



**PROVINCIA DI CREMONA
OSSERVATORIO ANZIANI**



SYNERGIA

VIVERE L'ETÀ ANZIANA

**INDAGINE SOCIOLOGICA SULLE CONDIZIONI DI
SALUTE, LE ASPETTATIVE E I BISOGNI DEGLI
ANZIANI
IN PROVINCIA DI CREMONA**

SINTESI

MARZO 2000

1. I CARATTERI SOCIO-DEMOGRAFICI, L'ABITAZIONE, LE RETI FAMILIARI

La popolazione anziana cremonese si presenta molto differenziata, per età, stato di salute, situazione economica, **ma in ogni caso non appare caratterizzata da condizioni diffuse immediatamente riconducibili a stereotipi di povertà, impoverimento, deprivazione etc.** L'universo di riferimento è rappresentato da una popolazione di origini prevalentemente autoctone, con occupazioni distribuite in modo abbastanza uniforme fra il lavoro operaio, il lavoro autonomo, il lavoro impiegatizio, e caratterizzata globalmente da livelli medi sia di istruzione che di status tendenzialmente superiori a quelli di altre aree simili e vicine.

Dall'analisi dei caratteri socio-demografici del campione emergono due rilievi di fondo:

- il primo riguarda la forte caratterizzazione della popolazione anziana relativamente all'**identità etno-culturale locale** associata ad un **livello di mobilità** poco significativo;
- il secondo riguarda la **diversa incidenza dello stato civile** in funzione del sesso, dal momento che un terzo della popolazione è costituito da donne vedove, mentre gli uomini, anche in età molto avanzata, possono ancora contare in misura molto rilevante sulla presenza della moglie.

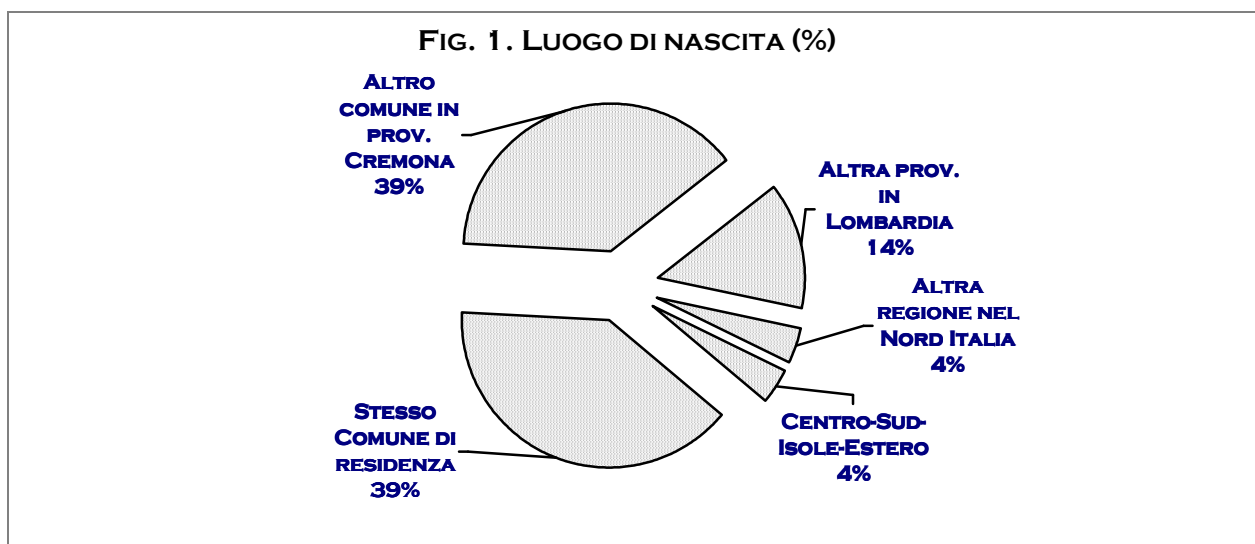




FIG. 2. STATO CIVILE RISPETTO AL SESSO
PER LA FASCIA D'ETÀ 65-74 ANNI (%)

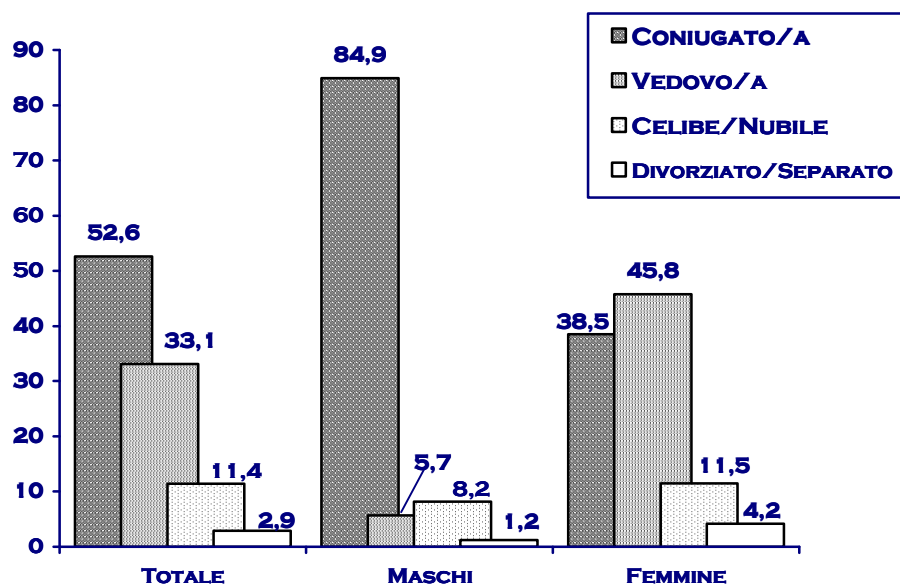
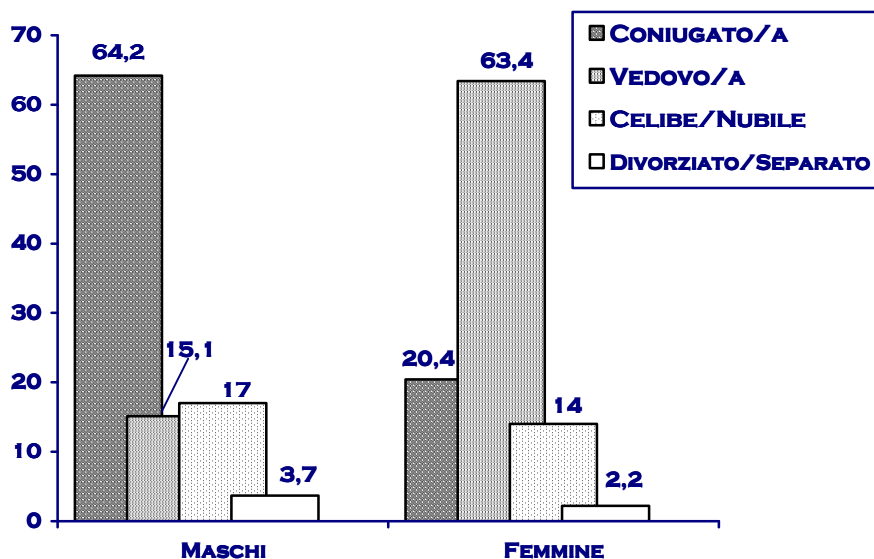


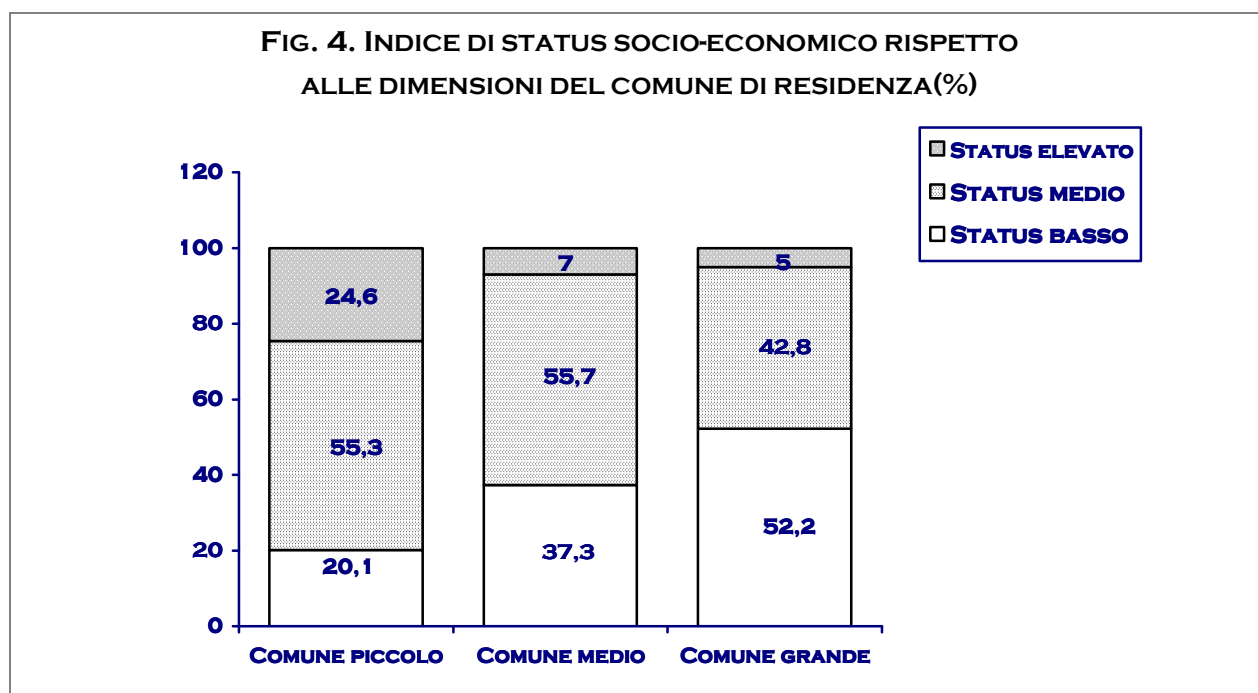
FIG. 3. STATO CIVILE RISPETTO AL SESSO
PER LA FASCIA D'ETÀ 75-84 ANNI (%)

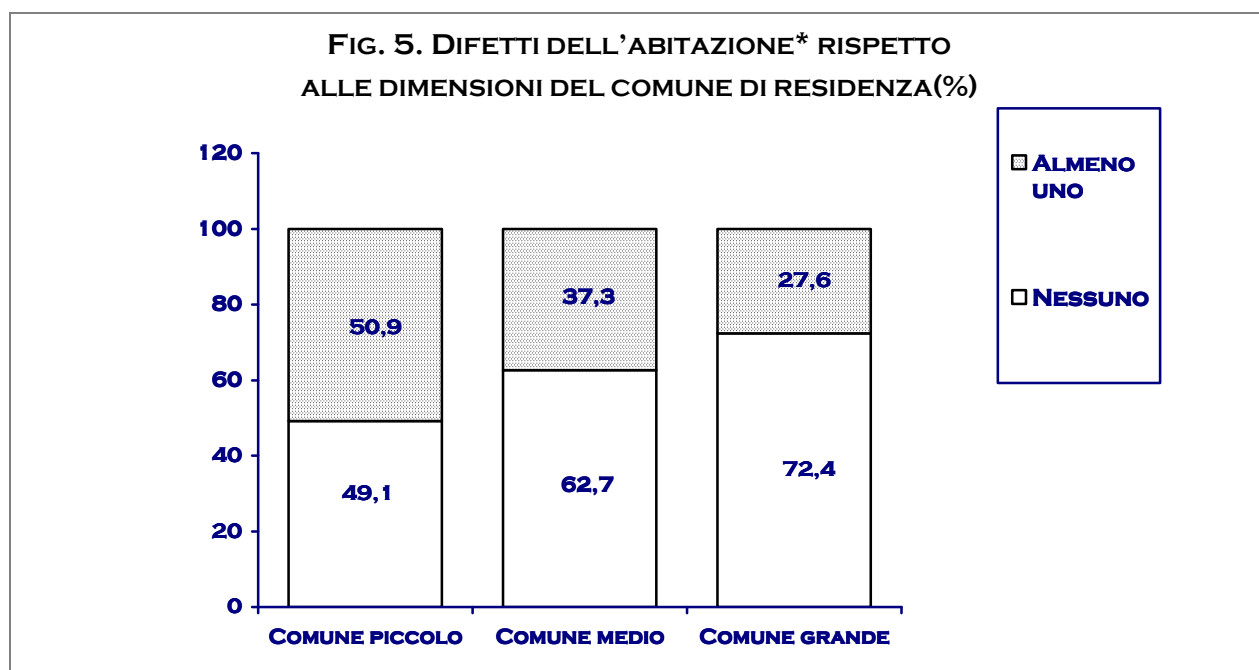


Sul piano dell'accesso alle risorse economiche e socio-culturali, notiamo che sussistono alcune probabili sacche di svantaggio riconducibili a linee interpretative consolidate: lo **“svantaggio economico” degli anziani**, per così dire, **si concentra soprattutto fra le donne più anziane**, e si distribuisce sul territorio in modo diseguale tracciando dei confini abbastanza precisi intorno ai comuni molto piccoli e piccoli nei quali sia lo status che il risparmio descrivono uno svantaggio sostanziale rispetto ai grandi comuni.

Anche la qualità dell'abitazione rappresenta un elemento sostanziale capace di descrivere il tenore della vita di questa popolazione. Da questo punto di vista la variabile maggiormente discriminante, al di là dei livelli di reddito, è certamente la dimensione demografica del comune: è infatti significativo che proprio nei comuni maggiori si riscontrino le minori percentuali di anziani che lamentano la presenza di difetti nell'abitazione e che esprimono un esplicito desiderio di cambiare casa.

Va ricordato, in realtà, che nella provincia di Cremona i comuni grandi raggiungono comunque dimensioni non metropolitane e restano in ogni caso in grado di garantire livelli elevati di qualità dell'ambiente urbano; ciò, unitamente alla considerazione che il livello dei servizi è certamente migliore in questi comuni, spiega almeno in parte la presenza di indicatori positivi. Va anche sottolineato, tuttavia, che l'effetto differenziale positivo in questo caso può essere determinato anche e soprattutto da un diffuso degrado dell'ambiente urbano dei centri medi e piccoli, dove la qualità delle abitazioni, il sempre minore investimento in ristrutturazione e manutenzione delle vecchie abitazioni degli anziani, lo spopolamento progressivo dei centri e soprattutto le gravi carenze delle infrastrutture di servizio nei nuclei abitati, causano un decadimento generale delle condizioni dell'abitare delle persone anziane.





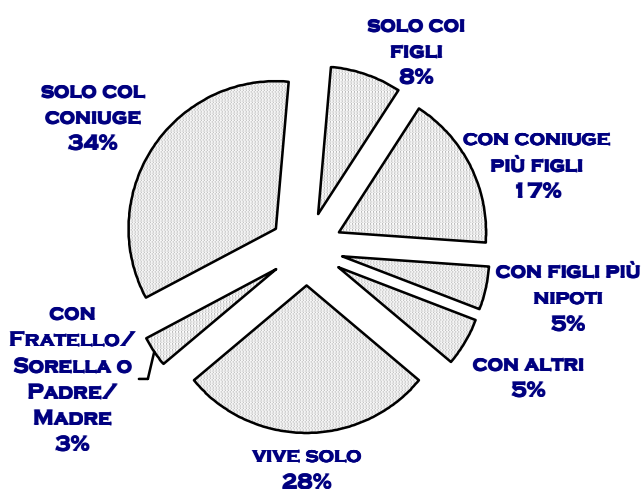
*: I difetti contemplati sono: Casa umida, fredda; Casa rumorosa; Ostacoli per l'accesso, scale faticose; Scarsa disponibilità di spazio; Casa troppo grande, c'è tanto spazio inutile; Casa isolata, lontana da altre abitazioni; Riscaldamento inadeguato o complicato da usare.

La struttura, o almeno la cerchia familiare risulta l'ambito di riferimento principale, quasi esclusivo, sia in quanto al suo interno avviene un consistente scambio di supporti e di aiuti, sia in quanto tende a coincidere con la vita di relazione. Sostanzialmente limitate appaiono invece le reti di scambio con l'esterno: anche in questo contesto territoriale emerge quindi come il "mondo delle vicinanze" – vicini, amici, volontari... - sia particolarmente privo di spessore nei riguardi dei più anziani che vivono in famiglia oppure soli.

Lo scambio di aiuti e supporti che avviene all'interno della *famiglia* riguarda comunque entrambe le direzioni, in quanto l'anziano non è solo "destinatario", ma spesso anche "fornitore" di cure. Emerge però, sotto questo punto di vista, una nettissima scansione di genere. Infatti le donne nella prima età anziana costituiscono soprattutto una "risorsa" per la famiglia, per il coniuge innanzitutto, ma anche per i figli e i nipoti; gli uomini, invece, specie se molto anziani, costituiscono per la famiglia, ossia la moglie e i figli, essenzialmente soggetti ad assistere, molto raramente in grado di fornire essi stessi contributi di supporto rilevanti.

In questo dato si può leggere una sorta di legge di inerzia nel corso di vita delle persone, che tende a predefinire ruoli e situazioni dell'anziano sulla base del suo passato, della tradizionale configurazione di carichi e impegni familiari, con ridotte possibilità di innovazione in età avanzata.

FIG. 6. TIPOLOGIA DI NUCLEI FAMILIARI (%)



Se quindi si può dire che le reti familiari appaiono ancora in grado di garantire, nella maggior parte dei casi, un'efficace tutela alle necessità costituendo un valido filtro rispetto al rischio di emarginazione, e quindi di istituzionalizzazione, è però importante notare come ciò possa essere garantito soltanto dalla tenuta dei modelli di convivenza familiare. Da qui la necessità di attuare interventi che da un lato aiutino gli anziani a continuare a vivere nel proprio domicilio, dall'altro rappresentino dei momenti di sostegno da un punto di vista relazionale. In particolare è evidente la rilevanza che possono assumere reti informali di sostegno e aiuto, in quanto trame di rapporti sociali che, oltre a garantire sostegno materiale e servizi, consentano alla persona di mantenere la propria identità sociale.

FIG. 7. FREQUENZA DEGLI AIUTI DI TIPO DOMESTICO RICEVUTI DAGLI INTERVISTATI NELLA FASCIA 65-74 ANNI (%)

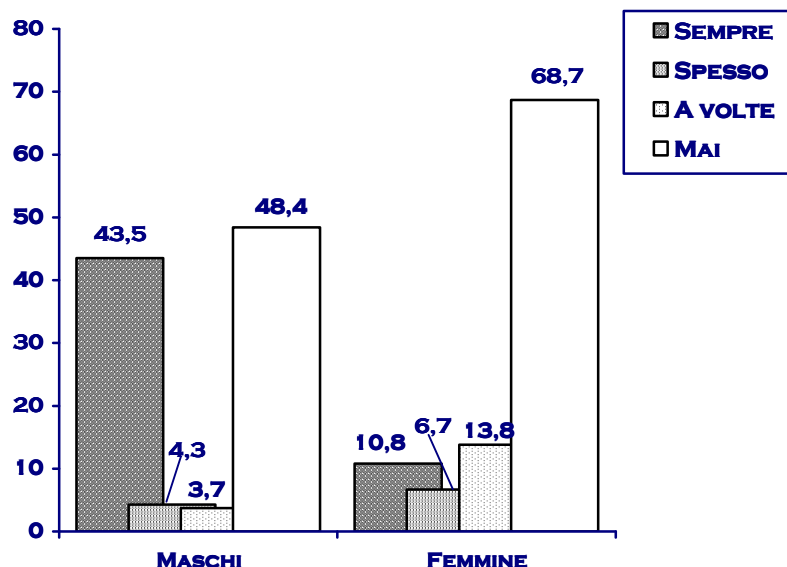


FIG. 8. FREQUENZA DEGLI AIUTI DI TIPO DOMESTICO RICEVUTI DAGLI INTERVISTATI NELLA FASCIA 75-84 ANNI(%)

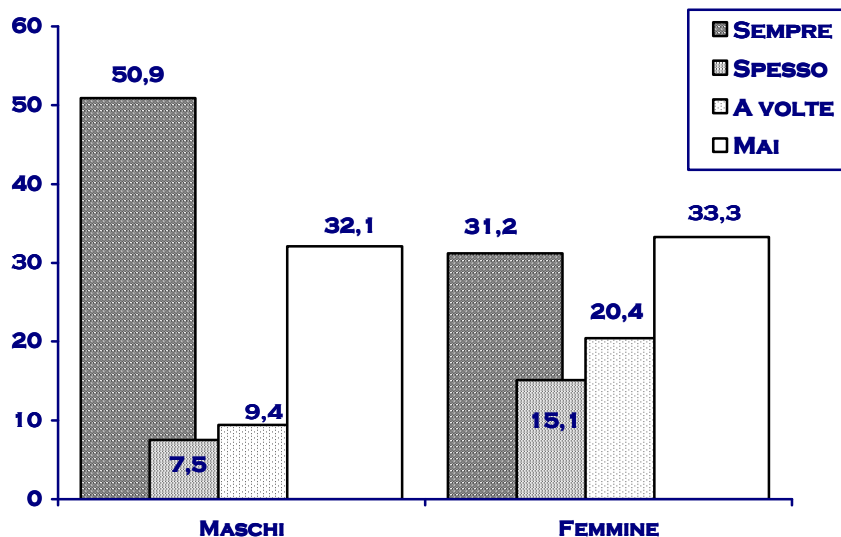
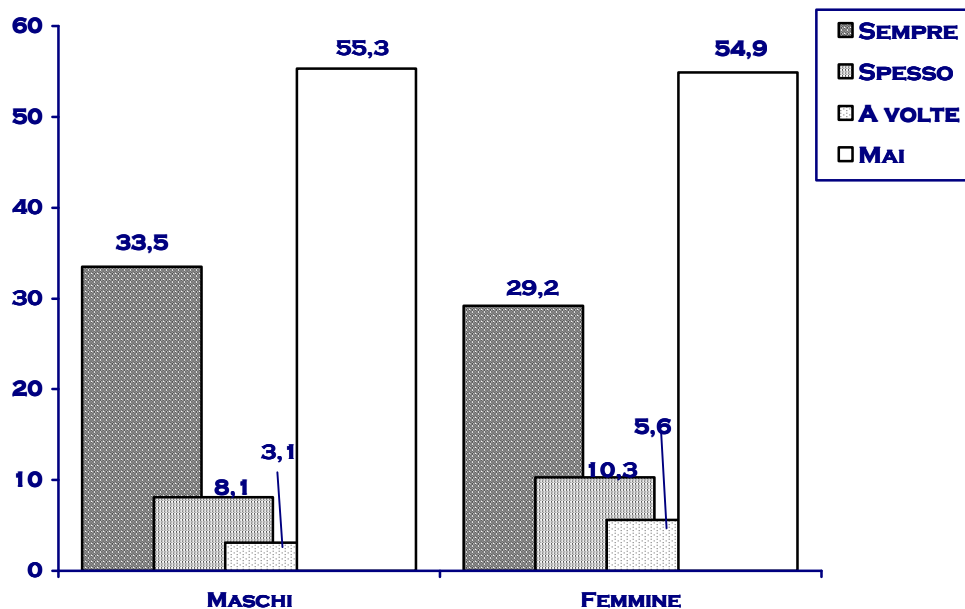
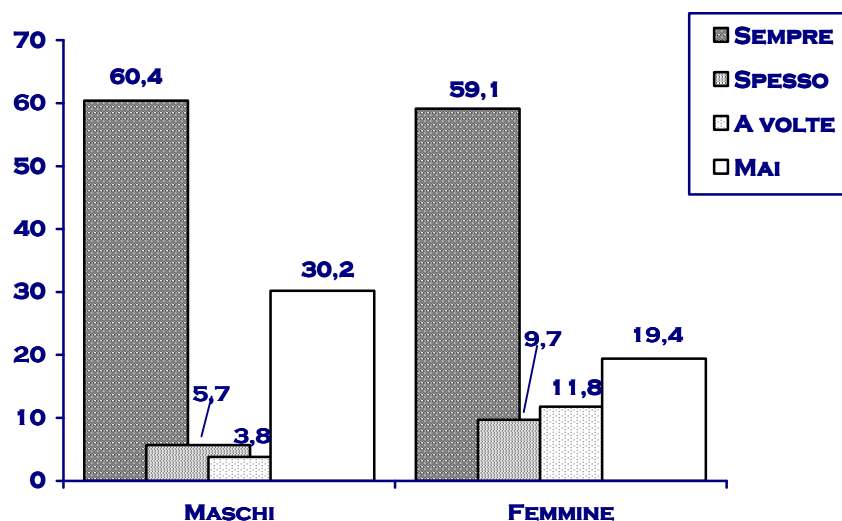


FIG. 9. FREQUENZA DELL'ASSISTENZA RELAZIONALE E BUROCRATICO – FINANZIARIA* NELLA FASCIA 65-74 ANNI(%)



*: Con il termine "Assistenza burocratico-finanziaria" si fa riferimento alla situazione in cui un anziano riceve visite, aiuti economici, viene assistito nel fare la spesa o altre commissioni, è aiutato per disbrigare piccole pratiche.

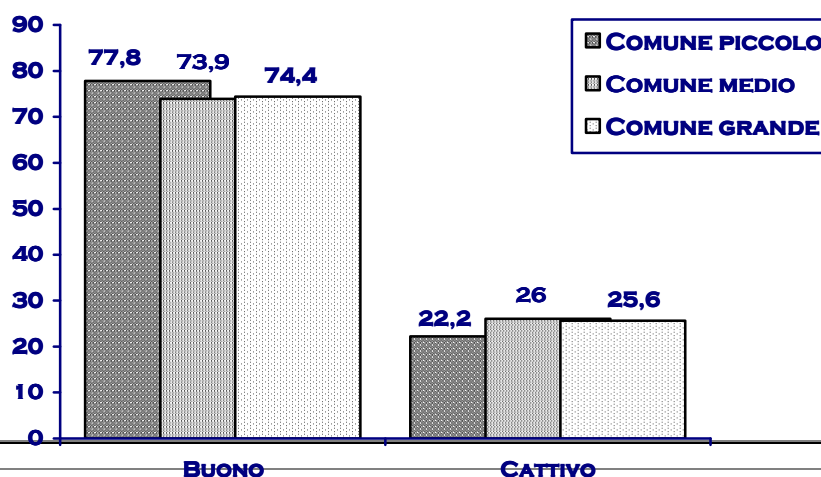
FIG. 10. FREQUENZA DELL'ASSISTENZA RELAZIONALE E BUROCRATICO - FINANZIARIA NELLA FASCIA 75-84 ANNI (%)



2. SALUTE, AUTONOMIA, SERVIZI

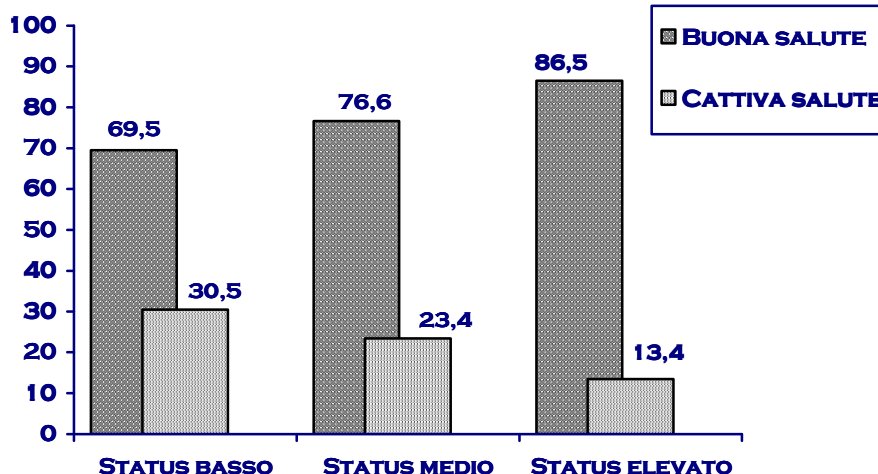
Sul piano della salute, alcuni argomenti emergenti vanno a completare un quadro che si conferma globalmente non critico, ma costellato di "isole di rischio", sottogruppi di popolazione su cui si accentrano elementi critici negativi. In primo luogo notiamo che alla domanda "come giudica il proprio stato di salute" **circa i tre quarti del campione si collocano nella posizione più positiva (35.7%) o in una intermedia e tendenzialmente spostata verso una rappresentazione positiva della propria condizione (39.6%), mentre solo un esiguo 3.3% si valuta in modo decisamente negativo.** Vi è però, in totale, una quota pari al 24.7% che esprime un giudizio nettamente negativo e ciò rappresenta un dato non trascurabile.

FIG. 11. GIUDIZIO SULLA SALUTE ATTUALE RISPETTO AL COMUNE DI RESIDENZA (%)



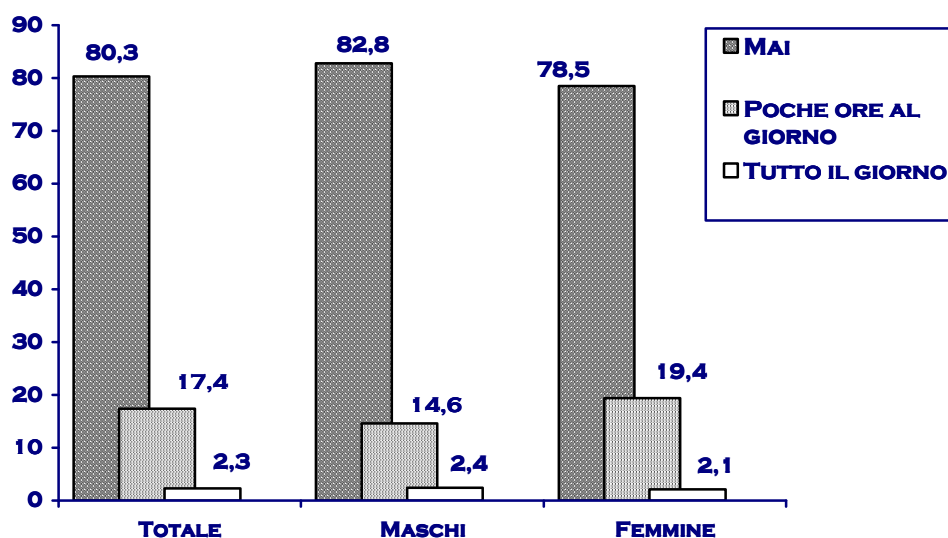
Un elemento che discrimina con buona approssimazione la percezione e l'autovalutazione del proprio stato di salute, indipendentemente dalle fasce d'età, sembra essere la condizione socio-economica. Lo status socio-economico, in più, mostra relazioni evidenti e nette anche con gli indicatori più oggettivi ottenuti nell'indagine quali la frequenza di visite dal medico e il grado di allettamento (ossia il tempo passato a letto durante la giornata). I dati mostrano una relazione abbastanza forte, e quasi sempre univoca, che pone in una posizione di svantaggio anche sul piano delle condizioni di salute quei segmenti di popolazione che già hanno un accesso limitato alle risorse economiche e culturali dell'ambiente esterno. È importante notare come ciò valga anche per la domanda relativa allo stato di salute lungo tutto l'arco della vita. Qui, infatti, lo scarto lungo le differenti posizioni dell'indice di status è ancora più netto. Ciò mostra come il risultato non sia solo effetto di una differente percezione o di una differente modalità culturale nel modo di vivere il proprio invecchiamento ma sia soprattutto frutto di una reale disparità di risorse globalmente sofferta lungo l'arco della vita e i cui effetti si accumulano e probabilmente si accuiscono negli anni.

**FIG. 12. GIUDIZIO SULLA SALUTE ATTUALE
RISPETTO ALL'INDICE DI STATUS SOCIO-ECONOMICO (%)**



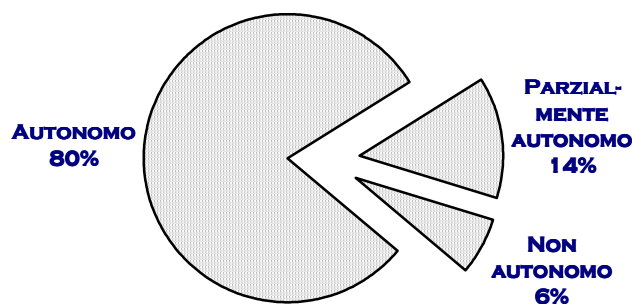
Emerge, quindi, **un rischio concreto di traiettorie di "loop", di imprigionamento in un cerchio di povertà-disagio-malessere, per i più disagiati.** I problemi sanitari, intendendo la formulazione in senso generale, sono infatti certamente più presenti fra le fasce sociali di popolazione anziana più sfavorita: minore istruzione, redditi più bassi, professionalità meno avanzate.

FIG. 13. GRADO DI ALLETTAMENTO RISPETTO AL SESSO (%)



Rispetto al problema dell'*autonomia funzionale* della popolazione anziana l'indice IADL utilizzato¹ ha evidenziato la presenza, in provincia di Cremona, di **circa 3.500 anziani che vivono in casa e che necessitano di assistenza prolungata frequente**. A questi si somma un ulteriore gruppo di anziani classificato come parzialmente autonomo e che quindi richiede interventi di assistenza periodici più o meno intensi ed estesi ma comunque non saltuari. Nel complesso, quindi, **sommando le due condizioni, oltre il 20% (circa 11.500 persone) della popolazione anziana deve necessariamente fruire di un carico assistenziale rilevante**. È importante notare che le reti usualmente attivate da questi anziani per le necessità quotidiane di aiuto derivanti dalla propria condizione di non totalmente autonomi poggiano quasi esclusivamente sull'ambito familiare ristretto, vale a dire sulle famiglie conviventi.

FIG. 14. LIVELLO DI AUTONOMIA (INDICE IADL) (%)



¹ L'indice IADL sintetizza il grado di prestazione del soggetto su sette attività comuni. Il risultato del test è un indice graduato da 0 a 14 secondo livelli crescenti di autonomia dalla completa dipendenza (0) alla completa autonomia (14).

FIG. 15. LIVELLO DI AUTONOMIA (INDICE IADL) RISPETTO ALLO STATUS SOCIO-ECONOMICO (%)

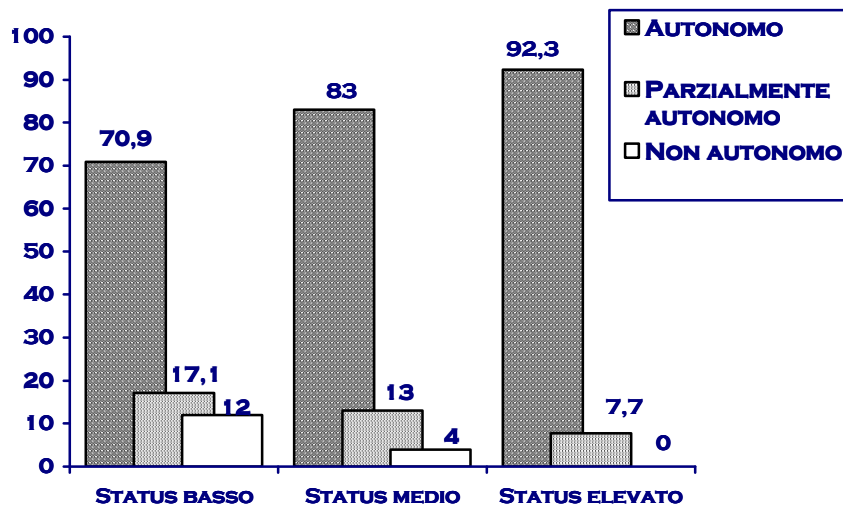
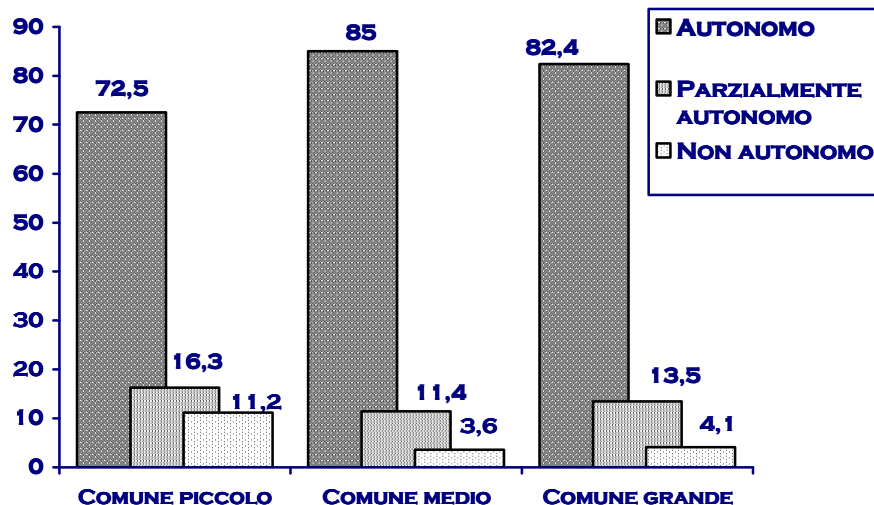


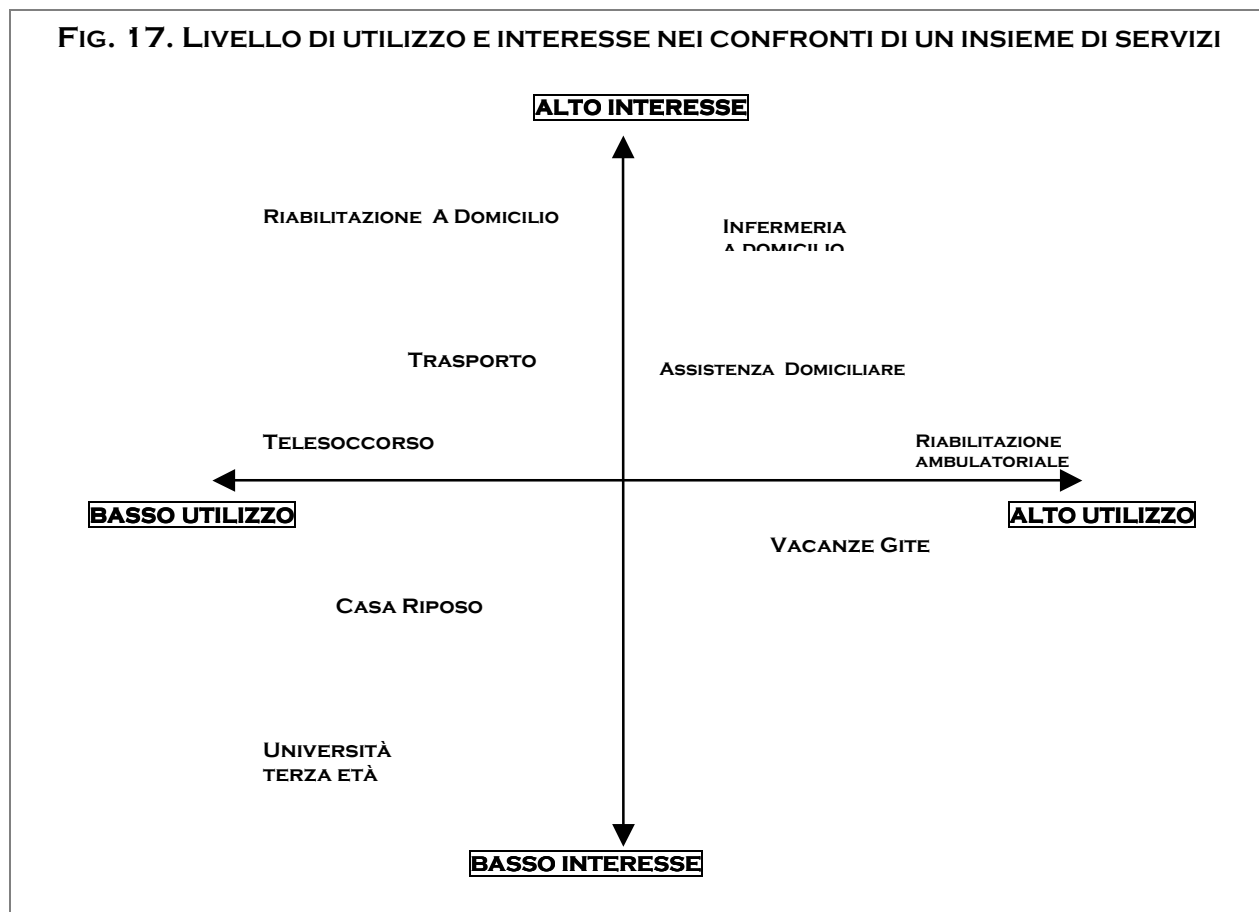
FIG. 16. LIVELLO DI AUTONOMIA (INDICE IADL) RISPETTO AL COMUNE DI RESIDENZA (%)



Altro forte elemento di discriminazione resta anche qui la **stratificazione economico-sociale dei gruppi di popolazione**. Vi è quindi, sul territorio, una quota, abbastanza eterogenea ma certamente schiacciata sui livelli più bassi nella scala degli indici socio-economici, che soffre palesemente una condizione sanitaria sfavorevole, che vive una quotidianità fortemente condizionata dal malessere fisico e psico-fisico, che presenta aree di non autonomia rilevanti necessitando pertanto di assistenza costante. È una quota minoritaria, quantificabile intorno al 12% circa, ma tuttavia da non trascurare considerando che gli elementi che la caratterizzano sono in primo luogo lo status socio-economico basso, l'età avanzata, la solitudine (assenza o insufficienza delle reti parentali): una popolazione insomma già posta ai margini dei percorsi di aiuto e supporto spontaneamente attivabili.

Gli anziani del cremonese rivelano tassi d'uso dei servizi socio-sanitari di una certa consistenza, anche tra le fasce di popolazione meno abbiente. Il rapporto tra gli anziani e i servizi esaminati è caratterizzato da una sostanziale *polarizzazione*. Con ciò ci si riferisce al fatto che i tassi d'uso maggiori si ripartiscono tra le attività medico-riabilitative da un lato e le attività di animazione del tempo libero e di *loisir* dall'altro.

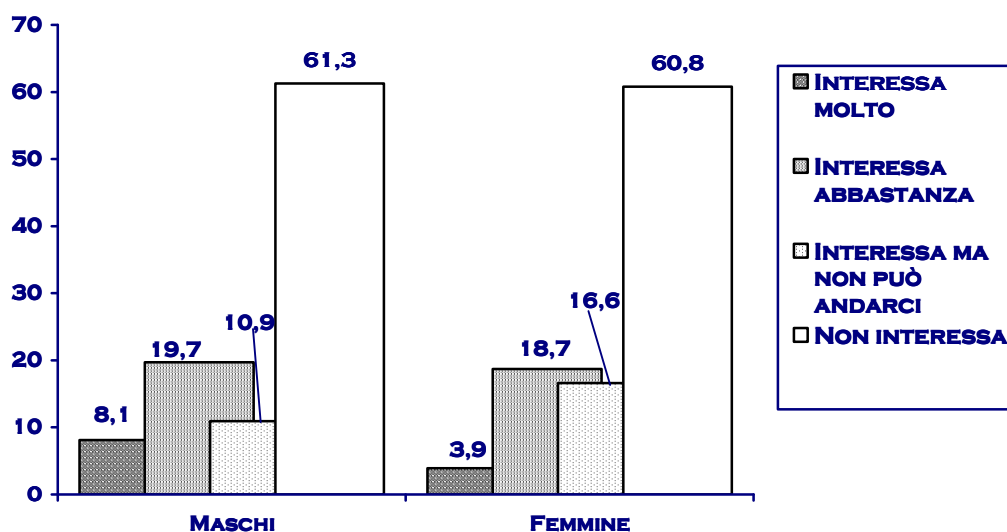
FIG. 17. LIVELLO DI UTILIZZO E INTERESSE NEI CONFRONTI DI UN INSIEME DI SERVIZI



Altri tipi di intervento, come in particolare *l'assistenza domiciliare*, ancorché diffusi, rivelano ancora ampi "tassi di crescita" possibili. Per svilupparli il sistema dei servizi deve sempre più dedicare attenzione non solo alla analisi della domanda sociale ma anche ad un *auto-ascolto*, capace di costante verifica e controllo sull'adeguatezza del proprio operato.

Inoltre, **l'anziano mostra una sostanziale ambivalenza nei confronti dei servizi socio - sanitari**: interessato quando se ne parla in generale, egli mostra ritrosia o comunque maggior distacco e diffidenza quando si inizia a parlarne in prima persona, quando il rapporto con il sistema delle risposte ai bisogni implica un pur minimo coinvolgimento personale nel processo di aiuto.

FIG. 18. LIVELLO DI INTERESSE PER IL CENTRO SOCIALE RISPETTO AL SESSO (%)



Occorre quindi sviluppare una adeguata conoscenza (attraverso campagne di informazione, guide pratiche, ecc...) circa la presenza, le modalità di accesso ai servizi, le risorse esistenti nono come qualcosa di lontano e impersonale ma come opportunità capaci di offrire una gamma di risposte *user – friendly*, sempre più vicine ai linguaggi dell'anziano e alle sue forme comunicative.

3. SOCIALIZZAZIONE, SOLITUDINE, USO DEL TEMPO

Il livello di socializzazione appare fra gli intervistati piuttosto elevato e il rischio di autoreclusione domestica colpisce esclusivamente i soggetti che hanno perso l'autonomia e hanno quindi difficoltà di tipo motorio ad uscire di casa.

Questo dato medio di dinamismo sottende però forti differenziazioni al suo interno, legate allo stile di vita e alle risorse dei soggetti: a registrare i valori maggiori di frequenza di uscite e permanenza fuori casa sono da un lato gli uomini, per abitudini consolidate che si confermano in terza e quarta età, e dall'altro le persone di status sociale più elevato, che dispongono di contatti e interessi in grado di attrarre maggiormente fuori dalle mura domestiche.

FIG. 19. FREQUENZA DELLE USCITE RISPETTO AL SESSO (%)

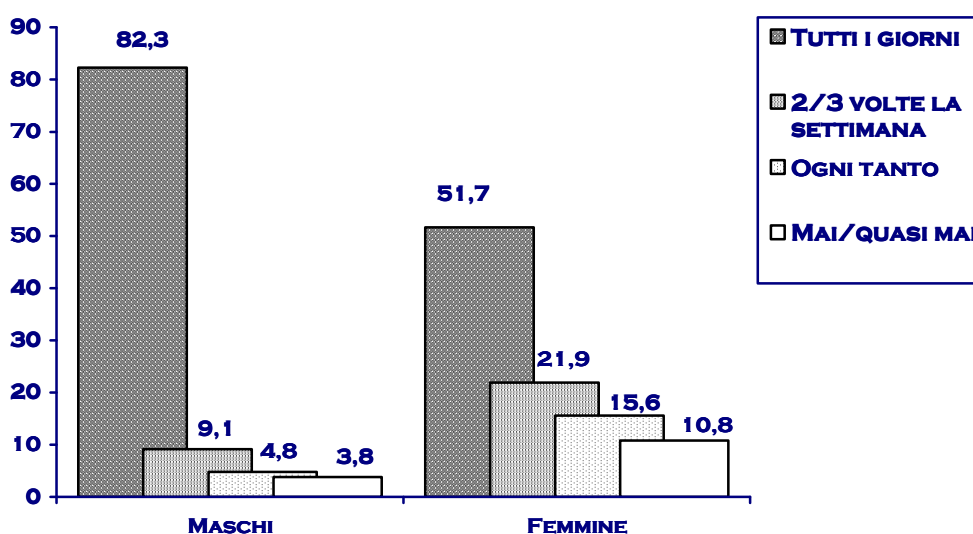
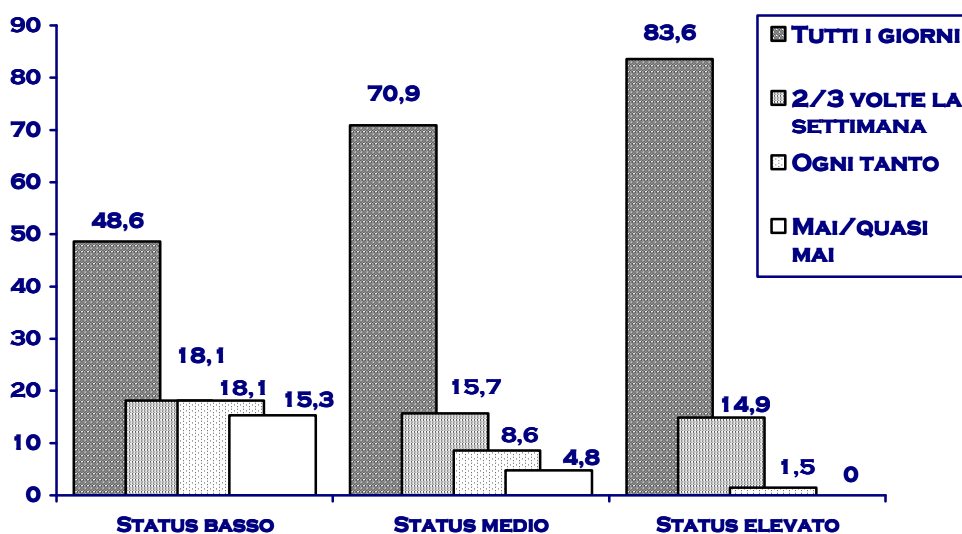


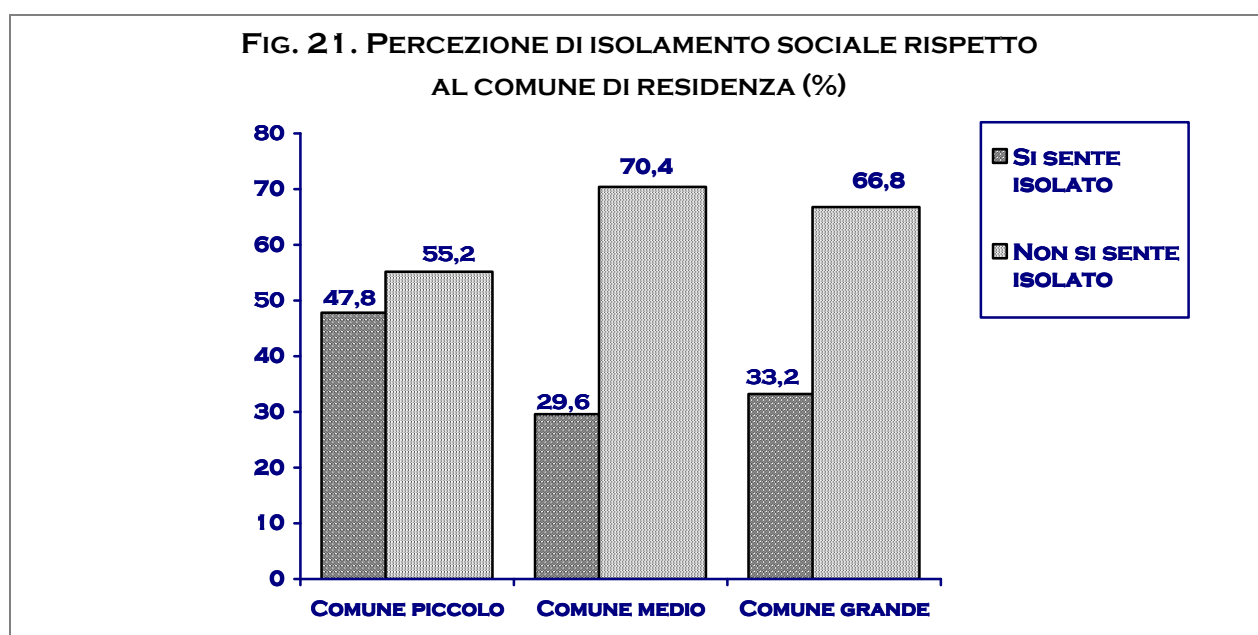
FIG. 20. FREQUENZA DELLE USCITE RISPETTO ALLO STATUS SOCIO-ECONOMICO (%)



La condizione di solitudine, pur contenuta, **sembra esser di contro un problema che colpisce soprattutto le donne**, perché rimaste sole in età più avanzata, spesso con problemi di bilancio familiare e di status sociale significativamente più basso.

Si confermano quindi nella sfera delle relazioni, come in quelle relative alle altre risorse, i consueti circuiti viziosi e virtuosi che sfasano l'allocazione delle risorse in funzione dei bisogni: chi ha più contatti ha più facilità a procurarsene di nuovi, chi è escluso per diversi motivi (non ha più lavoro, non ha più famiglia, fa fatica a uscire di casa) da cerchie di rapporti e occasioni di conoscenza paradossalmente stenta a trovare aiuto.

A questa condizione spesso si accompagna anche la **percezione di isolamento**, che è significativamente più intensa fra le donne, fra chi vive solo, fra chi ha problemi economici, fra chi appartiene agli strati inferiori della scala sociale. Rilevante, soprattutto in tema di progettazione della politica dei servizi, è non solo il fatto che la popolazione a maggior fabbisogno è quella meno visibile e più in difficoltà a esplicitare la domanda di aiuto, ma anche il dato relativo a quando l'isolamento e il senso di insicurezza si fanno più intensi: sono la sera e la notte, momenti di inevitabile riposo per chi già presta aiuto e compagnia, momenti di apprensione e desolazione per chi ne ha bisogno e stenta a riposare e prendere sonno, momenti difficilmente coperti da servizi specifici.

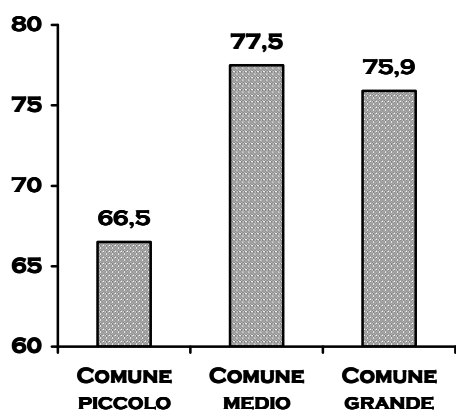
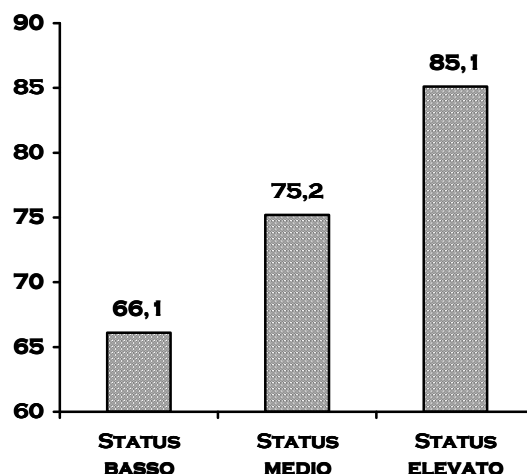
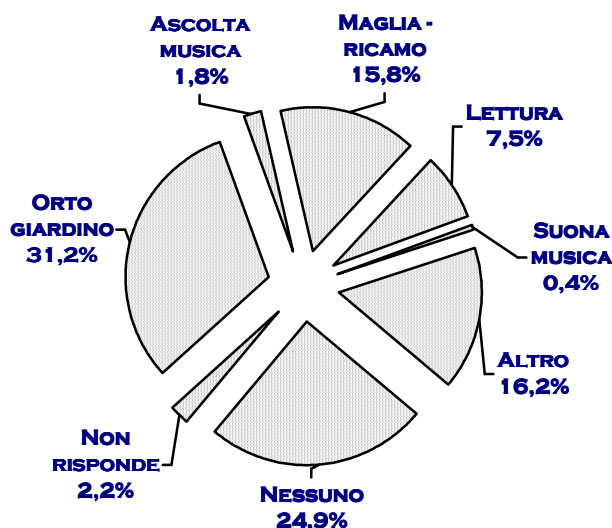


L'impiego attivo del tempo, inteso come pratica di hobby e coltivazione di interessi, segue un andamento assai simile a quello rilevato per la socializzazione: riguarda la gran parte della popolazione (ma, a differenza del dato sulle uscite di casa, in modo omogeneo uomini e donne) e tuttavia riconferma l'esistenza di una quota di popolazione svantaggiata anche da questo punto di vista. Un quarto degli intervistati stenta infatti a trovare stimoli per coltivare almeno un hobby o un interesse: sono, ancora una volta, le persone meno autonome, più anziane, più sole, che vivono nei Comuni più piccoli, di status più basso.

Assai più modesta appare invece la **partecipazione sociale ad associazioni e ad attività organizzate**, che riguarda solo 1/6 degli intervistati. Conformemente al dato di altre ricerche locali e nazionali, il tempo liberato dall'onere del lavoro si traduce raramente in forme di partecipazione sociale, ma va piuttosto ad alimentare, oltre a un meritato riposo, hobby e interessi già presenti prima dell'ingresso dell'età pensionistica. Terza e quarta età si dimostrano quindi momenti



attivi nel ciclo di vita degli intervistati, ma non di innovazione nell'impiego del tempo quotidiano.

FIG. 22. PRATICA DI ALMENO UN HOBBY RISPETTO AL COMUNE DI RESIDENZA (%)**FIG. 23. PRATICA DI ALMENO UN HOBBY RISPETTO ALLO STATUS (%)****FIG. 24. GLI HOBBY PIÙ PRATICATI (%)**

Le attività e le strutture che si vorrebbe venissero attivate nel Comune di residenza risultano essere quelle che ci si aspetterebbe da un'indagine sulla popolazione di qualsiasi altra età: cinema, teatro, musica innanzitutto, ma anche strutture sportive, circoli culturali e mostre riscuotono consenso. **La risposta al fabbisogno di svago e intrattenimento non richiede quindi per gli anziani strutture particolari, ma un uso articolato delle stesse:** è evidente che occorre diversificare i generi degli spettacoli, progettare gli orari, le forme di promozione pubblicità e le possibilità di fruizione con maggior attenzione affinché anche questa popolazione possa averne accesso.

Dall'analisi dei **consumi culturali** degli anziani si nota come, nel complesso, la relazione esistente fra indici di lettura e di fruizione televisiva e caratteristiche dei soggetti, sembra far emergere un'immagine che lega la lettura al livello dell'"activity" (immagine confortata, tra l'altro, dai legami che sussistono tra lettura e presenza o meno di un hobby), mentre per i consumi di carattere audiovisivo pare, almeno in parte, valere una relazione di segno contrario. La propensione alla lettura, infatti, si collega generalmente con una situazione fisica, psicologica e relazionale positiva, mentre la radio e la televisione, tendenzialmente, sono maggiormente seguite dai soggetti isolati, che trascorrono più tempo in casa e che godono di una salute meno buona. Naturalmente, l'ascolto televisivo non è una prerogativa di queste categorie e rimane comunque elevato presso tutti i "sub-campioni" presi in considerazione.

È interessante notare come la dimensione demografica del comune di residenza incida sulla propensione alla lettura, che risulta maggiore nei comuni più grandi. Ciò accade sia per il livello d'istruzione formale mediamente superiore nei comuni di maggiori dimensioni, sia per le differenze sussistenti a livello di stimoli ed opportunità culturali e di possibilità di accesso alle informazioni.

La partecipazione ad attività di carattere associativo, infine, si collega positivamente con la propensione alla lettura. È possibile che sussistano relazioni indirette tra le due cose, per cui le persone con un livello di salute ed una situazione motivazionale migliori sono maggiormente portate tanto alla lettura quanto alla partecipazione ad attività di gruppo extradomestiche; d'altra parte, si può anche pensare alla presenza di relazioni dirette, per cui, per esempio, la partecipazione ad un certo tipo di attività potrebbe incentivare i soggetti a leggere e ad informarsi.

4. CONCLUSIONI

Una direttrice fondamentale per gli interventi di politica sociale che si può individuare è quella orientata **all'integrazione tra politiche istituzionali, reti sociali informali, terzo settore**.

Appare evidente infatti la necessità di sviluppare **servizi intermedi tra l'ambito familiare e le istituzioni residenziali** (l'assistenza domiciliare integrata, l'ospedalizzazione a domicilio e i day hospital), ma anche servizi che possiamo definire di "connessione", come il telesoccorso: opportunità cioè che consentono di collegare agevolmente in caso di necessità l'anziano che sempre più spesso vive solo con i propri familiari e con i servizi pubblici.

Tali interventi forniscono un importante valore aggiunto, che va oltre la semplice "cura" dell'anziano, intervenendo con un ruolo attivo, stimolante e di raccordo nel nodo cruciale delle relazioni attive tra l'anziano e la cerchia parentale e non parentale in cui è direttamente collocato



Al fine di sviluppare adeguate risposte da parte dei servizi ai bisogni dei cittadini anziani occorre quindi sviluppare un'adeguata conoscenza circa la presenza, le modalità di accesso ai servizi, le risorse esistenti, non come qualcosa di lontano e impersonale **ma come opportunità capaci di offrire una gamma di risposte user-friendly, sempre più vicine ai linguaggi dell'anziano e alle sue forme comunicative**. In questo senso si può parlare di marketing dei servizi, nel senso di orientare sempre più l'offerta di prestazioni alle caratteristiche dell'utenza e alle sue difficoltà di accesso ai servizi. In termini operativi è importante porre l'accento sulla necessità di sviluppare interventi e iniziative mirate a diffondere capillarmente la conoscenza dei servizi disponibili.

Infatti gli anziani non esprimono soltanto domande e bisogni di tipo sanitario e assistenziale. Benché non si possa parlare – occorre ribadirlo – di solitudine e abbandono come situazioni generalizzate e neppure particolarmente diffuse, **l'area delle relazioni interpersonali è una delle più delicate e significative per promuovere la qualità della vita della popolazione anziana**. Si tratta di far emergere il bisogno, di conoscerlo e di attivare verso di esso risorse che possono avere natura diversa: il vicinato; i volontari e le loro associazioni; gli anziani stessi, attraverso forme di auto-aiuto e auto-organizzazione; servizi di teleassistenza, ove possibili e opportuni; interventi mirati di operatori professionali nei casi in cui si rendono necessari.

Alla luce di quanto detto, ci sembra quindi prioritario concentrare l'attenzione sulla necessità **di investire con decisione sui servizi che abbiamo chiamato di "connessione"**, e fra questi soprattutto i servizi di assistenza domiciliare e teleassistenza. L'assistenza domiciliare, in tal senso deve garantire un supporto concreto almeno in due direzioni:

- a) deve essere capace di **proteggere situazioni a rischio** dalla spirale dell'abbandono e del decadimento accelerato;
- b) deve essere capace di **integrarsi con la rete familiare** che eventualmente supporta l'anziano in un duplice processo di miglioramento, sia della qualità dell'assistenza dell'anziano attraverso la messa a disposizione delle professionalità necessarie, sia della qualità della vita dei parenti attraverso la liberazione di spazi e tempi "per sé".

Da ultimo una breve riflessione nell'importante tema del **ricovero in Casa di riposo**.

In futuro è certamente prevedibile un incremento rilevante del fabbisogno di posti letto, data la dinamica attuale della popolazione anziana. Bisognerà agire velocemente per sviluppare un **modello di struttura residenziale che sia in grado di garantire il mantenimento del radicamento degli ospiti in una maglia di relazioni sociali urbane**: un modello di struttura cioè che non si opponga al polo familiare definendosi come alternativa radicale, ma che si integri invece con l'ecosistema sociale ed urbano a divenire parte integrante della rete di relazioni e legami dell'anziano.



NOTA METODOLOGICA

Questo documento rappresenta una sintesi dell'indagine sociologica svolta dalla Provincia di Cremona, in collaborazione con Synergia, nell'ambito delle attività dell'Osservatorio Anziani nel 1995.

La rilevazione è stata effettuata mediante interviste in profondità ad un campione di 502 anziani rappresentativo, rispetto al sesso, alle fasce d'età e alla distribuzione in aree territoriali, della popolazione provinciale cremonese.

Maggiori informazioni sono contenute in:

L. Mauri e L. Breveglieri (a cura di), *Vivere l'età anziana*, 1996, FrancoAngeli, Milano.