza che nessuno per giorni, né parenti né vicini, si accorgesse dell'accaduto. Storie di incredibile solitudine, di marginalità sociale, di frammentazione dei network relazionali, che se già 13 anni or sono lanciavano l'allarme di un progressivo infragilimento dell'intorno sociale dell'anziano, diventano oggi, in un'epoca di strutturale e irreversibile senescenza della struttura per età della popolazione e di prosciugamento dei network familiari, ancor di più tema d'attualità, non solo giornalistica ma anche e soprattutto da agenda politica.

Come noto, la provincia di Cremona è tra i territori italiani e lombardi con una più vecchia struttura per età e il trend non accenna ad arrestarsi.

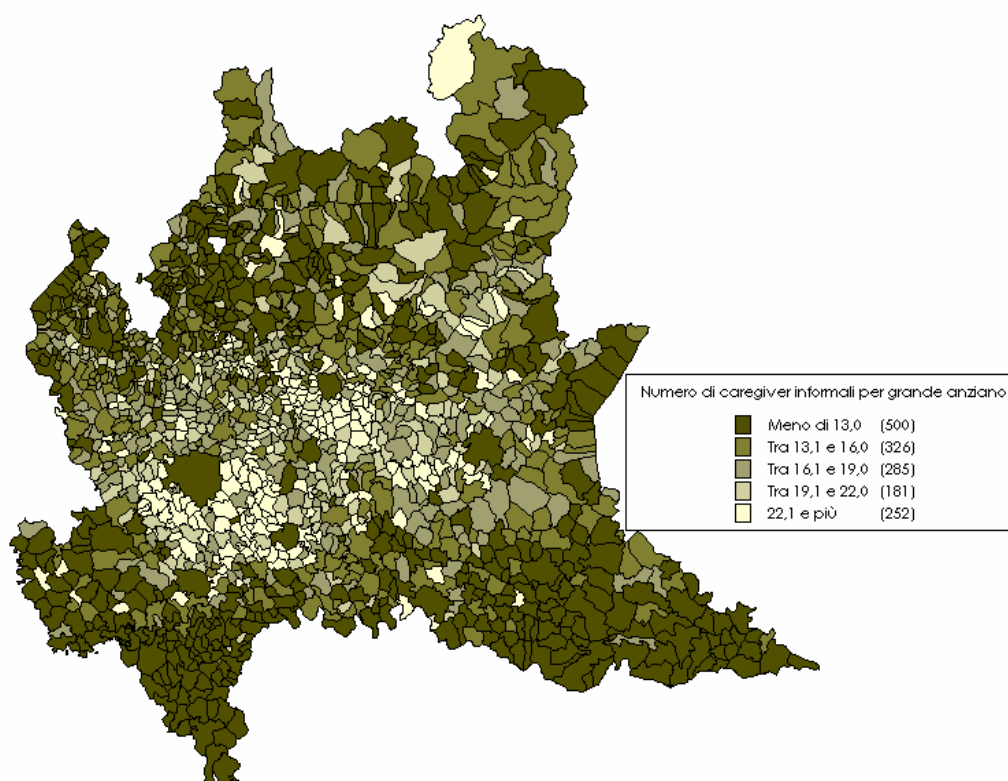
Sempre più anziani per tanto e asimmetricamente sempre meno individui "giovani" in età attiva: fenomeni questi che condurranno a breve ad una sempre più accentuata rarefazione delle reti informali di caregiving, proprio quelle reti che da sempre in Italia hanno costituito la linfa vitale, le fondamenta del sistema familistico mediterraneo di welfare.

Nell'immagine di seguito riportata, si mette in mostra la distribuzione per Comune della regione Lombardia del numero di caregiver informali per grande anziano nell'anno 2007: l'indicatore è costruito rapportando il numero di individui di 50-74 anni residenti, caregiver informali, con quello degli individui



di 85 anni e più, bisognosi di assistenza. La provincia di Cremona si colloca oggi tra quei territori regionali con un più basso valore dell'indicatore: la media provinciale è di 11,8 caregiver ogni grande anziano. Ma non è tutto. Nei prossimi 40 anni tale rapporto è destinato a dimezzarsi, nel 2048 ogni individuo con un'età uguale o superiore agli 85 anni potrà contare su solo cinque 50-74enni, dato questo che non può sicuramente restare indifferente a chi già oggi e ancor di più in futuro dovrà occuparsi delle policy locali rivolte alla popolazione anziana.

**Figura 32. Numero di caregiver informali per grande anziano – valori per Comune della regione Lombardia, anno 2007**



Fonte: Elaborazioni Synergia su dati Istat, 2007

Sulla base di tali premesse, in questo paragrafo si cercherà di ricostruire e completare in maniera chiara ed oggettiva, al di fuori pertanto di ogni preconcetto allarmismo, la situazione provinciale di isolamento sociale della popolazione anziana 75-84enne: se già nel paragrafo 4.1 si sono già ricostruite le reti di relazione e socialità dell'individuo, si vuole ora osservare quali siano le connessioni fra isolamento e solitudine dell'anziano e le ripercussioni sullo stato di salute reale e percepito, provando, laddove possibile, ad individuare le principali determinanti degli stati di isolamento sociorelazionale, nonché discriminare quali siano quei segmenti di popolazione più a rischio di





sperimentare situazioni di disagio psicosociale come conseguenza dello stato di solitudine.

E' opinione diffusa che uno dei maggiori problemi della vecchiaia sia la solitudine (Censis, 2005), ed è altrettanto assodato il fatto che, come oltretutto numerosi studi hanno dimostrato, per un invecchiamento "di successo" la dimensione dell'integrazione sociale è di primaria importanza per le profonde ricadute che questa ha sul mantenimento delle proprie funzioni cognitive e di percezione delle proprie condizioni di salute e benessere in genere (Cavallero, Ferrari e Bertocci, 2006; Nicita-Mauro et al., 2005; Holmén e Furukawa, 2002).

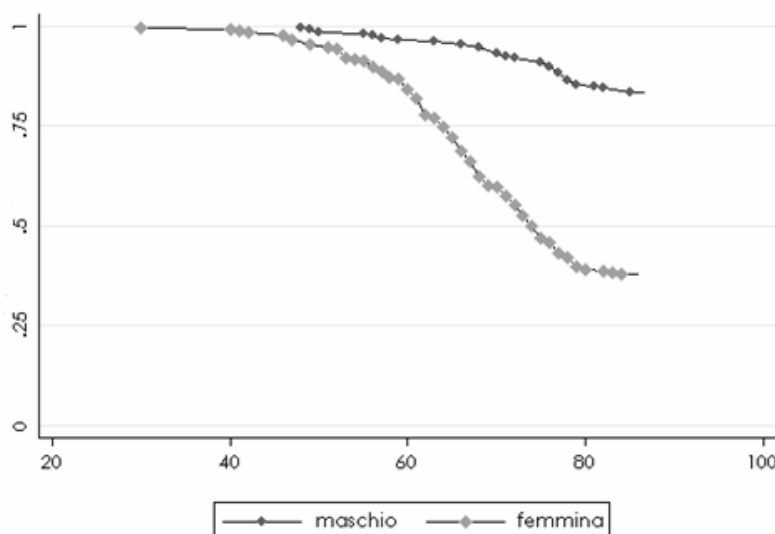
La centralità di tale aspetto è stata a più riprese elaborata in diversi modelli teorici di psicologia sociale, tra questi il contributo forse più importante, e dibattuto (critiche a questa teoria furono mosse da autori come Hochschild (1975) e in particolare McMunn (2006) per quanto concerne gli studi sull'*active ageing*), viene da autori quali Cumming e Henry (1961), fondatori della *disengagement theory*: secondo questo approccio la vecchiaia è vista come un periodo del corso di vita dell'individuo in cui si verifica un progressivo e costante distacco dal contesto sociale che può essere determinato sia dall'individuo, sia dalla società, sia da entrambe. Sempre secondo gli autori tale processo avviene in maniera differenziata per gli uomini e per le donne: mentre per i primi l'evento chiave che dà il via al "distacco" è nella maggioranza dei casi il pensionamento, per le seconde il marker transitivo più impattante risulta invece essere la vedovanza. Secondo questo approccio "l'intorno sociale dell'anziano si ridurrebbe diminuendo le relazioni sociali che sarebbero limitate, quasi esclusivamente, a quelle parentali, cioè con eventuali figli e nipoti. Queste ultime, in particolare, assumono un ruolo centrale dal punto di vista emozionale ed espressivo" (Tognetti Bordogna, 2007).

Proviamo ora ad osservare i fenomeni appena descritti nell'ambito della *disengagement theory* sul campione di anziani 75-84enni cremonesi.

Per quanto concerne il "vivere da soli", analizzando i dati a nostra disposizione si rileva per la provincia di Cremona, come atteso, una dinamica transitiva fortemente differenziata per genere. Se per la componente femminile in media l'evento viene sperimentato in media a 74 anni di età in coincidenza con la morte del coniuge, meno del 25% dei maschi anziani 75-84enni ha avuto esperienza dell'evento al momento dell'intervista. Tali dati confermano innanzitutto le ben note dinamiche di maggiore rischio di mortalità a parità di età e di minore speranza di vita della componente maschile rispetto a quella femminile, nonché le differenti strategie di organizzazione del network familiare in caso di decesso di un anziano genitore: se è la donna a rimanere vedova la "regola" è che questa continui a vivere da sola nella propria abitazione, se è invece l'uomo a perdere la moglie la "normativa sociale" prevede l'istituzionalizzazione o l'incorporazione dello stesso nel nucleo familiare dei figli.



**Figura 33. Funzione di sopravvivenza per l'età all'evento "abitare da solo/a"**



**Tabella 31. Quartili della funzione di sopravvivenza per l'età all'evento "abitare da solo/a" (età alla quale una certa percentuale di anziani ha sperimentato l'evento)**

Percentuale di anziani 75-84enni	Maschi	Femmine
25%	>85	63
50%	>85	74
75%	>85	>85

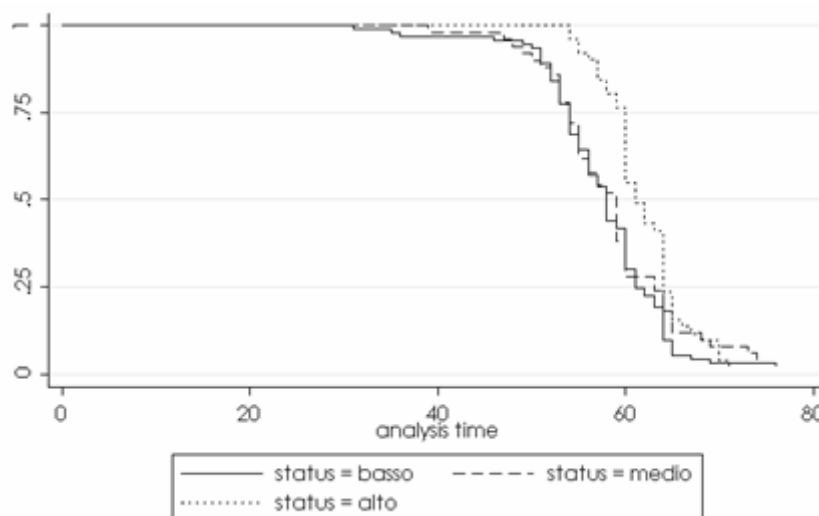
*P-value test log-rank per l'eguaglianza: 0.0000.*

Per quanto concerne invece la transizione lavoro-pensione per la componente maschile l'età media di pensionamento fatta registrare dal campione indagato è di 59,5 anni, ma il dato è significativamente differente se si discriminano le funzioni di sopravvivenza per status socioeconomico dell'individuo.

Un soggetto di status alto, ossia con un più alto livello di istruzione e un reddito superiore, ha difatti una probabilità superiore di prolungare la sua presenza sul mercato del lavoro rispetto a un individuo di medio o di basso status socioeconomico: i valori riportati in Tabella 32 indicano un'età di transizione pari a 61 anni per il gruppo di status alto e un'età rispettivamente di 58 e 59 anni per i gruppi status basso e status medio.



**Figura 34. Funzione di sopravvivenza per l'età al pensionamento (popolazione maschile)**



**Tabella 32. Quartili della funzione di sopravvivenza per l'età all'evento "pensionamento" (età alla quale una certa percentuale di anziani ha sperimentato l'evento)**

Percentuale di maschi anziani 75-84enni	Status basso	Status medio	Status alto
25%	54	54	60
50%	58	59	61
75%	61	63	64

*P-value test log-rank per l'eguaglianza: 0.0091.*

Nell'ambito di questi processi di distacco dal proprio contesto (*disengagement*) la transizione impone una "ristrutturazione del campo" (Lewin, 1972); dal momento che l'individuo non è avulso da qualsiasi contesto: "la personalità è un campo psicologico in cui i fatti coesistono nella loro interdipendenza" (A. Albanese, 2006).

Seguendo l'approccio psicosociologico di Lewin, si possono distinguere tre tipologie di fatti:

1. il mondo personale delle conoscenze, delle emozioni, delle rappresentazioni, che formano lo spazio di vita;
2. i fatti compresi fra lo spazio di vita e l'ambiente esterno: lo spazio di frontiera;
3. i fatti ambientali, che influenzano il campo, ma non entrano direttamente nel campo.



Le differenti interazioni sociali che vanno prospettandosi al momento del distacco (*disengagement*), grazie anche alle esperienze di altri pari che hanno già sperimentato e raccontato il momento della transizione, "possono generare ansie o serena attesa, a seconda delle diverse caratteristiche personologiche e a seconda dell'interazione con l'ambiente familiare, sociale, lavorativo" (A. Albanese, 2006).

Di seguito si proverà a dare sintesi delle ripercussioni sulla sfera del benessere psicosociale e di autopercezione delle condizioni di salute degli individui anziani che sperimentano situazioni di progressiva emarginazione socio-relazionale con l'entrata nella vecchiaia e a seguito del distacco dal contesto sociale di riferimento. Obiettivo di pari importanza della seguente analisi sarà anche quello di discriminare gli strati di popolazione a più alto rischio di scivolamento in situazioni di deriva e marginalità conseguentemente all'insorgere di situazioni di solitudine e isolamento sociale.

Prima di dare avvio a tale affondo di ricerca occorre chiarire preventivamente il valore semantico di questi due termini: solitudine e isolamento.

Solitudine e isolamento sono due condizioni, due aspetti non sempre e non necessariamente coincidenti: se l'isolamento (*aleness*) è uno stato ontologico a cui non corrisponde un'emozione, la solitudine (*loneliness*) è invece "un sentimento spiacevole o inaccettabile che implica una sensazione di discrepanza tra il numero e/o la qualità delle relazioni sociali realizzate e quelle desiderate" (P. Cavallero, M. G. Ferrari, B. Bertocci, 2006).

Sulla scorta di tali considerazioni si è ritenuto opportuno, al fine di dare completezza e poter misurare sia da un punto di vista della quantità che della qualità delle relazioni lo stato di marginalità sociale in cui versano gli individui anziani della provincia di Cremona, finalizzare un indice reale di isolamento costruito prendendo in considerazione i punteggi riclassificati e standardizzati su quattro variabili inserite nel questionario: l'estensione del nucleo familiare, la frequenza dei contatti con i figli, la frequenza di uscita di casa, le ore giornaliere trascorse da solo/a<sup>14</sup>.

---

<sup>14</sup> L'indice è la somma algebrica dei punteggi riclassificati in scala ordinale e standardizzati delle risposte restituite alle domande:

1. Numero totale di conviventi (1=solo; 2=coppia; 3=più di due);
2. Con che frequenza ha contatti con almeno uno dei suoi figli che non abitano con lei? (1=non ha figli; 2=1 o 2 volte al mese o più raramente; 3=1 volta a settimana o più spesso);
3. Lei con che frequenza esce di casa? (1=ogni tanto o più raramente; 2=2 o 3 volte la settimana; 3=tutti i giorni);
4. Solitamente quante ore al giorno (esclusa la notte) trascorre da solo/a? (1=9 o più ore; 2=tra 4 e 8 ore; 3=non più di 3 ore).

I punteggi dell'indice sono poi stati riclassificati in una scala ordinale a due valori: 1="Alto isolamento reale" se punteggio sotto la media; 2="Basso isolamento reale" se punteggio sopra la media.

La logica con cui è stato costruito quest'indice è stata quella di dar misura del grado di frammentazione reale delle relazioni familiari ed extra-familiari dell'anziano al di fuori del livello di isolamento sociale percepito dall'individuo e già ottimamente spiegato dall'indice NHP. Le quattro variabili prese in considerazione per la costruzione dell'indice ricostruiscono in maniera esaustiva il quadro delle relazioni dell'anziano all'interno del nucleo familiare ristretto, all'interno del nucleo familiare allargato e all'interno della comunità in cui l'anziano è inserito. E' importante mettere in luce il fatto che tale indice ha valenza e significato da un punto di vista relativo e non assoluto.



L'indice reale di isolamento costruito restituisce in definitiva una misura oggettiva dello stato di frammentazione e tenuta dei legami socio-relazionali dell'anziano sia intra che extra-nucleo familiare, non si pone pertanto l'obiettivo di misurare, come nel caso dell'indice NHP, la percezione soggettiva del proprio isolamento: le variabili su cui esso è costruito non sono mediate dal giudizio individuale dell'anziano, ma si rifanno altresì allo stato, alla condizione oggettiva delle relazioni nell'ambito dell'intorno sociale dell'individuo.

Come mostra la Tabella 33 l'incrocio fra l'indice reale di isolamento e la dimensione "Isolamento sociale" dell'indice NHP mette in luce una sostanziale simmetria e corrispondenza tra valutazione reale e percepita di isolamento. Tra chi vanta una condizione di basso isolamento reale (positiva tenuta relativa delle reti sociorelazionali) ben il 72,4% percepisce in maniera positiva la propria condizione di isolamento sociale, mentre tra coloro che si posizionano nella categoria "Alto isolamento reale" più del 55% restituisce una valutazione negativa, misurata sull'indice NHP, della propria condizione.

**Tabella 33. Incrocio fra l'indice reale di isolamento e la dimensione "Isolamento sociale" dell'indice NHP – valori % per colonna**

		Indice reale di isolamento	
		Alto isolamento reale	Basso isolamento reale
NHP Dimensione "Isolamento Sociale"	Percezione positiva	44,7	72,4
	Percezione negativa	55,3	27,6

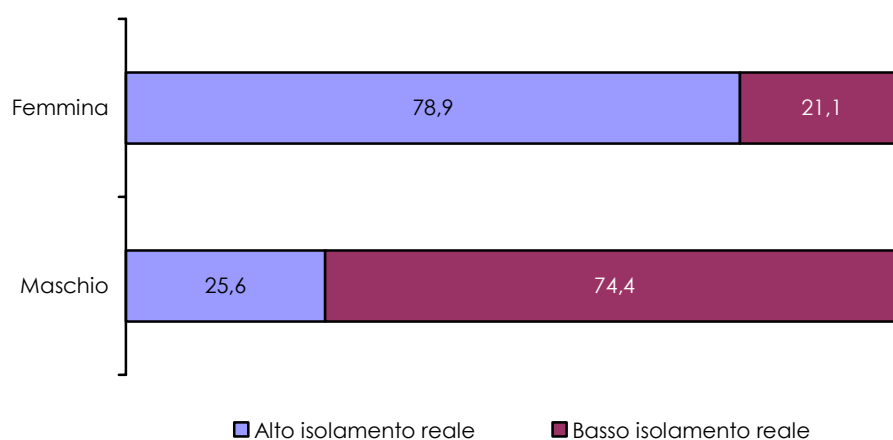
La distribuzione per genere dell'indice reale di isolamento delinea un quadro chiaro e netto delle dinamiche oggettive di isolamento della popolazione cremonese. Se per la componente femminile si registra una quota pari al 78,9% di individui in stato di alto isolamento reale, tale percentuale cala al 25,6% se si prendono in considerazione i 75-84enni maschi: indice questo di una rilevante presenza di oggettive problematiche relative di frammentazione delle reti sociorelazionali femminili. Se sul piano reale i differenziali nelle distribuzioni per genere mettono in evidenza una situazione di forte rischio di scivolamento in situazioni di marginalità e frammentazione dell'intorno relazionale dell'anziano in particolare per la popolazione di sesso femminile, quando si osservano le distribuzioni dell'indice NHP – dimensione "Isolamento sociale" per genere, si denota una sostanziale appianamento dei differenziali: le donne esprimono un giudizio positivo sulla propria condizione in più della metà dei casi (53,0%), i maschi in percentuale pari al 69,9%.

Interessante è studiare le determinanti di tale riallineamento tra condizione reale e percepita rispetto al proprio isolamento sociorelazionale; due possono essere in prima istanza i fattori che determinano tale fenomeno: da un lato una maggiore intensità/qualità delle relazioni sociali della componente femminile rispetto a quella maschile pur in uno scenario di minor "quantità" di legami e

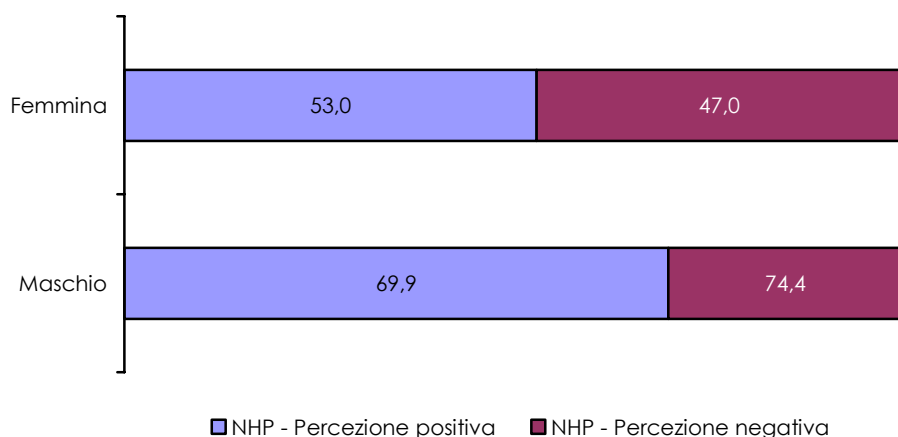


occasioni di socialità in senso lato (in sostanza pare emergere un quadro in cui le donne pur avendo meno occasioni di relazione familiare, di vicinato o amicale intrattengono relazioni qualitativamente più intense e solide), dall'altro lato parte della variabilità può presumibilmente essere colta da un effetto distorsivo nei giudizi soggettivi delle donne relativamente alla propria condizione di isolamento, in definitiva una sorta di "cecità" auto-indotta rispetto alle proprie condizioni di solitudine e in prima istanza dovuta all'orgoglio personale di vedere un quadro meno grigio di quello reale.

**Figura 35. Distribuzione dei valori dell'indice reale di isolamento per sesso – valori %**



**Figura 36. Distribuzione della dimensione "Isolamento sociale" dell'indice NHP per sesso – valori %**

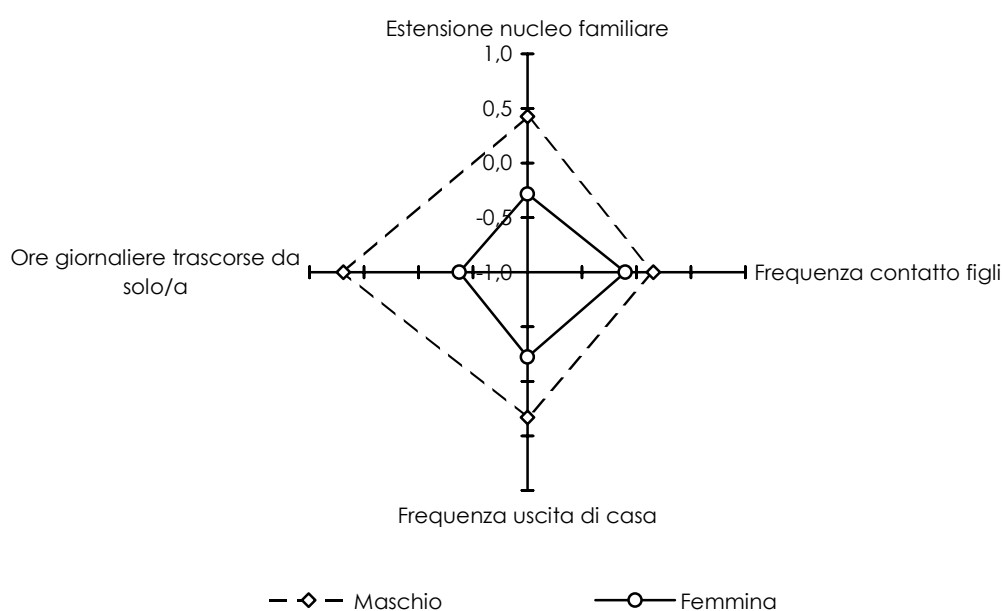


Il posizionamento dei valori standardizzati suddiviso per genere delle variabili "estensione del nucleo familiare", "frequenza dei contatti con i figli", "frequenza di uscita di casa", "ore giornaliere trascorse da solo/a" conferma tuttavia significativi differenziali fra componente maschile e componente



femminile: le distanze relative di genere sono particolarmente marcate sulla dimensione "ore giornaliere trascorse a casa", "estensione nucleo familiare e frequenza uscita di casa, mentre sono più contenute sulla dimensione "frequenza dei contatti con i figli".

**Figura 37. Punteggi standardizzati sulle variabili "estensione del nucleo familiare", "frequenza dei contatti con i figli", "frequenza di uscita di casa", "ore giornaliere trascorse da solo/a" per sesso**



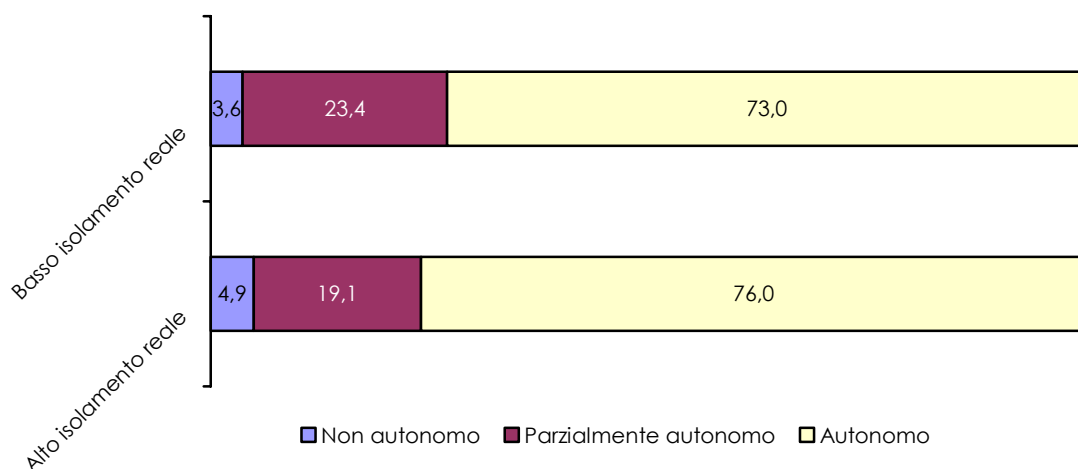
Quanto le situazioni di isolamento sociale e solitudine possono però impattare sulle condizioni di salute reale e/o percepita dell'anziano?

Come messo in luce in precedenza vi sono diversi studi che anche recentemente si sono occupati di scovare e dar misura delle interconnessioni fra queste due dimensioni, in particolare per quanto concerne l'impatto della condizione di marginalità sociale sul decadimento delle funzioni cognitive e di autopercezione dello stato di salute dell'anziano.

Come mostrano i dati di seguito riportati in Figura 38, non sussistono particolari differenze relativamente allo stato funzionale dell'anziano (misurato con l'indice IADL) in riferimento a situazioni di basso o alto isolamento reale dell'individuo: la percentuale di autonomi nei due gruppi considerati differisce di soli 3 punti percentuali.

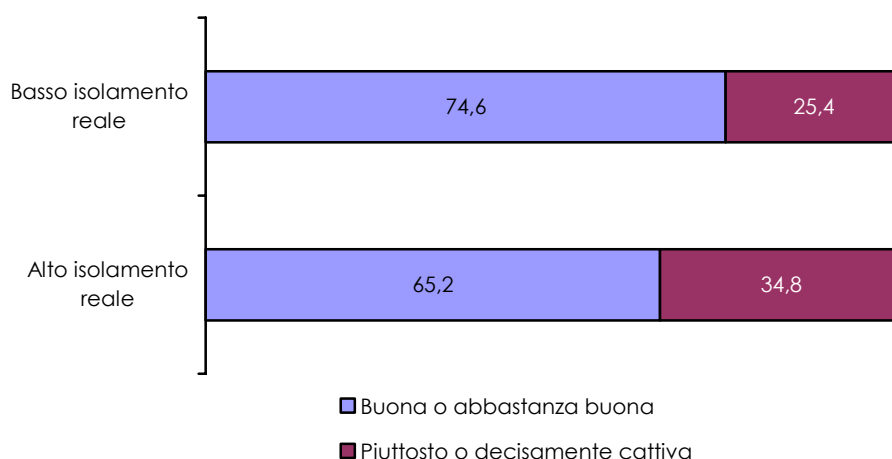


**Figura 38. Distribuzione dell'indice IADL per valore dell'indice reale di isolamento – valori %**



Se dal punto di vista dell'autonomia funzionale non può oggettivamente essere individuata una relazione di dipendenza con lo stato di isolamento reale dell'anziano, le cose cambiano quando si prendono in considerazione i giudizi soggettivi sulla condizione di salute: se per chi è in uno stato di basso isolamento reale la quota di individui che percepiscono una condizione di salute piuttosto o decisamente cattiva è del 25,4%, per coloro che si trovano in uno stato di alto isolamento reale essa sale al 34,8%, quasi 10 punti percentuali in più.

**Figura 39. Distribuzione del giudizio sulla condizione di salute per valori dell'indice di isolamento reale – valori %**



Analogamente a quanto appena riscontrato anche l'analisi della distribuzione dei punteggi dell'indice NHP sulle tre dimensioni considerate ("Sonno", "Isolamento sociale" e "Energia") per condizione di isolamento reale, delinea

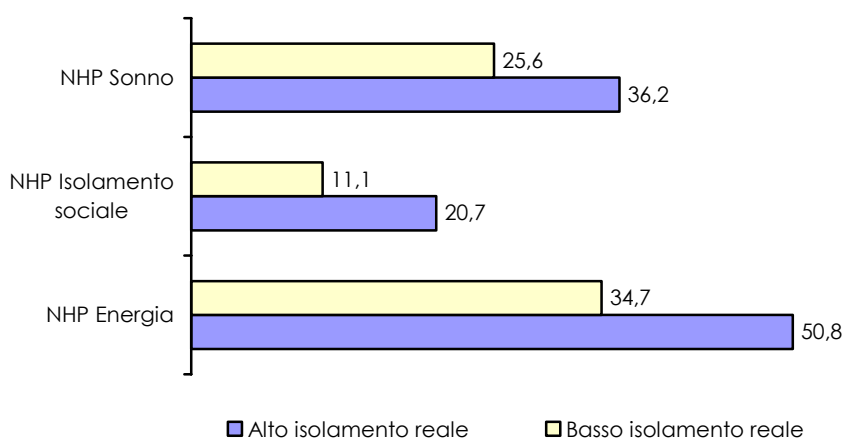




un quadro di oggettiva presenza di significativi differenziali nei punteggi medi rilevati. In particolare le distanze relative sono sostanziali ed evidenti sulla dimensione "Energia" dell'NHP (ben 16,1 punti) tra chi vive in condizioni di basso isolamento reale (punteggio NHP uguale a 34,7) e chi vive invece in una situazione di alto isolamento reale (punteggio NHP uguale a 50,8).

Pari a 10,6 punti è invece il differenziale fra alto e basso isolamento reale sui punteggi della dimensione "Sonno" e all'incirca di pari entità (9,6 punti) è quello sulla dimensione "Isolamento sociale".

**Figura 40. Punteggi dell'indice NHP sulle dimensioni "Sonno", "Isolamento sociale" e "Energia" per valore dell'indice reale di isolamento**



Pare a questo punto evidente constatare come lo scivolamento dell'anziano in situazioni di marginalità, frammentazione dei legami sociorelazionali, finanche di solitudine, impatti non tanto sulla salute reale dell'individuo o sulla propria autonomia funzionale, tanto da cronicizzare o addirittura esaurire le capacità residue di disbrigo delle principali attività della vita quotidiana, quanto invece sulla propria autopercezione di salute. Il progressivo sgretolamento dei ponti che tengono l'anziano connesso ai propri legami affettivi, siano essi familiari, di vicinato o amicali, si dimostra essere elemento scatenante e attivatore di fenomeni di stress psicofisico e di sensazioni/percezioni di negatività nell'ambito del vivere quotidiano. *Non è la salute clinica ad essere messa in discussione, o quanto meno non lo è direttamente, quanto invece la propria qualità di vita, dimensione non meno importante nella sfera esistenziale dell'anziano.* Il sentirsi senza forze, "vuoto/a" di energie, il trovar sempre più difficile prender sonno la sera, il percepirsi solo/a e abbandonato/a a se stesso/a, nonché il percepire uno stato di salute precario, sono elementi fondamentali nella sfera del benessere e della salute dell'anziano intesa in senso lato.

Particolare attenzione in relazione a tali variabili deve essere riposta nei confronti della popolazione anziana femminile, relativamente più a rischio di scivolamento in situazioni di deriva quali quelle descritte: per costoro difatti



pare particolarmente difficoltoso, a differenza dei coetanei maschi, trovare dei sostitutivi ai legami, in particolare quello con il coniuge, anteriori al momento del distacco (*disengagement*) dal precedente contesto di riferimento. Per gli individui anziani di sesso maschile pare invece essere meno farraginoso e problematico il processo di ristrutturazione del proprio campo di azione e di relazione: "reinventarsi" dopo il pensionamento può sì comportare microtraumi e disorientamenti, ma in misura apparentemente inferiore a quello che può essere il processo di ricostruzione dello spazio sociorelazionale della donna una volta rimasta vedova.

### **4.3. Desideri e uso del tempo**

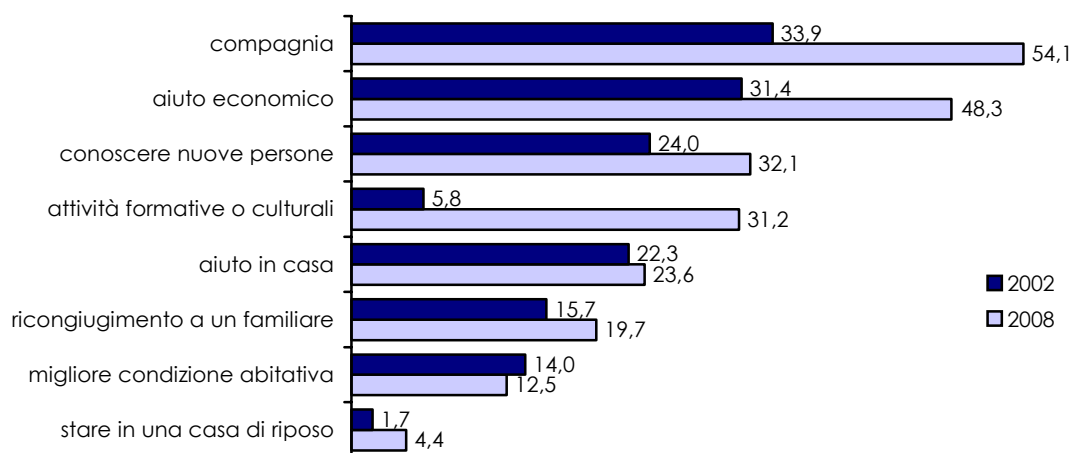
Per completare il quadro delineato nei precedenti paragrafi è importante concentrarsi su ulteriori due aspetti che riguardano il rapporto degli anziani con il tempo, considerato in due diverse accezioni: da un lato il tempo, inteso come intero arco della vita individuale, dall'altro il tempo come quotidianità e routine giornaliera. Come ha sottolineato Chattat (2008) infatti "la categoria del tempo e il suo rapporto con lo sviluppo dell'uomo pongono al centro dell'attenzione dell'anziano l'immensità del passato in confronto al presente e al futuro". È allora interessante andare ad analizzare i desideri degli anziani per cercare di capire quanto questi siano frutto di aspettative e bisogni contingenti al "qui ed ora" e quanto siano invece legati ad un immaginario più ampio, cioè ad una visione del "sé" proiettata nel futuro.

L'ipotesi che si vuole verificare è quanto l'allungamento delle prospettive di vita e la diminuzione della morbilità tra gli anziani (soprattutto se ci riferiamo alla classe d'età 75-79) incidano sulla percezione che gli anziani hanno di se stessi e di conseguenza sui principali desideri da loro posseduti.

Dall'altro lato, in un'ottica di lavoro dei servizi, è importante anche analizzare, in maniera più analitica, i bisogni legati alla contingenza del momento ed al "qui e ora" perché solitamente frutto di bisogni e desideri concreti e affrontabili. In Figura 41 è mostrato il confronto tra la graduatoria dei principali desideri degli anziani cremonesi così come risultata dall'indagine del 2002 e quella attuale. Come si vede due sono i fattori principali di cambiamento: da un lato l'aumento significativo di individui per ogni singolo item sottintende un sensibile incremento dell'intensità del desiderio, dall'altro è presente un importante cambiamento all'interno della graduatoria per quanto riguarda il desiderio di partecipare ad attività formative e culturali.



**Figura 41. Graduatoria dei principali desideri: confronto 2002 e 2008 – valori %**



Se da un lato dunque si conferma quanto emerso nella precedente Survey e cioè che gli anziani desiderano molto più incrementare il benessere che ridurre il malessere o risolvere problemi è però anche vero che rispetto al 2002 il desiderio di un aiuto economico è cresciuto di ben 16,9 punti percentuali, ed è stato segnalato quasi dalla metà del campione intervistato.

Riprendendo quanto detto relativamente al rapporto tra tempo ed età anziana e all'interpretazione dei desideri come *proxy* per capire la tipologia di aspettative degli anziani cremonesi, si può notare che anche se l'aiuto economico è un desiderio sicuramente legato ad un bisogno contingente, gli altri desideri ai primi posti della graduatoria sono tutti di tipo relazionale, sociale ed intellettuale. I desideri di compagnia, di conoscere persone nuove e soprattutto quello di partecipare ad attività formative e culturali possono essere visti come una spia che segnala voglia di relazioni, voglia di fare e di crearsi nuovi interessi. Il dato conferma quanto evidenziato anche da Facchini (2003) relativamente ad un cambiamento culturale attraverso il quale l'età anziana è percepita dagli anziani stessi sempre meno come una fase della vita che comporta un graduale ma sistematico abbandono dei ruoli pubblici e un corrispondente ripiegamento nella sfera privata.

In questo senso quindi il mutamento culturale già in parte rilevato nella precedente Survey, sembra ormai sedimentato nel territorio provinciale. Quantomeno all'interno della sfera dei desideri, degli anziani cremonesi sembra esserci dunque voglia di mantenere o riconquistare "plasticità" cioè quella "capacità cognitiva di iniziativa strategica volta al mantenimento di senso" (Micheli, 2004) che consente anche di ridefinire la propria situazione. In altre parole dunque quello che sembra essere elemento caratterizzante dei desideri degli anziani è il riuscire a dare (o ridare) "senso" alla propria identità individuale e sociale tramite azioni volte ad un miglioramento quantitativo e qualitativo delle proprie relazioni sociali ed una rinnovata voglia di apprendere cose nuove. Se tutto questo appare sicuramente come un fattore positivo, perché evidenzia un margine piuttosto ampio di possibilità di attivazione degli



anziani anche come risorsa per la propria comunità, è però importante notare che il desiderio di nuovi stimoli culturali e di maggiore compagnia e nuove amicizie, se non viene effettivamente realizzato rischia di portare ad una dissonanza cognitiva tra l'immagine di sé riferita alla sfera dei desideri (anziano attivo, con relazioni sociali ed interessi) e la propria immagine sociale (l'anziano solo, fragile, di peso agli altri), che può influire negativamente sulla propria soddisfazione generale. Guardando ai desideri maggiormente legati alle situazioni contingenti oltre alla necessità economica è da notare un incremento significativo di coloro che dichiarano di desiderare di vivere in una casa di riposo: pur rimanendo il desiderio meno indicato dagli anziani intervistati e dunque residuale rispetto alla totalità del campione, la percentuale di chi desidera andare in casa di riposo passa dal 1,7% nel 2002 al 4,4% nel 2008.

**Tabella 34. I tre principali desideri espressi per alcune variabili strutturali**

		Desideri	%	
Età	75-79	Compagnia	53,6	
		Aiuto economico	45,8	
		Conoscere nuove persone/fare cose nuove	35,9	
	80-84	Compagnia	54,8	
		Aiuto economico	51,7	
		Conoscere nuove persone/fare cose nuove	26,9	
	Genere	M	Compagnia	57,8
			Aiuto economico	42,8
			Conoscere nuove persone/fare cose nuove	41,3
F		Aiuto economico	51,8	
		Compagnia	51,6	
		Attività formative/culturali	31,4	
Status sociale	Basso	Aiuto economico	68,7	
		Compagnia	53,8	
		Conoscere nuove persone/fare cose nuove	29,1	
	Medio	Compagnia	54,7	
		Attività formative/culturali	33,8	
		Conoscere nuove persone/fare cose nuove	30,3	
Alto	Compagnia	51		
	Attività formative/culturali	50,6		
	Conoscere nuove persone/fare cose nuove	44,9		

Considerando i cambiamenti delle graduatorie a seconda delle principali variabili strutturali emerge una situazione di sostanziale omogeneità per quanto riguarda la classe d'età: il compiere ottant'anni non sembra comportare un cambiamento nei desideri degli anziani, anche se (al contrario) si è visto nel paragrafo precedente, esso incide significativamente sulle possibilità di "poter fare" soprattutto per quanto riguarda l'uscire di casa.

Rispetto alle differenze di genere si evidenzia un maggiore desiderio di aiuto economico da parte della popolazione femminile, probabilmente dovuto a



situazioni di maggiore criticità legate alla vedovanza combinata al non aver mai lavorato. Con la morte del coniuge le donne si trovano presumibilmente in situazioni economiche più svantaggiate e a maggior rischio di fragilità. Allo stesso tempo sembrano però essere le donne (più che gli uomini) i soggetti maggiormente interessati ad attività culturali e formative, segno, come si è già detto, di vitalità e voglia di investire ancora su sé stessi.

Lo status economico sembra anch'esso modificare la scala di priorità dei desideri: confrontando lo status basso e quello alto si nota che mentre il desiderio di compagnia e quello di conoscere persone nuove o fare cose nuove sono presenti in entrambi, al contrario per lo status basso importante risulta essere principalmente l'aiuto economico (per il 68,7% degli intervistati) mentre coloro che hanno uno status sociale alto desiderano maggiormente partecipare ad attività formative e culturali. Come a dire che chi vive in una situazione positiva può concedersi il lusso di pretendere lo svago più della soddisfazione dei beni materiali. Allo stesso tempo è anche vero, come si è detto nel precedente paragrafo, che lo status sociale, soprattutto perché legato al titolo di studio, influenza spesso in positivo il processo di invecchiamento, favorendo la conservazione della curiosità intellettuale e della voglia di fare. La discordanza tra le due graduatorie sembra dunque il frutto di fattori sia economici che più prettamente culturali.

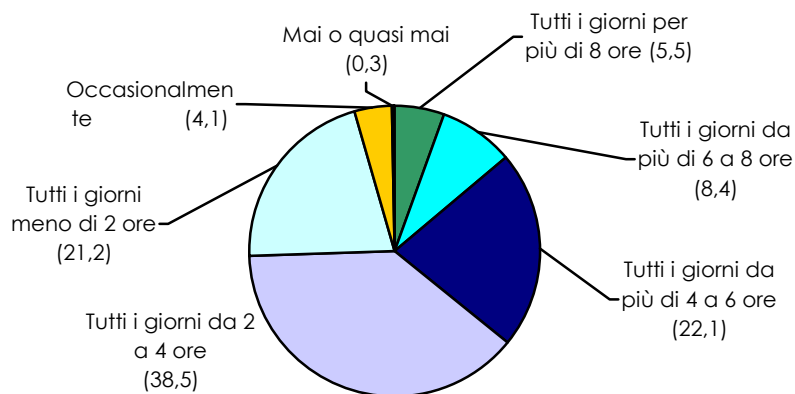
L'altro aspetto, che riguarda l'utilizzo del tempo nella quotidianità verrà affrontato attraverso l'analisi congiunta di due domande presenti nel questionario: il numero di ore di consumo televisivo e la presenza di hobby. Se generalizzando un numero elevato di ore davanti alla televisione e il possesso di una molteplicità di hobby e attività da svolgere possono essere visti come i due estremi di una scala relativa al desiderio e possibilità di trovare ancora opportunità e stimoli dalla vita e voglia di fare, questa non deve essere intesa come una relazione rigida, in quanto sono presenti numerose situazioni intermedie e sono soprattutto numerose le variabili che modificano tale relazione.

La valenza di questa area di indagini è dunque evidentemente doppia: da un lato finalizzata a conoscere l'indice di gradimento di diversi impieghi del tempo, e indiretta, come "proxy" di una condizione di benessere complessivo, laddove questo venga concepito come uno stato caratterizzato anche da vitalità, presenza di interessi e forme di partecipazione sociale.

Dai dati presentati in Figura 42 arriva un'ulteriore conferma della relativa condizione di benessere e vitalità degli anziani cremonesi: solamente il 13,9% guarda la televisione per più di 6 ore (esposizione intensiva), mentre la modalità più scelta risulta essere "tra le 2 e le 4 ore" (38,5%) ed è inoltre presente un 25,6% di persone che la guarda per meno di due ore al giorno o non la guarda affatto.



**Figura 42. Ore giornaliere di esposizione televisiva – valori %**



Ad un primo sguardo sembra dunque che agli anziani cremonesi la televisione non interessi molto: probabilmente essa è sostituita da attività di relazione, tempo passato fuori casa e hobby.

Se però si analizza il consumo televisivo in relazione alle principali variabili strutturali sembra esserci conferma di quanto già accennato: le stesse variabili che incidono sulla propensione al non uscire di casa sembrano incidere anche sulla propensione a guardare la televisione per un numero di ore elevato.

Tralasciando la variabile età che non sembra produrre cambiamenti significativi, si propongono, in Tabella 35, le variazioni di numero di ore passate davanti alla televisione sulla base delle variabili di interesse.

I dati mostrano chiaramente una relazione tra crescita dell'esposizione alla televisione e il ridursi dell'autonomia: il 21,1% degli individui non autonomi guardano la televisione per più di 6 ore al giorno mentre questo avviene per il 13,5% degli autonomi.

Ancor più marcata sembra essere la relazione tra esposizione alla televisione ed isolamento sociale: se solamente il 9,2% delle persone con una percezione positiva delle proprie relazioni sociali guarda la televisione per più di 6 ore al giorno, questo avviene nel 21,5% dei casi in cui la percezione dell'isolamento sociale è negativa. Un'influenza minore sembra averla la dimensione di genere: seppure le donne tendano in generale a vedere la televisione più a lungo degli uomini, la relazione non appare così marcata, tanto che è presente un 66,5% di uomini che ha un'esposizione tra le 2 e le 6 ore e la proporzione di donne che la guarda per meno di 2 ore è superiore a quella maschile.



**Tabella 35. Numero di ore trascorse davanti alla televisione per principali variabili strutturali -valori %**

	Meno di 2 ore	Tra 2 e 6 ore	Più di 6 ore
Maschi	18,1	66,5	11,5
Femmine	26,4	58,5	15,1
Status alto	47,6	44,0	8,3
Status Medio	26,4	58,5	15,1
Status basso	18,1	66,5	15,4
Percez. Isolam. Sociale -Positiva	31,4	59,4	9,2
Percez. Isolam. Sociale -Negativa	15,3	63,3	21,5
Non autonomo	26,3	52,6	21,1
Parzialmente autonomo	19,1	64,9	16,0
Autonomo	27,2	59,3	13,5
Ha un hobby	26,2	60,7	13,1
Non ha un hobby	20,7	60,3	19,0

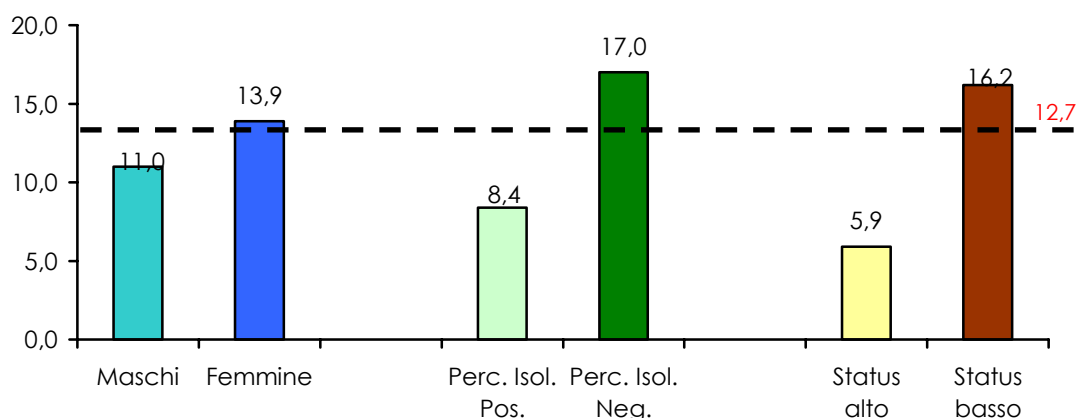
Un ultimo fattore da sottolineare riguarda lo status sociale: ancora una volta la variabile si conferma particolarmente significativa, soprattutto per quanto riguarda il basso consumo. Il 47,6% degli anziani di status elevato guardano la televisione meno di 2 ore, mentre il valore è pari al 18,1% tra chi ha uno status sociale basso. Sembra dunque che più lo status è elevato, meno la televisione occupa il tempo libero e d'altra parte, come sappiamo, più spesso si esce di casa, stando fuori più a lungo.

Riprendendo infine la teorica scala che vede ad un estremo la forte esposizione televisiva e dall'altro un numero maggiore di interessi ed hobby, si può vedere che la presenza di un hobby "sposta" effettivamente circa un 6% di individui tra i due estremi relativi al consumo televisivo ("meno di 2 ore al giorno" e "più di 6 ore al giorno"). Sebbene dunque gli hobby non abbiano un'incidenza statisticamente significativa, è però probabile, soprattutto tenendo conto di quanto detto per lo status sociale, che un maggior numero di interessi e un maggior benessere psico-fisico siano effettivamente fattori che allontanano l'anziano dallo schermo televisivo.

Anche l'analisi disaggregata per tipologie delle persone che hanno dichiarato di non aver nessun hobby (Figura 43) sembra confermare quanto detto: tra chi ha uno status sociale alto il numero di individui senza hobby diminuisce sensibilmente (di 10 punti percentuali) rispetto a chi ha uno status sociale basso, ma anche rispetto al più generale valore medio.



**Figura 43. Percentuali di individui che non hanno nessun hobby**



Allo stesso modo tra chi ha una percezione negativa dell'isolamento sociale è più frequente trovare persone senza hobby (17 individui su cento) rispetto a chi ha una percezione positiva (8,4%). Il genere anche in questo caso non sembra modificare sensibilmente il valore, anche se gli uomini si dimostrano ancora una volta leggermente più attivi delle donne, nonostante l'effetto potrebbe essere dovuto ad un fattore età (gli uomini sono mediamente più giovani) più che ad un effetto proprio del genere.

È in ogni caso importante sottolineare che il dato sembra ancora una volta confermare la vitalità degli anziani cremonesi, che in media praticano almeno un hobby nell'83,7% dei casi.

Analizzando la graduatoria dei principali hobby praticati si nota come essa differisca per uomini e donne. Al primo posto per le donne, praticata da più della metà di coloro che hanno almeno un hobby, si trova la lettura (56,5%), seguita dai lavori a maglia o di ricamo e dal giardinaggio e i lavori nell'orto, infine al quarto posto per numerosità di scelte si trova l'ascolto della musica. Per quanto riguarda gli uomini i passatempi preferiti sono sicuramente il giardinaggio e la cura dell'orto (nel 49,5% dei casi) seguiti dalla lettura, dall'ascolto della musica e dai lavoretti di artigianato. È inoltre presente un 5,6% che dichiara di praticare sport.

Un dato interessante, al di là delle scontate differenze dovute ad attività molto caratteristiche di genere (come il lavoro a maglia o i lavori di artigianato), è la maggiore polarizzazione delle risposte femminili su quattro categorie.

Gli uomini sembrano dunque differenziarsi maggiormente per quanto riguarda i passatempi rispetto alle donne, sintomo forse della maggior quantità di stimoli legata, come si è visto, sia alle più frequenti e più lunghe uscite di casa sia alle biografie individuali.

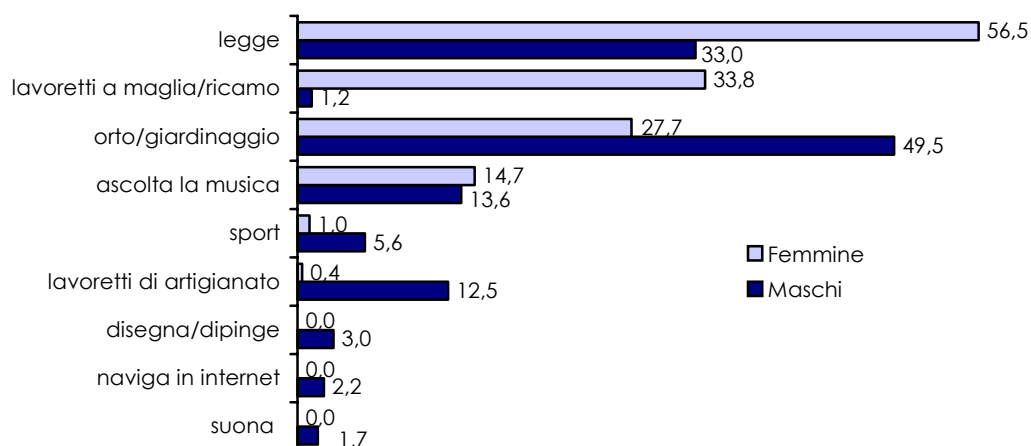
Se dunque gli uomini appaiono maggiormente propensi ad attività ludiche e creative (si pensi anche a quanto detto sulle destinazioni delle uscite da casa)





le donne cremonesi sembrano maggiormente legate ad abitudini e occupazioni più tradizionali.

**Figura 44. Principali hobby praticati per genere – valori % sul totale**



Riassumendo quanto emerso nel corso del capitolo gli anziani residenti in provincia di Cremona vivono una situazione generalmente molto positiva per quanto riguarda la socializzazione e l'utilizzo del tempo, anche se si riscontrano alcuni profili potenzialmente a rischio di isolamento sociale.

Dalle analisi effettuate, infatti, si è visto come il genere, l'età, lo status sociale e il grado di autonomia risultino fattori molto incisivi sulle possibilità di un "buon invecchiamento" caratterizzato da un mantenimento, seppur con i limiti connessi alle caratteristiche proprie dell'età anziana, dei fattori che determinano la qualità della vita degli individui. Sebbene, come si è visto, l'aspetto economico sia un problema ben più consistente di quanto rilevato nel 2002, gli altri aspetti considerati (relazioni sociali, utilizzo del tempo, interessi e salute) sono sicuramente migliorati ed accresciuti di pari passo con l'aumento delle prospettive di vita (e del livello di salute) degli ultimi anni.

Gli anziani cremonesi appaiono dunque essere, in linea generale, individui più autonomi che in passato, abbastanza attivi e con interessi ed hobby e desiderosi di maggiori relazioni sociali e di maggiori stimoli intellettuali e ricreativi, dunque potenzialmente in grado di fornire un contributo alla propria comunità.

Se quanto detto è vero in linea generale, è però importante notare che la realtà analizzata è apparsa molto eterogenea ed in particolare il nodo più difficile da sciogliere riguarda gli aspetti culturali e relazionali: sembra, infatti, che una buona vecchiaia la si costruisca durante il corso dell'intera vita. Dove le relazioni sociali sono numerose e di qualità o lo status sociale è elevato, il titolo di studio è alto e nel corso della propria vita adulta si sono sedimentati numerosi interessi e passioni allora la vecchiaia appare essere più ricca di



stimoli ed attività. Al contrario dove le relazioni sociali sono rare e limitate alla superficialità, un lutto ha portato ad un'improvvisa mancanza del coniuge e dunque ad una solitudine a cui non si era abituati, lo status sociale è basso e di conseguenza sia le disponibilità economiche che il livello culturale, allora pare che gli anziani perdano in parte quella plasticità psicologica che mette in grado gli individui di rispondere in modo positivo alle prospettive di mutamento e crisi che l'età anziana riserva.

Le dimensioni della relazionalità e della cura, della conservazione di una rete articolata e altamente diversificata di legami forti e deboli, di permanenza e gestione di comunicazione e scambi intergenerazionali, sembrano dunque costituire, come ha sottolineato Mauri (2007), la riserva psico-sociale che permette una migliore qualità della vita.



## 5. L'anziano e il rapporto con i servizi

### 5.1. Introduzione

Il sistema di garanzia dei diritti, della salute e del benessere rivolto agli anziani di un determinato territorio si concretizza nell'esistenza di una rete di servizi mirati a contribuire alla riduzione dell'esclusione sociale, dell'emarginazione, così come al sostegno nell'espletamento delle principali attività della vita quotidiana e nell'alleviamento delle problematiche di carattere sociosanitario. L'aumento dell'aspettativa di vita, l'incremento degli anni di vita trascorsi in buona salute, le trasformazioni del sistema di welfare sono tutti aspetti di mutamento che costringono a ripensare questa età in relazione all'organizzazione concreta della vita quotidiana, ai servizi a disposizione, alle relazioni sociali, in un'ottica preventiva, di integrazione degli interventi e di sostegno alla solidarietà familiare. Le famiglie, pilastri tradizionali della cura, mostrano segni di cedimento nello svolgimento di questa funzione, riconducibili ad una serie di fattori, tra i quali si segnalano le trasformazioni demografiche in atto; le mutate condizioni di prossimità logistica tra parenti; i cambiamenti nel mercato del lavoro (che sottrae risorse femminili al caregiving), mentre i bisogni degli anziani si pluralizzano e richiedono un investimento continuo in flessibilità e innovatività delle risposte. Inoltre vi sono persone che non hanno famiglia o non hanno una famiglia su cui poter contare e che, non disponendo di tale risorsa, risultano a grave rischio emarginazione.

Per poter organizzare i servizi affinché abbiano la maggiore aderenza possibile rispetto alle problematiche vissute dalla popolazione, è necessario raccogliere informazioni sulla loro conoscenza, sul loro effettivo utilizzo e pareri su come i servizi vengono recepiti e apprezzati dal target cui si rivolgono.

L'uso e l'atteggiamento dei grandi anziani nei confronti dei servizi riflettono e riproducono infatti le difficoltà e le potenzialità del rapporto tra l'anziano e il contesto sociale in cui è inserito: ad esempio, quanto il bisogno si traduce effettivamente in domanda? Quanto la risposta al bisogno va veramente nella direzione auspicata, ovvero quella di valorizzare le capacità residue dei soggetti e ridurre al minimo i traumi da sradicamento dalla comunità? Quanto le amministrazioni pubbliche riescono a comunicare caratteristiche e disponibilità dell'offerta territoriale e eventuali novità introdotte? Si è cercato di sondare proprio questi aspetti nella Survey, individuando anche delle interessanti connessioni tra conoscenza, uso ed apprezzamento dei servizi e caratteristiche sociodemografiche e sanitarie dei soggetti. Evidentemente infatti i livelli di autonomia dei soggetti, lo status socioculturale, la disponibilità della rete familiare e sociale e anche il genere possono incidere sui bisogni di



aiuto e sulle capacità stesse di trasformare il bisogno in domanda, come si potrà desumere dall'analisi proposta.

## **5.2. Tassi d'uso e livelli di interesse**

In generale, anche i servizi più radicati hanno in valori assoluti una penetrazione contenuta tra la popolazione anziana, come ovunque in Italia. La tendenza dal parte delle famiglie italiane all'autoaddossamento per quanto riguarda l'assolvimento dei fabbisogni sociosanitari dei membri fragili della famiglia è, nella letteratura scientifica, una tesi ampiamente condivisa<sup>15</sup>. Le politiche che si occupano della cura e dell'accudimento di lunga durata delle persone dipendenti continuano a fare affidamento sulla capacità delle famiglie di generare solidarietà e addossarsi tutti i compiti emergenti nelle diverse fasi del ciclo di vita, facendone una sorta di "partner implicito" dell'azione pubblica (Costa, 2007).

E' noto che i servizi pubblici rivolti alla popolazione anziana sono in Italia relativamente poco sviluppati, soprattutto se paragonati ad altri paesi europei, anche in regioni come la Lombardia, tra le più avanzate sul territorio nazionale. Nonostante l'assistenza a domicilio dell'anziano totalmente o parzialmente non autosufficiente stia sempre più diventando la modalità assistenziale su cui la maggior parte dei sistemi di welfare europei sta puntando al fine di ridurre il rischio di istituzionalizzazione e per garantire agli anziani una migliore qualità della vita, pur sull'onda di un'enfasi legislativa e di indirizzo che a partire dagli anni settanta ha voluto puntare sullo sviluppo di servizi domiciliari e territoriali<sup>16</sup> lo sforzo concreto della Regione Lombardia è andato focalizzandosi principalmente sul finanziamento delle strutture residenziali per anziani non autosufficienti (RSA) e sulla parallela regolazione dei rapporti con gli enti erogatori delle relative prestazioni sanitarie. D'altra parte, si sono spesso trascurati l'insieme degli aspetti di assistenza sociale e sociosanitaria riferiti alle prestazioni indirizzate alla popolazione anziana e lo sviluppo di nuove tipologie di servizi e di interventi. In particolare, la rete di servizi diurni e domiciliari lombardi appare sottodimensionata rispetto alla domanda potenziale ed è scarsamente regolata, mentre i servizi residenziali, relativamente più diffusi, sono principalmente gestiti da privati. La debolezza del quadro normativo nazionale (la mancanza di leggi nazionali di settore) e la conseguente frammentazione degli interventi locali, fa degli anziani fragili un target delle politiche socioassistenziali particolarmente poco tutelato.

---

<sup>15</sup> Confrontare ad esempio Micheli (2003), a proposito dell'operare del "patto generazionale mediterraneo", che si fonda su obblighi di cura intergenerazionali, come rilevato negli anni in numerose indagini di Synergia. Da ultimo si veda come esempio G. Viganò (a cura di), 2008.

<sup>16</sup> La Legge Regionale della Lombardia n.16 del 1974 è esplicita in tal senso: il ricorso alle strutture residenziali deve avere carattere straordinario e può avvenire solo nel caso in cui gli altri servizi presenti sul territorio e disciplinati dalla stessa legge non siano accessibili. Evidentemente comunque i servizi domiciliari non possono rappresentare una alternativa reale al ricovero in casi di non autosufficienza grave.



Osservando i tassi d'uso dei servizi del nostro campione, emerge come le prestazioni di cui i grandi anziani usufruiscono sul territorio siano principalmente l'assistenza infermieristica a domicilio<sup>17</sup>, il trasporto e accompagnamento fuori casa e le vacanze/gite organizzate dal Comune, con percentuali superiori al 10% nel campione da noi indagato. I primi due servizi citati sono anche tra i principali, in termini di percentuali di risposta, per i quali emerge un interesse tra coloro che non li hanno mai usati. In generale è opportuno evidenziare un interesse verso gli aiuti a domicilio, come era stato anche riscontrato nelle due precedenti Survey svolte sullo stesso territorio (1995 e 2002). Certo, sarebbe da verificare quanto l'interesse sia "distaccato" e relativo ad una remota possibilità futura, oppure si riferisca al desiderio di fruire di quel servizio nel breve periodo. Un affondo in tal senso viene effettuato relativamente alla casa di riposo nel paragrafo seguente.

Oggi l'assistenza fisioterapica e riabilitativa a domicilio<sup>18</sup>, il telesoccorso e l'assistenza domiciliare del Comune o ASL sono indicate da quote di poco inferiori ad un terzo del campione come proposte mai sperimentate, ma contemporaneamente interessanti. In particolare è degno di nota lo scarto percentuale tra il tasso di uso e il tasso di interesse relativamente sia all'assistenza domiciliare che al telesoccorso, tanto significativo da far pensare alla necessità di un investimento in comunicazione e nell'attivazione di strategie di emersione della domanda inevasa. Inoltre è importante sottolineare che il telesoccorso non è conosciuto da ben il 16,4% della popolazione target, unico tra tutti i servizi citati nella batteria a presentare un tasso di non conoscenza superiore al 7,2%.

La casa di riposo è stata utilizzata dall'1% del campione, dato che conferma che difficilmente chi usa servizi residenziali poi fa ritorno al proprio domicilio e che nel territorio sotto indagine sia ancora troppo poco diffuso il ricorso a soluzioni temporanee, o "di sollievo" alla famiglia, che cioè la liberino saltuariamente (es. durante i mesi estivi) dai compiti di cura. Capita più spesso che si resti al domicilio fino a quando è possibile e poi si venga trasferiti in struttura residenziale, senza alcun interscambio tra queste polarità.

---

<sup>17</sup> Pur nella specificità del campione di popolazione e dello strumento di indagine della presente Survey, facendo riferimento alle statistiche ufficiali sulla diffusione del servizio di assistenza domiciliare, e' possibile porre in rilievo una comunque evidente diffusione ed utilizzo sul territorio provinciale di tale servizio, in particolare rispetto ai valori medi nazionali. Secondo i dati Istat (*100 statistiche per il paese. Indicatori per conoscere e valutare*), nel 2005 la quota di anziani che usufruiscono del servizio di assistenza domiciliare in Italia e' del 2,9% e del 3,5% in Lombardia.

<sup>18</sup> Un'altra ricerca svolta sul territorio lombardo metteva in luce la grande importanza attribuita dai familiari degli utenti alle attività fisioterapiche, poiché si reputa che gli esercizi, migliorando la mobilità dell'anziano, riducano indirettamente gli sforzi del caregiver, spaventato dell'aumento dell'infermità fisica dell'assistito che può condurre alla fine dell'"autosufficienza familiare" nella cura (Cerea, 2007).



**Tabella 36. Utilizzo e livello di interesse nei confronti di alcuni servizi sociosanitari. Confronto 2002-2008 – valori % di riga**

Servizio	Anno 2008				Anno 2002			
	Usa o ha usato	Non ha mai usato ma è interess.	Non ha mai usato e non è interess.	Non conosce	Usa o ha usato	Non ha mai usato ma è interess.	Non ha mai usato e non è interess.	Non conosce
Assistenza infermieristica a domicilio	16,2	35,8	42,3	5,7	5,4	38,3	53,3	3,0
Trasporto e accompagnamento fuori casa	15,0	30,9	50,3	3,8	7,2	25,3	62,0	5,4
Vacanze/gite per anziani organizzate dal Comune	12,8	16,9	64,7	5,6	10,8	19,9	68,1	1,2
Assistenza fisioterapica e riabilitativa a domicilio	8,8	36,3	47,7	7,2	5,4	29,3	60,5	4,8
Corsi di attività motoria (ginnastica) e/o di nuoto	4,6	9,9	78,3	7,2	1,8	10,8	80,7	6,6
Assistenza domiciliare del Comune o ASL (lavori in casa, lavanderia, ecc.)	4,2	27,9	61,2	6,8	1,8	21,6	70,1	6,6
Telesoccorso	3,3	31,1	49,2	16,4	2,4	27,7	59,0	10,8
Pasti caldi a domicilio	1,3	18,0	74,3	6,4	1,2	10,2	81,4	7,2
Casa di riposo	1,0	14,4	84,2	0,4	1,2	17,5	81,3	0,0

Rispetto all'indagine condotta nel 2002 emerge innanzitutto un generalizzato aumento nell'utilizzo dei servizi ed alcune differenze significative che vale la pena prendere in considerazione. Si registra innanzitutto un incremento nella fruizione dei servizi di assistenza infermieristica a domicilio (dal 5,4% del 2002 al 16,2% attuale), così come per l'accompagnamento fuori casa (dal 7,2% al 15,0%). Un aumento nell'utilizzo, pur più contenuto, riguarda anche assistenza fisioterapica e riabilitativa domiciliare, nonché i corsi di attività motoria e assistenza domiciliare, mentre per quanto riguarda la casa di riposo la

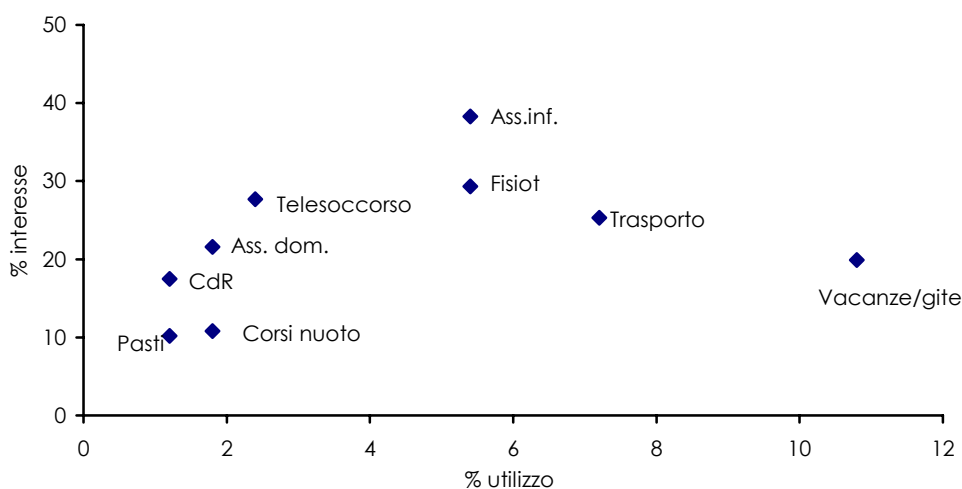


situazione si è sostanzialmente mantenuta stabile nel tempo. L'interesse tra chi non ha mai usato i servizi cresce dal 2002 soprattutto relativamente ai servizi di trasporto, assistenza fisioterapica e riabilitativa domiciliare, assistenza domiciliare, pasti caldi e telesoccorso. Prendendo in considerazione anche i dati della Survey del 1995, si nota viceversa nel tempo un calo consistente dell'interesse nei confronti della casa di riposo.

E' importante notare come tutti i servizi tranne il trasporto e l'accompagnamento fuori casa e i pasti caldi a domicilio siano conosciuti oggi meno di allora, il che conferma l'ipotesi che sia necessario *insistere con campagne conoscitive e marketing territoriale anche rispetto ai servizi sociali*. Questo peraltro è un compito che ben può essere definito, pianificato e realizzato a livello provinciale, in logica di *service* istituzionale verso i Comuni e le realtà territoriali locali. La mancanza di un costante, chiaro e ben mirato flusso di informazioni sufficientemente diffuse e accessibili, unita alla frammentazione delle procedure di presa in carico da parte dei servizi può essere altamente disorientante e con effetti perversi di autoselezione, soprattutto per la popolazione di minore livello socioculturale, acuendone il già elevato grado di vulnerabilità sociale e sanitaria (Costa, 2007).

Tornando ai dati della Survey corrente, nel grafico seguente è possibile visualizzare il posizionamento dei servizi lungo gli assi "uso" e "interesse". Si coglie subito come il servizio per il quale gli intervistati manifestano maggiore interesse e che vanta oltretutto una discreta percentuale di utilizzo, sia l'assistenza infermieristica a domicilio, mentre il più usato siano le vacanze e gite organizzate dal Comune. Buone performance incrociando i dati fra "interesse" e "uso" sono fatte registrare dai servizi di assistenza fisioterapica e riabilitativa a domicilio e dal servizio di trasporto e accompagnamento fuori casa. Servizi che registrano comunque elevati tassi di interesse, ma con ancora contenute percentuali di effettiva fruizione sono il telesoccorso e l'assistenza domiciliare.

**Figura 45. Livelli di utilizzo e interesse nei confronti dei servizi – valori %**





Nella Tabella 37 si è voluto prendere in considerazione i servizi più usati, da un lato, e i servizi che, pur non essendo stati usati, suscitano interesse nella popolazione target, dall'altro e verificare se vi siano differenze tra gruppi rispetto alle principali caratteristiche sociodemografiche della popolazione sotto indagine. In generale si nota una certa omogeneità tra gruppi sia rispetto all'uso che rispetto all'interesse. Tuttavia alcune lievi differenze possono essere riscontrate e la loro analisi risulta utile per isolare eventuali fattori impattanti, da prendere in considerazione per far emergere la domanda inavasa.

Le donne tendono a fruire leggermente più degli uomini di tutti e tre i servizi a maggior uso. Tra i non fruitori, sono gli uomini a mostrare un leggero maggiore interesse per i servizi in cima al *rank order*, tranne per il telesoccorso. L'uso dei servizi è più elevato, come ci si poteva aspettare, tra i più anziani (80-84 anni). Per ciò che riguarda invece il livello di interesse, esso prevale tra i 74-79 anni, anche se solo rispetto alla assistenza fisioterapica e riabilitativa domiciliare lo scarto tra i due gruppi di età è elevato. Non si evidenzia una correlazione chiara e univoca tra uso dei servizi e status socioprofessionale: si può solo notare che in generale le persone di status più elevato fruiscono in maniera inferiore di tutti e tre i servizi in discussione, mentre poca differenza emerge tra status medio e status basso. Gli anziani di status elevato sono tuttavia altrettanto interessati ai servizi rispetto agli altri, con un picco di interesse del 40% nei confronti del telesoccorso. Sull'utilizzo dei servizi incide decisamente il livello di autonomia (maggiore l'autonomia, minore l'uso), tranne che nel caso delle vacanze/gite organizzate dal Comune, per fruire delle quali è necessario un certo livello di autosufficienza. Sarebbe tuttavia interessante attivare esperienze di gite/vacanze per anziani non autosufficienti, come già avviene in diverse realtà europee<sup>19</sup>. Poco significativo risulta invece l'impatto del livello di autonomia sull'interesse manifestato per i tre servizi che hanno il maggiore appeal.

---

<sup>19</sup> Confrontare gli esempi riportati in Facchini, 2005.





**Tabella 37. Servizi a maggiore uso e interesse per sesso, età, status e livello di autonomia – valori%**

	USO			INTERESSE		
	Assistenza infermieristica a domicilio	Trasporto accomp. fuori casa	Vacanze/gite organizzate dal Comune	Ass fisioterapica riabilitativa domiciliare	Assistenza infermieristica a domicilio	Telesoccorso
<b>Sesso</b>						
Maschile	12,6	12,2	12,6	37,2	39,9	28,9
Femminile	18,5	16,9	12,8	35,8	33,0	32,5
<b>Fascia d'età</b>						
75-79	13,1	13,9	12,1	42,1	36,9	30,7
80-84	20,7	16,8	13,6	27,7	34,1	31,6
<b>Indice di status</b>						
Basso	16,3	17,1	12,1	36,1	33,7	29,6
Medio	20,2	20,0	17,1	38,5	42,3	29,7
Alto	10,7	4,7	8,3	33,3	33,3	40,0
<b>IADL</b>						
Non autonomo*	[38,9]	[22,2]	[11,1]	[36,8]	[33,3]	[21,1]
Parzial. autonomo	20,4	22,6	15,4	29,3	32,3	31,9
Autonomo	14,4	12,6	12,4	37,7	35,7	30,5

\*La bassa numerosità dei soggetti non autonomi intervistati rende questo dato solo indicativo

Il questionario somministrato ha permesso anche di sondare se all'interno del campione provinciale si facesse o meno ricorso alla soluzione della cosiddetta "badante", ovvero quella fornitrice privata di cura individuale che, spesso in regime di coabitazione, risponde ai bisogni delle persone parzialmente o totalmente non autosufficienti. Le "badanti" sono infatti entrate a pieno titolo tra le strategie di fronteggiamento dei bisogni degli anziani fragili da parte delle famiglie: si tratta di una soluzione che se da un lato risponde adeguatamente e in modo personalizzato al problema degli anziani fragili (mantenimento dell'anziano nel proprio contesto abitativo, parziale esternalizzazione della cura da parte della famiglia, contenimento dei costi rispetto all'impegno finanziario del ricovero assistenziale, ampia libertà di scelta dell'utente), dall'altro lato pone alle amministrazioni pubbliche una serie di nuove questioni sul proprio ruolo regolativo e di intermediazione, in particolare rispetto alla professionalizzazione e formazione di queste figure, alla valutazione del loro operato, al supporto dell'incontro tra domanda e offerta di cura, per citare solo alcuni aspetti del problema.

Il 7,3% degli anziani intervistati si avvale delle prestazioni di una badante. Tale valore potrebbe tuttavia essere sottostimato a causa della presenza in questo tipo di mercato di una quota significativa di lavoro sommerso: l'anziano intervistato potrebbe essere restio a fornire informazioni qualora si trovasse a fruire delle prestazioni di una lavoratrice irregolare. Si tratta comunque di una



percentuale significativa, se consideriamo che in Lombardia le badanti, comprese quelle che lavorano in nero, sono state stimate in circa 126 mila unità (il 18,2% delle assistenti familiari italiane), ovvero approssimativamente 7 badanti ogni cento anziani (dato peraltro in linea con quello qui riscontrato).

In Italia i dati del 2004 indicano che gli iscritti all'Inps per lavoro domestico sono 336 mila circa. Poiché dal 2004 al 2007 si è registrato un calo drastico nelle persone regolarmente impegnate nei servizi alle famiglie pari al 20,8%, si può dedurre che sia in corso un probabile ritorno al lavoro sommerso. Complessivamente il numero effettivo di badanti che lavorano in Italia è infatti nettamente superiore a quanto indicato dai dati riguardanti il lavoro regolare. Stime prudenziali consentono di fissarle in 700-800 mila persone (Censis, 2008). Di queste, la maggioranza schiacciante è di origine straniera.

Tra coloro che non si avvalgono delle prestazioni di una badante, il 70% circa dichiara di non averne bisogno. L'autoaddossamento da parte della famiglia dei bisogni socioassistenziali e domestici cui tale Figura risponde riguarda invece il 16,2% dei casi. Il 6,8% non ha le possibilità economiche per permettersene una. In oltre la metà dei casi tra coloro che non se lo possono permettere l'interesse però c'è: a domanda, diretta, il 53,9% di questo sottogruppo risponde che qualora disponesse delle necessarie risorse economiche si avvarrebbe in effetti dell'assistenza di una badante, mentre il 10% circa non sa cosa rispondere, perché evidentemente si sente ancora lontano da questa situazione.

**Tabella 38. Motivi per non avvalersi di una badante**

Motivo	V.ass.	%
Non ne ho bisogno	267	70,5
Mi avvalgo già di altri servizi	16	4,3
A me pensa la mia famiglia	61	16,2
Non ho le possibilità economiche per permettermene una	26	6,8
Altro motivo	8	2,0
Non so	1	0,3

### **5.3. La casa di riposo**

Relativamente all'assistenza residenziale, negli ultimi anni in Europa si riscontra una convergenza ad un impegno di realizzazione di soluzioni residenziali non tradizionali (caratterizzate da grandi strutture, convivenza degli ospiti in tutti gli spazi, incluse le camere, scarso livello di personalizzazione degli spazi e dei ritmi di vita, ecc.), sostituite da una dimensione abitativa più amichevole, una sorta di "abitare assistito" in alloggi sempre più simili a case vere, ma protette da un sistema di assistenza del tutto simile a quello di una classica struttura di assistenza residenziale. A fianco dello sviluppo di nuove soluzioni residenziali alternative, molti Paesi si stanno concentrando sul miglioramento della qualità degli ambienti e delle prestazioni nelle strutture esistenti, al fine di eliminare gli



aspetti più sgradevoli del vivere in una comunità, come l'assenza di privacy o di cure personalizzate.

L'Italia su entrambi questi fronti di miglioramento della qualità dell'assistenza residenziale - così come sullo sviluppo della domiciliarità - registra un forte ritardo, per recuperare il quale sarebbe opportuno sviluppare ex novo un'offerta di alloggi protetti per anziani a rischio di istituzionalizzazione, ad oggi quasi assenti dal panorama dei servizi per anziani, convertire le strutture esistenti in strutture per anziani non autosufficienti, in grado di fornire un'adeguata protezione sanitaria e migliorare la qualità della vita e dell'assistenza in questi presidi, laddove non esistano più soluzioni alternative al ricovero. In tali strutture infatti l'attenzione agli aspetti sanitari deve accompagnarsi ad una attenzione relazionale, allo sviluppo delle attività di animazione e di sostegno psicologico, al tentativo di riallacciare rapporti con le famiglie di appartenenza, ecc., nel rispetto dei principi legislativi più avanzati in materia (Ferrario, 2005).

In Italia le strutture residenziali per anziani possono essere classificate in diverse categorie a seconda del livello di intensità sanitaria delle cure prestate, ma per semplicità comunicativa con il target di indagine, nello strumento di rilevazione utilizzato sono state indifferentemente chiamate "case di riposo".

Dei pochi anziani che hanno vissuto l'esperienza della casa di riposo quasi tutti ne sono rimasti soddisfatti. Il 14,4% del campione intervistato non l'ha usata, ma sarebbe ipoteticamente interessato a usufruirne. Quali sono le principali motivazioni a giustificazione di tale interesse? Quasi un terzo risponde che scaricherebbe in questo modo la propria famiglia dal peso dell'assistenza, un quarto la ritiene una valida opzione assistenziale, per il 22,6% risolverebbe diversi problemi relativi alla cura personale e per il 21,7% conta la fiducia nella tutela sanitaria che la casa di riposo garantisce.

**Tabella 39. Motivi per l'interesse nei confronti della casa di riposo**

<b>Motivo</b>	<b>V.ass.</b>	<b>%</b>
Potrei così scaricare la mia famiglia dal peso di dovere assistermi e di pensare sempre a me	21	32,8
La ritengo una valida opzione assistenziale	16	24,4
Mi risolverebbe diversi problemi relativi alla cura della mia persona	15	22,6
Mi sentirei particolarmente tutelato dal punto di vista sanitario	14	21,7
Me ne hanno parlato bene	5	6,9
Potrei trascorrere il mio tempo a contatto con altre persone della mia età con i miei stessi problemi e interessi	4	6,6
Altro motivo	3	3,8

Viceversa, tra chi non l'ha usata e non è interessato (ovvero l'84,2% del campione), le motivazioni sono le seguenti: una larga maggioranza pari a quasi i tre quarti vuole evitarla fino a che le condizioni di salute lo permettono; per oltre un quarto costa troppo; il 21,8% non sopporterebbe di doversi allontanare dalla propria abitazione, mentre il 18% circa ritiene sia un luogo triste. Tra le motivazioni "altro", emergono un paio di esperienze negative



indirette relative alla casa di riposo e si ribadisce la preferenza per altre forme di aiuto (da parte dei figli o di una badante, ad esempio).

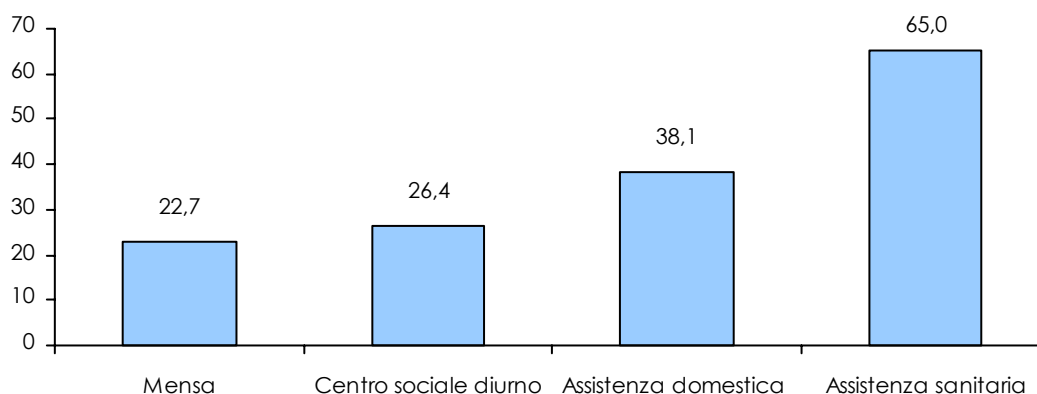
**Tabella 40. Motivi per il non interesse nei confronti della casa di riposo**

Motivo	V. ass.	%
Finché le condizioni di salute lo permettono vorrebbe evitare di andarci	280	73,3
Costa troppo	109	28,6
Non sopporterebbe di doversi allontanare dalla sua abitazione	83	21,8
E' un luogo triste	69	18,1
Non sopporterebbe di doversi allontanare dalla sua famiglia	27	7,0
Anche i suoi familiari sono contrari	20	5,2
Gl'iene hanno parlato male	5	1,3
Altro motivo	11	2,9

Si è inoltre cercato di capire se vi fosse un interesse a fruire della casa di riposo anche da utenti esterni, ovvero contribuire alla creazione di quel legame tra casa di riposo e comunità locale che consenta agli ospiti di sentirsi meno isolati e agli anziani residenti in zona di godere di una serie di servizi e benefici che solo una struttura dotata di personale e di spazi idonei può garantire. In particolare si è sondato l'interesse relativamente a frequentare un Centro Sociale Diurno situato all'interno di una casa di riposo; a fruire del servizio di mensa (a prezzi contenuti); a ricevere un servizio di assistenza domiciliare fornito da personale interno alla casa di riposo contribuendo al costo; ad accettare prestazioni di carattere sanitario da un'infermiera della casa di riposo. Quest'ultima tipologia di prestazione è quella che riscuote maggiore successo, con una percentuale di risposte positive pari al 65% del campione totale. L'assistenza domestica interessa invece il 38% circa del campione. Per quel che riguarda la frequenza del Centro Sociale Diurno interno e della mensa a prezzi contenuti, le persone si dimostrano propense solo a certe condizioni: se fosse disponibile un servizio di trasporto l'11,2% del totale andrebbe ad un Centro Diurno, così come il 9% circa frequenterebbe la mensa. Si può dire che complessivamente a fronte di uno scarso appeal della casa di riposo come opzione residenziale, è decisamente più elevato l'interesse per soluzioni "intermedie", ovvero la fruizione della casa di riposo come erogatore di servizi semiresidenziali o domiciliari altamente qualificati (assistenza sanitaria).



**Figura 46. Propensione all'utilizzo di alcuni ipotetici servizi offerti dalle Case di Riposo - % dei si**



Il che peraltro risponderebbe ad una necessità di rinnovamento delle strutture: all'avanguardia rispetto all'assistenza sanitaria da un lato, sempre meno "tradizionali" nella strutturazione di spazi e ritmi di vita dall'altro.

Ci pare utile riprendere qui il concetto di "trasparenza regolata" (Laffi, 2003): la quotidianità di un servizio residenziale va nutrita sì con il ricordo (scambio verbale con familiari e amici; evocazione per via di oggetti e immagini legate alla propria biografia, come ad esempio elementi di arredo della propria casa), ma anche con elementi del mondo esterno. Il concetto di trasparenza vuole evocare il fatto che l'entrata in carico al servizio è tanto più traumatica quanto più forte è il salto di questo passaggio, ovvero tanto più persone, regole, oggetti, compiti, tempi risultano estranei all'utente. Dunque la trasparenza regolata con la comunità, che si sostanzia nella reciproca accessibilità al livello di trasparenza desiderato, può far sì che vi sia una cesura minore tra la vita dentro e fuori l'istituto e che sia gli utenti che la comunità beneficiano di tale contaminazione.

E' importante che la casa di riposo diventi un luogo capace di far incontrare le persone, per passare da essere *non luogo*<sup>20</sup> a luogo, da spazio di consumo individualizzato, privo di identità, a spazio storico ed esistenziale che crea relazioni. A tal fine l'integrazione nel contesto territoriale è fondamentale, per evitare il paradosso di costruire strutture perfette e autosufficienti da cui virtualmente non si ha più bisogno di uscire e nelle quali non è mai necessario entrare se non si è utenti, ovvero luoghi di isolamento sociale. E' necessario intendere l'accessibilità di un servizio in senso ampio, universale (Calderone, 2003). Ciò peraltro è una opportunità che può essere ben sfruttata in un contesto quale quello cremonese.

Ma al di là di questa valutazione teorica, che tuttavia è utile al fine di capire cosa si intenda per servizio residenziale di qualità, è opportuno ricordare, in riferimento alle ipotesi ventilate durante l'indagine di fornire una molteplicità di servizi diversi all'interno delle case di riposo, che un nuovo modello di cura

<sup>20</sup> Il concetto di non luoghi è dell'antropologo Marc Augé, 1993.



residenziale necessita di una offerta diversa dal punto di vista qualitativo. La tradizione lombarda di attenzione e buona gestione delle RSA costituisce una ottima base di partenza per ulteriori passi finalizzati ad esempio al superamento dell'isolamento e alla connessione con gli altri punti della rete di cura, anche tramite la diversificazione della tipologia dei servizi offerti (centro diurno, mensa aperta all'esterno, ecc.) e all'integrazione con il territorio in senso ampio: così in tal modo si eviteranno sprechi e la casa di riposo potrà diventare *un punto* (non necessariamente *il punto terminale*) della rete di cura (Masto, 2002).

La collocazione e lo sviluppo all'interno di una struttura residenziale di servizi "aperti" porterebbe grandi benefici dal punto di vista relazionale e di qualità della vita degli anziani sia ospiti che residenti, ma garantirebbe anche un ritorno di immagine per la casa di riposo, che avrebbe occasione di farsi conoscere e di proporsi al territorio come ente erogatore di servizi di welfare leggero.

#### **5.4. Il medico di fiducia**

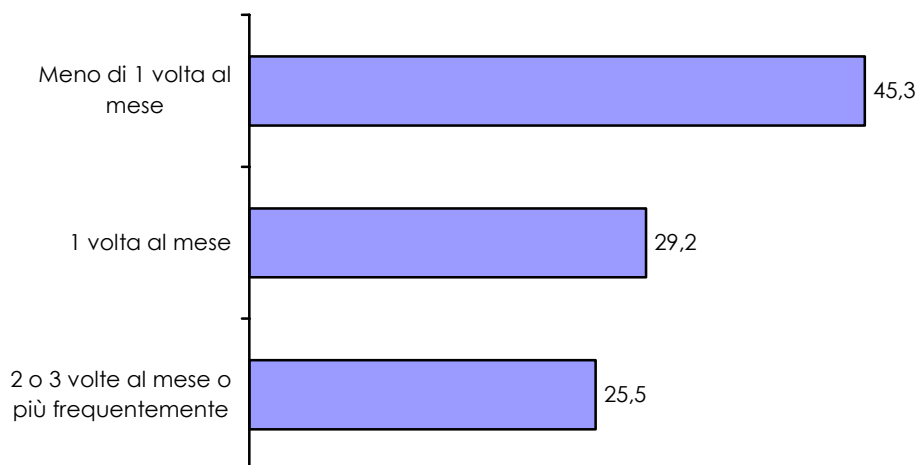
Si propone da ultimo un approfondimento del rapporto dell'anziano con una figura chiave quale quella del medico di fiducia: persona che riveste il ruolo di primo recettore ed osservatore privilegiato dell'evoluzione dello stato di salute dell'anziano. Sovente, se non sempre, il rapporto che si instaura fra paziente e medico va oltre quello che è il rapporto meramente professionale, sulla bontà del rapporto incidono in maniera consistente anche variabili quali la fiducia e l'umanità.

L'importanza del medico di fiducia non sta tuttavia nel solo rapporto fiduciario con il paziente, esso è anche figura focale, nodo principale della rete di assistenza territoriale, per quanto concerne il sistema di servizi sia sanitari che socioassistenziali. Ecco perché analizzare e intercettare eventuali criticità gravanti su tale figura ha valenza positiva e significativa non solo verso il basso (l'utenza) ma anche e soprattutto verso l'intera rete locale di servizi: si pensi al sistema ospedaliero, a quello di assistenza residenziale e semiresidenziale per la popolazione anziana, a quello domiciliare, per citare giusto i principali.

Tre anziani su quattro intervistati si recano dal medico di fiducia una sola volta al mese o con minor frequenza, indicatore questo del buono stato di salute della popolazione 75-84enne provinciale vivente al domicilio. Una quota comunque consistente degli intervistati (25,5%) è solita frequentare il proprio medico di fiducia due o tre volte al mese o più frequentemente.

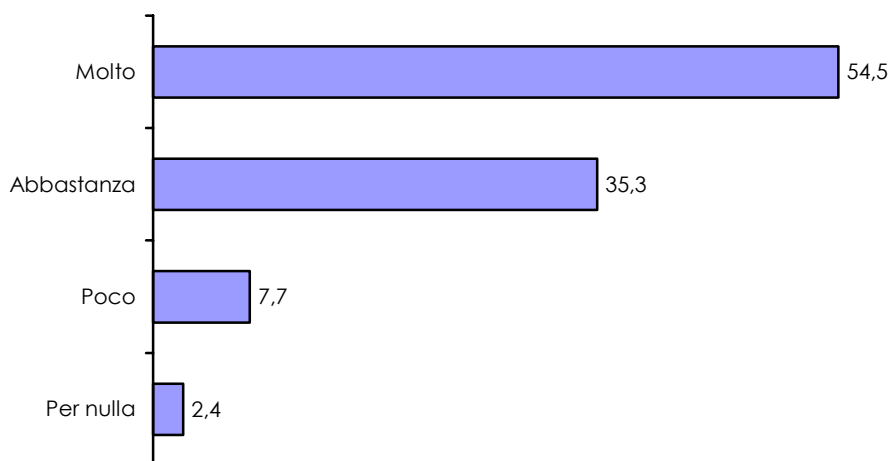


**Figura 47. Risposte alla domanda "Con quale frequenza è solito recarsi dal suo medico?" - valori %**



I dati sulla soddisfazione generale del servizio offerto descrivono una situazione di diffusa soddisfazione: quasi il 90% degli intervistati si dichiara molto (54,5%) o abbastanza soddisfatto (35,3%).

**Figura 48. Risposte alla domanda "E' soddisfatto del suo medico di medicina generale?" - valori %**



Addentrando ora all'interno di quelle che possono essere le criticità connesse al recarsi dal proprio medico di fiducia, gli anziani intervistati non mettono in luce particolari problematiche nel raggiungere fisicamente l'ambulatorio: quasi l'80% dichiara di incontrare poche e nessuna difficoltà.

Scomponendo il dato per dimensione del Comune di residenza, si rileva tuttavia una situazione significativamente migliore nei Comuni di piccole dimensioni, dove verosimilmente le distanze spaziali casa-ambulatorio sono più



ridotte. Situazione relativamente positiva si riscontra anche nei Comuni di grandi dimensioni, dove presumibilmente il numero e la distribuzione sul territorio del servizio è più capillare e dove soprattutto l'accesso al sistema dei trasporti pubblici è più semplice ed efficace nel garantire una migliore mobilità.

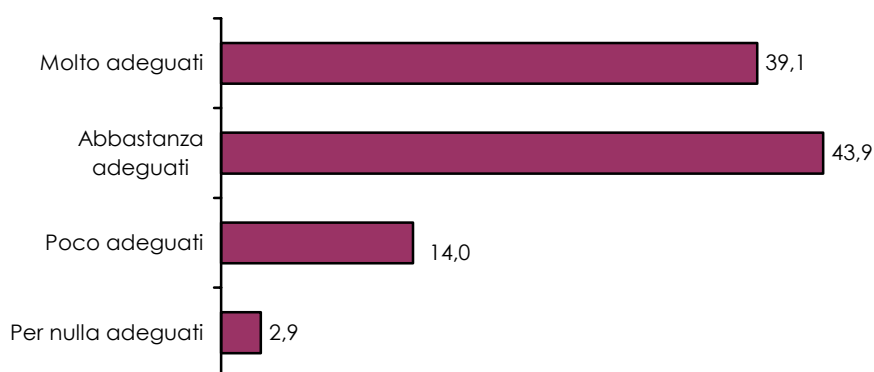
Se delle ombre devono essere individuate, si deve a questo punto mettere in evidenza il dato riguardante i Comuni di medie dimensioni dove più di un anziano su quattro dichiara di incontrare difficoltà nel recarsi all'ambulatorio del proprio medico: distanze spaziali casa-ambulatorio relativamente maggiori rispetto ai Comuni di piccole dimensioni e una meno efficace rete di trasporto pubblico possono essere i motivi alla base di questo dato.

**Tabella 41. Risposte alla domanda "Incontra difficoltà nel recarsi all'ambulatorio del suo medico? Per dimensione del Comune - valori %"**

	Dimensione Comune			Totale
	Piccolo	Medio	Grande	
<b>Poco/Per nulla</b>	86,2	73,4	79,2	79,3
<b>Molto/Abbastanza</b>	13,8	26,6	20,8	20,7
<b>Totale</b>	100,0	100,0	100,0	100,0

Diffusa soddisfazione si riscontra invece in relazione agli orari fissati dal medico per l'apertura dell'ambulatorio: l'83,0% degli intervistati li considera molto o abbastanza adeguati.

**Figura 49. Risposte alla domanda "Pensa che gli orari fissati dal medico per l'apertura dell'ambulatorio siano adeguati?" - valori %**



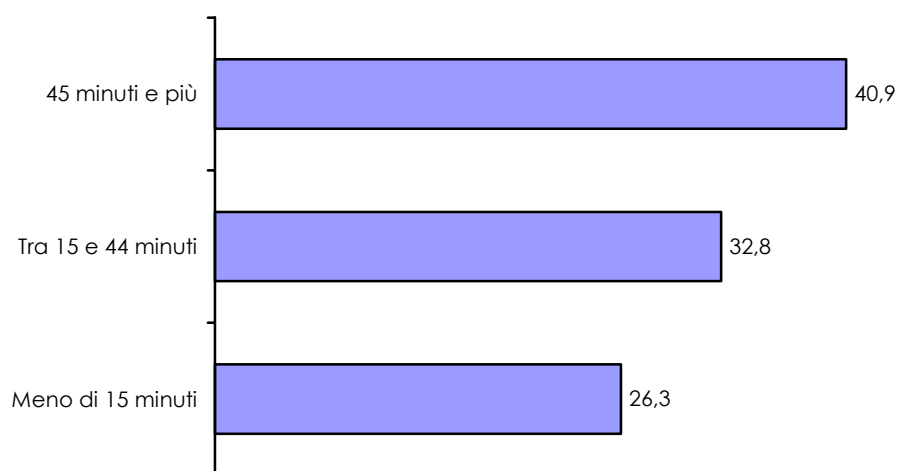
Maggiori criticità emergono invece in relazione al tempo di attesa per le visite: il 40,9% degli anziani intervistati dichiara un tempo di attesa superiore ai tre quarti d'ora e solo un intervistato su quattro risponde di attendere mediamente meno di 15 minuti, dato questo che dovrebbe far riflettere su una





migliore gestione delle code per l'accesso al servizio, migliorando in particolare le procedure di prenotazione delle visite.

**Figura 50. Risposte alla domanda "Durante le visite in ambulatorio mediamente quanto tempo attende?" - valori %**





## 6. L'anziano e le nuove tecnologie

Non è infrequente sentir definire la nostra come la società dell'informazione, un'etichetta che sembra aver assunto una valenza di istanza identitaria dell'opinione pubblica più che di classificazione accademica. Ciò a cui essa rimanda è l'oggettiva pervasività assunta nel mondo contemporaneo dalle tecnologie, specialmente legate al trattamento dell'informazione, e dalla loro capacità di costante penetrazione.

Al termine di un secolo di importanti innovazioni tecnologiche, l'incessante diffusione di telefoni cellulari e computer tra individui di ogni provenienza ed estrazione sociale, nonché l'avvento dei media digitali e la loro crescente influenza a partire dagli Anni Novanta fanno ritenere di essere di fronte non solo ad un processo di mutamento inarrestabile, ma soprattutto ad un cambiamento profondo della struttura sociale e della vita degli individui. Se qualche studioso si è addirittura spinto ad utilizzare il concetto di svolta epocale e a descrivere il sorgere dell'Information Age, adottando la pervasività delle tecnologie dell'informazione come cornice unica entro cui racchiudere l'analisi socio-culturale della contemporaneità<sup>21</sup>, va certamente riconosciuto che l'evoluzione tecnologica, in particolare dei media digitali di massa, vadano ormai annoverati fra le determinanti del mutamento sociale contemporaneo, per l'influenza che operano sui rapporti di produzione, sui processi di coesione sociale, sulle relazioni di potere, sui modelli culturali. Come ricorda Castells, la nostra società informazionale non è caratterizzata dalla semplice importanza dell'informazione, ma è "una specifica forma di organizzazione sociale in cui lo sviluppo, l'elaborazione e la trasmissione delle informazioni diventano fonti basilari di produttività e potere grazie a nuove condizioni tecnologiche emerse in questo periodo storico" (Castells, 2002).

Ciò che ne discende – e che qui interessa – è che l'influenza profonda delle tecnologie di comunicazione non riguarda solo il macrolivello delle strutture e dei processi sociali, ma ha imposto un cambiamento in tutte le sfere dell'attività umana, compresa la dimensione della quotidianità sociale, individuale e di gruppo: le traiettorie di inclusione, le interazioni sociali, i network di relazioni, i percorsi di formazione, le modalità di lavoro, il consumo di informazione, l'uso del tempo, l'identità culturale cambiano attraverso novità come l'ipertestualità, l'annullamento delle distanze, la rapidità di ottenere e processare le informazioni: "al contrario delle generazioni precedenti, noi non dipendiamo dal luogo fisico come determinante principale per l'accesso agli individui e alle informazioni [...]. L'attuale livello tecnologico avanzato ci

---

<sup>21</sup> Si veda la letteratura che ha seguito le teorie di Daniel Bell sulla "società postindustriale" o la cibernetica di Norbert Wiener.



permette di cacciare e di raccogliere informazioni anziché cibo" (Meyrowitz, 1995).

Di per sé, la centralità assunta dalle tecnologie e dai media digitali nell'attività sociale, economica e politica non assicura, tuttavia, equità, ossia uguali possibilità di accesso e capacità di sfruttamento; terminata la cosiddetta era del cyberottimismo, in cui si prospettavano grandi potenzialità sociali ed individuali ed una distribuzione del sapere più democratica, è apparso chiaro che la diffusione delle tecnologie abbia, al contrario, generato nuove forme di disuguaglianza ed esclusione sociale, il cosiddetto *digital divide*.

Lo sfruttamento dei benefici legati ad una qualsiasi nuova tecnologia richiede, infatti, una serie di risorse individuali (di tipo economico, relazionale e di competenza) che sono distribuite in modo diseguale nella società: si pensi alla possibilità economica di acquistare i servizi offerti da una nuova tecnologia, alla sua disponibilità fisica<sup>22</sup>, alle competenze che il suo utilizzo necessita (la cosiddetta *literacy*). La centralità delle nuove tecnologie di comunicazione diviene, in questo senso, un ulteriore fattore di marginalizzazione degli individui esclusi dalla loro fruizione.

La letteratura che ha finora studiato il *digital divide* ne ha offerto diverse interpretazioni e classificazioni, riscontrando una complessità via via crescente nelle forme di esclusione, lungo un continuum che va dagli esclusi dall'utilizzo delle tecnologie, agli utilizzatori intermittenti, fino a chi utilizza quotidianamente tecnologie digitali a banda larga.

In estrema sintesi, si vogliono qui ricordare le principali dimensioni di disuguaglianza: la disponibilità di risorse fisiche per l'accesso alle tecnologie; la differenza nel tipo di tecnologie a disposizione; l'autonomia d'uso; le abilità e le competenze tecnologiche; le differenze nell'uso e negli scopi dell'uso; il contesto sociale, inteso come disponibilità di reti sociali di incoraggiamento e supporto all'uso, come contesto di utilizzo (casa, lavoro, luogo pubblico, ecc.) e sintesi di fattori sociali quali età, genere e reddito; la disparità nelle risorse cognitive e culturali<sup>23</sup>.

Diverse ricerche hanno evidenziato la notevole influenza della variabile "età" e molti studiosi identificano gli anziani come i più restii o lenti nell'adozione di nuove tecnologie, tanto che alcuni parlano di uno specifico *gray digital divide*<sup>24</sup>. D'altra parte, gli anziani di oggi si sono misurati tardi con le nuove tecnologie e non hanno spesso avuto occasioni di socializzazione ad esse: "siamo la prima civiltà in cui la competenza acquisita è di ostacolo alle competenze d'acquire; in cui il giovane se la cava meglio del vecchio; in cui

---

<sup>22</sup> Ad esempio, la diffusione della banda larga risulta spazialmente disomogenea e non è disponibile ovunque.

<sup>23</sup> Van Dijk (2005) ha recentemente sottolineato la rilevanza di fattori endogeni all'individuo, di natura cognitiva e culturale, identificando come primo livello di divario digitale la motivazione degli utenti potenziali ad adottare, acquisire, imparare e usare le tecnologie (*motivational access*).

<sup>24</sup> Per una rassegna della letteratura si veda Risi 2007.



il piccolo è più dotto ed esperto del grande, che sbircia alle spalle del bambino per sapere come funzioni l'ultimo software" (Debray, 2005).

Oltre a ciò, gli anziani sono tipicamente caratterizzati da un atteggiamento di diffusa "tecnofobia, ossia da una generale paura riguardo le tecnologie ed una sfiducia nei confronti dei possibili benefici derivanti dall'uso" (Risi, 2007)<sup>25</sup>.

Superare queste ritrosie, questo gap culturale, diviene ancora più complicato se, come nel caso degli anziani, vi è un decadimento fisico e cognitivo e non si è inseriti in una rete sociale che può incoraggiare o supportare l'utilizzo delle nuove tecnologie.

Alla luce di queste considerazioni, il capitolo intende verificare se sussista un divario digitale anche negli anziani cremonesi e quali fattori lo determinino, tenendo presente che in Italia la ricerca scientifica in materia appare ancora assai limitata.

## 6.1. Possesso e uso delle tecnologie

Agli intervistati è stata sottoposta innanzitutto una batteria relativa al possesso di alcune fra le più comuni tecnologie di informazione o bancarie, mirante ad indagarne le reali possibilità di accesso da parte degli anziani.

La Tabella sottostante mostra la distribuzione di frequenza dei rispondenti che hanno dichiarato la presenza nella propria casa delle tecnologie proposte ed evidenzia che, ad eccezione del cellulare, il possesso riguarda sempre una minoranza del campione.

**Tabella 42. Rank order del possesso di alcune dotazioni tecnologiche – valori %**

Dotazione	Intervistati	Famiglie Italiane over 65*	Famiglie italiane**
Telefono cellulare	53,0	45,3	82,3
Televideo	43,9	-	-
Bancomat	36,3	-	-
Videoregistratore	31,3	25,9	63,0
Lettore DVD	15,9	9,5	50,7
Carta di credito	13,8	-	-
Personal computer	11,4	5,5	46,1
TV satellitare	8,5	8,5	25,0

\* Possesso da parte delle famiglie di soli anziani con più di 64 anni (Istat, 2006).

\*\* Possesso da parte delle famiglie in Italia (Istat, 2006).

Fonte: Synergia 2008, Istat 2006.

---

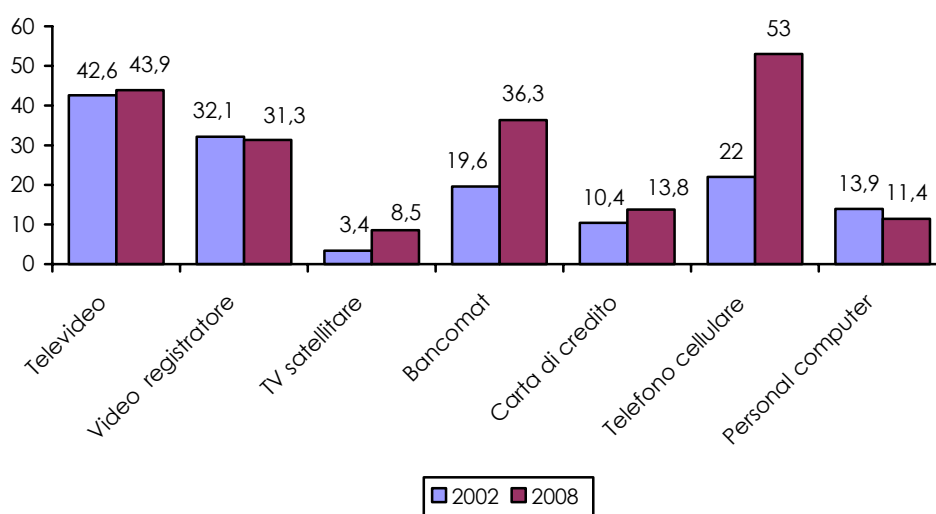
<sup>25</sup> Per gli anziani, Brosnan parla di una specifica *computer anxiety*, ossia di un sentimento di sconforto, stress o paura specifica nel trovarsi di fronte ad un computer (Van Dijk 2005).



Dopo il cellulare, lo strumento più diffuso è il televideo, facendo ben sperare circa la dimestichezza che gli anziani potranno avere con la futura evoluzione rappresentata dal cosiddetto digitale terrestre; non si dimentichi, tuttavia, che il televideo rappresenta uno strumento offerto gratuitamente e quasi sempre già installato nei nuovi televisori.

Il bancomat, invece, essendo in possesso di circa un terzo del campione, rappresenta la terza tecnologia per diffusione e ha fatto registrare, assieme al cellulare e alla Tv satellitare, uno degli incrementi più consistenti rispetto a quanto rilevato nel 2002.

**Figura 51. Possesso di alcune dotazioni tecnologiche – Raffronto con i dati del 2002 – valori %**



Benché imprecisa, una prima misura del divario digitale degli intervistati si può ottenere confrontando le loro dotazioni tecnologiche con quelle delle famiglie italiane, riportate nella stessa Tabella 43; sebbene la rilevazione sia antecedente di 2 anni, alcuni strumenti sono vistosamente meno diffusi fra gli anziani cremonesi: si noti, in particolare, il personal computer, nonché il videoregistratore e il lettore DVD, dispositivi di intrattenimento legati alla televisione, cui, tuttavia, non pare esserci un'elevata esposizione.

Come detto in premessa, il divario può, tuttavia, sussistere anche all'interno dello stesso gruppo e non solamente rispetto alla popolazione nel complesso. Nel caso in esame, l'ipotesi viene confermata dal fatto che i dati mostrano la sussistenza di fattori in grado di incidere chiaramente sul possesso delle dotazioni tecnologiche: le donne possiedono beni tecnologici in misura minore degli uomini, così come chi è in età più avanzata o ha livelli di status sociale inferiori, e ciò si verifica anche per le tecnologie più diffuse (si veda il caso del cellulare, che fra le donne e gli individui con più di 79 anni o di status sociale basso non è posseduto nemmeno da 1 persona su 2, a fronte di un tasso di possesso del 62,3% fra gli uomini, del 59,1% fra gli intervistati più giovani e del 77,6% fra chi ha uno status elevato).



**Tabella 43. Possesso dei beni tecnologici considerati per status sociale, età e genere dei rispondenti – valori %**

	Televideo	Video registratore	Lettores DVD	TV satellitare	Bancomat	Carta di credito	Cellulare	Personal computer
<b>Status</b>								
Basso	35,2	21,7	10,7	2,9	30,4	10,7	46,2	7,6
Medio	42,9	26,7	13,3	4,4	29,8	9,7	48,6	8,7
Alto	65,9	64,7	35,3	3,2	61,9	28,6	77,6	22,6
<b>Età</b>								
75-79	45,8	35,3	17,1	4,7	39,4	15,0	59,1	12,2
80-84	41,1	25,6	14,4	0,0	31,7	12,3	43,9	10,1
<b>Genere</b>								
Maschi	48,9	40,4	21,9	4,2	39,2	20,4	62,3	16,0
Femmine	40,7	25,3	12,1	3,0	34,2	9,6	46,7	8,5

Il possesso delle tecnologie, ossia la possibilità fisica di disporre di esse, non è condizione sufficiente per situarsi al riparo dalla marginalizzazione sociale, dal momento che avere non significa utilizzare, né soprattutto usare bene e con profitto; come si è sottolineato in apertura, ciò che spinge un utente potenziale "ad adottare, acquisire, imparare ed usare le tecnologie" (Van Dijk 2005) è un complesso insieme di motivazioni.

Agli intervistati che hanno dichiarato il possesso delle diverse tecnologie è stata, pertanto, posta una domanda circa la frequenza d'uso delle stesse, ed è qui che il campione mostra un grado di disuguaglianza più evidente, ma anche ben differenziato fra le diverse tecnologie.

**Tabella 44. Distribuzione dei rispondenti che dispongono delle tecnologie per frequenza d'uso. Confronto 2002-2008 – valori %**

Dotazione	Anno 2008			Anno 2002		
	Non uso	Uso Occasionale	Uso abituale	Non uso	Uso Occasionale	Uso abituale
Televideo	49,3	24,3	26,4	49,2	38,1	12,7
Videoregistratore	51,2	34,8	14,1	64,0	26,0	10,0
Lettores DVD	54,9	29,4	15,7	-	-	-
TV satellitare	37,9	22,5	39,7	100,0	0,0	0,0
Bancomat	29,7	27,8	42,5	29,0	19,4	51,6
Carta di credito	23,9	36,7	39,4	31,2	43,8	25
Telefono cellulare	19,4	57,2	23,4	19,4	66,7	13,9
Personal computer	78,6	7,6	13,8	88,2	5,9	5,9



La quota di persone che, pur possedendoli, non utilizza il televideo, il videoregistratore, il lettore DVD e il computer è prevalente rispetto a chi vi ricorre, occasionalmente o abitualmente; il ricorso abituale, anzi, avviene in quote tendenzialmente inferiori ad un individuo su 7. Di segno opposto è invece l'uso dei bancomat e del cellulare ampiamente più diffusi, ma anche di carta di credito e TV satellitare, posseduti da poche persone ma usati abitualmente da chi ne dispone.

Se anche qui si confrontano i dati rilevati con la ricerca del 2002, si può notare come sia complessivamente cresciuto l'utilizzo di videoregistratore, TV satellitare, carta di credito e computer, mentre l'uso delle tecnologie più diffuse (televideo, bancomat, cellulare), rimasto pressoché costante, evidenzia variazioni significative fra le distribuzioni di utilizzatori abituali e occasionali: se il bancomat registra un incremento dell'uso occasionale, nel caso di televideo e cellulare è cresciuto maggiormente quello abituale, segno di un radicamento delle abitudini.

Nonostante il quadro di crescita, va rilevato che l'uso abituale delle tecnologie riguarda nella maggior parte dei casi intervistati solamente un dispositivo<sup>26</sup>; ciò può essere segno di una sostanziale selettività nell'adozione delle tecnologie fra le abitudini quotidiane (fra cui vengono magari incluse solo quelle percepite come realmente utili) e conferma la complessità dell'accesso alle tecnologie, rafforzando il concetto di *motivational access* di Van Dijk.

Come nel caso del possesso, poi, status sociale, età e genere si rivelano fattori in grado di discriminare l'utilizzo delle tecnologie, penalizzando gli intervistati più anziani, di sesso femminile e di status inferiore. La Tabella successiva, che aggrega gli utilizzatori abituali e occasionali, mostra, tuttavia, come risultino influenti anche la dimensione del comune di residenza (nei comuni fino a 3.000 abitanti l'utilizzo è più limitato) e le diverse tipologie di convivenza: ad utilizzare maggiormente le tecnologie sono gli anziani soli o, al limite, conviventi con il coniuge, probabilmente perché non possono delegare ad altri l'utilizzo degli strumenti in questione per ottenere quei servizi che le tecnologie erogano e che questi anziani riconoscono come utili nella propria vita.

---

<sup>26</sup> Fra gli intervistati che dichiarano di usare abitualmente la tecnologia, il 59,2% indica un uso abituale di un solo dispositivo, il 19,6% di due, il 15,1% di tre e il 6,2% di quattro e più; se si considera, invece, l'uso sia abituale che occasionale, il 45,3% indica una sola tecnologia, il 25,5% due, il 14,1% tre e il 15,1% più di tre.



**Tabella 45. Intervistati che usano occasionalmente o abitualmente le tecnologie per classe di età, genere, livello di status socioeconomico, dimensione del comune di residenza e tipologie di convivenza – valori %**

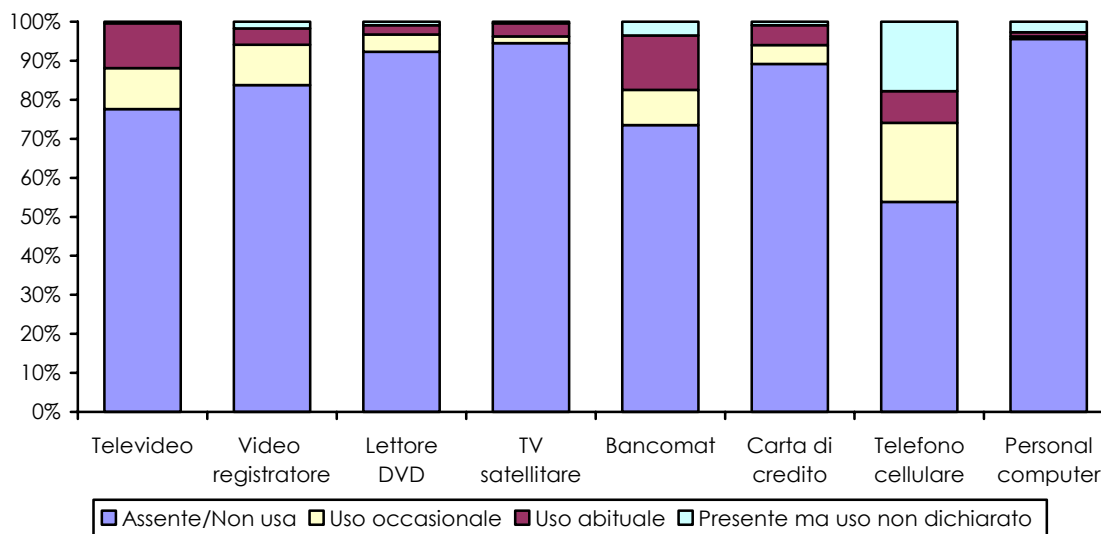
	Televideo	Video registratore	Letto DVD	TV satellitare	Bancomat	Carta credito	Cellulare	Personal computer
<b>Età</b>								
75-79	55,6	54,3	53,3	76,2	71,6	75,5	78,9	26,1
80-84	42,5	36,4	30,4	43,8	68,5	76,2	84,3	17,6
<b>Genere</b>								
Maschi	62,9	58,8	58,3	68,0	69,7	83,3	79,7	33,3
Femmine	40,4	38,8	29,0	50,0	70,7	65,2	81,4	5,6
<b>Status</b>								
Basso	40,9	29,4	23,1	53,8	65,2	69,2	74,0	12,5
Medio	55,6	63,0	35,7	50,0	60,0	55,6	81,8	12,5
Alto	62,5	61,5	74,1	78,6	82,0	90,9	88,6	38,5
<b>Dimensione Comune</b>								
Piccolo	46,4	33,3	15,8	55,6	47,8	44,4	74,2	8,3
Medio	53,3	45,7	33,3	71,4	68,0	73,7	75,0	27,3
Grande	52,1	57,6	61,0	56,3	80,0	86,7	87,9	31,3
<b>Convivenza</b>								
Solo	60,3	62,2	66,7	62,5	83,3	80,0	89,2	0,0
Con coniuge	54,3	58,6	70,4	76,5	70,9	75,0	84,4	40,0
Con coniuge, figli e altri	26,7	0,0	7,7	50,0	60,0	50,0	85,7	7,7
Con figli ed altri	41,7	30,8	11,1	33,3	43,8	100,0	60,0	20,0

E' utile, a questo punto, cercare di sintetizzare il quadro fin qui emerso, riportando i valori di possesso ed utilizzo delle tecnologie sull'intero campione, tenendo presente che si tratta necessariamente dei soli casi validi nei diversi item. Dalla Figura 52 emerge chiaramente che l'utilizzo di tecnologie riguarda sempre una minoranza del campione (tranne nel caso del cellulare), più o meno esigua a seconda delle diverse tecnologie. Fra di esse spiccano per diffusione il cellulare e per abitudine all'uso televideo e bancomat: sono queste le tecnologie di cui più comunemente si avvalgono gli anziani cremonesi. Rientrano, invece, nelle possibilità di una netta minoranza degli intervistati personal computer, lettore DVD, carta di credito e tv satellitare; questi ultimi due strumenti, tuttavia, sono entrati tendenzialmente nelle abitudini dei pochi che ne dispongono.





**Figura 52. Possesso ed utilizzo di alcune dotazioni tecnologiche – casi rispondenti - valori %**



## 6.2. Due approfondimenti: telefono cellulare e personal computer

Fra le tecnologie prese in esame, in fase di costruzione del questionario si è scelto di approfondire i casi di telefono cellulare e personal computer, per la loro diffusione e centralità nelle abitudini di vita della popolazione italiana e nel garantire possibilità di accesso ad ulteriori strumenti e mezzi di comunicazione.

Dalle informazioni rilevate, si constata che il cellulare viene principalmente utilizzato solo per comunicare con figli o parenti (39,9% dei rispondenti) o in casi di urgenza (29,6%); circa 1 intervistato su 7 lo utilizza solamente in vacanza (14,8%) e il 5,9% quando esce di casa, spesso per sicurezza.

Un altro dato interessante riguarda gli intervistati che non possiedono il cellulare: di questi solamente il 14,2% vorrebbero averlo, una quota decisamente esigua, che, anche alla luce del costo di accesso contenuto, conduce a ritenere che lastragrande maggioranza di chi non possiede il cellulare non è interessato ad averlo. La Tabella successiva mostra come i fattori che discriminano la volontà di avere il cellulare sono in parte gli stessi che ne condizionano il possesso (età e genere) e segnano differenze più marcate rispetto alla ricerca del 2002, permettendo di interpretare la mancanza del cellulare come una scelta effettiva.



**Tabella 46. Intervistati che non hanno il telefono cellulare, ma sono interessati al possesso, per alcune variabili nelle rilevazioni del 2002 e del 2008 – valori %**

	Anno 2002*	Anno 2008
<b>Fasce di età</b>		
75-79	14,3	18,3
80-84	10,0	10,1
<b>Genere</b>		
Maschi	14,7	19,7
Femmine	12,0	11,3
<b>Dimensione del Comune di residenza</b>		
Piccolo	8,3	14,9
Medio	17,9	12,7
Grande	14,6	15,4
<b>Tipologie di convivenza</b>		
Solo	21,4	13,1
Con coniuge	13,6	16,9
Con coniuge, figli e altri	16,7	0,0
Con figli ed altri	0,0	7,7
<b>Totale campione</b>	13,9	14,2

\* La domanda del 2002 chiedeva anche se l'intervistato fosse interessato ad avere o imparare ad usare il cellulare.

L'attenzione degli anziani cremonesi verso l'informatica si rileva, invece, decisamente contenuta: dell'11,4% degli intervistati che dispone di un computer a casa, solamente l'11,8% lo utilizza e nel 27,4% dei casi dichiara di possederlo a titolo personale (nel 64,0% dei casi il PC è di proprietà di un figlio o del coniuge). D'altra parte, possedere un computer non sembra nell'orizzonte dei desiderata degli intervistati, visto che fra ne vorrebbe avere uno solo il 3,7% di chi già non lo possiede.

I pochi che utilizzano un computer, comunque, se ne servono per scrivere e/o fare conti, navigare in internet o usare la posta elettronica.

**Tabella 47. Rank order degli usi del personal computer – valori %**

Uso	%
Per scrivere/fare i conti	52,6
Navigo in internet	45,9
Uso la posta elettronica	34,1
Gioco	29,8
Per lavoro	27,7
Acquisti in internet	0,0



Internet è un'altra tecnologia completamente al di fuori delle abitudini degli anziani cremonesi: se l'8,5% degli intervistati dichiara di avere un collegamento internet a casa, solamente quattro individui ne fanno uso (due abitualmente e due occasionalmente).

### 6.3. Le opinioni circa le nuove tecnologie

Come è già stato ricordato, la scelta di avvalersi delle nuove tecnologie viene in parte determinata dagli atteggiamenti e dai giudizi che si hanno nei loro confronti e dalla percezione dei benefici che se ne possono trarre nella vita quotidiana.

L'opinione che mostrano gli intervistati è positiva se si guarda all'utilità generica, tout court delle tecnologie, ma è ambigua quando si considera la propria esistenza: se, infatti, solo una ridotta quota è convinta che le tecnologie siano inutili (17,0%), sono comunque molti coloro che non le vedono come strumenti di miglioramento della propria vita (34,3%) ed anche la quota di chi non si esprime aumenta in questo secondo caso (19,7%).

Ancora più incerto è il giudizio circa l'affermazione "questi strumenti sono un modo per spendere soldi": il campione qui è spaccato, pur registrando una ridotta prevalenza di chi si trova d'accordo.

In qualche misura, gli intervistati sembrano, insomma, nutrire il convincimento che le tecnologie siano sì utili, ma tendenzialmente nella vita degli altri, magari dei giovani; per gli anziani, rappresenterebbero prevalentemente un modo "per spendere soldi".

**Tabella 48. Intervistati per opinione circa le tecnologie – valori %**

<b>Secondo Lei questi strumenti:</b>	<b>D'accordo</b>	<b>Non d'accordo</b>	<b>Non so</b>
hanno semplificato la mia vita	46,0	34,3	19,7
sono praticamente inutili	17,0	71,2	11,9
sono un modo per spendere soldi	47,1	40,2	12,7

Come nelle domande precedenti, vi sono alcuni fattori che incidono sulle opinioni espresse ed in parte sono i medesimi: genere, età, status socioeconomico, dimensione del Comune di residenza, ma anche livello di autonomia e frequenza d'uso. All'innalzarsi del livello di status e della dimensione del comune di residenza, nonché fra chi utilizza abitualmente o occasionalmente le tecnologie l'accordo nei confronti dell'utilità delle tecnologie, sia in generale sia rispetto alla propria vita, riscontra un numero maggiore di consensi e, di converso, decresce l'idea che le tecnologie siano "un modo per spendere soldi".



Gli intervistati di 80 e più anni rivelano, invece, una maggiore distanza dalle tecnologie e probabilmente una certa ritrosia: rispetto ai più giovani, sono molto meno d'accordo nel ritenerle utili nella propria vita e molto più nel giudicarle generalmente inutili, inoltre i "non so" aumentano nelle risposte alle tre domande. Anche le donne, rispetto agli uomini, si mostrano più indecise (alla prima domanda il 39,9% di esse si dichiara d'accordo e il 38,6% non d'accordo, mentre il 54,9% degli uomini è d'accordo) o più disinteressate (nella seconda e terza domanda le risposte "non so" sono scelte da circa il 15% contro il 9% degli uomini).

Se, infine, si incrociano le risposte con il grado di autonomia ADL a tre classi, si constata che, a fronte di una ragionevole maggiore indecisione dei non autonomi, i parzialmente autonomi, cui le tecnologie potrebbero offrire significativi supporti, esprimono giudizi tendenzialmente più negativi rispetto all'universo dei rispondenti.

**Tabella 49. Intervistati per opinione circa le tecnologie e grado di autonomia ADL – valori %**

<b>Secondo Lei questi strumenti:</b>	<b>D'accordo</b>	<b>Non d'accordo</b>	<b>Non so</b>
hanno semplificato la mia vita			
Non autonomo	22,2	38,9	38,9
Parzialmente autonomo	34,1	42,7	23,2
Autonomo	49,5	32,3	18,2
Totale campione	46,0	34,3	19,7
sono praticamente inutili			
Non autonomo	26,3	47,4	26,3
Parzialmente autonomo	19,5	60,9	19,5
Autonomo	15,9	75,0	9,1
Totale campione	17,0	71,2	11,9
sono un modo per spendere soldi			
Non autonomo	36,8	36,8	26,3
Parzialmente autonomo	54,0	28,7	17,2
Autonomo	45,6	43,4	10,9
Totale campione	47,1	40,2	12,7



## 7. Conclusioni



## 8. Appendice metodologica

### 8.1. Indici sociali e di contesto

Presentiamo la metodologia di costruzione di due indici utilizzati in più occasioni nell'analisi dei risultati dell'indagine e già utilizzati nelle precedenti Survey svolte da Synergia nella Provincia di Cremona.

#### *Indice di status socioeconomico*

La costruzione dell'indice di "status" è stata effettuata con l'idea di ottenere un indicatore, per quanto grezzo, della posizione dei soggetti nella struttura sociale della comunità di riferimento. L'indice è stato costruito attraverso la combinazione di due variabili: la scolarità e la capacità di risparmio, misurata attraverso la domanda "In generale, nella sua famiglia, a fine mese riuscite a risparmiare qualcosa, siete in pari, non vi bastano i soldi?". La considerazione congiunta di queste due caratteristiche ha permesso di ottenere una scala a tre livelli: status "basso", "medio" e "alto".

Le ipotesi sottostanti sono le seguenti:

- il livello di reddito rappresenta il maggior fattore che determina la collocazione lungo una scala di disuguaglianza sociale;
- il livello di istruzione concorre a definire la posizione di ruolo del soggetto nella struttura sociale della comunità;
- essendo il reddito una variabile difficilmente misurabile con un adeguato grado di affidabilità, la capacità di far fronte alle spese sostenute mensilmente, generando un eventuale risparmio, costituisce una valida variabile proxy della condizione economica dell'individuo, in considerazione anche del fatto che, tenendo implicitamente conto del costo della vita, si configura come un indicatore più idoneo a rilevare situazioni di disagio;
- il livello di istruzione e il rapporto tra entrate e uscite mensili sono correlati con il livello di reddito disponibile.

La collocazione dei soggetti nei tre livelli della scala è il risultato di una lettura interpretativa dell'incrocio tra queste due variabili:

- sono stati collocati nella classe di status basso i soggetti non diplomati con uscite superiori alle entrate e i soggetti con un livello di istruzione al più elementare che vanno in pari a fine mese;



- sono stati collocati nella classe di status medio i diplomati con uscite mensili superiori alle entrate, i soggetti con un titolo di studio superiore al livello elementare che vanno in pari a fine mese e i soggetti che riescono a risparmiare con un livello di istruzione al più elementare;
- sono stati collocati nella classe di status alto i soggetti con un titolo di studio superiore al livello elementare che a fine mese riescono a risparmiare qualcosa.

**Tabella 50. Status socioeconomico: B = basso; M = medio; A = alto**

Titolo di studio	Capacità di risparmio		
	Risparmia	Va in pari	Non bastano i soldi
Mai andato a scuola	M	B	B
Elementari non complete	M	B	B
Licenza di quinda elementare	M	B	B
Scuola media inferiore/avviamento	A	M	B
Qualifica di scuola professionale	A	M	B
Diploma scuola media superiore	A	A	M
Laurea	A	A	M

### *Indice di urbanizzazione*

Per la zonizzazione del territorio della provincia di Cremona in aree caratterizzate secondo il grado di urbanizzazione, si è mantenuto lo stesso criterio della segmentazione dei Comuni utilizzata nella precedente Survey. La variabile conseguente raggruppa quindi i soggetti intervistati in tre aree territoriali caratterizzate da:

- comuni piccoli (fino a 3.000 abitanti),
- comuni medi (da 3.001 a 10.000 abitanti),
- comuni grandi (oltre 10.000 abitanti).

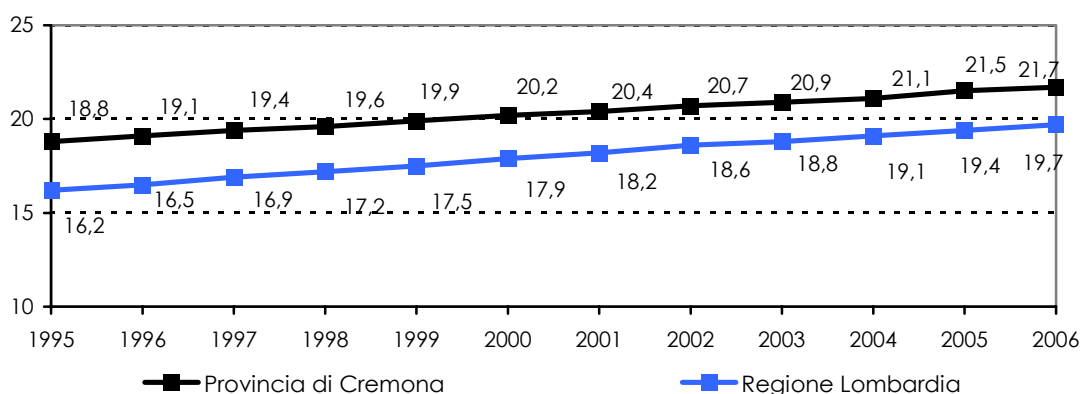


## 8.2. Principali trend sociodemografici

Presentiamo ora alcuni indicatori demografici per la provincia di Cremona e dei distretti ad essa appartenenti. Questi indicatori risultano di aiuto al fine della valutazione dell'entità del fenomeno dell'invecchiamento della popolazione cremonese, anche per effettuare un'analisi di come questo fenomeno abbia subito trasformazioni nel corso degli anni.

L'indice di invecchiamento, ossia il rapporto tra la popolazione con più di 64 anni e la popolazione totale residente, presenta un valore provinciale in continua crescita. Dall'anno 1995, anno della prima Survey sulla popolazione anziana nella provincia, ad oggi si è infatti registrato un incremento di 2,9 punti percentuali, registrando attualmente una percentuale superiore al 20% di individui anziani sul complesso della popolazione residente.

**Figura 53. Indice di invecchiamento della provincia di Cremona**



Analizzando i valori dell'indice di invecchiamento dei singoli distretti appartenenti alla provincia si evidenzia che il distretto di Cremona è quello caratterizzato da una maggiore presenza di popolazione anziana, mentre il valore dell'indice relativo al distretto di Crema risulta essere inferiore al valore provinciale.

**Tabella 51. Indice di invecchiamento, anno 2006**

	%
Distretto di Crema	18,9
Distretto di Cremona	24,1
Distretto di Casalmaggiore	23,5
Provincia di Cremona	21,7

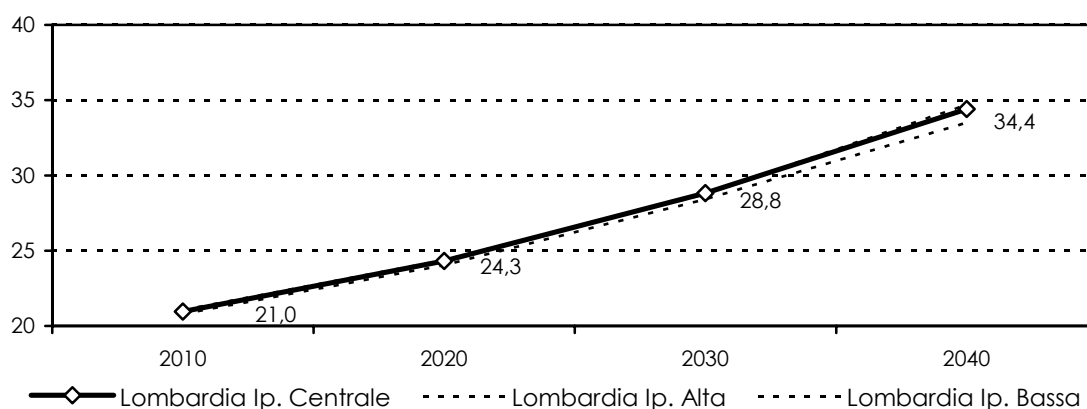
Fonte: Elaborazioni Synergia su dati Demo Istat.





Osservando i dati previsionali per gli anni 2010, 2020, 2030 e 2040 per la Regione Lombardia si evidenzia che l'indice di invecchiamento subirà una crescita molto consistente, pari al 63,8%.

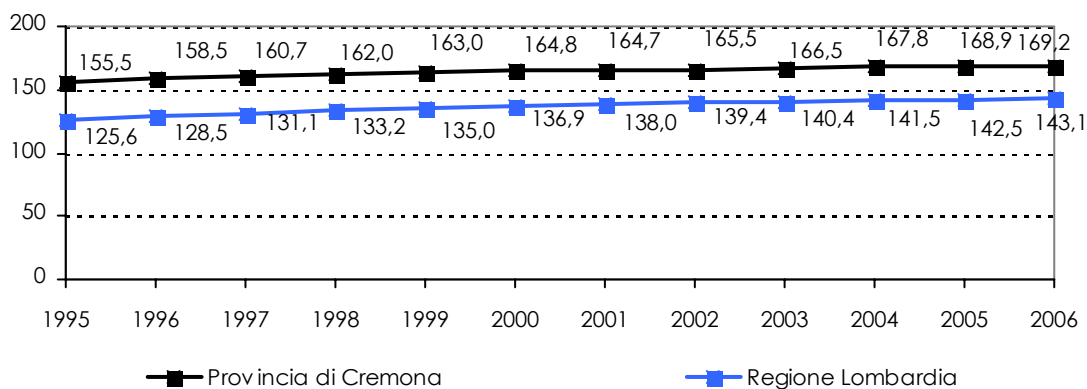
**Figura 54. Trend previsionale dell'indice di invecchiamento della popolazione; Lombardia, stime per gli anni 2010, 2020, 2030, 2040.**



Fonte: Elaborazioni Synergia su dati ISTAT.

L'indice di vecchiaia rappresenta l'incidenza della popolazione degli over-64 rispetto agli individui con età compresa tra 0 e 14 anni; esso sostanzialmente stima il grado di invecchiamento di una popolazione. La provincia di Cremona presenta un trend tra il 1995 e il 2006 in crescita, registrando ad oggi un valore pari a 169,2, ad indicare che nella provincia risiedono circa 9 anziani ogni 5 individui appartenenti alla fascia di popolazione più giovane.

**Figura 55. Indice di vecchiaia della provincia di Cremona**





I valori dell'indice relativi ai distretti della provincia mostrano differenze marcate, poiché si passa dal valore superiore al 200% del distretto di Cremona, al valore, più contenuto, del distretto di Crema, in cui l'indice di vecchiaia presenta un valore di circa il 140%.

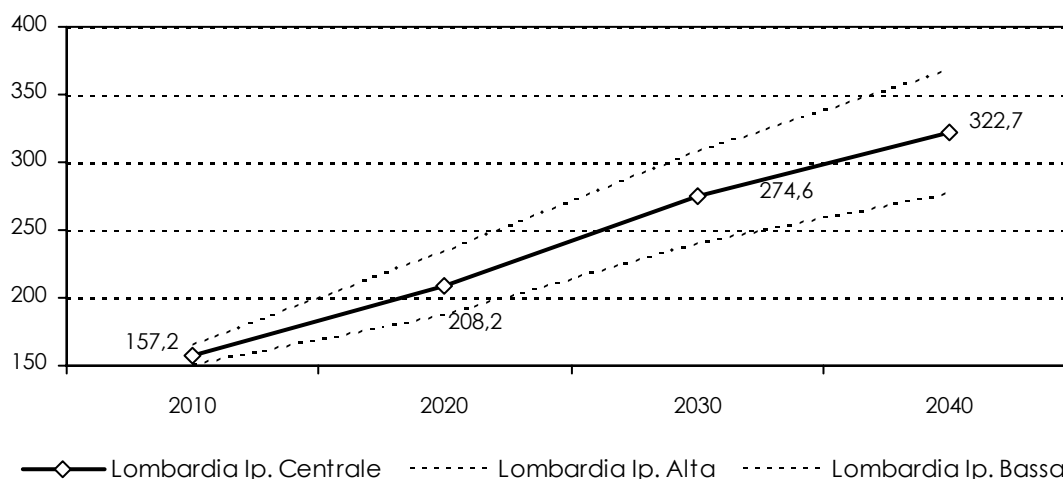
**Tabella 52. Indice di vecchiaia, anno 2006**

	%
<b>Distretto di Crema</b>	139,6
<b>Distretto di Cremona</b>	200,7
<b>Distretto di Casalmaggiore</b>	178,1
<b>Provincia di Cremona</b>	169,2

Fonte: Elaborazioni Synergia su dati Demo Istat.

Secondo le previsioni Istat, l'indice di vecchiaia della Regione Lombardia diverrà più che doppio tra l'anno 2010 e l'anno 2040, passando da un valore del 157,2% al valore di 322,7%, corrispondente a più di tre persone anziane per ogni persona con età compresa tra gli 0 ed i 14 anni.

**Figura 56. Trend previsionale dell'indice di vecchiaia della popolazione; Lombardia, stime per gli anni 2010, 2020, 2030, 2040.**



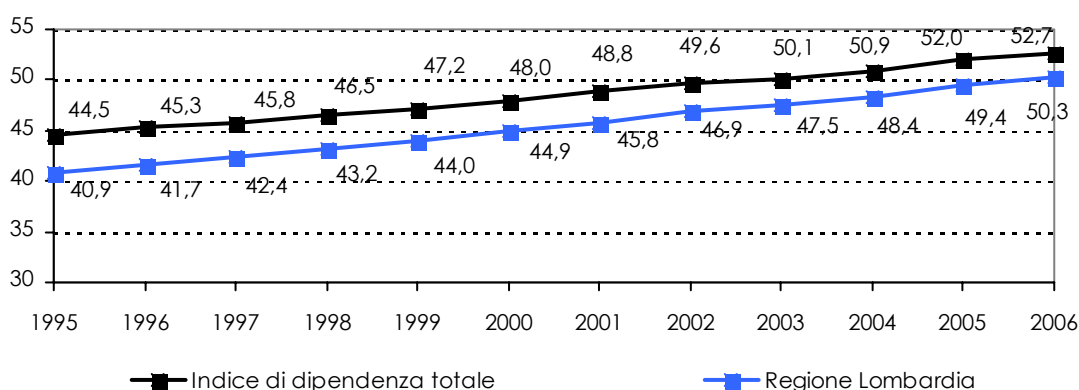
Fonte: Elaborazioni Synergia su dati ISTAT.

L'indice di dipendenza totale raffigura il rapporto tra la popolazione in età non attiva (0-14 anni e 65 anni e più) e la popolazione in età attiva (15-64 anni). Si tratta di un indicatore di particolare rilevanza economica e sociale, poiché il numeratore è composto dalla popolazione che, a causa dell'età, si ritiene essere dipendente, e il denominatore è composto dalla fascia di popolazione



che, essendo considerata in età attiva, dovrebbe provvedere al suo sostentamento. La provincia di Cremona presenta un indice di dipendenza totale attuale che mostra un rapporto di un individuo dipendente per ogni due individui attivi. Il trend dell'indicatore negli anni 1995-2006 mostra che il rapporto tra individui in età non attiva ed individui in età attiva è progressivamente peggiorato.

**Figura 57. Indice di dipendenza totale della provincia di Cremona**



Fonte: Elaborazioni Synergia su dati Demo Istat.

L'indice di dipendenza totale dei singoli distretti mostra, per il distretto di Crema, un rapporto di circa un individuo dipendente per ogni due persone in età attiva. Gli altri distretti della provincia mostrano invece un rapporto più squilibrato, in cui vi sono meno di due individui in età attiva a sostenere ogni persona in età non attiva.

**Tabella 53. Indice di dipendenza totale, anno 2006**

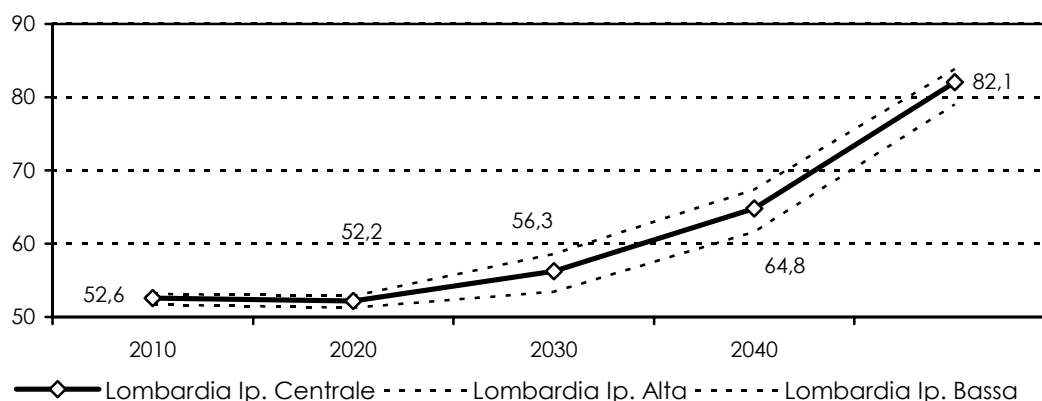
	%
<b>Distretto di Crema</b>	48,1
<b>Distretto di Cremona</b>	56,4
<b>Distretto di Casalmaggiore</b>	57,9
<b>Provincia di Cremona</b>	52,7

Fonte: Elaborazioni Synergia su dati Demo Istat

Si osserva inoltre che anche l'indice di dipendenza totale subirà nei prossimi anni un aumento accelerato. A livello regionale il valore dell'indice passerà dal 52,6% nel 2010 all'82,1% nel 2040, con un incremento del 56%.



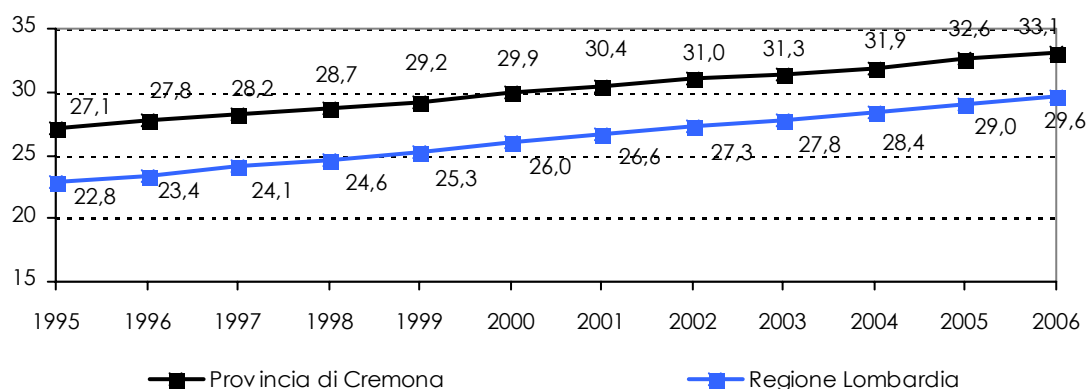
**Tabella 54. Trend previsionale dell'indice di dipendenza totale della popolazione; Lombardia, stime per gli anni 2010, 2020, 2030, 2040.**



Fonte: Elaborazioni Synergia su dati ISTAT.

L'indice di dipendenza della popolazione anziana misura il rapporto percentuale tra la popolazione anziana in età non lavorativa (superiore ai 64 anni) e la popolazione in età lavorativa (con età compresa tra i 15 ed i 64 anni). Questo indice presenta per il cremonese un progressivo peggioramento, con una continua diminuzione del numero di individui in età attiva in rapporto alla popolazione over 64. Il valore attuale indica che per ogni individuo anziano vi sono tre individui in età attiva.

**Figura 58. Indice di dipendenza della popolazione anziana della provincia di Cremona**



Fonte: Elaborazioni Synergia su dati Demo Istat.

Anche l'indice di dipendenza della popolazione anziana mostra un valore migliore per quanto riguarda il distretto di Crema, dove vi sono più di 3 individui



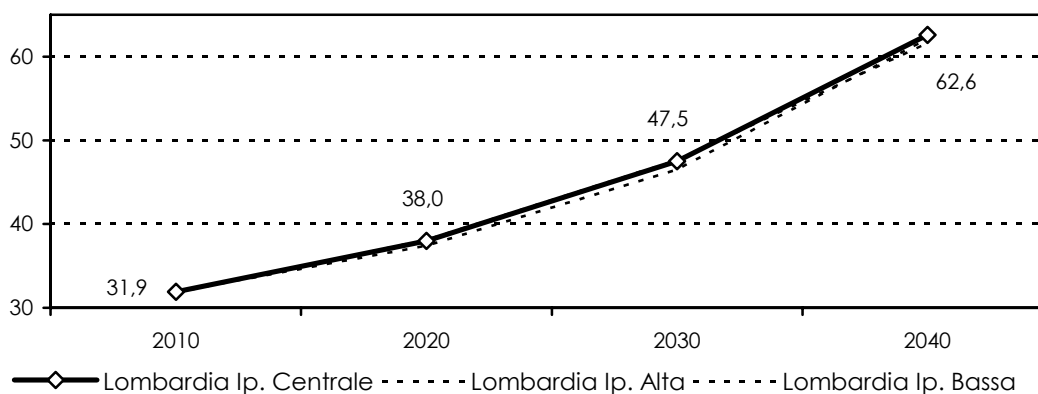
in età attiva per ogni persona con più di 64 anni. Negli altri distretti si osserva invece un rapporto di meno di 3 individui in età attiva per ogni persona anziana residente sul territorio.

**Tabella 55. Indice di dipendenza della popolazione anziana, anno 2006**

Indice di dipendenza della popolazione anziana	
Distretto di Crema	28,0
Distretto di Cremona	37,7
Distretto di Casalmaggiore	37,1
Provincia di Cremona	33,1

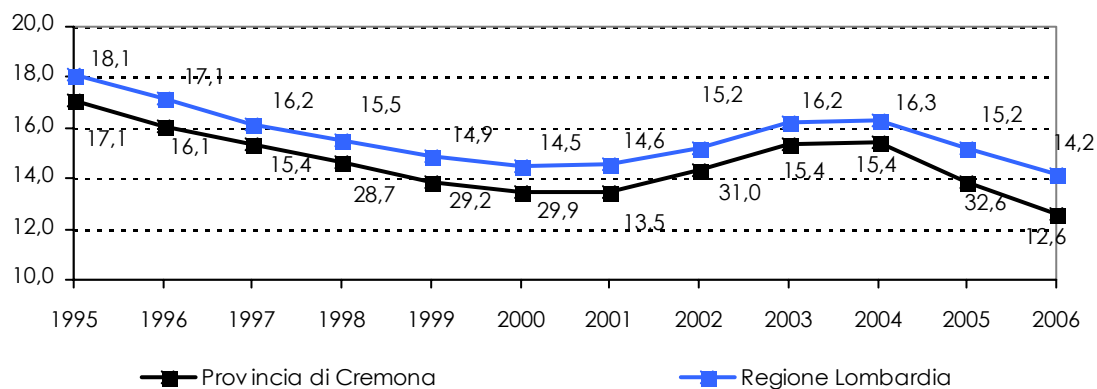
Fonte: Elaborazioni Synergia su dati Demo Istat

**Figura 59. Trend previsionale dell'indice di dipendenza della popolazione anziana; Lombardia, stime per gli anni 2010, 2020, 2030, 2040.**



Fonte: Elaborazioni Synergia su dati ISTAT.

**Figura 60. Indice di caregiver informali rispetto ai grandi vecchi della Provincia di Cremona e della Regione Lombardia**

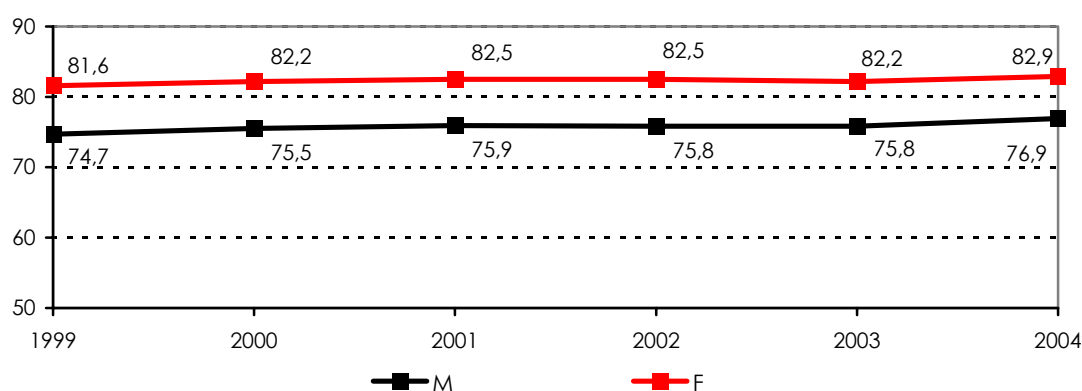


Fonte: Elaborazioni Synergia su dati Demo Istat.



Osserviamo ora quali sono i valori della speranza di vita nella provincia di Cremona. La speranza di vita alla nascita rappresenta la durata probabile della vita di un individuo appena nato nell'ipotesi che i tassi di mortalità relativi al momento della sua nascita si mantengano invariati per tutta la durata della sua vita. Dai dati esposti nella Figura 61 emerge che nella provincia di Cremona la speranza di vita alla nascita è di 83 anni circa per le donne e 77 circa per gli uomini. Dai dati è inoltre possibile osservare che la speranza di vita alla nascita della provincia è aumentata, negli ultimi 11 anni, di quasi un anno per le donne e quasi due per gli uomini.

**Figura 61. Speranza di vita alla nascita**

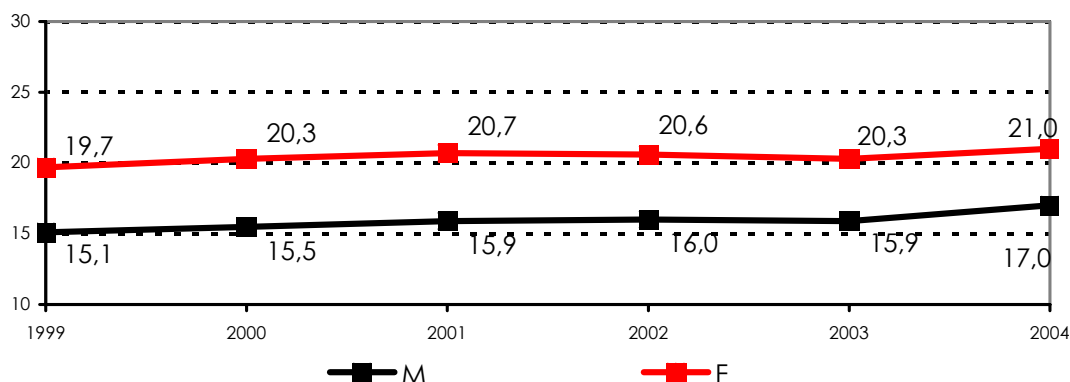


Fonte: Elaborazioni Synergia su dati Demo Istat.

La speranza di vita a 65 anni è invece il numero medio di anni che restano da vivere ai sopravvissuti all'età di 65 anni. Come è possibile dedurre dai dati presentati di seguito, nell'anno 2004 una donna di 65 anni residente in provincia di Cremona aveva una speranza di vita di 21 anni, mentre un uomo di 65 anni residente nel cremonese aveva una speranza di vita di 17 anni. Effettuando il confronto del dato cremonese del 2004 con quello relativo al 1999, si osserva che la speranza di vita nella provincia è aumentata di più di un anno per entrambi i generi.



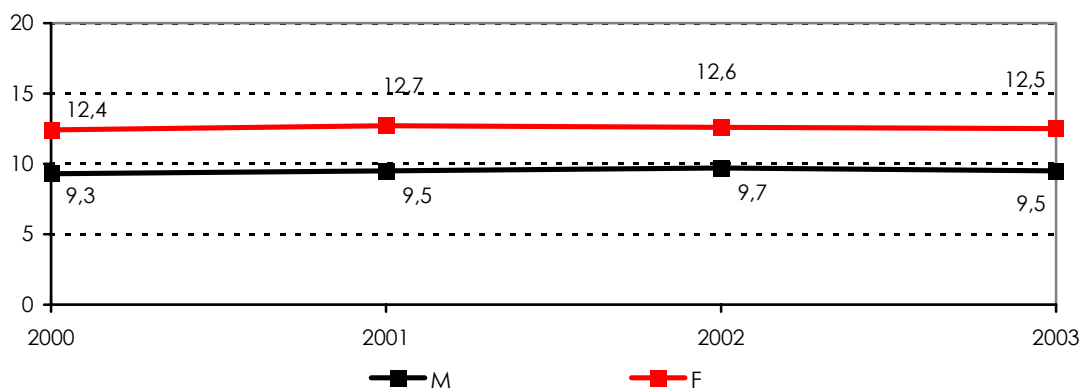
**Figura 62. Speranza di vita a 65 anni**



Fonte: Elaborazioni Synergia su dati Demo Istat.

Osservando invece la speranza di vita a 75 anni, ossia il numero di anni che restano da vivere alle persone di 75 anni, si osserva che anche in questo caso il valore dell'area cremonese risulta essere aumentato nel periodo che è intercorso tra l'anno 2000 ed il 2003, attestandosi ad un valore (dato aggiornato all'anno 2003) di 12,5 anni per le donne e di 9,5 anni per gli uomini.

**Figura 63. Speranza di vita a 75 anni**



Fonte: Elaborazioni Synergia su dati Demo Istat.

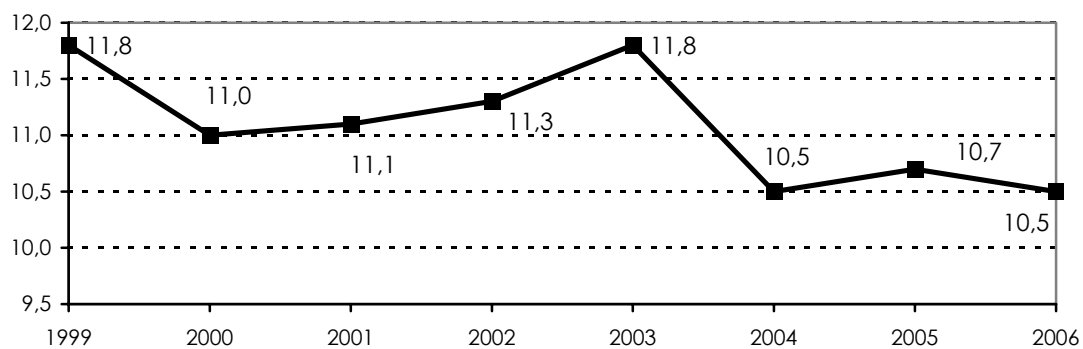
Osserviamo infine il tasso di mortalità<sup>27</sup>, che rappresenta il rapporto tra il numero dei decessi osservati in una popolazione durante l'anno ed il totale della popolazione residente nello stesso periodo: esso misura quindi la frequenza dei decessi in una popolazione nell'arco di tempo considerato. Questo indice riporta, per il territorio cremonese, valori in continua diminuzione

<sup>27</sup> Tasso di mortalità: (numero di decessi/popolazione media residente)\*1.000



tra l'anno 1999 e l'anno 2006, mostrando una caduta molto consistente tra il 2003 ed il 2004.

**Figura 64. Tasso di mortalità della provincia di Cremona**



Fonte: Elaborazioni Synergia su dati Demo Istat.





## 9. Bibliografia

Augé. M., 1993, *Nonluoghi*, Eleuthera, Milano.

Bertin G., 1989, *Manuale per la misurazione dello Stato di Salute (Nottingham Health Profile)*, Regione Veneto - Assessorato ai Servizi Sociali, Scuola Superiore di Servizio Sociale di Venezia.

Breveglieri L. (a cura di), 2003, *Sociologia della condizione anziana. Survey sociale in un contesto lombardo*, Franco Angeli, Milano.

Calderone B., 2003, "Ripensare lo spazio dei servizi" in *Innovare il welfare per la terza età*, Calderone B., Laffi S. (a cura di), Franco Angeli, Milano.

Cape RDT, Coe RM, Rossman J (eds). *Fundamentals of geriatric medicine*. New York: Raven Press, 1984.

Castells M., 2002, *La nascita della società in rete*, Università Bocconi Editore, Milano.

Cavallero P., Ferrari M.G., Bertocci B., 2006, *La solitudine negli anziani autosufficienti*, in "Giornale di Gerontologia", vol. 54, n. 1.

Censis, 2005, *Gli anziani e la salute*, Franco Angeli, Dilani.

Censis, 2008, "Il sociale non presidiato", atti del convegno *Un mese di sociale: gli snodi di un anno speciale*. Roma 10 giugno 2008.

Cerea S., 2007, "Il caregiving familiare e gli interventi pubblici: intrecci e nodi problematici" in *Politiche per la non autosufficienza in età anziana*, G. Costa (a cura di), Carocci Faber, Roma.

Chattat R., 2008, *Per una cultura della vecchiaia*, in "Psicologia Sociale", n°1.

Corbetta P., 1999, *Metodologie e tecniche della ricerca sociale*, Il Mulino, Bologna.

Corriere della Sera, 31 gennaio 1995, "Cremona, anziani soli da morire".

Costa G., 2007, *Politiche per la non autosufficienza in età anziana*, Carocci Faber, Roma.

Costanzi C., 2004, *Un alloggio sicuro e confortevole nella terza e quarta età*, FrancoAngeli, Milano.



Credendino E., Deriu F., 2005, *Vita sociale e attivismo politico*, in Deriu F., Sgritta G. (a cura di), *L'età dell'incertezza. Insicurezza, sfiducia e paura nella condizione anziana oggi*, Franco Angeli, Milano.

Cristini C., Cesa-Bianchi G., 2006, *Per una comprensione della transizione al pensionamento: elementi di psicogerontologia*, in Albanese A. et al, *Dal lavoro al pensionamento. Vissuti, progetti*, Franco Angeli, Milano.

Cumming, E. and Henry, W., 1961, *Growing Old: The process of disengagement*, Basic Books, New York.

Debray R., 2005, *Fare a meno dei vecchi. Una proposta indecente*, Marsilio, Venezia.

Deriu F., Sgritta G. (a cura di), 2005, *L'età dell'incertezza. Insicurezza, sfiducia e paura nella condizione anziana oggi*, Franco Angeli, Milano.

Deriu F., Sgritta G.B. (a cura di), 2005, *L'età dell'incertezza. Insicurezza, sfiducia e paura nella condizione anziana oggi*, Franco Angeli, Milano.

Facchini C. (a cura di), 2005, *Anziani e sistemi di welfare*, Franco Angeli, Milano.

Facchini C. (a cura di), 2005, *Anziani e sistemi di welfare. Lombardia, Italia, Europa. Rapporto 2005*, Spi Cgil- CadeF.

Facchini C., 2003, *Invecchiamento, consumi culturali, inserimento sociale e auto percezione*, in Facchini C. (a cura di ), *Invecchiare un'occasione per crescere. Attività culturali, partecipazione e benessere. Rapporto 2002 Spi Cgil-CadeF*, Franco Angeli, Milano.

Ferrario P., 2005, "Le politiche sociali e legislative per gli anziani nel sistema dei servizi italiano" in *Anziani e sistemi di welfare*, Facchini C. (a cura di), Franco Angeli, Milano.

Finch C.E., Tanzi R., 1997, *The genetics of aging*. Science; 278:407-11.

Fonzi A., 2008, *Vecchi... anzi vecchissimi, o diversamente giovani?*, in "Psicologia Sociale", n°1.

Frosini B. V., Montinaro M., Nicolini G., 1999, *Il campionamento da popolazioni finite*, UTET, Torino.

Giori D. (a cura di), 1984, *Vecchiaia e società*, Il Mulino, Bologna.

Gregori E., Viganò G. (a cura di), 2008, *Strumenti di Valutazione Multidimensionale dell'anziano fragile. Analisi empiriche sul sistema S.Va.M.A. della Regione Veneto*, Franco Angeli, Milano.



Hochschild A. R., 1975, *Disengagement Theory: A Critique and Proposal*, American Sociological Review, n.5.

Holmén K, Furukawa H., *Loneliness, health and social network among elderly people: a follow-up study*. Arch Gerontol Geriatr 2002;35:261-74.

Hunt S.M., 1986, *Cross-cultural Issues in the Use of Socio-medical Indicators*, "Health Policy", 6.

Hunt S.M., Mc Ewen J.e McKenna S.P., 1985, *Measuring Health Status: a New Tool for Clinicians and Epidemiologists*, "Journal of the Royal College of General Practitioners", 35.

Istat, 2006, *Le tecnologie dell'informazione e della comunicazione: disponibilità nelle famiglie e utilizzo degli individui. Anno 2006*, Statistiche in breve, Istat, Roma.

Istat, 2007, *Annuario statistico italiano*.

Istat, 2008, *100 statistiche per il paese. Indicatori per conoscere e valutare*.

Istat, 2008, *L'uso dei media e del cellulare in Italia. Indagine multiscopo sulle famiglie "I cittadini e il tempo libero"*. Anno 2006, Istat, Roma.

ISTAT, 2007, *Indagine multiscopo "Aspetti della vita quotidiana"*.

Laffi S., 2003, "Tempo come risorsa" in Calderone B., Laffi S. (a cura di) *Innovare il welfare per la terza età*, Franco Angeli, Milano.

Lawton M.P. e Brody E.M., 1969, *Assessment of Older People: Self-maintaining and Instrumental Activities of Daily Living*, "Gerontologist", 9.

Lucchini M., 2007, "Il gradiente sociale nelle disuguaglianze di salute nell'anzianità", Tognetti Bordogna M., *I grandi anziani tra definizione sociale e salute*, Franco Angeli, Milano.

Masto R., 2002, "La RSA come centro di servizi" in *Residenze sanitarie per anziani*, Il Mulino, Bologna.

Mauri L. e Breveglieri L. (a cura di), 1996, *Vivere l'età anziana. Indagine sociologica in un'area avanzata*, Franco Angeli, Milano.

Mauri L., 2007, *Condizioni anziane e innovazione*, atti del convegno "La condizione anziana:nuove politiche sociali per nuovi bisogni assistenziali" – Pollein, 15 Novembre 2007.



McMunn A., 2006, *Social Determinants of Health Status and Health-Related Quality of Life*, in Albrecht G. L. , Fitzpatrick R., Scrimshaw S. C. (a cura di), "Handbook of Social Studies in Health and Medicine", Sage, London.

Meyrowitz J., 1995, *Oltre il senso del luogo. L'impatto dei media elettronici sul comportamento sociale*, Baskerville, Bologna.

Micheli A. (a cura di), 2004, *La questione anziana. Ridisegnare le coordinate di una società che invecchia*, Franco Angeli, Milano.

Micheli G.A., 2003, "La famiglia forte mediterranea alla prova dei grandi cambiamenti demografici e sociali", in IreR, *Equilibri fragili. Vulnerabilità e vita quotidiana delle famiglie lombarde*, Guerini, Milano.

Nicita-Mauro V., Basile G., Maltese G., Mento A., Mazza M., Nicita-Mauro C., 2005, *Stile di vita, invecchiamento e longevità*. *G Gerontol*;35:340-9.

Risi E., 2007, *Vecchie generazioni e nuovi media. Ricerca quali-quantitativa sul digital divide relativo agli anziani*, Tesi di dottorato, Corso di dottorato in Società dell'Informazione, Ciclo XIX, Università degli Studi di Milano Bicocca.

Rowe JW, Kahn RL., 1997, *Successful aging*. *Gerontologist*;37:433-40.

Rowe JW., 1992, *Aging and geriatric medicine*. In: Cecil textbook of medicine (19th edn), edited by Wijngaarden JB, Smith LH Jr and Bennet JC, Saunders WB, Philadelphia, 21-2.

Stranges M., 2007, *Il divario tra percezione e condizione di povertà in Italia*, in *Rassegna Italiana di Sociologia*, a. XLVIII, n. 2, aprile-giugno.

Sussman M.B., 1984, "La vita familiare degli anziani", in Giori D. (a cura di), *Vecchiaia e società*, Il Mulino, Bologna.

Tognetti Bordogna M., 2007, *I grandi anziani tra definizione sociale e salute*, Franco Angeli, Milano.

Van Dijk, 2005, *The deepening divide. Inequality in the information society*, Sage Publications, London.

Vergani C., 2007, *La condizione anziana: nuove politiche sociali per nuovi bisogni assistenziali*, atti del convegno "La condizione anziana: nuove politiche sociali per nuovi bisogni assistenziali" – Pollein, 15 Novembre 2007.

Viganò G. (a cura di), *Famiglie, bisogni, strategie di fronteggiamento. Social survey su due coorti di donne venete*, Marsilio, Padova, 2008 (in corso di pubblicazione).



WHO, 2003, *The World Health Report*.