

BIBLIOTECA DI SCIENZE STATISTICHE

SERVIZIO BIBLIOTECARIO NAZIONALE

BID 871887 BID 82607  
ACQ. 880 / 102 INV. 82607  
COLL. 5-Coll WP. 18/2001

**Condizioni personali e familiari degli  
anziani in casa di riposo: due  
istituzioni venete**

M. Castiglioni, R. Clerici

2001.18

**Dipartimento di Scienze Statistiche  
Università degli Studi  
Via C. Battisti 241-243  
35121 Padova**

Novembre 2001



CONDIZIONI PERSONALI E FAMILIARI DEGLI ANZIANI IN  
CASA DI RIPOSO: DUE ISTITUZIONI VENETE

*Maria Castiglioni e Renata Clerici<sup>1</sup>*

---

<sup>1</sup> Pur nella comune impostazione del lavoro, a Maria Castiglioni va attribuita l'analisi dell'IRSA di Treviso, a Renata Clerici quella relativa all'IRA di Padova.

## **1. Due istituzioni venete sotto osservazione**

La disponibilità delle Direzioni dell'IRA di Padova e dell'IRSAA di Treviso ha permesso la realizzazione delle indagini da cui trae spunto questo lavoro, volto a far luce sui processi che favoriscono l'istituzionalizzazione in età anziana. Scarse sono, infatti, le informazioni disponibili circa i tempi, le forme, le cause, le motivazioni che producono questo cambiamento residenziale ed esistenziale.

L'Istituto di Riposo per Anziani (IRA) è attivo a Padova, in via Beato Pellegrino, da circa 25 anni, da allora, infatti ha sostituito un vecchio istituto religioso gestito dalla comunità delle "Piccole Suore", una dimora in cui si offrivano gratuitamente cure ed ospitalità a persone bisognose. Il vecchio edificio venne demolito e, al suo posto, sorse la nuova sede che con gli anni è andata ampliandosi.

L'IRA è giuridicamente classificato come IPAB (Istituzione Pubblica di Assistenza e Beneficenza); il suo scopo principale è quello di fornire servizi residenziali a persone anziane autosufficienti e non autosufficienti. Si articola in quattro sedi operative (di cui due per autosufficienti, una per non autosufficienti e una sia per autosufficienti che non). Nei programmi di sviluppo se ne prevede una quinta per soli non autosufficienti. Oltre alle strutture residenziali è attivo un Centro Diurno rivolto ad anziani autosufficienti che possono usufruire di alcuni servizi e svolgere alcune attività comunitarie. Si tratta dunque di un'ampia e differenziata offerta di servizi, in grado di rispondere a diverse tipologie di bisogno assistenziale, sociale e sanitario, presenti tra la popolazione anziana.

L'Istituto per Servizi di Ricovero e Assistenza agli Anziani (ISRAA) nasce a Treviso nel 1991 dalla conversione in IPAB, con un'unica personalità giuridica, dei precedenti Istituti Riuniti di Ricovero. Questi erano stati istituiti nel 1939 dall'accorpamento, sotto un'unica amministrazione, di istituti operanti già dal secolo scorso a Treviso, pur mantenendo propria personalità giuridica e propri patrimoni, con bilanci e inventari distinti.

L'ISRAA è attualmente costituito da cinque sedi per l'accoglimento di anziani auto e non autosufficienti, con priorità per i residenti nel comune o nell'ULSS di Treviso. Dal 1997 sono stati attivati anche i centri diurni, per l'accoglimento di anziani solo durante la giornata, e i ricoveri temporanei (al massimo di quattro mesi), come servizi di sollievo alla famiglia.

## **2. Le informazioni disponibili**

Per quanto riguarda l'IRA di Padova, la documentazione cartacea raccolta in sede di accoglimento della domanda di ricovero, ed in particolare la "scheda di valutazione" compilata a cura del servizio sociale, sono sembrate fonti informative adeguate contenendo, oltre alle classiche notizie anagrafiche (data e luogo di nascita, luogo di residenza, sesso, stato civile, ultima professione, grado di istruzione), alcune notizie sulla rete di relazioni familiari entro cui il ricoverato era, o meno, inserito prima dell'istituzionalizzazione. Purtroppo questa scheda è disponibile solo per i ricoveri avvenuti negli anni più recenti e, volendo recuperare le stesse informazioni anche per i residenti da più lungo tempo, è stato necessario esaminare le singole cartelle individuali, riuscendo, anche se solo in modo molto parziale, a ricostruire per ogni ospite le variabili di interesse.

Dei vari item non standard presenti nella scheda, solo due sono risultati utilizzabili, in quanto quasi costantemente rilevati o ricostruibili dalle note e dagli appunti delle assistenti sociali, si tratta del numero dei figli viventi e della composi-

zione della famiglia di provenienza. Altra informazione costantemente presente era la distinzione tra autosufficienza o non autosufficienza dei ricoverati. Essa giustifica la collocazione degli ospiti nelle diverse sezioni dell'Istituto, e non è meglio articolata in punteggi o livelli più precisi di disabilità. Questa condizione (di auto o non autosufficienza) deve essere intesa come riferita al momento della rilevazione in quanto sancisce la collocazione attuale in residenza per auto o non autosufficienti e può essere cambiata dal momento dell'ingresso.

Scarse sono le notizie relative alla condizione socio-economica, limitate a quelle sul livello di istruzione e sull'ultima professione esercitata, tra l'altro non sempre presenti (il dato sull'istruzione manca in ben 61 casi su 100, quello sulla professione in 7 su 100). Per quanto riguarda i figli viventi, l'assenza dell'informazione è stata interpretata come assenza di figli (ed è stata quindi imputata nel 14,5% dei casi).

Queste informazioni, raccolte per tutti i 588 ospiti presenti in Istituto alla data fissata per la rilevazione, ovvero l'1 gennaio 2000, sono state successivamente selezionate solo per gli individui entrati in Istituto a partire dai 65 anni, in modo da escludere i casi di soggetti portatori di disabilità non legate all'invecchiamento: si viene in questo modo a definire il gruppo dei 525 ospiti nel seguito analizzato.

Il 75% di questi ricoverati anziani è costituito da non autosufficienti, l'81% da donne. L'analisi verrà quindi condotta, nel seguito, tenendo conto di questi due elementi fondamentali di eterogeneità presenti tra i ricoverati padovani, sesso e condizione di autonomia o non autonomia, per poi cercare di cogliere, nei sottogruppi così definiti, il ruolo differenziale delle altre caratteristiche anagrafiche e familiari nel processo di istituzionalizzazione.

Anche le informazioni sui ricoverati presso l'ISRAA di Treviso sono tratte dagli archivi amministrativi. Abbiamo utilizzato l'archivio anagrafico e l'archivio dei dimessi dalle liste d'attesa. Il primo, relativo a tutti i ricoverati, contiene le informazioni correnti per la gestione del ricovero dell'anziano (i dati anagrafici, il punteggio regionale di non autosufficienza, il servizio a cui è affidato, i soggetti coinvolti per il pagamento della retta). Il secondo deriva da quello con cui le assistenti sociali gestiscono le liste d'attesa: quando l'anziano entra in casa di riposo le notizie su di lui vengono cancellate dalla lista d'attesa e trasferite nel file dei "dimessi". Esso contiene informazioni sullo stato psicofisico e sulle condizioni familiari, economiche, abitative, raccolte nel momento di formulazione della richiesta.

**Tab.1 Ingressi di anziani presso le strutture dell'ISRAA. Treviso, anni 1994-99**

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	Totale
In casa di riposo:							
Non autosufficienti	161	92	104	131	117	102	707
Autosufficienti	65	59	48	59	68	36	335
In centro diurno	-	-	-	5	35	18	58
In ricovero temporaneo	-	-	-	-	27	50	77
<b>Totale</b>	<b>226</b>	<b>151</b>	<b>152</b>	<b>195</b>	<b>238</b>	<b>214</b>	<b>1177</b>

Fonte: Visentin, 2000

A differenza dei dati di Padova, i dati di Treviso si riferiscono alle caratteristiche delle persone ricoverate negli anni dal 1994 al 1999 (tab.1). L'andamento temporale dipende sia dalla disponibilità di posti letto sia dalle scelte operate nella gestione degli accessi (tra cui l'apertura di nuovi servizi). Tuttavia, per quanto riguarda i ricoveri nelle strutture residenziali, si può

osservare che la percentuale di ingressi di non autosufficienti oscilla tra il 61 e il 74% e non mostra un trend specifico.

Per rendere più omogeneo l'insieme dei dati da analizzare, sono stati selezionati i soli primi ingressi (si sono esclusi cioè i trasferimenti tra servizi o eventuali reingressi) nelle sole strutture residenziali, per un complesso di 931 casi. Le informazioni utilizzate in questo lavoro sono state ricavate dalla combinazione, per ogni soggetto, di quanto contenuto nel file anagrafico e nel file dei dimessi dalle liste d'attesa. Poiché, però, alcuni ricoveri di particolare gravità non entrano in lista d'attesa, l'operazione di *linkage* tra i due archivi ha portato alla perdita di queste unità dando origine ad un file congiunto relativo a 870 primi ingressi (di cui 65% non autosufficienti; 73% donne).

### 3. Composizione della popolazione ospitata

La "popolazione" dei residenti nei due istituti costituisce un campione non probabilistico degli individui residenti in casa di riposo. Nelle tabelle e nei grafici che seguono, intendiamo comunque, preliminarmente, confrontare le principali caratteristiche strutturali dei residenti presso l'Istituto di Ricovero per Anziani di Padova, sottoposto alla nostra osservazione, con quelle di due popolazioni prese come riferimento comparativo, ovvero quella dei residenti in casa di riposo in Italia, e nelle regioni del Nord-Est, così come censite nel 1991<sup>2</sup>.

Il divario temporale tra la nostra rilevazione e quella censuaria è notevole (circa otto anni) ed i cambiamenti che si sono nel frattempo realizzati nei modi, nei tempi, nelle caratteristiche dei ricoveri socio-sanitari e assistenziali sono stati presumibilmente molto rilevanti, ma non abbiamo a disposizione alcun'altra fonte che ci permetta di riferire in modo più soddisfacente della situazione nazionale o sovra regionale recente.

Consideriamo, innanzi tutto, la composizione per sesso e per età dei residenti ultra sessantacinquenni: mentre risulta simile la proporzione tra i due sessi (25% di maschi in Italia e nelle regioni del Nord-Est nel 1991, contro una percentuale un poco più bassa dell'IRA, 19% dieci anni dopo), molto diversa è invece la composizione relativa per età.

Le strutture delle popolazioni anziane in istituto censite nel 1991 in Italia e nelle regioni del Nord Est praticamente coincidono (figure 1a e 1b); quella dei residenti presso l'IRA di Padova risulta invece relativamente molto più vecchia (fig. 1c): qui il 59% degli ospiti ha 85 anni o più, contro valori nazionali e ripartizionali al di sotto del 40%.

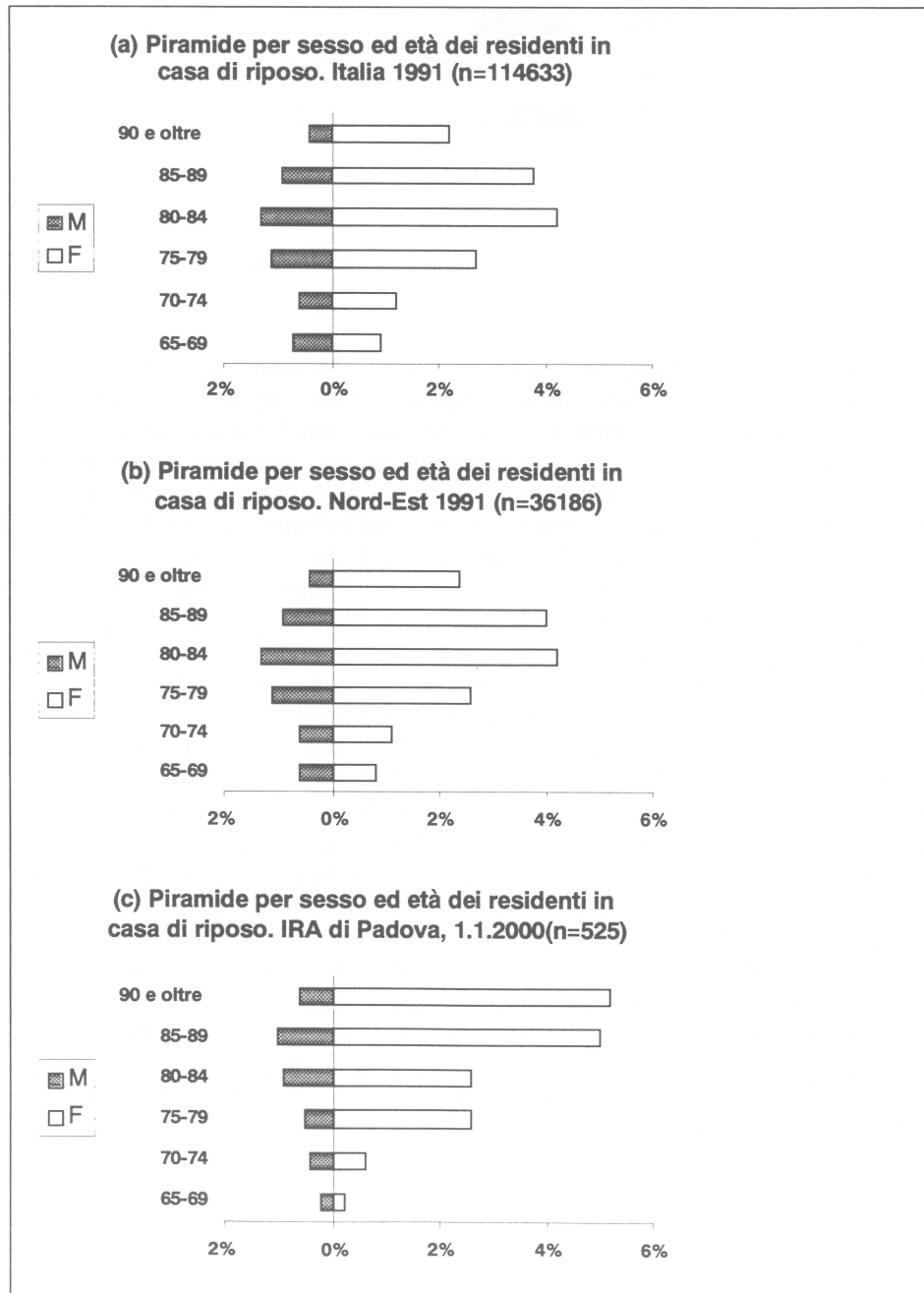
Questa diversità è giustificata in quanto solo in situazione di stabilità (ovvero mantenendosi inalterate le dinamiche che regolano gli ingressi e le uscite) la composizione dei residenti per età non subisce modificazioni nel corso del tempo. Possiamo essere invece certi che importanti cambiamenti sono intervenuti nel decennio passato, soprattutto sul fronte delle uscite (per morte), ritardate dall'aumento generalizzato della durata media della vita, particolarmente favorevole per le donne. Sul fronte degli ingressi si potrebbero ipotizzare aumenti delle

---

<sup>2</sup> Questi dati sono stati ottenuti dal file dei dati censuari della popolazione residente in convivenza al Censimento 1991 messo a disposizione dall'ISTAT presso il laboratorio ADELE. Si ringraziano a questo proposito il Servizio Diffusione Dati ed i responsabili del Laboratorio per la collaborazione e il dott. Stefano Mazzucco che ha realizzato le elaborazioni.

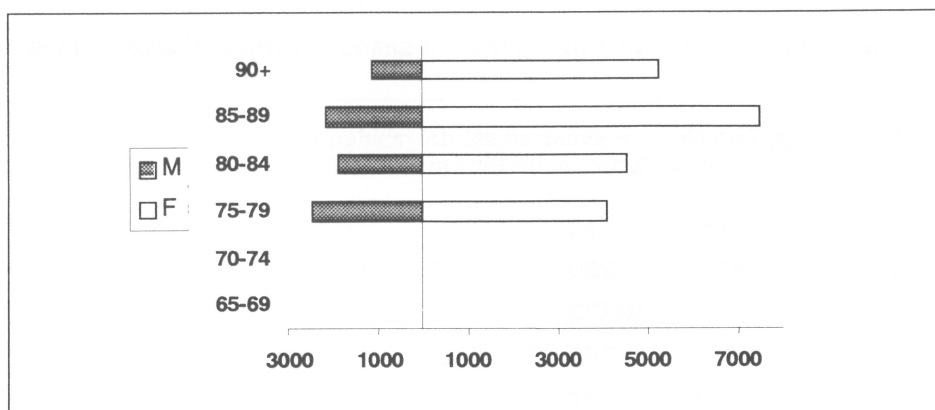
propensioni al ricovero, frenati però da vincoli dell'offerta, determinati dalla scarsità dei posti disponibili a fronte di una domanda presumibilmente in crescita.

**Fig.1 Confronto tra strutture per età e sesso di gruppi di anziani in istituto**



La figura 2 riporta il risultato della proiezione che vede una importante modificazione della conformazione della popolazione ricoverata, con l'incremento del peso relativo delle classi di età più vecchie (oltre 85 anni), rispetto alla fascia centrale (75-79 anni).

**Fig.2** Proiezione al 2001 della popolazione in casa di riposo nel 1991 in Italia

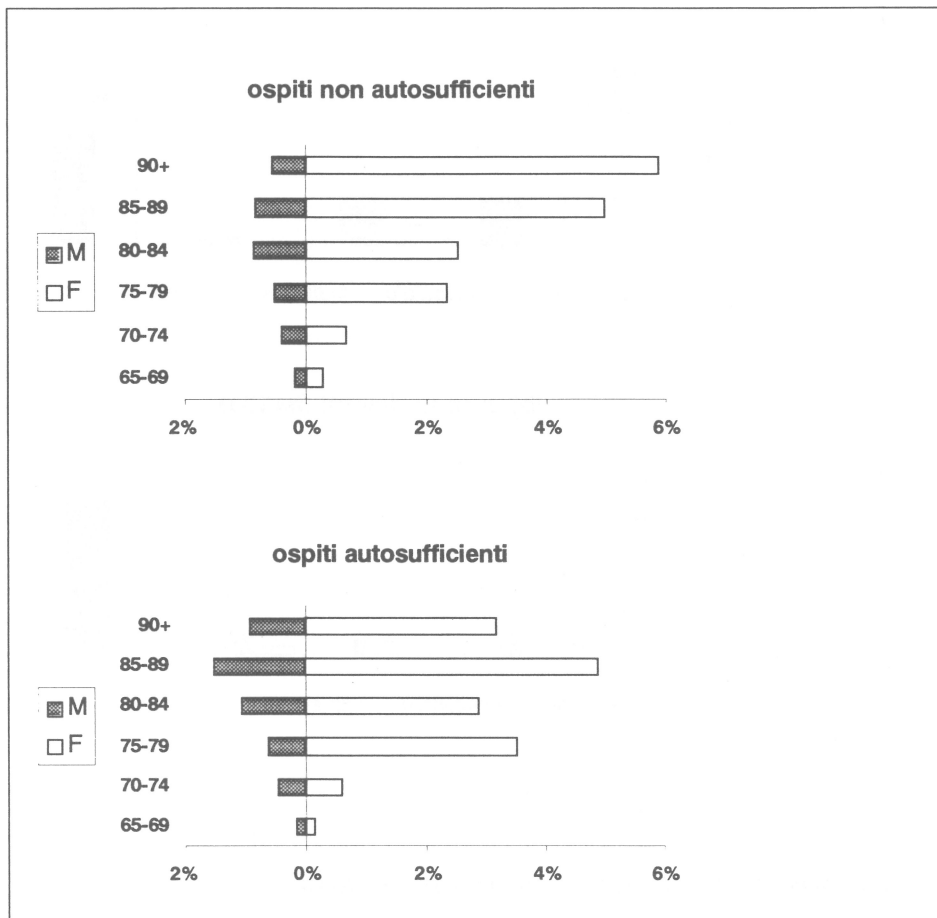


La simulazione presentata attesta il ruolo fondamentale svolto dall'aumento della vita media nella composizione relativa della popolazione anziana in istituto, ma non spiega completamente la particolare conformazione del gruppo da noi analizzato. Esiste infatti una componente di eterogeneità molto importante, che coi dati censuari non è possibile controllare: si tratta della condizione di autonomia o di non autonomia degli ospiti. Nell'Istituto padovano vi è una netta predominanza di non autosufficienti (tre quarti del totale), la cui composizione per sesso ed età differisce notevolmente da quella degli autosufficienti, complessivamente più giovani (fig.3). L'età media del totale degli autosufficienti è infatti di 83,9 anni, mentre quella del complesso dei non autosufficienti è di 85,8 anni, ma la differenza osservata dipende totalmente dalla componente femminile, poiché tra i maschi sono mediamente più vecchi gli autosufficienti.

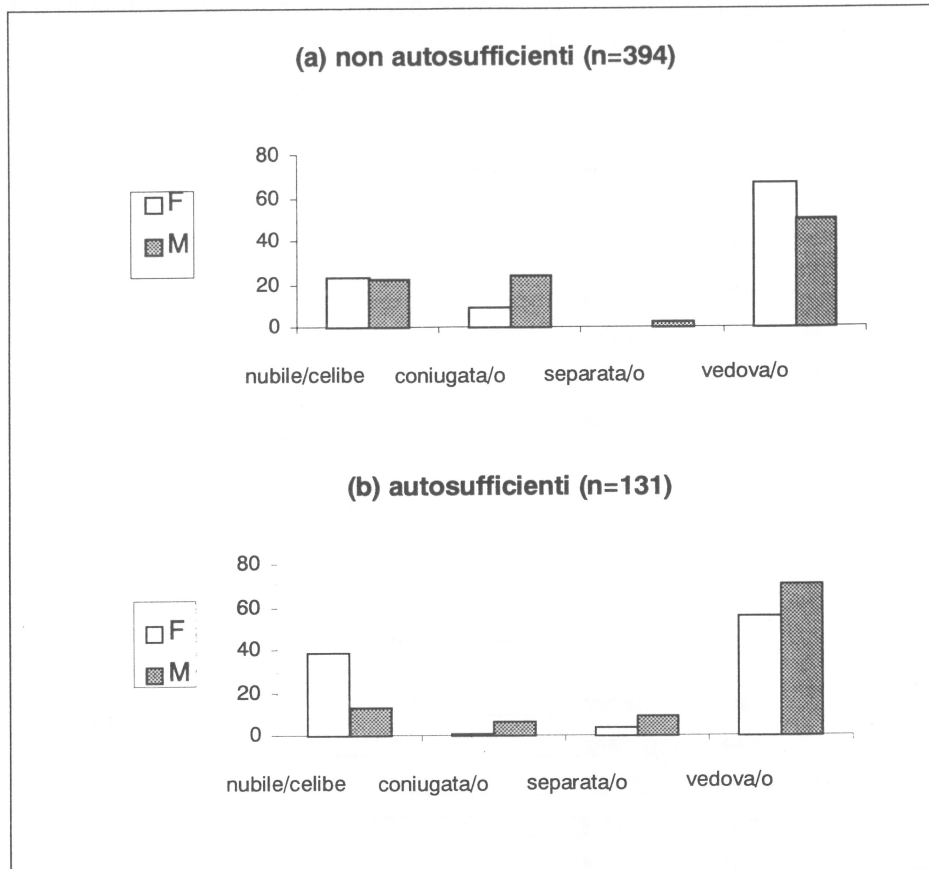
I ricoverati sono soprattutto vedovi (63%), ma vi è una cospicua presenza di celibi e nubili (25,7%), segnale di una dipendenza tra una condizione familiare povera di legami forti (il coniuge in questo caso), in grado di rispondere a bisogni di compagnia e di cura, e l'istituzionalizzazione. Ma la distribuzione per stato civile degli ospiti varia al variare del sesso e della condizione di autonomia (fig.4): tra i non autosufficienti maschi i vedovi sono il 50%, seguiti dai coniugati (24%) e dai celibi (21%); tra le femmine le vedove sono il 67% mentre le coniugate solo il 9%. Tra gli autosufficienti il 71% dei maschi è costituito da vedovi, il 39% delle femmine da nubili. I maschi celibi, indipendentemente dalla loro condizione di autonomia, sono particolarmente "giovani" (età media 78,4; mediana 77 anni); i separati autosufficienti lo sono ancora di più, indipendentemente dal sesso (età media 77,3; mediana 75 anni). I coniugati autosufficienti sono rarissimi e molto vecchi.



**Fig.3 Confronto tra strutture per età e sesso per condizione di auto o non autosufficienza. IRA di Padova, 1.1.2000**



**Fig.4 Percentuali di ricoverati per stato civile e condizione di auto o non autosufficienza. IRA di Padova, 1.1.2000**



#### 4. Differenze nelle età all'ingresso in Istituto

A Padova, i maschi autosufficienti sono entrati in Istituto mediamente più vecchi (verso gli 80 anni) rispetto ai non autosufficienti (circa di due anni più giovani). Il contrario è avvenuto per le femmine: tra loro sono state le autosufficienti ad entrare mediamente prima (verso i 78 anni). Questo dato, a prima vista di difficile interpretazione, combina comportamenti che divergono in funzione dello stato civile: celibi e separati presentano età all'ingresso estremamente basse (attorno ai 74 anni indipendentemente dalla condizione di autosufficienza), vedovi e coniugati, viceversa, età all'ingresso molto elevate (verso gli 82 anni se autosufficienti; poco al di sotto degli 80 anni se non autosufficienti). Tra le donne, le nubili o separate non sono "giovani" come i maschi e, soprattutto le coniugate o vedove non autosufficienti, sono mediamente più vecchie delle autosufficienti dello stesso stato civile. Le differenze tra i valori di età all'ingresso sopra evidenziate non vanno attribuite al caso mostrando spesso alti livelli di significatività statistica (tab. 2).

Va sottolineato che, se in generale la condizione di auto o non autosufficienza influisce in modo rilevante sull'età all'ingresso (soprattutto tra le donne, per le

quali le differenze tra le età medie all'ingresso sono costantemente significative), i maschi celibi o separati sono entrati in Istituto ad una età comunque più "giovane" rispetto a quella di tutti gli altri ospiti, a prescindere dalla loro condizione di autosufficienza (la differenza, pur importante, riscontrata tra le loro età medie all'ingresso è da ritenersi infatti casuale).

**Tab.2 Test t di Student per campioni indipendenti sulla differenza tra le età medie dei diversi sottogruppi di ospiti. IRA di Padova, 1.1.2000**

Sesso	Modalità	età media all'ingresso	differenza tra medie	significatività
Femmine	non autosufficienti	80,92	2,73	0,001
	autosufficienti	78,19		
	nubili o separate	78,43	-2,59	0,001
	coniugate o vedove	81,02		
	nubili o separate non autosuff.	79,50	3,01	0,034
	nubili o separate autosufficienti	76,49		
	coniugate o vedove non auto.	81,37		
	coniugate o vedove autosuff.	79,47	1,89	0,058
Maschi	non autosufficienti	78,09	-1,94	0,248
	autosufficienti	80,03		
	celibi o separati	73,96	-6,32	0,000
	coniugati o vedovi	80,27		
	celibi o separati non autosuff.	74,29	1,15	0,704
	celibi o separati autosufficienti	73,14		
	coniugati o vedovi non auto.	79,41		
	coniugati o vedovi autosuff.	82,04	-2,63	0,156

**Tab.3 Ingressi presso l'ISRAA di Treviso negli anni 1994-99, per grado di autosufficienza ed età; per sesso, stato civile ed età (percentuali di riga)**

	<70	70-74	75-79	80-84	≥85	Numerosità
Totale	5,4	7,5	15,4	25,6	46,1	870
Non autosufficienti	5,6	8,1	14,0	24,0	48,3	570
Autosufficienti	5,0	6,3	18,0	28,7	42,0	300
Femmine						
Nubili	4,5	9,0	18,0	21,1	47,4	133
Coniugate	12,9	17,1	22,9	24,2	22,9	70
Vedove	3,0	3,7	12,7	27,7	52,9	433
Totale	4,4	6,4	14,9	25,9	48,4	636
Maschi						
Celibi	21,2	15,2	12,1	12,1	39,4	33
Coniugati	7,0	13,0	18,0	25,0	37,0	100
Vedovi	5,0	6,9	16,8	28,7	42,6	101
Totale	8,1	10,7	16,7	24,8	39,7	234

Fonte: Visentin, 2000

Anche i dati sui ricoverati a Treviso mostrano risultati simili (tab.3). Gli autosufficienti sono mediamente più giovani dei non autosufficienti. Il dato non è distinto per sesso, ma è coerente con quello di Padova se anche lì si

accorpessero maschi e femmine. Ancora: i celibi presentano una distribuzione fortemente sbilanciata verso le età più giovani, specie se confrontata con coniugati e vedovi. Anche le nubili hanno una distribuzione per età relativamente giovane, molto diversa da quella, più anziana, delle vedove. Il dato di Padova non distingue tra coniugate e vedove; il dato di Treviso mostra per le coniugate una struttura per età decisamente più giovane.

Queste distribuzioni combinano la diversa propensione al ricovero al variare di sesso, età e stato civile con la diversa composizione della popolazione secondo le tre variabili. Per mettere meglio in evidenza le categorie che presentano maggiore propensione all'ingresso, rapportiamo i ricoveri alla popolazione mediamente residente a Treviso nel periodo 1994-99 (tab.4). È evidente il ruolo fondamentale giocato dall'età, per uomini e donne. Si può notare anche che celibi e nubili presentano un tasso di ingresso relativamente alto, con differenze marcate rispetto alle altre condizioni soprattutto alle età più giovani, probabilmente a causa della loro maggiore solitudine. Coniugati e coniugate presentano tassi molto contenuti, con evidenti differenze di genere: i minori ricoveri tra i coniugati probabilmente dipendono dalla maggiore capacità di cura e assistenza da parte delle mogli – mediamente più giovani e dunque in condizioni di salute migliori – rispetto alle donne coniugate, con marito mediamente più vecchio. Le vedove si collocano in posizione intermedia, mentre i vedovi presentano a tutte le età dei tassi molto elevati. Questo risultato è in realtà inatteso e difficile da spiegare. Esso non trova riscontro in altre analisi che, viceversa, confermano gli altri risultati<sup>3</sup>.

**Tab. 4 Anziani ricoverati in ISRAA nel 1994-99 per 100 anziani residenti a Treviso, per sesso, età e stato civile.**

		70-74	75-79	80-84	≥85	Totale
<b>Femmine</b>						
	Nubili	2,8	7,4	11,4	22,3	9,9
	Coniugate	1,0	2,6	7,0	18,0	2,8
	Vedove	1,2	4,6	12,2	18,4	8,9
	Totale	1,4	4,4	11,2	19,1	7,8
<b>Maschi</b>						
	Celibi	3,6	4,3	6,6	10,2	6,2
	Coniugati	0,8	1,7	4,5	13,3	2,6
	Vedovi	4,4	9,3	18,0	40,9	15,9
	Totale	1,3	3,0	7,4	18,2	5,2

Fonte: Visentin, 2000

Si può al momento concludere che sia la condizione di auto o non autosufficienza che lo stato civile costituiscono per le donne caratteristiche di particolare rilevanza nella determinazione dell'età di ingresso in istituto. Per gli uomini, invece, sembra preponderante il ruolo giocato dallo stato civile.

Abbiamo fin qui utilizzato l'età all'ingresso come indicatore della propensione all'istituzionalizzazione: se l'ingresso avviene relativamente "prima", leggiamo le caratteristiche personali dei soggetti interessati (fin qui la condizione di autosufficienza e lo stato civile) come fattori favorenti.

<sup>3</sup> Si veda per esempio Bonarini (2001), che analizza i dati del Censimento 1991.

Le considerazioni precedenti, che individuano nello stato civile una condizione personale rilevante ai fini dell'analisi della propensione all'ingresso in istituto, suggeriscono di approfondire il ruolo svolto dalle reti relazionali in cui l'anziano, ora istituzionalizzato, era in precedenza collocato.

Nulla sappiamo del *network* allargato degli ospiti, poco della loro rete parentale, e solo qualcosa della situazione familiare che ha preceduto il ricovero: cercheremo comunque di sfruttare adeguatamente le informazioni disponibili.

## 5. La famiglia di provenienza e la presenza di figli

Si può ritenere che la domanda di ricovero nasca dalla presenza di un insieme, variamente composto, di bisogni sociali, assistenziali e sanitari a cui il soggetto, e le persone che compongono la sua rete di relazioni sociali, non ritengono più di essere in grado di rispondere, o che non intendono più sostenere.

Lo sforzo attualmente in atto è quello di costruire e utilizzare strumenti capaci di valutare gli aspetti sanitari e sociali del bisogno espresso<sup>4</sup>, in modo da elaborare, per ciascun soggetto, un progetto di intervento adatto alle sue esigenze, attivando, se possibile ed opportuno, i servizi territoriali e le risorse presenti nella rete sociale.

In base ad una valutazione del Servizio Anziani del Dipartimento per gli Affari Sociali per il 1993<sup>5</sup>, la popolazione anziana italiana (di 65 anni o più) non autosufficiente riceveva assistenza nel 73% dei casi solo dalla sua famiglia, nel 13% dei casi dalla famiglia con sostegno domiciliare esterno, nel 9% dei casi in casa di riposo e nel 5% dei casi in reparti ospedalieri di geriatria o lungodegenza.

Una ricerca svolta nell'ambito del progetto finalizzato "Invecchiamento" del CNR ha rilevato (per il 1995) che circa metà dei non autosufficienti di età superiore ai 75 anni era assistita a domicilio o in reparti geriatrici di strutture sanitarie<sup>6</sup>.

La Caritas stima nel 2000 per il Nord-Est 22.000 "badanti" domiciliari di anziani non autosufficienti, per il Veneto 15.000. Supponendo che ciascuna di esse si occupi di un solo anziano abbiamo circa 15.000 persone assistite a fronte di 23.000 posti letto per non autosufficienti nelle RSA e nelle case di riposo riconosciuti dalla Regione Veneto. Tenuto conto che un anziano non autosufficiente in casa di riposo costa mediamente alla Regione 27 milioni e alle famiglie 36 milioni abbiamo un risparmio per la Regione pari a 350 miliardi. Le famiglie sopportano certamente una spesa, ma questa appare inferiore a quella che sopporterebbero se i loro congiunti fossero in casa di riposo. Il quadro dell'assistenza agli anziani ha subito dunque un radicale cambiamento<sup>7</sup>.

La maggioranza degli anziani non autosufficienti è dunque sostenuta dalla propria famiglia, con risorse proprie e solo in parte fornite dall'esterno. Viene da chiedersi quali siano le risorse che mancano nelle famiglie che non riescono a supportare l'anziano, soprattutto quando non autosufficiente. Per quanto riguarda gli aspetti strutturali, cioè la pura e semplice esistenza di relazioni, senza entrare

<sup>4</sup> La regione Veneto ha ad esempio introdotto la Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone Adulte e Anziane (S.V.A.M.A.) ovvero uno strumento per regolare l'accesso ai servizi di rete residenziali, semiresidenziali e domiciliari integrati (Regione Veneto, 1999; Ghirardello, 2001)

<sup>5</sup> Si ringrazia il Servizio Anziani del Dipartimento Affari Sociali del Ministero degli Interni per i materiali e le informazioni fornite.

<sup>6</sup> Le informazioni sono state ottenute consultando l'indirizzo <http://www.aging.cnr.it>

<sup>7</sup> Osservatorio socio-religioso Triveneto, Delegazione Caritas Nordest, 2001.

nel merito della loro qualità, queste famiglie vanno studiate nella loro evoluzione futura, poiché nel medio e lungo periodo saranno generatrici di nuove situazioni di bisogno.

Ma non vi è solo l'aspetto della coresidenzialità. Ciascuno di noi può essere rappresentato come nodo di una maglia intessuta in maniera più o meno fitta, più o meno larga: la rete delle sue relazioni sociali. La lunghezza delle maglie definisce intimità fisiche e/o affettive di grado diverso: parentele, quasi convivenze, amicizie, legami di vicinato, relazioni di cura istituzionali o meno. In questo reticolo di contatti e scambi più o meno frequenti ed intensi, ciascuno elabora un suo sistema ordinato di preferenze. L'esistenza di una relazione, di una coabitazione, di una parentela, di una vicinanza, non ne assicurano la rilevanza per la vita quotidiana. Inoltre, questo sistema di preferenze non è stabile nel tempo, essendo influenzato e modificato da ingressi, uscite, troncamenti o affievolimenti dei legami.

Nella fase adulta ed anziana della vita avvengono in maggior misura perdite di relazioni (per la morte dei genitori, del partner, dei fratelli, degli amici) e la rete sociale tende, quindi, ad indebolirsi. Vi possono poi essere legami, un volta altamente significativi, che si affievoliscono (per l'uscita dei figli della famiglia<sup>8</sup>, per malattie che impediscono contatti con l'esterno). Non mancano, tuttavia, casi in cui nuove relazioni vengono intessute (con generi, nuore, nipoti) anche al di fuori della cerchia parentale: nuovi amici incontrati frequentando ambienti comunitari, coi quali si scoprono comuni interessi; *caregivers* istituzionali o privati (colf, infermieri, fisioterapisti), soprattutto quando la salute e l'autonomia sono in declino.

Alcune ricerche hanno studiato questi legami sia per quel che riguarda la loro presenza che la loro qualità. Una recente indagine italiana (Mauri e Breveglieri, 1996) ha rilevato tra gli anziani l'indicazione della prima e della seconda persona ritenute più importante tra quelle che formano il network allargato. Classificando le risposte a seconda della tipologia familiare degli intervistati, si sono ottenute interessanti indicazioni sulla qualità delle relazioni entro la rete. Chi vive da solo indica come persona più importante il figlio (52%) o il fratello (17%) e al secondo posto pone il nipote (30%). Chi vive in coppia indica in grande maggioranza il partner (71%), ma anche il figlio non coresidente (21%). Chi vive solo con figli indica costoro al primo posto nell'84% dei casi, ma alcuni (8%) indicano un amico; al secondo posto vengono citati i figli e i nipoti (18%). Da notare che fuori dalla cerchia parentale i vicini svolgono un ruolo di primo piano per il 6,5% dei soli, e detengono il secondo posto nelle preferenze del 10,5% di chi vive solo con figli.

Dunque l'esistenza di una relazione - una coresidenzialità, una parentela - pur non garantendone la rilevanza per i soggetti coinvolti, rimane un canale che mantiene la potenzialità di venire (ri)attivato e (ri)divenire significativo.

Quando i bisogni di cura divengono impellenti e continui a causa di una malattia o di un evento a cui le risorse fisiche, psichiche, economiche soggettive non riescono a far fronte, l'esistenza di una qualche forma di rete risulta spesso una risorsa preziosa a cui i servizi sociali e sanitari potrebbero affiancarsi. Là dove, invece, i legami sono inesistenti diviene più difficile mantenere il soggetto nel suo contesto abituale di vita (la sua casa, il suo giardino, la sua terrazza, il suo cane o il suo gatto, le sue abitudini, i suoi ritmi e i suoi riti quotidiani): si rende in questi

---

<sup>8</sup> La vicinanza abitativa non è di per sé un indicatore di "attaccamento" dei figli nei confronti dei genitori; altre ricerche hanno mostrato che "l'intimità a distanza" salvaguarda sia l'autonomia dei figli che la possibilità di prestare aiuto nel caso di necessità.

casi necessario il trasferimento da un contesto domestico ad uno comunitario, che nella realtà italiana coincide quasi univocamente con l'istituto di ricovero.

L'analisi del contesto familiare da cui provengono gli ospiti dell'IRA di Padova (tab.5) evidenzia l'assoluta maggioranza delle condizioni di solitudine precedente l'istituzionalizzazione (attorno al 70% sia per maschi che per femmine), pur non mancando situazioni precedenti di coppia, di presenza di figli nel nucleo dell'anziano, oltre che situazioni di aggregazione al nucleo dei figli.

Qualora la condizione familiare precedente venga analizzata oltre che per sesso anche per condizione di autonomia, la solitudine risulta rilevante soprattutto per i soggetti (soprattutto se donne) ancora autosufficienti. Allargando la visuale al di là dell'aspetto residenziale e registrando l'esistenza di figli viventi tra gli anziani ricoverati (tab.6), notiamo che il 57% delle donne ha almeno un figlio (più facilmente se si tratta di donne non autosufficienti), mentre ben il 68% dei maschi ha figli (in particolare gli autosufficienti). Tra gli uomini la distribuzione di chi ha figli e di chi non ne ha non varia di molto con la condizione di autosufficienza, mentre per le donne la situazione si ribalta tra le autosufficienti che in maggioranza non hanno figli. Questa situazione si amplifica considerando solo gli ospiti che prima del ricovero vivevano soli (tab. 7): le donne non autosufficienti presentano percentuali ancor più elevate di casi di assenza di figli (e ciò si spiega con l'alta percentuale di donne nubili in questo gruppo).

**Tab.5 Ospiti per sesso, condizione di autosufficienza e situazione familiare precedente al ricovero. IRA di Padova (\*)**

Condizione	Situazione familiare precedente	Sesso		
		femmine	maschi	totale
Non autosufficienti	Solo/a	65,2	60,0	64,3
	In coppia	9,1	26,2	12,0
	Con figli	12,2	3,1	10,7
	Con figli sposati	6,6	4,6	6,3
	Con parenti	6,9	6,2	6,8
	Totale	100	100	100
Autosufficienti	v.a.	319	65	384
	Solo/a	85,9	87,1	86,2
	In coppia	1,0	3,2	1,5
	Con figli	6,1	6,5	6,2
	Con figli sposati	4,0	-	3,1
	Con parenti	3,3	3,2	3,1
Totale	Totale	100	100	100
	v.a.	99	31	130
	Solo/a	70,1	68,8	69,8
	In coppia	7,2	18,8	9,3
	Con figli	10,8	4,2	9,5
	Con figli sposati	6,0	3,1	5,4
	Con parenti	6,0	5,2	5,8
	Totale	100	100	100
	v.a.	418	96	514

(\*) Manca l'informazione per 11 casi

**Tab.6 Ospiti per sesso, condizione di autosufficienza e presenza di figli viventi. IRA di Padova**

Sesso	Presenza di figli	Condizione		Totale
		Non auto.	Autosuff.	
Femmina	Non ha figli viventi	38,7	56,0	42,8
	Ha almeno un figlio	61,3	44,0	57,2
	Totale	100	100	100
	v.a.	328	100	428
Maschio	Non ha figli viventi	33,3	29,0	32,0
	Ha almeno un figlio	66,7	71,0	68,0
	Totale	100	100	100
	v.a.	66	31	97

**Tab.7 Ospiti che vivevano da soli prima del ricovero, per sesso, condizione di autosufficienza e presenza di figli viventi. IRA di Padova**

Sesso	Presenza di figli	Condizione		Totale
		Non auto.	Autosuff.	
Femmina che vive sola	non ha figli viventi	45,7	61,2	50,2
	ha almeno un figlio	54,3	38,8	49,8
	totale	100	100	100
	v.a.	208	85	293
Maschio che vive solo	non ha figli viventi	61,2	29,6	31,8
	ha almeno un figlio	38,8	70,4	68,2
	totale	100	100	100
	v.a.	85	27	66

Le informazioni sulla rete familiare per gli anziani ricoverati a Treviso sono contenute in una variabile raccolta dalle assistenti sociali al momento della domanda di istituzionalizzazione. Essa ci permette di distinguere l'anziano privo di appoggi familiari o con familiari non disponibili, dall'anziano i cui familiari, pur essendo presenti, incontrano difficoltà logistiche, organizzative, economiche o altre difficoltà particolari che rendono troppo oneroso il compito di assistenza (tab.8). Mediamente un quarto degli anziani ricoverati non godeva del sostegno di familiari nel momento in cui ha presentato la domanda. Tuttavia, questa frazione cresce tra gli autosufficienti e tra i celibi e le nubili.

**Tab.8 Ingressi all'ISRAA di Treviso per grado di autosufficienza o stato civile e disponibilità di familiari**

	Privo di familiari o con familiari non disponibili	Familiari disponibili con difficoltà di varia natura
Non autosufficienti	21,4	78,6
Autosufficienti	30,0	70,0
Nubili/celibi	43,2	56,8
Coniugati	21,1	78,9
Vedovi	19,6	80,4
Totale	24,3	75,7

Fonte: elaborazione su dati Visentin, 2000



## 6. Perché in Istituto se autosufficienti?

Perché mai un soggetto ancora autonomo decide, o può venire indotto, a "ritirarsi" (questo è il termine usato da molti anziani per indicare il ricovero in casa di riposo)? Bisognerebbe poterne esplorare a fondo le risorse personali: culturali, economiche, esperienziali e morali. Discutendo del perché "– a parità di condizioni di vulnerabilità e di eventi precipitanti – alcuni sviluppano rassegnazione, perdita di plasticità e *hopelessness* ed altri invece superino la crisi o reggano una situazione cronicamente pesante", Micheli (1999) sottolinea il ruolo svolto dai "fattori di formazione dei sintomi" che "in identiche situazioni di crisi, con identiche precondizioni strutturali, possono produrre strategie di risposta ('sintomi') differenti da caso a caso. Per rappresentare questi fattori vengono utilizzati indicatori della qualità, oltre che delle relazioni e degli affetti, del livello di istruzione. Una bassa istruzione è generalmente indice di scarsa capacità di accedere, richiedere ed utilizzare i servizi territoriali alternativi.

Tab. 9 Ospiti per sesso e grado di istruzione (quando rilevato). IRA di Padova

Grado di istruzione	Sesso		
	femmine	maschi	totale
Nessun titolo	78,2	64,1	75,5
Elementare	9,7	20,5	11,8
Media inferiore	9,1	12,8	9,8
Media superiore	3,0	2,6	2,9
Totale	100	100	100
v.a.	165	39	204

Per gli ospiti dell'IRA di Padova di cui si conosce il titolo di studio (solo il 39%), questo risulta essere in genere assente o molto basso (tab.9). Gli unici casi riscontrati di diploma superiore sono quelli di donne sole non autosufficienti. Anche tra i maschi non autosufficienti si trova il valore relativo più basso di assenza di titolo di studio. Viceversa le donne autosufficienti risultano, tra tutti gli ospiti, le meno istruite. Si tratta di donne spesso nubili o di vedove senza figli, con scarse risorse culturali, prive di legami familiari; donne nate a cavallo della Grande Guerra, e segnate dall'esperienza della Seconda; donne probabilmente abituate a "servire" genitori, fratelli, parenti e "curare" figli di altri; donne che si sono precocemente "ritirate", forse per essere un po' servite, un po' curate, almeno per l'ultimo tratto della loro lunga esistenza. Figure destinate a scomparire, sostituite da "nuovi" anziani portatori di tipologie diverse di rinunce, che i percorsi della storia individuale avranno prodotto come effetto non necessario ma ugualmente e tragicamente reale.

## 7. La sopravvivenza nelle strutture residenziali

L'analisi della mortalità successiva all'ingresso in casa di riposo offre informazioni indirette sulle condizioni di chi vi entra (tab.10). Gli uomini ricoverati a Treviso muoiono di più delle donne, specie nei primi mesi di ricovero (dopo 6 mesi sono morti il 29% dei maschi e il 14% delle femmine). Queste differenze non si osservano tanto tra gli autosufficienti (tra di essi nello stesso intervallo muore meno del 10% degli entrati), quanto tra i non autosufficienti, al punto che,

tra i maschi, entro 2 anni è morto più del 50% dei ricoverati (tra le donne questa percentuale si osserva dopo più di 3 anni di degenza).

Le forti differenze per sesso si manifestano in misura diversa al variare dello stato civile. Esse restano molto ampie tra i coniugati e le coniugate: muore nei primi 6 mesi il 30% degli uomini e il 15% delle donne; entro 2 anni muore più del 50% dei maschi, mentre sono necessari quasi 4 anni per osservare la stessa percentuale di decessi tra le femmine. Anche la mortalità dei vedovi è maggiore di quella delle vedove, ma le differenze sono minori e la sopravvivenza dei maschi è più elevata. Molto più contenute le differenze tra chi non si è mai sposato, a causa, soprattutto, di una maggiore sopravvivenza dei celibi.

**Tab.10 Percentuale di anziani ancora in casa di riposo dopo 6 mesi, e dopo 1, 2, 3 anni dal ricovero, secondo alcune caratteristiche. IRSAA di Treviso**

	6 mesi	1 anno	2 anni	3 anni
Maschi	71	65	53	42
Autosufficienti	92	89	84	75
Non autosufficienti	68	60	48	33
Femmine	86	80	70	61
Autosufficienti	95	90	84	80
Non autosufficienti	84	77	66	55
Maschi				
Coniugati	70	64	48	36
Vedovi	75	67	58	45
Celibi	75	75	67	51
Femmine				
Coniugate	85	79	70	60
Vedove	88	82	70	62
Nubili	86	78	72	65
Coniugati				
Senza fam	80	80	72	60
Con fam	75	68	54	41
Vedovi				
Senza fam	81	80	71	64
Con fam	86	79	67	58
Celibi/nubili				
Senza fam	82	78	72	70
Con fam	84	79	72	61

Fonte: elaborazione su dati Visentin, 2000

Tutto ciò sembra indicare che, mentre per le donne le condizioni di salute sono mediamente molto simili al variare dello stato civile, tra i maschi sono molto diverse, in funzione della storia familiare pregressa: gli anziani che possono contare sulla presenza della moglie entrano in casa di riposo solo se in condizioni molto gravi; gli anziani che nel passato non si sono costruiti una famiglia propria si possono trovare costretti al ricovero a causa dell'assenza di una rete familiare, anche se in condizioni non peggiori di altri; coloro che possono godere di una rete parentale (i vedovi) si trovano in una situazione intermedia.

Nella stessa direzione portano le analisi che considerano stato civile e disponibilità di familiari (anche se senza distinzione di genere): chi è privo di

appoggi familiari sopravvive più a lungo di chi può godere della loro presenza ma non può convivere con essi a causa di problemi logistici, lavorativi, economici ecc. Evidentemente, questi ultimi restano a casa (propria o di parenti) finché le loro condizioni sono compatibili con le risorse che la rete parentale riesce a mettere a disposizione, e ricorrono alle strutture residenziali quando le condizioni di salute e di mancanza di autonomia diventano particolarmente impegnative e difficilmente sostenibili a domicilio.

## 8. Un tentativo di sintesi e di classificazione

Attraverso la procedura di *scaling ottimale* è possibile analizzare un set di variabili descritte su varie scale di misura, al fine di ottenere una riduzione delle componenti informative. Mediante l'applicazione di un'Analisi delle Componenti Principali per dati Categoricali (CATPCA di SPSS) è stato possibile estrarre due principali dimensioni, che sintetizzano alcune caratteristiche differenziali degli ospiti dell'Istituto padovano.

Sono state introdotte nel modello le variabili: stato civile e situazione familiare precedente all'ingresso (misurate su scala nominale multipla), presenza di figli viventi, condizione di auto/non autosufficienza, sesso (misurate su scala nominale), classe di durata della permanenza e classe di età all'ingresso (misurate su scala ordinale). Le prime quattro sono risultate le variabili maggiormente discriminanti e, in particolare, le prime tre si sono mostrate capaci di spiegare una grande quota di variabilità (perciò le ultime tre sono state comunque utilizzate, ma come variabili supplementari).

Le due dimensioni estratte riescono a spiegare il 60% della variabilità complessiva: la prima dimensione presenta un valore dell'  $\alpha$  di Cronbach pari a 0.7, la seconda pari a 0.6. Tale indice è una misura dell'affidabilità del lavoro di sintesi operato sulle variabili originarie per comporre ciascuna dimensione, varia tra 0 e 1, ed è pari ad 1 quando le variabili associate in una dimensione la misurano in modo ottimale (ovvero quando la somma della varianza delle singole variabili equivale alla varianza della variabile sintetica).

**Tab. 11 Riepilogo del modello di Analisi delle Componenti Principali con dati Categoricali. Ricoverati presso l'IRA di Padova**

Dimensio- ne	Alfa di Cronbach	Varianza spiegata				Totale (autovalore)	% di varianza
		Variabili nomi- nali multiple		Variabili non multiple			
		tot.	%	tot.	%a		
1	,699	1,519	75,95	,583	29,17	2,102	52,56
2	,594	1,514	75,69	,291	14,53	1,804	45,11
Totale	,776	1,516	75,82	,874	43,70	2,390	59,76

Ad ogni unità statistica viene associata una coppia di punteggi (un punteggio per ciascuna delle dimensioni estratte) che viene utilizzata come input di una successiva analisi di raggruppamento<sup>9</sup>.

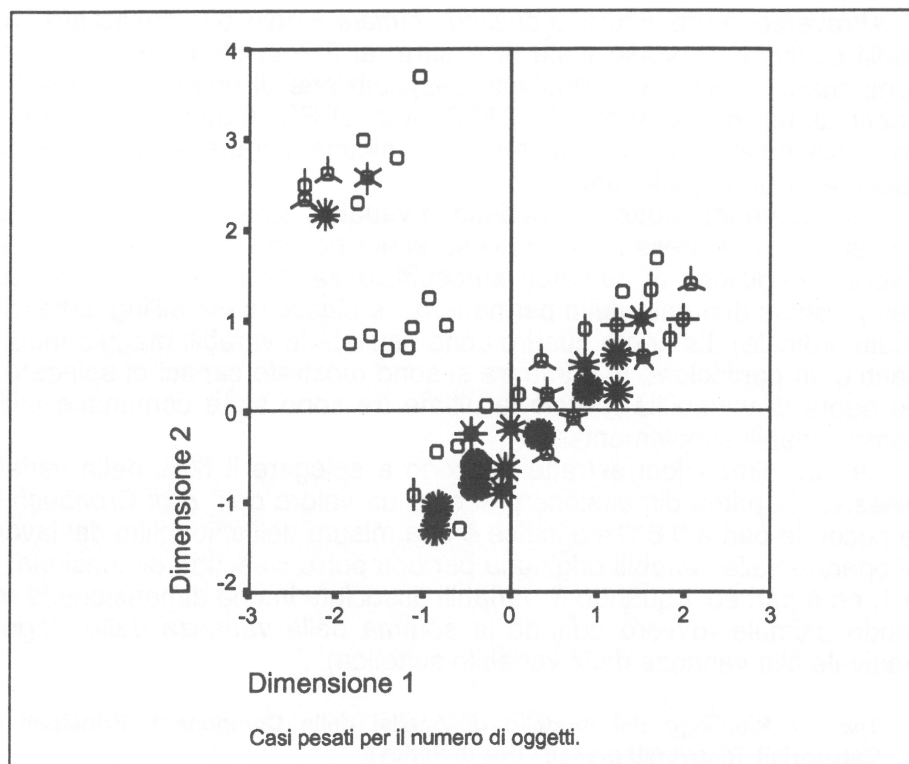
<sup>9</sup> Si è operato mediante la procedura *Quik Cluster* non gerarchica condotta col metodo dei centroidi.

In questa seconda fase l'obiettivo è rivolto ad individuare alcuni sottogruppi di ospiti che presentano profili differenti.

Già l'ispezione del grafico che illustra come le unità statistiche si posizionano nello spazio definito dalle due dimensioni estratte fa intuire l'esistenza di sottogruppi internamente omogenei e tra loro eterogenei (fig.5).

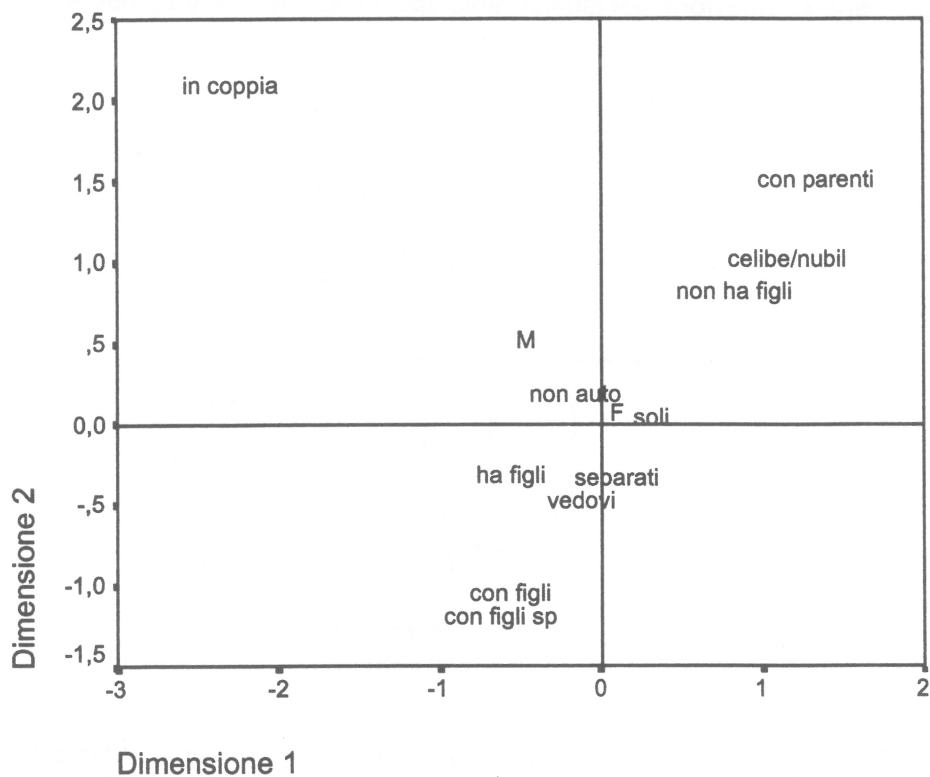
La procedura di *clustering* porta ad individuare 4 gruppi con caratteristiche specifiche, che possono essere interpretate mettendo in relazione la posizione dei centri dei cluster individuati con la posizione dei centroidi delle modalità delle variabili originarie utilizzate nella precedente fase di analisi (fig.6).

**Fig.5 Unità statistiche nello spazio definito dalle due componenti estratte (\*)**



(\*) Si tratta di un ideogramma in cui i "fiori" con un numero maggiore di "petali" indicano una maggior concentrazione di unità nell'area interessata.

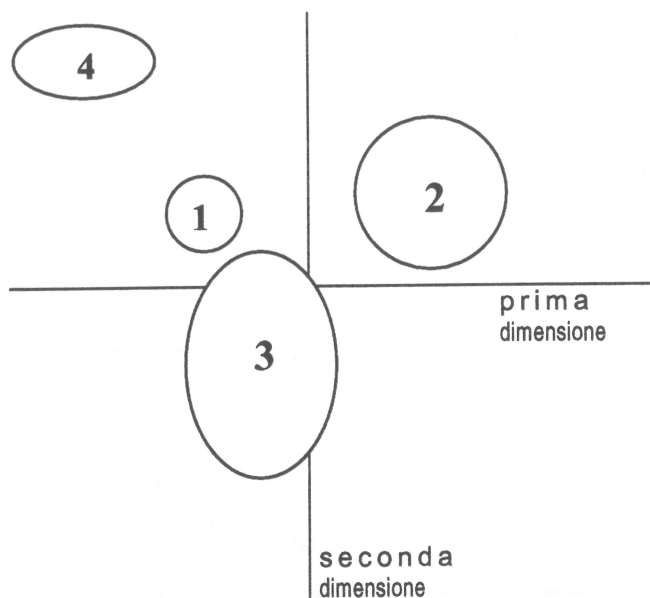
**Fig.6 Pesi e centroidi di componente**



**Tab.12 Coordinate dei centri dei cluster rispetto alle dimensioni estratte**

	Cluster			
	1	2	3	4
Dimensione 1	-1,221	1,207	-0,159	-2,300
Dimensione 2	0,792	0,839	0,651	2,184

Fig.8 Rappresentazione dei cluster nello spazio definito dalle componenti estratte



1. Il primo cluster è formato da 9 individui, coniugati o vedovi, entrati in istituto in età molto avanzata (l'età media all'ingresso, di 82 anni è quella più elevata). I suoi componenti presentano la più bassa durata media di permanenza (3,6 anni) e, escluso uno, sono tutti non autosufficienti.
2. Il secondo cluster è costituito da 137 soggetti di cui il 93% è costituito da celibi e nubili; i suoi componenti prima del ricovero vivevano da soli o con parenti ma non in nucleo (non cioè con un coniuge e/o dei figli). Non hanno figli e sono entrati in Istituto mediamente "più giovani" (78 anni è l'età media all'ingresso per questo gruppo); soprattutto tra le donne si osserva una durata media della permanenza elevata (6,5 anni).
3. Il terzo cluster è il più numeroso, conta infatti 335 componenti, dei quali il 95,5% sono vedovi/e. Dopo la perdita del partner sono rimasti soli (253) o hanno vissuto con i figli (76).
4. L'ultimo cluster è formato da 44 soggetti che hanno in comune la caratteristica di essere coniugati e di aver vissuto col partner fino al momento del ricovero. Sono quasi tutti non autosufficienti (42).

L'analisi svolta ha evidenziato la presenza tra gli ospiti dell'IRA di profili diversi di utenti.

Per alcuni soggetti (raccolti nel cluster 2) l'istituzionalizzazione pare essere stata una *libera scelta*, o perlomeno l'esito di un percorso di opzioni personali che non hanno portato alla costituzione e all'inserimento in un nucleo familiare. Si tratta di percorsi di vita che hanno trovato nella convivenza comunitaria, un naturale epilogo: persone che per la gran parte non hanno contratto matrimonio e che hanno vissuto (almeno nel periodo che ha preceduto il ricovero) da soli o aggregati ad altri parenti. L'assenza di figli testimonia la mancanza delle relazioni pri-

marie di genitorialità e, indirettamente, di coppia; l'età media all'ingresso, più bassa rispetto agli altri ospiti, in assenza di indicazioni circa una condizione di salute più precaria (anzi, le donne di questo cluster sono quelle che mostrano maggior durata media della permanenza in istituto), segnala la prevalente volontarietà del ricovero, e comunque l'assenza di alternative di rete.

Il cluster 4 raccoglie persone con storie di vita molto diverse dalle precedenti: tutte hanno costituito un loro nucleo familiare, anzi fino all'ultimo esse hanno beneficiato della presenza del coniuge, ma la condizione di non autosufficienza ha determinato la *necessità* del ricovero: il partner, anch'esso molto anziano, non riesce probabilmente più a farsi carico della non-autosufficienza del coniuge.

A questo profilo si avvicina quello dei componenti del cluster 1 in cui la situazione di *assoluta necessità* è ancora più evidente: l'età media dei membri di questo cluster è la più elevata in assoluto, i percorsi di vita sono stati simili ai precedenti, ma in alcuni casi la morte del coniuge ha interrotto in maniera definitiva le relazioni di cura, di reciprocità e di affetto su cui si poteva far affidamento vista la generale condizione di non autosufficienza di questi soggetti.

L'ultimo gruppo (cluster 3) è il più numeroso e anche il più eterogeneo, formato da soggetti rimasti soli o andati a vivere coi figli a seguito di una vedovanza, in buona parte (ma non tutti) non autosufficienti e mediamente piuttosto anziani. Tra costoro, soprattutto tra coloro che prima di passare in istituto hanno vissuto con qualche figlio, sarebbe possibile individuare dei soggetti che, se sostenuti con interventi mirati, avrebbero potuto trovare *in famiglia una alternativa* valida all'istituzionalizzazione. Si tratta dei casi in cui la (ri)attivazione della rete delle relazioni familiari ancora presenti (figli, nipoti, altri familiari) e l'intervento dei servizi sociali e sanitari del territorio, oltre che del volontariato, potrebbero trovare risposte alternative ma assolutamente adeguate.

Una conferma indiretta dell'opportunità di offrire servizi alternativi al ricovero viene dall'osservazione di tab.13 in cui si confronta la distribuzione per età delle persone entrate nelle strutture residenziali con quelle di chi accede ai centri diurni e ai ricoveri temporanei presso l'ISRAA di Treviso. Si tiene sotto controllo anche lo stato civile, come indicatore delle risorse familiari. Esso è utile anche per ricondurci ai gruppi appena descritti.

Abbiamo visto che il cluster 3 raccoglie i vedovi che, pur disponendo di una rete familiare, spesso devono ricorrere all'istituzionalizzazione per problemi logistici e organizzativi. L'elevata percentuale di 75-79enni tra i vedovi che hanno usufruito dei servizi di aiuto alle famiglie a Treviso diventa una conferma dell'utilità e un invito a intensificare gli interventi che possono favorire e sostenere l'assistenza degli anziani a domicilio, non ancora colpiti da gravi forme di infermità (probabilmente più frequenti tra le persone più anziane).

Nel quarto cluster abbiamo riconosciuto i coniugati costretti al ricovero a causa della non autosufficienza. Se guardiamo i coniugati che ricorrono a servizi temporanei, notiamo che quasi la metà ha meno di 75 anni: è probabile che anziani che dispongono di una famiglia ancora in grado di accudirli, se opportunamente aiutata e sostenuta possano prolungare la loro permanenza a casa.

Solo celibi e nubili presentano distribuzioni molto simili tra chi entra in casa di riposo e chi utilizza i servizi alternativi: ancora una volta, sembra che la disponibilità (o l'assenza) di una rete familiare sia il fattore più importante nel determinare le loro tipologie residenziali.

**Tab.13 Anziani entrati all'ISRAA di Treviso, per tipo di servizio utilizzato, classe d'età e stato civile (percentuali di colonna)**

Classi d'età	Case di riposo			Centri diurni e ricoveri temporanei		
	Celibi nubili	Coniugati	Vedovi	Celibi Nubili	Coniugati	Vedovi
< 75	18,1	24,1	7,7	24,1	44,8	8,3
75-79	16,9	20,0	13,5	10,3	17,2	28,6
80-84	19,3	24,7	27,9	20,7	10,3	22,6
≥ 85	45,8	31,2	50,9	44,8	27,6	40,5
totale	100	100	100	100	100	100

Fonte: elaborazione su dati Visentin, 2000

## 9. Qualche considerazione finale

In questo lavoro non si sono potuti considerare altri fattori di natura economica (livello di reddito) e sociale (il titolo di studio era assente in troppi casi), né approfondire gli aspetti relativi allo stato di salute degli ospiti. Si tratta di fattori che agiscono in concomitanza con gli aspetti legati alla condizione familiare di provenienza e che possono con questa interagire, producendo diversi effetti sulla propensione al ricovero.

Risultati più soddisfacenti e maggiormente validi possono venire solo da archivi informativi più completi, in cui siano contemporaneamente raccolte ed archiviate, ed in maniera omogenea, notizie sui vari aspetti di interesse: la dimensione e la qualità della rete familiare ed allargata che può costituire il network attivabile nel momento del bisogno; le risorse economiche disponibili; le risorse personali di tipo culturale e di socialità che possono portare ad affrontare problematiche analoghe con ottiche antitetiche.

Queste informazioni dovrebbero essere raccolte per tutta la popolazione anziana per conoscere e prevedere le situazioni di bisogno ed approntare i servizi adeguati per le diverse tipologie di bisogno.



## RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

---

- Bohrstedt G. W., Knoke D. (1988), *Statistica per le scienze sociali*, Il Mulino, Bologna.
- Bonarini Franco (2001), *Gli anziani nelle case di riposo*, contributo presentato alle Giornate di studio sulla popolazione, SIS-GCD, Milano 20-22 febbraio 2001.
- Facchini C. (1996), "Tipologia familiare, reti di relazione e reti di supporto", in Mauri L., Breveglieri L. (1996).
- Ghirardello A. (2001), *Analisi delle valutazioni sulle condizioni della popolazione anziana residente formulate dalle U.O.D. nell'ULSS di Vicenza e degli esiti a sei mesi*, Tesi di Diploma 0, relatore R. Clerici, Facoltà di Scienze Statistiche, Università degli Studi di Padova, A.A. 1999-2000.
- ISTAT (1999), *Decessi. Caratteristiche demografiche e sociali*. Roma.
- Mauri L. e Breveglieri L. (1996), *Vivere l'età anziana. Un'indagine sociologica in un'area avanzata*, Franco Angeli, Milano.
- Micheli G.A. e Laffi S. (1995), *Derive. Stati e percorsi di povertà non estreme*, Franco Angeli, Milano.
- Micheli G.A. (1999), *Vulnerabilità della popolazione anziana come stato e come disposizione*, Convegno Conclusivo dei lavori del Progetto Strategico C.N.R. "Indicatori e misure per la politica economica e sociale" Sottoprogetto "Anziani e politiche sociali", Unità Operativa Milano-Università Cattolica, Roma 23 e 24 giugno.
- Osservatorio socio-religioso Triveneto, Delegazione Caritas Nordest (2001), *Nord Est, Poveri ed emarginati in un mondo di ricchi, Primo rapporto dai centri di ascolto Caritas*. <http://www.chiesacattolica.it/osret>
- Regione Veneto (1999), *D.G.R. n. 3979, Valutazione Multidimensionale dell'Adulto e dell'Anziano. Approvazione Scheda S.V.A.M.A.*
- Sadocchi S. (1990), *Manuale di analisi statistica multivariata*, Franco Angeli, Milano.
- SPSS Inc. (1994), *SPSS Categories 6.1<sup>a</sup>*, Chicago.
- Visentin C. (2000), *Gli anziani ricoverati presso l'ISRAA di Treviso: analisi degli ingressi e durata della permanenza*, Tesi di Laurea, relatore M. Castiglioni, Facoltà di Scienze Statistiche, Università degli Studi di Padova, A.A. 1999-2000.

