



Department of Statistical Sciences
University of Padova
Italy

UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA
DIPARTIMENTO
DI SCIENZE
STATISTICHE

Living arrangement degli anziani e risorse familiari

Un'analisi in contesto urbano

Living arrangement among older people living in an urban context. The role of social network

Fausta Ongaro

Department of Statistical Sciences

University of Padua

Italy

Abstract:

The goal of this paper is twofold: i) describing the living arrangements of people aged 70 and more living in a town of the North-East of Italy; ii) examining the influence of the social and family networks on those living arrangements. Results show that the strategy is to leave older people in the own homes as long as possible, eventually providing care and help from the outside. A large family network reduces the risk of the old person living alone only if the health conditions become bad. Family network, instead, is highly protective with respect to institutionalization.

Il lavoro analizza il living arrangement degli ultrasettantenni che vivono in un'area urbana del Nord-Est ed il ruolo svolto dalla rete familiare nel determinare tale living arrangement. I risultati mostrano che la strategia prevede di lasciare gli anziani il più a lungo possibile nella propria abitazione, fornendo semmai aiuti dall'esterno. Se l'anziano non ha bassi livelli di autonomia, una rete familiare ampia non riduce sensibilmente la probabilità di vivere da soli. La rete familiare è invece un importante fattore di protezione dal rischio di istituzionalizzazione.

Keywords: living arrangement, older people, family and household, social network, health

Indice

1.	Introduzione.....	1
2.	Caratteristiche degli anziani di Treviso.....	3
2.1.	Età, sesso, stato civile.....	3
2.2.	In famiglia o in istituto?.....	4
3.	Anziani in famiglia.....	5
3.1.	La dimensione familiare.....	5
3.2.	La tipologia familiare.....	6
4.	Living arrangement, risorse familiari, rete sociale.....	8
4.1.	Figli e fratelli in vita.....	8
4.2.	La rete sociale.....	10
5.	Condizioni di salute e “living arrangement” dell’anziano.....	11
5.1.	La salute degli anziani in istituto e degli anziani in famiglia a confronto.....	12
5.2.	L’autonomia degli anziani in famiglia.....	14
6.	Conclusioni.....	14

Living arrangement degli anziani e risorse familiari

Un'analisi in contesto urbano

Living arrangement among older people living in an urban context. The role of social network

Fausta Ongaro

Department of Statistical Sciences
University of Padua
Italy

Abstract:

The goal of this paper is twofold: i) describing the living arrangements of people aged 70 and more living in a town of the North-East of Italy; ii) examining the influence of the social and family networks on those living arrangements. Results show that the strategy is to leave older people in the own homes as long as possible, eventually providing care and help from the outside. A large family network reduces the risk of the old person living alone only if the health conditions become bad. Family network, instead, is highly protective with respect to institutionalization.

Il lavoro analizza il living arrangement degli ultrasessantenni che vivono in un'area urbana del Nord-Est ed il ruolo svolto dalla rete familiare nel determinare tale living arrangement. I risultati mostrano che la strategia prevede di lasciare gli anziani il più a lungo possibile nella propria abitazione, fornendo semmai aiuti dall'esterno. Se l'anziano non ha bassi livelli di autonomia, una rete familiare ampia non riduce sensibilmente la probabilità di vivere da soli. La rete familiare è invece un importante fattore di protezione dal rischio di istituzionalizzazione.

Keywords: living arrangement, older people, family and household, social network, health

1. Introduzione

La rete familiare rappresenta uno dei principali riferimenti nella vita quotidiana degli individui, e questo è ancor più vero per le persone anziane. Essa è un elemento fondamentale per garantire agli anziani il mantenimento di un adeguato livello di qualità della vita. I familiari svolgono un ruolo centrale sia dal punto di vista relazionale che per quanto riguarda l'assistenza per le esigenze quotidiane. Spesso è proprio solo grazie ad essi che l'anziano può continuare ad esercitare un ruolo attivo ricevendo, quando le capacità fisiche e cognitive si indeboliscono, sostegno per la cura della propria persona e dell'ambiente in cui abita.

Tutto ciò ha un significato particolare per un paese come l'Italia, in cui i sistemi di welfare hanno sempre assegnato alla famiglia un ruolo centrale nell'assistenza agli anziani e in generale agli individui più deboli (Casazza, 2002). Tuttora, pur con un diverso concetto di sostegno e assistenza tra i membri della famiglia (Ongaro e Clerici, 2004; Micheli, 2002; Facchini, 2002; Golini et al., 1997), è ancora forte il riferimento a schemi tradizionali che permettono l'attuarsi della solidarietà intergenerazionale.

La famiglia stessa è, però, a sua volta oggetto di trasformazioni a diversi livelli. Anche senza considerare i cambiamenti in atto nel significato e nella natura delle relazioni tra i suoi membri¹, la famiglia italiana è da tempo oggetto di cambiamenti che rischiano di minare alla base il ruolo che ha tradizionalmente svolto a supporto delle persone anziane.

Ci limitiamo qui a considerare solo tre fonti di cambiamento. Il primo è il processo di nuclearizzazione della famiglia coesidente. Il fenomeno riguarda tutto l'occidente industrializzato e ha portato a una sostanziale sparizione della coesistenza di più generazioni di adulti, con il risultato che gli anziani non possono più contare sulla convivenza con una pluralità di individui più giovani con cui scambiare, per il fatto stesso di vivere assieme relazioni e assistenza². I miglioramenti economici e di welfare, d'altra parte, hanno fatto diminuire il bisogno di vivere in molti in un'unica abitazione. A questo si aggiungono cambiamenti nella mentalità comune che hanno affermato l'importanza della privacy e dell'indipendenza, anche tra gli anziani. Quindi, il vivere soli, laddove le condizioni di salute lo permettano, può rappresentare per le persone anziane una conquista³: gli anziani di oggi hanno la possibilità, prima di tutto economica, di vivere in modo autonomo, senza sentirsi di peso per i familiari e mantenendo una propria privacy, condizioni che non erano possibili in passato, poiché non vi erano possibilità di scelta⁴. La seconda fonte di cambiamento è il progressivo calo della discendenza finale con i nati a partire dalla metà del secolo appena trascorso, che ha portato le donne ad avere al massimo due figli e molte donne ad averne uno o addirittura nessuno (Ongaro, 2002). Gli anziani del prossimo decennio sono ancora abbastanza protetti da questa riduzione di risorse familiari, ma quelli che lo diventeranno tra una quindicina d'anni registreranno un diradamento generale della rete familiare, che potrebbe avere effetti pesanti sul loro benessere in età avanzata. Il terzo fattore attiene ai cambiamenti di ruolo della donna, i quali la portano ad essere sempre più coinvolta in occupazione extra-domestica e a comprimere il tempo da dedicare a quelle attività di cura e assistenza ai soggetti deboli della famiglia che la tradizione le affidava.

In queste pagine si analizzeranno le soluzioni residenziali sperimentate dagli ultrasessantenni e il ruolo che giocano le risorse familiari nel determinare il loro "living arrangement" per capire quali strategie sono messe in atto dalle famiglie in un contesto di cambiamento quale è quello appena descritto. Lo studio è circoscritto alla popolazione del comune di Treviso che per certe caratteristiche (area di relativo benessere economico; alto tasso di occupazione femminile, rapida adozione di comportamenti familiari di rottura con la tradizione; rivendicazione di una forte identità culturale veneta) può essere considerato un po' come un piccolo laboratorio. Lo studio "Treviso Longeva" (Gallucci, 2004) è la fonte dei nostri dati. Si tratta di un'indagine realizzata su un campione di quasi 700 anziani residenti in famiglia e in istituto che ha il pregio di combinare dati di

¹ Si pensi per esempio al rapido aumento di separazioni e divorzi o alla diffusione delle convivenze in sostituzione dei matrimoni, che necessariamente finiscono per modificare – in qualche caso indebolire - i tradizionali legami di parentela.

² Secondo de Jong Gierveld et al. (2001), la proporzione di anziani soli è aumentata in tutta Europa, portando nella popolazione degli ultrasessantenni ad un aumento dei nuclei familiari e a una diminuzione del numero di componenti la famiglia.

³ Il rischio di isolamento e solitudine risulta in parte attenuato dalla maggiore disponibilità di risorse economiche e dalla tecnologia: la diffusione dei mezzi di comunicazione (telefoni) e di trasporto (automobili) riduce le distanze con i parenti non coesidenti; l'aumento delle risorse economiche non ha cambiato solo lo stile di vita e i bisogni degli anziani ma permette loro di poter avere anche aiuti ed assistenza a pagamento. In alcune aree del Paese inoltre – ed il Veneto è una di queste – è diffuso il fenomeno della prossimità abitativa di genitori e figli che rappresenta un tentativo di conciliare il bisogno di autonomia dei singoli aggregati con il desiderio di mantenere saldi legami familiari.

⁴ Secondo Giddens (1991, citato da de Jong et al. , 2001) la possibilità di prendere delle decisioni per pianificare il proprio futuro ricopre una grande importanza al giorno d'oggi, in cui ci sono sempre più alternative di stili di vita. Per ciascuna alternativa vanno valutati i pro e i contro, e anche nel caso del vivere soli si possono considerare dei vantaggi (come l'indipendenza, la privacy, il maggior tempo per se stessi laddove altre persone richiederebbero aiuti, ad esempio verso i nipoti) e degli svantaggi (mancanza di continua attenzione e supporto da parte di altri, assenza di suddivisione dei compiti, sensazione di solitudine); ciascuno valuta l'importanza degli uni e degli altri per prendere la propria decisione. Il dato importante è che nel mondo moderno gli stili di vita possono essere forzati da eventi o condizioni di salute, ma la componente decisionale dell'individuo, in passato ridotta, è fondamentale, anche in età avanzata.

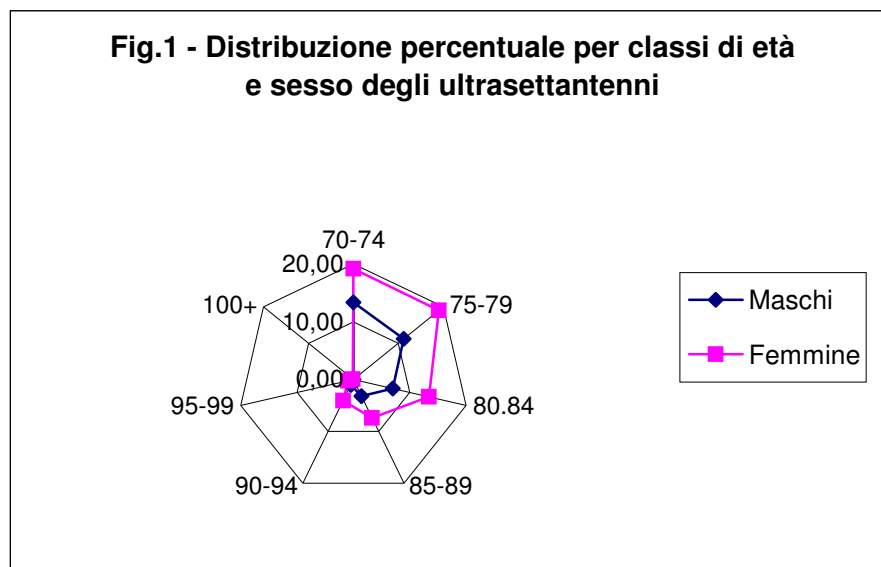
tipo demografico, sociale, economico e sanitario. Il campione è stato reso rappresentativo dell'intera popolazione del comune con post-stratificazione per età e sesso (Violo, 2005).

Nel paragrafo seguente si descriveranno le caratteristiche demografiche di base del campione di ultrasessantenni; nei paragrafi 3 e 4 si esamineranno il living arrangement degli anziani e le relazioni che sussistono tra living arrangement e reti familiare e sociale; nel paragrafo 5 si considereranno le relazioni tra salute e soluzioni residenziali adottate dagli anziani; l'ultimo paragrafo è dedicato ad alcune riflessioni finali.

2. Caratteristiche degli anziani di Treviso

2.1. Età, sesso, stato civile.

Secondo l'indagine la popolazione degli ultrasessantenni di Treviso è costituita da un 63% di 70enni, un 34% di 80enni, e un 6% di ultranovantenni⁵ (fig. 1). La maggioranza di essi (64%) è costituita da donne: esse sono il sesso dominante in tutte le classi d'età e la loro proporzione va aumentando con il crescere dell'età (le donne rappresentano infatti circa il 60% dei settantenni e poco più dell'80% degli ultranovantenni).



La maggior parte degli ultrasessantenni del campione è inoltre costituita da vedovi (47%) o da coniugati (44%). Solo il 9% è celibe/nubile⁶. La prevalenza dei vedovi aumenta ovviamente con il crescere dell'età e la femminilizzazione della popolazione (tab. 1): tra i 70-74enni essi sono infatti poco più di un quarto mentre tra gli ultranovantenni rappresentano oltre il 70%.

⁵ Qui e nel resto del lavoro tutti i risultati si basano su dati pesati con post-stratificazione. Per ulteriori dettagli sul metodo si veda: Violo, 2005.

⁶ Rispetto allo stato civile rilevato nell'intera popolazione residente all'1-1-2003 troviamo una leggera prevalenza di coniugati (nella popolazione sono il 47%) a scapito di vedovi (nella popolazione sono il 43%) e soprattutto di celibi-nubili (nella popolazione sono l'11%).

Tab. 1 - Percentuale di celibi/nubili, coniugati e vedovi per classe d'età (campione pesato)

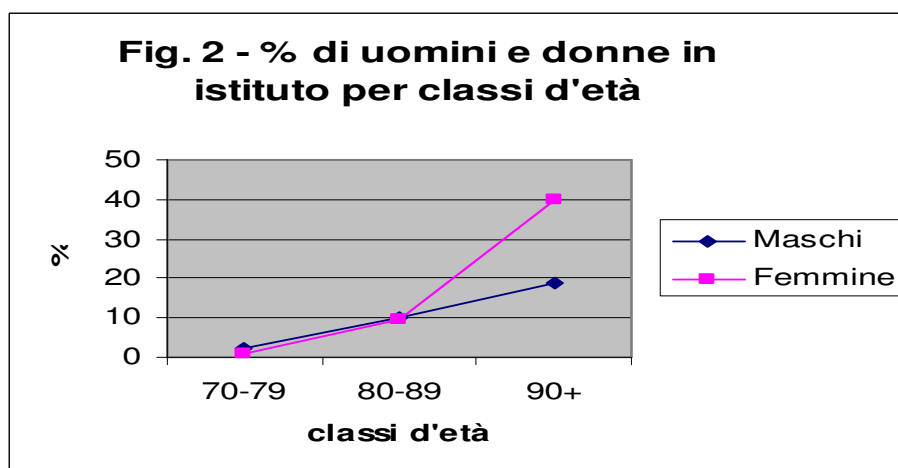
Classi d'età	Celibi nubili	Coniugati (1)	Vedovi (2)	Totale
70-74	5,4	68,2	26,4	100
75-79	6,8	65,1	28,0	100
80-84	9,6	46,0	44,4	100
85-89	13,7	28,8	57,5	100
90-94	8,9	23,7	67,5	100
95+	17,1	2,9	80,0	100

(1) compresi i rari casi di separati; (2) compresi i rari casi di divorziati

2.2. In famiglia o in istituto?

La stragrande maggioranza degli ultrasessantenni vivono in famiglia; solo il 6% vive in istituto⁷. In realtà, se confrontato con le percentuali di anziani residenti in strutture residenziali che emergono dal censimento del 2001 per l'intera provincia di Treviso, questo dato è relativamente alto⁸.

Ciò che sorprende maggiormente però è l'accelerazione che presenta la quota di istituzionalizzati all'aumentare dell'età. Tra i settantenni quelli che stanno in istituto sono solo l'1% ma già tra gli ottantenni essi diventano il 10% e tra gli ultranovantenni essi raggiungono il 36%: uno su tre è cioè in istituto. Il fenomeno è evidente per uomini e donne ma per le donne è particolarmente forte (fig. 2). A parità di età, la percentuale di anziani in istituto è quasi uguale per maschi e femmine fino ai novant'anni (1-2 e 10%). Ma dopo i novant'anni la proporzione di donne in istituto è doppia rispetto a quella degli uomini della stessa età - infatti quasi il 40% delle femmine ultranovantenni vive in istituto, mentre la stessa percentuale vale per i maschi meno del 20%. E' evidente che la maggiore sopravvivenza delle donne sugli uomini e le differenze di età al matrimonio fanno sì che le donne abbiano maggiori probabilità degli uomini di trascorrere gli ultimi anni della loro vita in istituto.



⁷ Con il termine istituto si considerano strutture di cura tradizionali, case-albergo, strutture per non autosufficienti. Sono stati invece esclusi dall'analisi 11 religiosi che vivono in istituto per ragioni legate alle loro scelte di vita: di questi due hanno 70-79 anni, sei hanno 80-89 anni e tre 90 e più anni.

⁸ A livello provinciale per esempio gli ultrasessantacinquenni i residenti in istituto sono il 6% contro il valore del 9% che risulta dall'indagine per il livello comunale. Tale differenza potrebbe essere spiegata sia con differenze di età tra popolazione comunale e provinciale (quella comunale è più anziana) sia con differenze nell'offerta di strutture residenziali per anziani (in questo caso le strutture comunali finirebbero per attirare anche popolazione anziana dei comuni limitrofi).

Da tutto ciò risulta una popolazione istituzionalizzata particolarmente selezionata per età e sesso: l'86% ha oltre ottant'anni, e il 37% supera i novanta; il 71% è costituito da donne. In particolare, oltre un terzo degli anziani istituzionalizzati sono donne ultranovantenni.

3. Anziani in famiglia

3.1. La dimensione familiare

Le famiglie in cui vivono gli ultrasettantenni di Treviso sono poco numerose (tab. 2). La maggior parte vive in famiglie di due persone (54%) e solo il 16% ha tre o più componenti. Quasi un terzo (30%) vive solo. In media le famiglie contano un po' meno di due componenti (1,9).

Tab. 2 - Anziani residenti in famiglia per numero di componenti la famiglia, età e sesso

	70-79	80-89	90+	Totale
	Maschi			
1	5,75	18,50	19,87	9,50
2	77,00	66,62	48,15	73,46
3+	17,26	14,88	31,99	17,05
Numerosità (=100)	159,85	59,33	6,34	225,52
N.ro medio compon.	2,15	1,96	2,28	2,10
	Femmine			
1	41,86	43,56	31,01	41,83
2	46,98	35,33	38,31	42,93
3+	11,16	21,11	30,68	15,24
Numerosità (=100)	253,82	123,11	20,27	397,20
N.ro medio compon.	1,71	1,86	2,18	1,78
	Totale			
1	27,90	35,41	28,35	30,12
2	58,58	45,50	40,04	53,98
3+	13,52	19,09	31,61	15,90
Numerosità (=100)	413,67	182,44	26,61	622,72
N.ro medio compon.	1,88	1,89	2,20	1,90

Esiste tuttavia una certa variabilità con l'età e il sesso a riprova che questa fase della vita non è statica dal punto di vista abitativo e familiare. A tutte le età gli uomini – sia perché meno colpiti dalla vedovanza, sia perché meno propensi a restare soli una volta rimasti vedovi⁹ - vivono in famiglie più numerose delle donne (2,1 contro 1,8). Inoltre, per gli uomini il periodo di maggior "solitudine" è quello degli 80-89 anni dove possono restare vedovi e non hanno ancora trovato altre soluzioni abitative di tipo familiare. Le donne, colpite più frequentemente e precocemente dei maschi dalla vedovanza, hanno famiglie poco numerose già quando sono nella fascia 70-79 anni.

⁹ La letteratura suggerisce che esiste infatti un diverso atteggiamento di maschi e femmine riguardo al vivere soli: queste ultime solitamente accettano la solitudine con maggior determinazione degli uomini, dimostrando maggior desiderio e capacità di autonomia (Golini, Bruno e Calvani, 1997), mentre i maschi manifestano una maggior propensione, una volta rimasti soli, a costruire per esempio un nuovo nucleo familiare (ISTAT, 1997).

Con il raggiungimento di età elevate (90 e più) alcuni anziani si aggregano evidentemente ad altri - il numero medio di componenti passa da 1,89 a 2,20 - ma resta comunque una percentuale relativamente alta (28% del gruppo, con una punta del 31% tra le donne) di individui che continuano a vivere da soli.

Ma in quali famiglie vivono gli anziani? Nel seguito approfondiremo con chi vivono gli anziani che stanno in famiglia.

3.2. La tipologia familiare

Se consideriamo il totale degli ultrasessantenni, le famiglie in cui vivono gli anziani sono sostanzialmente di due tipi: o si vive con il coniuge senza altre persone conviventi (45%) oppure da soli (30%). Tuttavia come è stato già notato precedentemente la situazione è soggetta a sensibili cambiamenti con l'età e il sesso dell'anziano (fig. 3a, b).

Al crescere dell'età la proporzione di persone che vive con il coniuge diminuisce per entrambi i sessi. Entro gli 80 anni la quasi totalità degli uomini (93%) vive con la moglie, dopo i 90 anni sono in questa situazione la metà degli uomini (51%). Le donne, tendenzialmente più giovani di un marito che ha comunque una speranza di vita meno lunga, già quando sono settantenni abitano col marito solo nel 42% dei casi e quando si trovano nella fascia d'età più anziana sono in coppia solo nel 6% dei casi. La condizione più diffusa per la donna anziana è vivere sola. Lo è il 42% delle 70enni, il 44% tra le 80enni e il 31% delle ultranovantenni. I maschi vivono da soli molto meno spesso delle femmine: i meno anziani abitano soli solo nel 6% dei casi e al massimo, dopo gli ottant'anni, troviamo un 20% di soli.

In generale con il crescere dell'età, la tipologia familiare degli anziani tende a differenziarsi: compaiono nuclei¹⁰ monogenitori (costituiti per lo più da un solo figlio convivente con il genitore), gruppi di individui non legati da rapporti coniugali o di tipo genitore-figlio (si tratta nella stragrande maggioranza di gruppi di due persone uniti da legami di parentela orizzontale - fratelli/sorelle/cognati - ma esistono anche casi di convivenza con personale retribuito), famiglie nucleari con l'anziano aggregato al nucleo (nella stragrande maggioranza delle situazioni il nucleo è quello del figlio, più raramente quello di un fratello). Tra gli uomini questo fenomeno si rileva solo dopo i 90 anni (il 14% è aggregato ad un altro nucleo e il 10% è in nucleo monogenitore, il 5% è in un gruppo anucleare). Tra le donne invece questa variabilità familiare è già presente a partire dagli 80 anni: nella classe 80-89 anni troviamo già percentuali non marginali di donne che vivono in un nucleo monogenitore (18%) ma anche di donne aggregate ad un nucleo (12%) e in gruppi senza nucleo (11%); nella fascia d'età più alta tale gruppi sono rappresentati con percentuali rispettivamente dell'11, del 28 e del 25%.

Da tutto ciò pare di cogliere che tra la gli anziani di Treviso si sia trovato per ora un compromesso tra comportamenti moderni e tradizionali, in base al quale l'anziano vive il più possibile nel proprio nucleo o da solo. Ciò salvaguarda sia l'indipendenza e la privacy dell'anziano che quelle dei loro congiunti. Quando salute e autonomia cominciano a venire meno, la famiglia torna a svolgere una funzione di protezione garantendo all'anziano di vivere con figli o con altri familiari. La relativamente alta percentuale di ultranovantenni in istituto e una timida presenza di personale retribuito sono tuttavia segnali di difficoltà della famiglia a venire incontro ai bisogni degli anziani in età avanzata. Coloro che convivono con un assistente retribuito sono infatti soprattutto donne che hanno quasi sempre almeno un figlio vivente. La convivenza con l'assistente retribuito non sembra dunque una necessità nel caso in cui l'anziano non abbia parenti in vita, ma è piuttosto una possibilità, una facilitazione, nelle situazioni in cui i parenti non possono - o non vogliono - prendersi cura di esso.

¹⁰ Si intende con nucleo un insieme di persone che vivono insieme avendo tra loro un rapporto di coppia coniugale e/o una relazione genitore-figlio.

Fig. 3a - Famiglie in cui vivono gli uomini di diverse classi d'età (%)

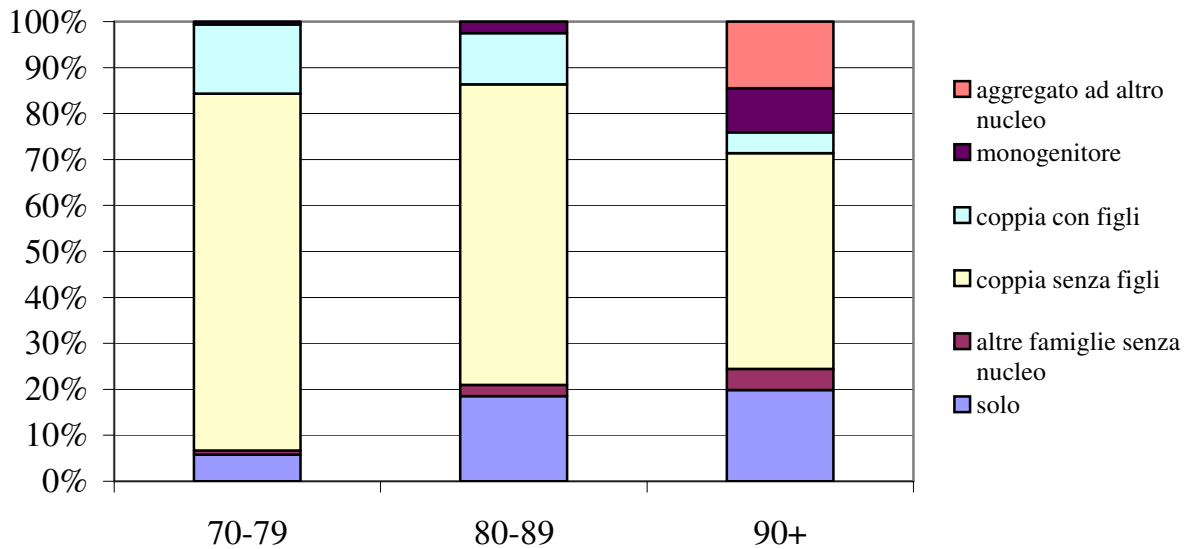
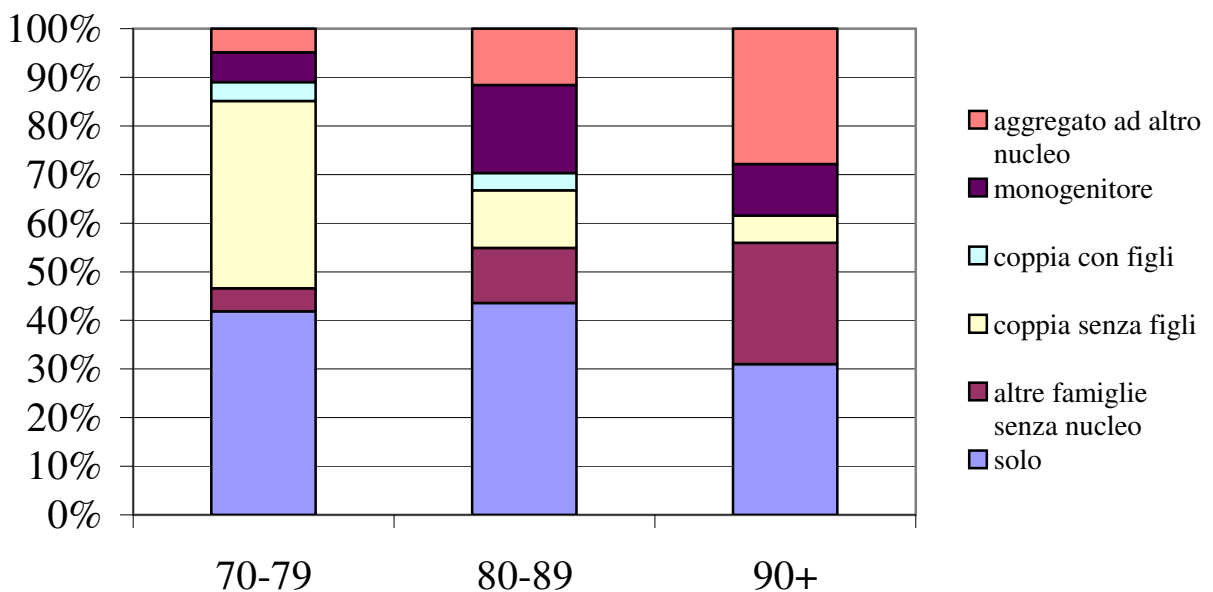


Fig. 3b - Famiglie in cui vivono le donne di diverse classi d'età (%)



L'età anziana configura inoltre situazioni diverse per gli uomini e per le donne. I primi continuano nella maggior parte dei casi a vivere nelle stesse condizioni familiari in cui hanno vissuto durante l'età adulta. Le seconde invece, più facilmente, sono costrette a far fronte a situazioni di stress derivanti dalla perdita del partner (talora anche di qualche figlio) e dalla necessità di dover scegliere tra solitudine oppure trasferire la propria abitazione in istituto o in altra famiglia cambiando abitudini e stile di vita.

4. Living arrangement, risorse familiari, rete sociale

Nella vita di ogni persona, il tessuto di relazioni riveste una parte importante, sia se si considerano i rapporti all'interno della propria famiglia, sia includendo anche i legami che ciascuno intrattiene fuori di casa. Alcuni di questi rapporti, in particolare, svolgono un ruolo importantissimo, costituendo per ogni persona la propria rete sociale. Essa è stata definita da Walker¹¹ come un insieme di contatti personali grazie ai quali l'individuo mantiene la sua identità sociale, attraverso il supporto emotivo e materiale e lo scambio di informazioni. La rete sociale dunque appare subito come un fattore di grande rilievo nella vita di ciascuno, poiché tutti hanno bisogno di mantenere un'identità sociale, e più o meno spesso di ricevere sostegno, sia materiale sia affettivo.

Tutto ciò è ancora più vero per gli anziani, che per una serie di fattori (pensionamento, perdita di persone care – in particolare del coniuge, difficoltà di movimento e di relazione per l'insorgere di problemi di salute) sono a rischio di avere una rete sociale ridotta rispetto ad altre fasce di età. La qualità della vita degli anziani dipende in buona parte dalla presenza di una rete di relazioni, che promuove la salute dell'individuo in diversi modi: controllando e scoraggiando comportamenti scorretti e dannosi per la salute, come il fumo, promuovendo quelli corretti, come una sana alimentazione, e incentivando il ricorso ai servizi sanitari, in particolare ai fini della prevenzione. Ma la rete sociale è importante per gli anziani non solo perché li aiuta a promuovere la salute, ma anche perché può offrire un sostegno affettivo e di scambio in un momento in cui i rapporti con gli altri si riducono. E' pertanto necessario studiare le reti degli anziani, non solo per capire il loro livello di integrazione sociale, ma anche per determinare le possibili fonti di assistenza in caso di bisogno, e le strategie di welfare a integrazione/ alleggerimento dell'attività delle famiglie.

La rete sociale è certamente condizionata dall'ampiezza della rete familiare e per questo, prima di affrontare il tema della rete nel suo complesso, si analizzerà la dimensione della rete familiare con particolare riferimento ad alcuni soggetti che, assieme al coniuge, costituiscono il nucleo di una rete familiare potenziale: i figli e i fratelli in vita.

4.1. Figli e fratelli in vita

Nel complesso gli ultrasettantenni hanno in media due figli viventi (tab.3). I maschi hanno più figli delle femmine; questo può dipendere dal fatto che ci siano, in proporzione, più nubili che celibi. La dinamica del numero medio di figli con l'età è il risultato di tendenze contrastanti che vedono, da un lato, l'assottigliarsi della discendenza con il ringiovanimento delle generazioni e, dall'altro, un aumento dei rischi di perdita dei figli per morte al crescere dell'età del genitore: per gli uomini questo ultimo effetto sembra poco rilevante ed infatti gli ultranovantenni hanno un numero medio di figli in vita (2,21) maggiore dei settantenni (2,05).

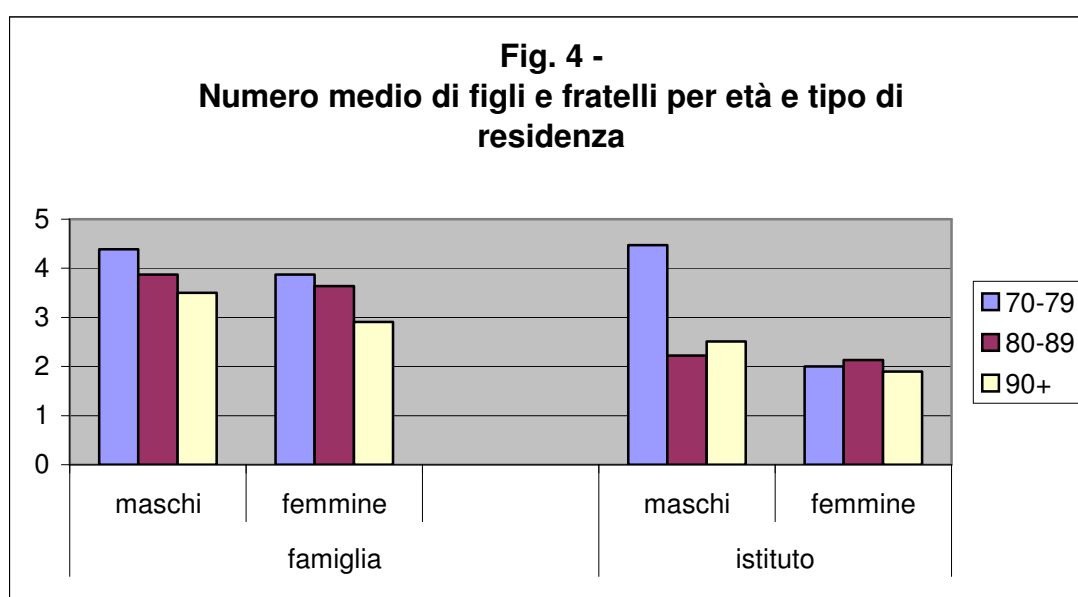
Tab. 3 - Numero medio di figli e fratelli viventi degli anziani per età e sesso dell'anziano

Parenti in vita	70-79		80-89		90+		TOTALE	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Figli	2,05	1,79	2,07	2,03	2,21	1,71	2,06	1,86
Fratelli	2,34	2,07	1,64	1,46	1,11	0,80	2,11	1,77
Totale	4,39	3,86	3,71	3,49	3,32	2,51	4,17	3,63

¹¹ 1977, citato in Rosina e Tomassini (2002).

Fratelli e sorelle – soprattutto se più giovani – possono essere un altro soggetto importante della rete familiare dell’anziano. Questi anziani, inoltre, appartengono a generazioni che possono avere avuto relativamente numerosi fratelli anche se l’età mette a rischio di perderli per morte. Ed in effetti il numero medio di fratelli/sorelle in vita degli anziani tende a ridursi con l’età: i poco più di due fratelli in vita dei 70enni, tra gli ultranovantenni, si dimezzano. Se tuttavia consideriamo il numero medio di figli e fratelli complessivamente “disponibili” per anziano troviamo che, la rete familiare potenziale è relativamente ampia: senza contare coniuge, nipoti, generi/nuore, etc., per tutti gli ultrasettantenni, esso ammonta mediamente a 3,5 (donne) – 4 (uomini) individui e solo tra per le donne ultranovantenni si registra un certo assottigliamento del numero di figli e fratelli (2,5).

Emerge inoltre una forte correlazione tra numero di figli e fratelli in vita e il “living arrangement” dell’anziano (Mazzuco e Ongaro, 2002). Dalla fig. 4 risulta evidente che, a parità di età¹² e di sesso, coloro che vivono in istituto hanno una dimensione media di questa rete familiare nettamente inferiore a quella di coloro che stanno in famiglia.



A questo risultato concorrono sia i fratelli che ai figli ma sono soprattutto questi ultimi che sembrano essere un fattore di protezione dall’istituzionalizzazione. Gli anziani in famiglia infatti hanno mediamente 1,97 figli in vita, mentre per gli anziani in istituto il numero medio di figli è 1,29 ma scarti simili sono registrati tutte le età e (tab. 4). Elaborazioni con modelli che tengono sotto controllo l’eterogeneità della popolazione anziana rispetto ad età, sesso, stato civile, titolo di studio e condizioni di autonomia confermano questo risultato (Violo, 2005): avere dei figli, anche pochi, riduce nettamente il rischio di istituzionalizzazione dell’anziano e il rischio diminuisce con il crescere del numero di figli. L’effetto protettivo dei fratelli nei confronti dell’istituzionalizzazione è molto più polarizzato e si manifesta solo quando i fratelli sono numerosi (tre o più)¹³.

¹² Dato il basso numero (tre individui) degli individui in istituto nella classe d’età 70-79 si trascurano i risultati relativi alla classe più giovane.

¹³ Modellazioni analoghe condotte sugli anziani senza coniuge che vivono in famiglia hanno mostrato un debole effetto dei figli anche sulla propensione a vivere da soli piuttosto che con altri familiari: i figli sono una protezione contro il vivere da soli solo se sono numerosi (tre o più). La presenza di fratelli invece non sembra essere rilevante per determinare se l’anziano vive solo o con altri. Per ulteriori dettagli si veda Violo (2005).

Tab. 4 - Numero medio di figli e fratelli viventi degli anziani residenti in famiglia e in istituto, per età e sesso dell'anziano

Tipo di "living arrangement"	70-79		80-89		90+		TOTALE	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Figli viventi								
Famiglia	2,05	1,80	2,21	2,08	2,33	2,01	2,10	1,90
Istituto	2,00	0,00	0,78	1,55	1,67	1,26	1,26	1,30
Fratelli viventi								
Famiglia	2,34	2,07	1,66	1,56	1,17	0,90	2,13	1,85
Istituto	2,47	2,00	1,44	0,58	0,84	0,64	1,68	0,71

4.2. La rete sociale

Ma al di là dell'esistenza di una rete familiare potenziale, quanto è ampia la cerchia di persone che l'anziano vede o sente più spesso¹⁴? E da chi è composta?

La tab. 5 mostra che gli anziani possono contare in media su due, massimo tre persone.

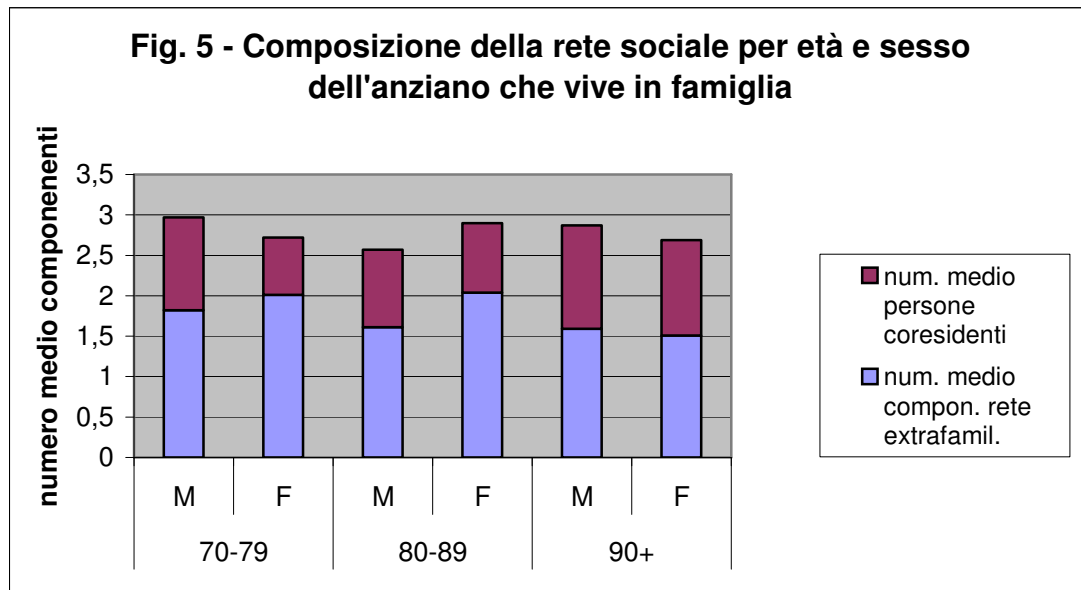
Tab. 5 - Numero medio di persone della rete sociale degli anziani residenti in famiglia e in istituto, per età e sesso dell'anziano

Tipo di "living arrangement"	70-79		80-89		90+		TOTALE	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Famiglia	2,97	2,72	2,57	2,90	2,87	2,69	2,86	2,77
Istituto	4,00	2,00	1,78	2,19	2,56	1,96	2,55	2,07

Quelli che vivono in istituto hanno una rete più povera di quelli che vivono in famiglia. I due terzi di essi può contare su una (32%) o due (34%) persone; il 13% su tre individui e solo il 18% su 4-5 persone; meno dell'1% non vede nessuno. La situazione è diversa per quanti vivono in famiglia: qui i casi di rete vuota sono pressoché inesistenti (0,30%); un po' meno della metà ha una rete di due (13%) o tre persone (33%) e il resto si ripartisce tra individui con una rete di tre e di quattro-cinque persone (27% ciascun gruppo).

Consideriamo ora più in particolare la rete sociale di quanti vivono in famiglia. In media essi possono contare su poco meno di tre persone (2,86 per gli uomini e 2,77 per le donne) ma, di queste, circa due (1,76 per gli uomini e 1,99 per le donne) non vivono con l'anziano. Prima dei novant'anni poi la composizione è ancora più squilibrata verso l'esterno. Dalla fig. 5 risulta inoltre che fino ai 90 anni la rete esterna resta pressoché costante per uomini e donne (1,5 - 2 persone) e che le donne hanno una rete di non coresidenti più ampia di quella degli uomini.

¹⁴ Nell'indagine si chiedeva all'anziano di indicare fino ad un numero massimo di cinque persone.



La grande maggioranza delle persone indicate nella rete sociale ha contatti quotidiani con gli anziani, un rapporto di confidenza profondo e una grande disponibilità all'aiuto (Violo, 2005). I figli sono in assoluto la figura più importante della rete sociale dell'anziano: essi rappresentano più del 50% delle figure citate dagli anziani, siano essi uomini o donne.

Questo è l'unico elemento in comune tra uomini e donne perché poi per il resto la composizione della rete maschile è molto diversa da quella femminile. Per gli uomini la rete è sostanzialmente composta dai figli (55% delle citazioni) e dal coniuge (30% delle citazioni); altri familiari sono relativamente poco citati (fratelli/sorelle, generi/nuore, nipoti, altri familiari pesano ciascuno intorno al 2-3% delle citazioni) e comunque sono citati quanto altre persone non familiari o personale retribuito. Inoltre non si colgono particolari preferenze per particolari relazioni di parentela. Per le donne invece si coglie una maggiore variabilità della rete: la mancanza del coniuge (la seconda figura più importante della rete dopo i figli, ma citata presente solo nell'11% delle citazioni femminili) spinge evidentemente le donne ad avere altre figure di riferimento nell'ambito familiare: troviamo così che i fratelli/sorelle sono citati nel 9% dei casi, che i generi/nuore così come i nipoti (figli di figli) sono citati ciascuno nel 6% dei casi, che i nipoti (figli di fratelli/sorelle) nel 5% dei casi e che nel 6% dei casi sono citati anche altre persone esterne alla famiglia. Il personale retribuito, come per gli uomini, occupa il 2% delle citazioni.

5. Condizioni di salute e "living arrangement" dell'anziano

Nell'indagine sono stati utilizzati diversi approcci per misurare le condizioni di salute degli anziani. Qui consideriamo tre tipi di misure: una soggettiva, lo stato di salute percepito¹⁵ e due oggettive che valutano le condizioni di indipendenza degli anziani, la scala ADL (Activities of Daily Living¹⁶) e quella IADL (Instrumental Activities of Daily Living¹⁷).

¹⁵ L'intervistato poteva esprimere il proprio giudizio scegliendo tra cinque alternative: "molto bene", "bene", "così così", "male", "molto male".

¹⁶ È un indice di indipendenza proposto nel 1970 da Katz e altri dell'Università del Michigan; essa è rivolta soprattutto alla popolazione istituzionalizzata per decidere i termini dell'assistenza dell'individuo. Nella versione utilizzata nell'indagine, la scala ADL è costituita da 6 items volti a misurare l'autonomia dell'anziano nelle attività della vita quotidiana, quali fare il bagno, vestirsi, continenza di feci e urine e uso della toilette, spostamenti entro casa,

Secondo questi indicatori emerge una popolazione che riesce a convivere abbastanza bene con il processo di riduzione delle potenzialità fisiche e psichiche connesse con l'invecchiamento. I casi di anziani con gravi impedimenti nelle più importanti attività della vita quotidiana (mangiare, vestirsi, fare il bagno, etc.) sono relativamente circoscritti: solo il 12% ha un punteggio della scala ADL inferiore a 5 mentre l'83% raggiunge il punteggio massimo della scala. Tuttavia, secondo la scala IADL gli ultrasessantenni di Treviso raggiungono un punteggio medio di 6,3 punti (pressoché simile per uomini e donne) su un massimo di 8 punti, come a dire che qualche problema di gestione delle attività quotidiane strumentali esiste. Con il crescere dell'età il livello di autonomia cala inoltre velocemente: tra i settantenni è pari a 7 ma già tra gli ottantenni scende a 5,7 e tra gli ultranovantenni si riduce a 2,4. Tutto ciò, però, convive con una considerazione soggettiva del proprio stato di salute relativamente buona. Più della metà dichiara di sentirsi in buona salute (57% si sente bene e il 4% molto bene) e i restanti dichiarano per la maggior parte (quasi un terzo del totale) di stare "così così"¹⁸. Solo 10% degli ultrasessantenni si sente in cattiva salute (per la stragrande maggioranza - 8% - male e quasi nessuno - 0,22% - molto male). Questo quadro non cambia molto al variare dell'età - a 90 e più anni c'è ancora il 52% delle persone soddisfatte della propria salute e solo il 12% pensa di avere una salute poco buona - e l'atteso peggioramento al crescere dell'età non è progressivo ma circoscritto al momento del superamento della soglia degli ottant'anni.

5.1. La salute degli anziani in istituto e degli anziani in famiglia a confronto

Il "living arrangement" dell'anziano è pesantemente correlato con le sue condizioni di salute.

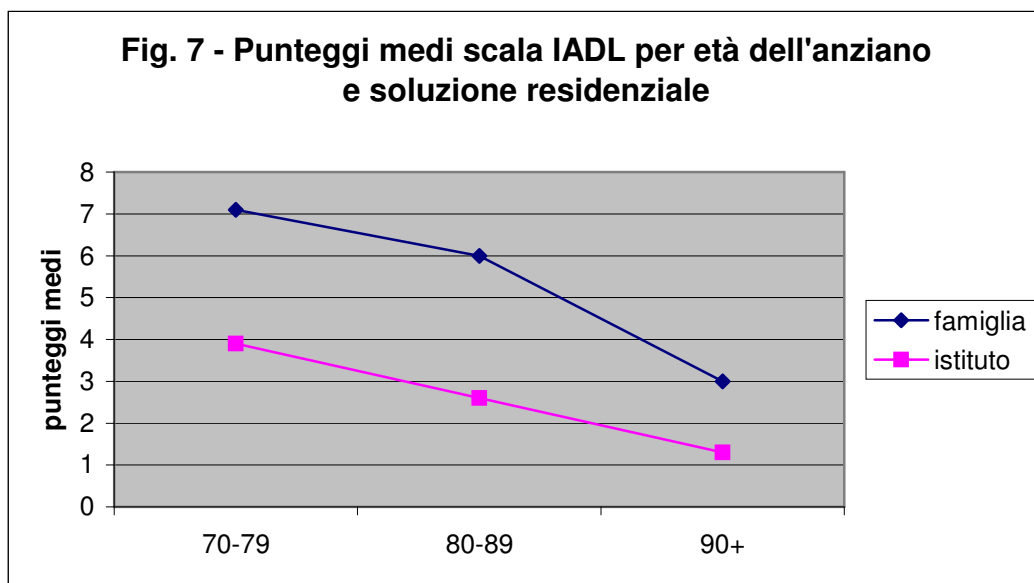
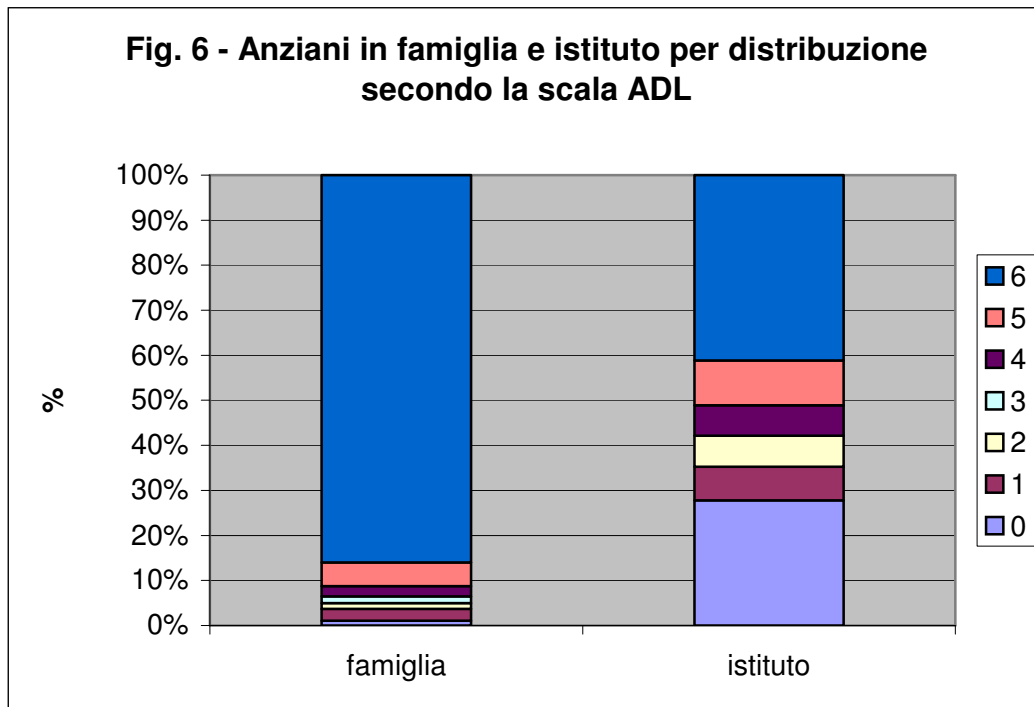
Secondo la scala ADL, la stragrande maggioranza (86%) degli anziani in famiglia è costituita da anziani totalmente autosufficienti e solo una piccola minoranza (9%) ha punteggio inferiore a 5 (quelli totalmente non autonomi in particolare sono l'1%). Al contrario, tra quelli in istituto, troviamo una sorta di polarizzazione della popolazione che si divide tra totalmente autonomi (41%) e totalmente non autonomi (18%) (fig. 6).

Differenze evidenti emergono tra i due tipi di soluzione residenziale anche se si considerano i punteggi della scala IADL. Nel complesso degli ultrasessantenni, quanti vivono in famiglia hanno un punteggio medio pari a 6,6 mentre chi vive in istituto ha un punteggio medio molto più basso, pari a 2,3, senza grandi differenze tra i sessi. Il risultato riguarda tutte le età (fig. 7), indipendentemente dal fatto che il livello di autonomia si riduca con il crescere dell'età.

alimentazione. Per ogni item il punteggio assegnato può essere 0 oppure 1, pertanto il punteggio ADL finale sarà compreso tra 0 e 6, dove 0 rappresenta la non autosufficienza, e 6 indica completa autonomia.

¹⁷ Lo strumento misura la capacità di svolgere azioni legate al mantenimento dell'autonomia nella propria casa e hanno lo scopo di accertare la necessità di un'eventuale istituzionalizzazione (Minicuci, Maggi, Grigoletto e Amaducci, 1995). Tale indice è stato proposto nel 1969 da Lawton e Brody, su una scala di osservazione in 7 items, ed è stato successivamente affinato e perfezionato tramite numerose applicazioni (Breveglieri, 1996). La scala utilizzata nel questionario di "Treviso Longeva" è costruita su 8 items relativi ad alcune funzioni fondamentali normalmente attivate nella vita quotidiana, quali l'uso del telefono, la spesa, la preparazione dei pasti, la cura della casa, il bucato, gli spostamenti fuori casa, l'assunzione dei farmaci e l'uso del denaro. Ad ogni item è assegnato un punteggio di 0 o 1, quindi il punteggio IADL finale sarà compreso tra 0 e 8, dove 0 indica assenza di autonomia strumentale, e 8 significa completa autosufficienza.

¹⁸ In realtà la modalità "così così" potrebbe per molti aver rappresentato una via di fuga ad una domanda imbarazzante, ed effettivamente è una risposta evasiva; sarebbe stato interessante valutare lo stato di salute percepito forzando i rispondenti a scegliere tra le altre modalità.



Tab. 6 – Distribuzione percentuale degli anziani per percezione del proprio stato di salute per tipo di living arrangement

Stato di salute percepito	Famiglia	Istituto	Totale
Bene, molto bene	62,1	40,0	60,8
così così	30,4	37,2	30,8
Male, molto male	7,5	22,8	8,4
Totale	100	100	100

Ciononostante, la percezione dell'anziano della propria salute non sembra peggiorare in misura proporzionale con il peggiorare dello stato di autonomia. Dalla tab. 6 risulta infatti solo un quarto degli anziani in istituto dichiara di avere cattiva salute, mentre ben il 40% di essi ritiene di stare sostanzialmente bene.

5.2. L'autonomia degli anziani in famiglia

Un approfondimento sulle condizioni di salute degli anziani che stanno in famiglia suggerisce che lo stato di salute è rilevante anche per il tipo di famiglia in cui l'anziano vive (tab. 7).

Tab. 7 - Punteggio IADL medio degli anziani in famiglia per living arrangement, età e sesso

Forma familiare	70-79			80-89			90+			TOTALE		
	M	F	Tot.	M	F	Tot.	M	F	Tot.	M	F	Tot.
Solo	6,5	7,5	7,4	6,9	6,7	6,7	5,5	4,2	4,4	6,6	7,1	7,1
altre famiglie senza nucleo	8,0	6,6	6,7	1,5	4,1	3,9	4,5	2,3	2,4	3,7	4,8	4,7
in coppia con o senza figli	6,7	7,3	7,0	5,7	6,1	5,8	3,2	7,5	4,3	6,5	7,2	6,7
Monogenitore	8,0	7,3	7,4	7,0	5,5	5,6	1,5	0,6	0,8	6,4	6,0	6,0
aggregato ad altro nucleo	-	5,0	5,0	-	5,3	5,3	2,3	1,8	1,9	2,3	4,7	4,6

Anziani con un basso livello di autonomia nelle attività quotidiane strumentali tendono a vivere con altre persone con cui non costituiscono nucleo (soprattutto fratelli/sorelle ma anche personale retribuito) mentre chi ha maggiori livelli di autonomia vive da solo o con il coniuge. Ciò farebbe pensare ad una strategia per cui gli anziani sono presi in carico dai familiari o si aggregano tra loro solo nel momento in cui le loro condizioni di autonomia peggiorano al punto da non essere compatibili con una vita da soli. Elaborazioni ulteriori qui non riportate in dettaglio indicano inoltre che già una riduzione a 5 del punteggio della scala IADL implica la necessità per l'anziano di non vivere da solo.

6. Conclusioni

Gli ultrasettantenni che abitano nel comune di Treviso dispongono di una rete familiare potenziale relativamente ricca. Appartengono a generazioni - nati entro la metà degli anni '30 del secolo appena trascorso - le cui madri mettevano al mondo ancora un numero relativamente elevato di figli e loro stessi non avevano ancora sperimentato il drastico calo della fecondità che si è registrato poi tra i nati nella seconda metà del secolo. Considerando solo i figli e i fratelli in vita essi possono contare mediamente su poco meno di quattro persone, a cui si possono aggiungere l'eventuale coniuge vivente (più spesso presente per gli uomini che per le donne) e gli altri parenti acquisibili attraverso figli e fratelli.

A fronte di tutto ciò, sia la dimensione media della famiglia dell'anziano che quella della rete sociale non sono molto ampie.

La numerosità media della famiglia dell'anziano è di poco meno di due persone. E' evidente che, anche nel Veneto dei legami familiari forti, il modello dominante è quello della separazione abitativa dei nuclei familiari e che ad esso si cerca di tenere fede anche in presenza di una

popolazione più fragile, o a rischio di fragilità come è quella anziana. Quando tutti i figli hanno lasciato “il nido”, i genitori continuano infatti a vivere in coppia nella loro abitazione e quando uno dei due muore, il superstite continua a vivere da solo, almeno finché le condizioni di autonomia e di salute lo permettono. Ciò che porta l’anziano che vive solo ad aggregarsi ad altri (al nucleo di un figlio; a figli che non hanno formato una propria famiglia; ad altri parenti) oppure ad entrare in istituto è il peggioramento delle condizioni di salute e/o di autonomia. In realtà è bene precisare che questa è soprattutto la biografia familiare delle donne. Oltre i novant’anni troviamo infatti ancora molte donne – quasi un terzo del gruppo - che vivono sole. Gli uomini, che hanno una speranza di vita più bassa delle donne, hanno infatti buone probabilità di interrompere prima il percorso, concludendo la loro vita nel proprio nucleo assistiti dalla moglie.

La famiglia, intesa nel senso più ampio, però, non è assente. La rete sociale dell’anziano è essenzialmente una rete familiare (figli, coniuge, fratelli, nipoti, generi/nuore) centrata su poche figure¹⁹ (la dimensione media della rete sociale è 2,8). I soggetti più importanti della rete, oltre al coniuge, sono i figli e – soprattutto per i celibi/nubili - i fratelli. Molte delle persone della rete non abitano con l’anziano ma i rapporti sono comunque molto frequenti e caratterizzati da disponibilità a prestare aiuto in caso di necessità. La strategia che emerge è quella di un supporto all’anziano (o alla coppia di anziani) prioritariamente dall’esterno fin che le condizioni di salute e di autonomia lo permettono (magari ricorrendo all’aiuto di personale retribuito) e di una eventuale presa in carico più diretta solo nel momento in cui l’anziano non possa più vivere da solo. Tutto ciò fa sì che la rete familiare nelle figure dei figli (e in misura minore dei fratelli) rappresenti un fattore importante di protezione dell’anziano dall’esperienza dell’istituto.

Ma la poca variabilità nei soggetti della rete sociale dell’anziano è anche un elemento di fragilità della rete stessa. La famiglia sembra molto solidale, ma si tratta di pochi individui che devono farsi carico di compiti di cura che possono essere gravosi. Già ora, con le attuali condizioni di rete relativamente ampia, il 36% degli ultranovantenni di Treviso vive in istituto.

Come evolverà la situazione in futuro?

Con l’avvicinarsi delle generazioni la popolazione anziana subirà certamente trasformazioni strutturali in senso positivo: il costante aumento del livello di istruzione, il miglioramento degli stili di vita faranno arrivare alla soglia dei settantenni individui progressivamente più dotati di risorse personali e quindi sempre più capaci di gestire la loro vita in prima persona magari con l’ausilio delle nuove tecnologie che facilitano l’acquisizione di informazioni, i contatti e le comunicazioni. Nel futuro c’è inoltre spazio anche per un miglioramento delle condizioni di salute che permetterà di far guadagnare agli anziani periodi di buona qualità della vita trasferendo e concentrando le situazioni critiche ed il bisogno di assistenza alle età più alte.

Ma le stesse persone arriveranno in età anziana anche con risorse familiari progressivamente meno ricche (Ongaro e Clerici, 2004). All’origine stanno fattori di tipo demografico e sociale. Con il tempo arriveranno ad essere anziani individui con sempre meno figli e fratelli. Sotto questo profilo la rete familiare sarà particolarmente impoverita per coloro che diventeranno anziani dopo il 2020. Ma a questo fattore si aggiunge anche il fatto che le famiglie di giovani adulti hanno comportamenti e stili di vita che sono spesso incompatibili con i compiti di cura e assistenza degli anziani. Si pensi solo alla necessità che hanno le coppie di avere un doppio reddito. Ciò fa venire meno la disponibilità delle donne (tradizionalmente) coinvolte in questo tipo di aiuti. In questo senso è ipotizzabile che nel prossimo decennio i fratelli - nella loro condizione di anziani ancora in buona salute e meno impegnati nel mondo del lavoro – se non coinvolti ad aiutare pesantemente le famiglie dei figli, possano sostituire in parte alcune delle funzioni svolte finora dai figli.

Nel prossimo futuro si pone dunque il problema fornire assistenza ad una popolazione in cattive condizioni di salute sempre più anziana e con risorse familiari sempre più limitate e inadeguate ai compiti di cura che dovrebbero sostenere. Per il momento le famiglie sembrano ancora reggere alla

¹⁹ La rarefazione di legami forti sembra comunque peculiare del modello socio-demografico dell’Italia del Nord, in particolare per la popolazione anziana (Micheli, 2002).

sfida (magari con soluzioni innovative come quelle del personale retribuito) ma è difficile prevedere quanto questo equilibrio possa durare.

Il nodo da risolvere con urgenza nei prossimi anni è quello di individuare misure organiche di politica sociale con cui, da un lato, si sostenga l'autonomia e la qualità della vita degli anziani in relativa buona salute, cercando di aumentare la coesione sociale e la rete di relazioni extrafamiliari, dall'altro, si integri con altri strumenti o si supporti in modo sostanziale il ruolo esclusivo delle famiglie nell'assistenza agli anziani non autosufficienti.

Riferimenti bibliografici

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

Casazza S. (a cura di) (2002), *Anziani tra bisogni in evoluzione e risposte innovative*, Franco Angeli, Milano

Clerici R. (2002), "Forme familiari della popolazione anziana nell'Italia di fine millennio", in Ongaro F. (a cura di), *In famiglia o in istituto. L'età anziana tra risorse e costrizioni*, Franco Angeli, Milano

Facchini C. (1996), "Tipologia familiare, reti di relazione e reti di supporto", in Mauri L. e Breveglieri L. (a cura di), *Vivere l'età anziana. Indagine sociologica in un'area avanzata*, Franco Angeli, Milano

Facchini C. (2002), "Anziani e famiglia: nuove reti, nuove solitudini", in Casazza S. (a cura di), *Anziani tra bisogni in evoluzione e risposte innovative*, Franco Angeli, Milano

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

Golini A., Bruno P. e Calvani P. (1997), *Aspetti e problemi dell'invecchiamento della popolazione*, CNR-IRP, Roma

ISTAT (1997), *Anziani in Italia*, Il Mulino, Bologna

de Jong Gierveld J., de Valk H. e Blommesteijn M. (2001), "Living arrangements of older persons and family support in more developed countries", in United Nations, *Living arrangements of older persons: critical issues and policy responses*, Population Bulletin of the United Nations, United Nations, New York

Mazzuco S. e Ongaro F. (2002), "Storie di vita familiare in tarda età: il ruolo della rete familiare", in Ongaro F. (a cura di), *In famiglia o in istituto. L'età anziana tra risorse e costrizioni*, Franco Angeli, Milano

Micheli G. A. (a cura di) (2002), *La nave di Teseo. La condizione anziana e l'identità nel cambiamento*, Franco Angeli, Milano

Minicuci N., Maggi S., Grigoletto F., Amaducci L. (1995), "Disabilità e stato di convivenza negli anziani: l'indagine ILSA", in Consiglio Nazionale delle Ricerche, *La salute degli anziani in Italia*, IRP, Roma

Ongaro F. (a cura di) (2002), *In famiglia o in istituto. L'età anziana tra risorse e costrizioni*, Franco Angeli, Milano

Ongaro F. e Clerici R. (2004), "Trasformazioni familiari e riflessi sulla condizione anziana", in Micheli G. A. (a cura di), *La questione anziana. Ridisegnare le coordinate di una società che invecchia*, Franco Angeli, Milano

Rosina A. e Tomassini C. (2002), "Umberto D. e gli altri. Il contesto relazionale degli anziani soli o in coppia", in Ongaro F. (a cura di), *In famiglia o in istituto. L'età anziana tra risorse e costrizioni*, Franco Angeli, Milano

Violo A. (2005), *Gli anziani di Treviso tra famiglia e istituto. Risultati dal Progetto "Treviso longeva"*. Tesi di laurea, Facoltà di Scienze Statistiche, Università degli studi di Padova, AA 2003/2004 (relatore F. Ongaro; correlatore M. Gallucci)

Working Paper Series
Department of Statistical Sciences, University of Padua

You may order copies of the working papers from by emailing to wp@stat.unipd.it
Most of the working papers can also be found at the following url: <http://wp.stat.unipd.it>

