



POLITECNICO
MILANO 1863

DIPARTIMENTO DI ARCHITETTURA
E STUDI URBANI



LPS – Laboratorio di Politiche Sociali

Isolamento e qualità della vita nell'età anziana fragile

Matteo Luppi

DAStU
Working Papers
n. 01/2021(LPS.15)
ISSN 2281-6283

Abstract

Il contributo approfondisce la conoscenza sulle condizioni di vita della popolazione anziana fragile in relazione alla loro qualità della vita (QA) e all'isolamento sociale (IS), identificando tre dimensioni intervenienti: le caratteristiche individuali; le caratteristiche del contesto spaziale; e le caratteristiche dei care arrangements. L'analisi multivariata qui presentata si basa sui dati SHARE e adotta un approccio comparativo a diciassette paesi, raggruppati in quattro regimi, su un campione di popolazione over 75 non istituzionalizzato con un grado di fragilità non severo. L'utilizzo delle tre dimensioni intervenienti porta a un primo risultato interessante: il regime continentale presenta, in termini medi, i livelli più elevati di QA e social connectendess. Inoltre, si conferma che il grado di fragilità individuale è un alto predittore della QA, mentre si sollevano interessanti spunti rispetto all'impatto delle differenti tipologie di cura informale e formale.

Key-words: Invecchiamento della popolazione ; Qualità della vita ; Isolamento sociale ; Care regime ; Housing.

Biografia autore/autori

Matteo Luppi è assegnista di ricerca all'Istituto di Analisi delle Politiche Pubbliche (INAPP). I suoi studi riguardano due principali temi, invecchiamento della popolazione e dinamiche intergenerazionali, povertà e nuove forme di vulnerabilità. Ha utilizzato ampiamente l'indagine SHARE nelle sue ricerche, e ha pubblicato in riviste quali: European Sociological Review, Work, Employment and Society e Social Policy and Administration.

m.luppi.ext@inapp.org

 LPS – Laboratorio di Politiche Sociali
<http://www.lps.polimi.it/>

Come citare questo working paper / How to cite this working paper:

Luppi, M. (2021) *Isolamento e qualità della vita nell'età anziana fragile*, in DASStU Working Paper Series, n. 01/2021 (LPS.15).

Introduzione¹

Questo report è dedicato all'analisi comparata della relazione esistente tra il rischio di isolamento sociale e di deterioramento della qualità della vita, da un lato, e le caratteristiche dello spazio abitativo, dei care arrangements, ed individuali della popolazione anziana fragile, dall'altro. Con il progressivo invecchiamento della popolazione, crescente interesse è stato dedicato alla comprensione della condizione degli anziani fragili, sia in termini di isolamento sociale (si veda ad esempio Cornwell et al. 2008²) che di qualità della vita (a tal riguardo Walker, 2004³). A nostro avviso, tuttavia, manca ancora uno studio che affronti queste tematiche con una visione di insieme rispetto alle potenziali dimensioni intervenienti e in ottica comparata. Questo studio si inserisce in quest'ottica, concentrandosi su tre dimensioni analitiche intervenienti, ossia le caratteristiche individuali della popolazione anziana fragile, il contesto spaziale in cui gli anziani fragili vivono, e le caratteristiche del *care arrangements* in cui sono inseriti, proponendo un'analisi di 17 paesi raggruppati in quattro regimi attraverso i dati dell'indagine *Survey on Health, Retirement and Ageing in Europe* (SHARE).

Questa ricerca si iscrive nel più ampio progetto *Inclusive ageing in place — IN-AGE* (http://www.lps.polimi.it/?page_id=2829), in via di conclusione, che si è prefisso l'obiettivo di affrontare in modo sistematico il tema della condizione di fragilità delle persone anziane e i relativi rischi di isolamento sociale in Italia, attraverso una pluralità di azioni di ricerca a partire dalla definizione di un quadro concettuale di analisi specifico. La ricerca qui presentata si colloca all'interno di questo specifico quadro di ricerca e identifica, nella sua struttura concettuale analitica, le dimensioni teoriche per la realizzazione dell'analisi comparativa empirica. In questa sede, quindi, ampio rilievo è dedicato alla fase applicativa di analisi di questo quadro concettuale in ottica comparata, mentre si rimanda ai singoli prodotti del progetto per un approfondimento del quadro concettuale stesso.

Il primo paragrafo presenta in termini sintetici le dimensioni teorico analitiche di riferimento della ricerca. Il paragrafo successivo è dedicato alle ragioni sottostanti la scelta della fonte dati utilizzata e delle caratteristiche dei campioni. Le successive tre sezioni sono dedicate all'approfondimento dell'analisi multivariata effettuata. Nello specifico, la prima presenta l'analisi descrittiva in ottica comparata delle variabili relative alle tre dimensioni indipendenti identificate, mentre il successivo presenta i modelli di analisi utilizzati. Il terzo paragrafo è relativo alla presentazione dei risultati dei modelli eseguiti, nella sua prima parte, e ad un approfondimento dell'analisi dei risultati ottenuti di taglio più comparativo rispetto ai regimi identificati, nella seconda parte. Chiude il rapporto una prima identificazione dei principali spunti di interesse emergenti dall'analisi.

1. Le dimensioni teoriche di riferimento

Dal momento che questo lavoro ha lo scopo di identificare i potenziali rischi in termini di isolamento sociale e qualità della vita della popolazione anziana in condizioni di fragilità, è necessario l'utilizzo di una definizione specifica del concetto di fragilità, soprattutto perché la sua operativizzazione si traduce nella definizione della popolazione target di analisi. Seguendo questa linea, la fragilità è stata definita come quella condizione caratterizzata da limitazioni di carattere fisico/motorio da un lato, e cognitivo dall'altro. Questa definizione permette: a) la costruzione di una scala misurabile attraverso la quale definire la popolazione target dell'analisi (si veda nel dettaglio l'appendice A1 per la costruzione della scala di fragilità), e b) evita il rischio di

¹ Questo articolo è esito di un lavoro di ricerca che si colloca all'interno del progetto IN-AGE. Il progetto è finanziato da Fondazione Cariplo, grant n° 2017-0941 (http://www.lps.polimi.it/?page_id=2829).

² Cornwell, B., Laumann, E.O. & Schumm, L.P., 2008. The social connectedness of older adults: A national profile. *American sociological review*, 73(2), pp.185–203.

³ Walker, A., 2004. The ESRC growing older research programme, 1999-2004. *Ageing & Society*, 24(5), pp.657–674.

sovrapposizione fra il concetto di fragilità rispetto a concetti simili, ma che rimandano a una sfera di dimensioni più ampie (e meno connesse allo stato di salute dell'anziano), come ad esempio il concetto di vulnerabilità. Partendo quindi dalle limitazioni fisiche, motorie (ADL e IADL) e cognitive, limitazioni che definiscono la capacità degli anziani di vivere in modo indipendente (Colombo, 2011⁴), abbiamo costruito una scala che identifica, per ciascun individuo, un valore di fragilità che ci permetta di definire la sua idoneità rispetto all'analisi e allo scopo della ricerca.

Rispetto alle due dimensioni dipendenti di ricerca, isolamento sociale e qualità della vita, l'analisi della letteratura suggerisce, nel primo caso, di utilizzare un approccio di orientamento oggettivo, mentre nel secondo di orientarsi verso una concezione della qualità della vita in termini di soddisfazione dei bisogni⁵. Rispetto a quest'ultima, la qualità della vita in età anziana è qui intesa come un aspetto indipendente e distinto da fattori contestuali e individuali quali salute, condizione economica e relazioni sociali. Questo approccio, proposto originariamente da Hyde et al. 2003⁶, ha generato una scala di misurazione della qualità della vita in età anziana (CASP-19) strutturata in quattro domini, quali il controllo, l'autonomia, la realizzazione personale e il piacere. In relazione all'isolamento sociale, abbiamo prediletto un approccio di natura oggettiva che incorporasse, per quanto possibile attraverso l'utilizzo di un indicatore di sintesi, sia la dimensione strumentale che funzionale dell'isolamento sociale (si veda a tal riguardo Victor et al. 2000 e Lubben & Gironde 2003⁷). Nello specifico, date le caratteristiche della popolazione in esame, ci è parso più idoneo concettualizzare l'isolamento sociale come la carenza oggettiva di un network sociale di supporto e la presenza/assenza di relazioni di qualità nel network sociale stesso. Abbiamo deciso quindi di non concentrarci su aspetti più soggettivi, come ad esempio la solitudine, i quali possono essere più influenzati da una pluralità di fattori caratteristici della popolazione fragile in età anziana.

Rispetto alle dimensioni intervenienti di nostro interesse - le caratteristiche individuali dell'anziano fragile, il care arrangement in cui è inserito e le caratteristiche spaziali ed abitative - il team del progetto IN-AGE ha svolto un ampio lavoro di literature review, identificando in questi tre aspetti gli elementi principali di intervento rispetto ai rischi di isolamento e deterioramento della qualità della vita in età anziana fragile. Per motivi di spazio e focus di questo report si rimanda ai lavori di natura più teorica del progetto IN-AGE per una ricostruzione puntuale di queste dimensioni, e soprattutto delle relazioni di quest'ultime rispetto alla fragilità e ai due rischi qui analizzati.

2. Dati e popolazione di interesse

La Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe (SHARE), un'indagine che mira ad investigare differenti caratteristiche della popolazione anziana europea con un focus specifico sulla popolazione over 50 non istituzionalizzata, rappresenta una fonte dati ideale per le finalità di analisi di questa ricerca. In primis, il campione è strutturato sulla quota di popolazione anziana delle nazioni di riferimento, garantendo un soddisfacente rappresentatività della popolazione anziana fragile a livello nazionale. Inoltre, il suo approccio multidimensionale garantisce la disponibilità di una vasta gamma di informazioni, che spaziano dalle condizioni di salute degli intervistati - sia sul piano fisico e di mobilità che cognitivo - al supporto ricevuto, al contesto abitativo e spaziale, permettendo inoltre, come presentato nel dettaglio in seguito, di costruire

⁴ Colombo, F. et al (2011), *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, OECD Publishing

⁵ Si rimanda ai singoli prodotti del progetto IN-AGE per un approfondimento in tale direzione (http://www.lps.polimi.it/?page_id=2829)

⁶ Hyde, M. et al., 2003. A measure of quality of life in early old age: the theory, development and properties of a needs satisfaction model (CASP-19). *Aging & mental health*, 7(3), pp.186-194.

⁷ Victor, C. et al., 2000. Being alone in later life: loneliness, social isolation and living alone. *Reviews in Clinical Gerontology*, 10(4), pp.407-417. Lubben, J. & Gironde, M., 2003. Centrality of social ties to the health and well-being of older adults. *Social work and health care in an aging society*, pp.319-350.

indicatori specifici circa la qualità della vita e l'isolamento sociale. In termini più generali, essendo un'indagine di carattere europeo, presenta una fonte dati armonizzata che permette una diretta comparazione tra paesi. Ai fini dell'analisi si è scelto di utilizzare la sesta rilevazione di SHARE⁸, relativa all'anno 2015, in quanto presenta una serie di vantaggi rispetto all'utilizzo di edizioni precedenti o al pooling di più edizioni. In particolare, tale sesta rilevazione permette, a differenza delle altre, la costruzione dell'indicatore di isolamento sociale (social connectedness), che tiene in considerazione sia la componente strutturale che la componente funzionale di questa dimensione.

Come mostrato nel dettaglio nella sezione A1 dell'appendice, i due criteri utilizzati per la selezione della popolazione target riguardano l'età dei rispondenti e il loro grado di fragilità. Rispetto al primo criterio, l'analisi verte su un sottogruppo del campione complessivo, ossia la popolazione over 75. In relazione alla seconda soglia considerata, si è scelto di non includere nell'analisi coloro caratterizzati da un livello di fragilità troppo elevato. La popolazione target è quindi definita da coloro che hanno un'età uguale o superiore a 75 anni e che riportano valori della scala di fragilità compresi tra 0 e 1.5. Si è scelto di utilizzare il cut-off point a 1.5, in quanto lo scopo dell'analisi è di identificare potenziali rischi in termini di qualità della vita e isolamento sociale per la popolazione fragile, quindi si è deciso di escludere dall'analisi coloro con uno stato psicofisico altamente fragile per non influenzare eccessivamente l'analisi sulle due dimensioni di nostro interesse. In altre parole, questa decisione replica la scelta di escludere la popolazione anziana "giovane", ma seguendo una logica opposta, ossia prevenire potenziali distorsioni nei risultati in virtù dell'inclusione di individui che, per le loro condizioni psicofisiche, sono già altamente esposti ai rischi di deterioramento della qualità della vita e isolamento sociale.

In termini di paesi analizzati, l'analisi si basa su 17 stati europei raggruppati in quattro regimi di welfare state. Svezia e Danimarca costituiscono il regime Nordico/universalista. Il regime continentale è composto da Austria, Germania, Francia, Belgio, (più Lussemburgo e Svizzera), mentre Italia, Spagna, Grecia, Slovenia e Croazia costituiscono il regime mediterraneo. Infine, Repubblica Ceca, Polonia ed Estonia rappresentano il cluster dei paesi dell'est Europa.

In seguito all'applicazione dei due criteri di selezione della popolazione target e al trattamento dei casi mancanti delle differenti variabili costituenti i due indicatori dipendenti (qualità della vita e social connectedness) attraverso il metodo listwise deletion, si sono ottenuti due differenti campioni, i quali presentano una contenuta differenza in termini di unità. Nel caso della qualità della vita l'analisi si basa su un campione di 10.000 individui, mentre nel secondo modello il campione è lievemente più ampio, pari a 10049.

3. Le variabili utilizzate

Questa sezione propone l'analisi descrittiva delle variabili utilizzate nei modelli differenziando in base alle strutture analitiche identificate, quali: fattori individuali; il contesto dei care arrangements; il contesto spaziale; le caratteristiche dell'anziano fragile a domicilio; le due dimensioni dipendenti relative alla qualità della vita e all'isolamento sociale.

Le caratteristiche dell'anziano fragile a domicilio⁹

La tabella 1 evidenzia come sia l'età che il genere costituiscono caratteristiche simili nei regimi considerati. L'età media degli intervistati inclusi nell'analisi risulta essere 80 anni. Ad eccezione del cluster dei paesi dell'est Europa, in cui vi è una maggior prevalenza della popolazione femminile, nei restanti paesi il campione risulta essere abbastanza bilanciato con una equa

⁸ Attualmente sono disponibili otto waves di dati SHARE. La terza wave e la penultima (settima) sono di natura (prevalentemente) retrospettiva, e quindi non utili ai fini di questa analisi.

⁹ La definizione e i valori medi delle variabili in esame, così come di quelle relative alle successive dimensioni analitiche sono riportate nella sezione A2 in appendice.

distribuzione della popolazione tra i due generi. Questo primo aspetto indica che l'utilizzo della scala di fragilità (ossia la considerazione delle limitazioni cognitive e fisiche) nella selezione della popolazione target consente di limitare l'effetto dovuto dalla maggior aspettativa di vita della popolazione femminile. In altre parole, l'esclusione dalla popolazione target di coloro in forte condizione di fragilità colpisce prevalentemente la popolazione femminile, riequilibrando la distribuzione di genere nella popolazione di interesse¹⁰. Altre caratteristiche trasversali ai regimi considerati risultano essere la cittadinanza e lo stato civile. Circa un quarto del campione risulta essere vedovo/a, mentre, ad eccezione dei paesi dell'est Europa, il 60% della popolazione considerata convive con un partner. La percentuale di separati, single e divorziati, risulta essere stabile intorno al 10% tranne che nel blocco dei paesi mediterranei in cui, anche in virtù della più recente introduzione dell'istituto del divorzio e del differente approccio culturale, scende al 4%. In termini più aggregati, questa variabile indica che circa il 40% della popolazione analizzata è composto da famiglie monocomponente, percentuale che scende a poco meno del 30% nel caso dei paesi dell'Europa meridionale. Se si esclude il blocco dei paesi dell'Est Europa, la quasi totalità degli intervistati ha la cittadinanza del paese di residenza, mentre in questi ultimi paesi, anche in virtù di dinamiche migratorie interne all'area, tale percentuale, seppur molto elevata, scende a valori intorno al 90%. In tutti i regimi considerati il settore privato rappresenta il principale settore di impiego, e questo aspetto risulta essere particolarmente vero nei paesi dell'Est e del Nord Europa. Il settore pubblico e il self-employment – sia in termini di lavoro autonomo che imprenditoriale – costituiscono, nell'ordine, il secondo e terzo settore di impiego, in modo abbastanza omogeneo tra i vari paesi. Una marcata differenza invece riguarda la quota di casalinghe presente nel campione. Nel regime continentale e particolarmente in quello mediterraneo questa categoria presenta percentuali importanti tra il 10% e il 15%, al contrario nei regimi nordico e dell'est Europa la quota di casalinghe cade drasticamente a frazioni inferiori all'1%. Un'ulteriore variabile che presenta significative differenze tra i regimi considerati risulta essere l'utilizzo di internet nella settimana precedente l'intervista. La distribuzione di questa variabile decresce fortemente sulla direttrice nord-sud Europa passando da più del 50% nei paesi nordici, al 30% dei continentali e al 7% dei paesi dell'area mediterranea, mentre il blocco dei paesi dell'Europa dell'est si attesta al 17%. Infine, il reddito medio in termini logaritmici, anche in virtù della correzione per il purchasing power parity, non presenta significative differenze tra i paesi considerati.

¹⁰ Questo aspetto emerge chiaramente se si osserva la distribuzione di genere della popolazione che presenta un livello di fragilità superiore al criterio da noi selezionato (1.5) rispetto alla stessa distribuzione sulla popolazione totale over 75. In ogni regime la quota di popolazione femminile con un livello di fragilità critico è più elevata rispetto alla distribuzione sulla popolazione over 75 (Nordici: da 52,9% a 63,2%; Continentali: 56,2%, 67,9%; Mediterranei: 55,5%, 69,0%; est Europa: 62,1%, 71,1%).



Tabella1. Statistiche descrittive delle variabili relative alla dimensione fattori individuali.

Variabili	Categorie	Paesi Nordici		Paesi Continentali		Paesi del Sud Europa		Paesi Europa	dell'Est
		Quality of life	Social isolation	Quality of life	Social isolation	Quality of life	Social isolation	Quality of life	Social isolation
		% [Ø]	% [Ø]	% [Ø]	% [Ø]	% [Ø]	% [Ø]	% [Ø]	% [Ø]
Genere	maschio	49.787	49.12	47.19	46.93	50.55	50.83	41.70	41.46
	femmina	50.22	50.88	52.81	53.07	49.55	49.17	58.30	58.54
Età		[80.80]	[80.94]	[80.64]	[80.68]	[80.37]	[80.46]	[80.25]	[80.31]
Livello istruzione	basso	45.15	45.39	40.36	40.51	76.15	77.99	41.48	41.76
	medio	28.27	28.80	38.02	38.06	15.61	14.04	38.42	38.05
	elevato	26.11	25.81	21.63	21.44	8.24	7.97	20.10	20.19
Stato civile	sposato/convivente	66.56	65.53	61.58	60.90	72.83	73.34	56.88	55.94
	divorziato/separato/single	10.27	10.62	10.88	11.01	4.24	4.27	11.31	11.50
	Vedova/o	23.17	23.86	27.54	28.09	22.93	22.39	31.81	32.56
Cittadinanza	paese di intervista	98.31	98.29	96.16	96.07	99.58	99.49	88.86	89.23
	altra cittadinanza	1.69	1.71	3.84	3.93	0.42	0.51	11.14	10.77
Ultima occupazione	settore privato	63.74	64.06	59.22	59.54	48.86	50.06	76.75	76.78
	settore pubblico	23.26	23.37	16.70	16.60	14.67	12.14	18.23	18.29
	lavoratore ind./imprenditore	12.15	12.08	14.23	14.26	17.93	18.91	3.33	3.29
	casalinga	0.13	0.18	9.17	8.95	15.87	16.27	0.31	0.30
	altro	0.31	0.31	0.67	0.66	2.67	2.61	1.38	1.34
Utilizzo internet ultimi 7 gg	Si	54.10	53.39	29.05	28.91	7.61	7.46	17.39	17.25
	no	45.90	46.61	70.95	71.09	92.39	92.54	82.61	82.75
Reddito familiare (log, PPP)		[9.94]	[9.93]	[10.12]	[10.12]	[9.59]	[9.58]	[9.30]	[9.29]
Totale		1262	1331	3540	3592	4457	3280	1741	1846



Le caratteristiche dei care arrangements

Le statistiche descrittive relative alle caratteristiche del sistema di cura formale (Tabella 2) confermano le note differenze tra i regimi considerati, ma suggeriscono anche un aspetto interessante. In tutti i regimi considerati la quota di coloro che ricevono servizi di cura professionali risulta particolarmente ridotta, oscillando tra il 2,5% e il 6,9%. Inoltre, nonostante la varianza di tale variabile sia compresa in pochi punti percentuali, è possibile notare che nei paesi del Sud e dell'Est Europa tale servizio è beneficiato in misura minore rispetto agli altri due blocchi di paesi considerati. In particolare, il regime continentale risulta essere il regime con il più alto tasso di copertura, seguito a breve distanza dal blocco nordico. Le stesse considerazioni emergono dall'analisi del servizio di pasti a domicilio, anche se in questo caso la quota di popolazione beneficiaria risulta essere inferiore. Differenze più sostanziali emergono invece rispetto ai servizi professionali di aiuto domestico. Anche in questo caso il blocco continentale presenta la quota di beneficiari più elevata, di poco superiore ai paesi nordici, ma nettamente maggiore rispetto ai paesi del Sud e dell'Est Europa, dove questo servizio sembra essere meno sviluppato. In particolare, la performance dei paesi continentali può essere in parte spiegata alla luce delle politiche che nell'ultimo decennio hanno favorito l'occupazione del settore servizi, specialmente in Francia, Belgio e Germania, come voucher di cura e mini-job. Il secondo aspetto considerato dei sistemi formali di cura invece rispecchia le note differenze in termini di qualità percepita dei sistemi di welfare. Infatti, il livello di soddisfazione rispetto al sistema sanitario decresce seguendo la direttrice nord-sud ed est Europa, in linea con diversi studi sul tema¹¹.

Similarmente, i dati sulla distanza abitativa tra le abitazioni dei genitori e dei figli confermano il più alto grado di prossimità e convivenza caratterizzante i paesi mediterranei e, in termini più contenuti, i paesi dell'est Europa, rispetto ai due restanti regimi. Al contempo, la frequenza di contatto quotidiana risulta essere preponderante nel blocco mediterraneo e dell'Est Europa, mentre nel regime continentale, e soprattutto nordico, il campione tende a distribuirsi in modo più uniforme mantenendo comunque le prevalenze delle risposte nelle modalità di frequenza contatti elevate (quotidiana, più volte a settimana, settimanale).

La batteria di variabili relative alla ricezione di cure informali presenta un'immagine opposta a quanto emerso rispetto alle caratteristiche del settore formale di cura. In questo caso, se si esclude la variabile relativa al supporto domestico, sono i paesi dell'Europa del Sud, e in particolar modo dell'Europa dell'est, a presentare i tassi di ricezione più elevati. Questo dato poggia su due considerazioni: da un lato, differenti approcci culturali caratterizzanti i contesti di analisi e, dall'altro, le differenti dinamiche di de-familiarizzazione, rispecchiate anche dalla più bassa presenza di servizi formali in questi due regimi. Discorso lievemente differente invece riguarda il supporto informale domestico. In questo caso, infatti, il regime mediterraneo presenta la percentuale di beneficiari inferiore, mentre persistono le differenze emerse in precedenza rispetto agli altri regimi considerati. Alla luce di questi dati, in parte sorprendono i valori relativi alla fornitura di cure informali. In questo caso lo scenario si capovolge: sono i paesi nordici, seguiti dal blocco continentale, a presentare le quote più elevate di popolazione over 75 che fornisce cure informali. Questo aspetto è particolarmente evidente se paragonato al regime mediterraneo: qui la percentuale di fornitori di cura è pari a valori che sono inferiori alla metà dei corrispettivi Nordici e Continentali. Una simile distribuzione dei regimi considerati emerge anche dall'analisi dell'ultima variabile considerata, la frequenza di attività sociali. Nonostante in tutti i regimi la modalità di risposta principale sia "nessuna attività", la quota di coloro che è inserito in network di attività sociali è doppia nei paesi nordici rispetto ai paesi mediterranei e dell'est Europa, e di circa venti punti percentuali superiore a quella dei paesi continentali.

¹¹ Wendt C, Kohl J, Mischke M and Pfeifer M (2009). How Do Europeans Perceive Their Healthcare System? Patterns of Satisfaction and preference for State Involvement in the Field of Healthcare, *European Sociological Review*, 26(2), 177–92.



Tabella 2 Statistiche descrittive delle variabili relative alla dimensione Care arrangements.

Variabili	Categorie	Paesi Nordici		Paesi Continentali		Paesi del Sud		Paesi dell'Est	
		Quality of life	Social isolation	Quality of life	Social isolation	Quality of life	Social isolation	Quality of life	Social isolation
		%	%	%	%	%	%	%	%
Supporto formale (pubblico e privato)									
Servizio di cura professionale domiciliare	non ricevuto	95.18	95.00	93.10	93.10	96.84	96.32	97.47	97.54
	ricevuto	4.82	5.00	6.90	6.90	3.16	3.68	2.53	2.46
Servizio professionale aiuto domestico a domicilio	non ricevuto	85.66	85.05	77.65	77.36	90.64	90.07	93.83	93.77
	ricevuto	14.34	14.95	22.35	22.64	9.36	9.93	6.17	6.23
Pasti a domicilio	non ricevuto	96.49	96.40	95.91	95.94	98.78	98.60	94.32	94.08
	ricevuto	3.51	3.60	4.09	4.06	1.22	1.40	5.68	5.92
Soddisfazione sanitaria nazionale	Sistema molto soddisfatto	48.65	48.57	42.76	42.96	34.17	34.45	19.03	19.20
	alquanto soddisfatto	45.52	45.52	50.02	49.86	43.62	42.96	62.87	62.82
	alquanto insoddisfatto	4.95	4.94	5.85	5.79	15.31	15.61	13.80	13.75
	molto insoddisfatto	0.88	0.98	1.37	1.39	6.90	6.98	4.30	4.24
Reciprocità									
Distanza abitazione figlio più vicino	stesso edificio/casa	2.57	2.56	12.63	12.85	31.66	30.69	18.59	18.85
	meno di 1 Km	13.53	13.67	17.63	17.30	20.31	20.79	13.09	12.88
	1-5 Km	22.86	23.06	18.84	18.48	13.88	13.40	17.66	17.73
	5-25 Km	24.36	23.98	19.81	20.03	12.50	12.52	17.57	17.42
	più di 25 Km	29.37	29.23	20.41	20.71	11.40	11.83	24.27	24.21
Frequenza più elevata contatti con figli	nessun figlio	7.33	7.50	10.68	10.63	10.25	10.76	8.83	8.91
	nessun figlio/mai giornaliera	8.20	8.36	11.98	11.92	10.72	11.14	9.32	9.38
	più volte a settimana	16.91	16.96	24.98	24.82	52.21	50.37	33.05	33.03
		27.93	28.19	23.20	22.84	16.24	15.99	20.01	19.97

	settimanalmente	18.97	19.04	13.80	13.81	4.56	4.67	11.18	11.15
	circa bisettimanale	6.32	6.22	3.93	4.04	1.05	1.09	2.84	2.81
	mensile	3.01	2.87	3.17	3.27	0.59	0.66	2.31	2.29
	meno di 1 volta al mese	1.57	1.53	2.27	2.29	1.08	1.17	2.00	2.16
Riceve cure informali care	no	97.91	97.86	95.77	95.59	93.19	92.79	92.32	92.13
	Si	2.19	2.14	4.23	4.41	6.81	7.21	7.68	7.87
Riceve supporto pratico informale	no	72.45	71.75	71.63	71.46	80.39	80.76	62.24	61.61
	si	27.55	28.25	28.37	28.54	19.61	19.24	37.76	38.39
Riceve supporto informale documenti	no	90.36	90.18	89.97	89.71	87.32	87.08	86.16	85.99
	Si	9.64	9.82	10.03	10.29	12.68	12.92	13.84	14.01
Fornisce cure informali	no	76.27	76.69	81.65	81.61	90.87	91.29	83.81	83.57
	Si	23.73	23.31	18.35	18.39	9.13	8.71	16.19	16.43
Massima intensità attività sociali	nessuna attività	41.58	41.79	60.43	60.40	84.79	84.95	79.15	79.83
	giornaliera	8.39	8.24	4.02	3.95	3.09	3.07	1.77	1.73
	settimanale	35.07	35.02	20.55	20.53	5.97	5.94	8.43	8.26
	Ogni due settimane	10.02	10.07	9.89	10.01	2.83	2.82	6.26	6.31
	Meno frequente	4.95	4.88	5.10	5.11	3.32	3.22	4.39	4.32
Totale		1262	1331	3540	3592	3457	3280	1741	1846



Le caratteristiche del contesto spaziale

Rispetto al contesto spaziale, le statistiche descrittive indicano che, in termini comparativi, nei regimi in cui il tasso di proprietà della prima abitazione risulta ridotto, la quota di popolazione in alloggio sociale o popolare è elevata. Questo caratterizza particolarmente i paesi Nordici dove il tasso di proprietà è circa del 50%, mentre le soluzioni abitative di natura sociale caratterizzano più del 15% del campione. Al contrario, nel Sud Europa quasi il 90% degli intervistati risiede nell'abitazione di proprietà, ma solo l'1% circa beneficia di alloggi popolari. Inoltre, la partecipazione a cooperative sembra essere una realtà esistente quasi esclusivamente nei paesi nordici, mentre "vivere in affitto" rappresenta una soluzione particolarmente comune in questi paesi, ma soprattutto nel regime continentale. I paesi appartenenti a quest'ultimi regimi inoltre presentano, in termini medi, appartamenti più spaziosi o comunque dotati di un numero maggiore di stanze rispetto ai restanti due regimi. La quota di popolazione che presenta accorgimenti per persone disabili nelle proprie abitazioni risulta essere abbastanza ridotta nei paesi del Sud ed est Europa, mentre questo aspetto tende ad essere più diffuso nei restanti regimi.

La variabile relativa alla tipologia abitativa indica che in tutti i regimi esaminati solo una frazione molto minoritaria risiede in un complesso residenziale con servizi per anziani. Lo stesso risultato riguarda gli edifici con 9 o più piani, con la sola eccezione dei paesi dell'est Europa. In quest'ultimi la tipologia abitativa prevalente risulta essere in condomini di 8 o meno piani, ma una quota importante risulta abitare in edifici più elevati. Nei restanti paesi la prevalenza della popolazione over 75 analizzata risiede in una villetta singola o bifamiliare indipendente, mentre le altre due tipologie abitative più comuni sono soluzioni unifamiliare o bifamiliare in un complesso a schiera o in un edificio diviso in più porzioni, oppure un in edificio con un numero di appartamenti non superiore a otto. Ad eccezione dei paesi dell'est Europa, più del 60% del campione risiede in abitazioni facilmente accessibili, caratterizzate da un livello di barriere architettoniche molto limitato. Nonostante ciò, una quota importante di popolazione risiede in edifici che presentano livelli medio-alti di barriere all'accesso, e anche in questo caso la percentuale sale rispetto alla direttrice nord-sud-est Europa (paesi Nordici ~ 15%; paesi continentali ~ 25%; paesi mediterranei ~ 30%; paese dell'est Europa 38%).

Circa un terzo del campione risiede in campagna o in un piccolo centro abitato, mentre approssimativamente il 40% abita in città di media e piccola grandezza. Le principali divergenze tra i regimi riguardano invece la quota di popolazione residente in centri metropolitani e nell'hinterland o periferia di questi centri. Nei paesi mediterranei e dell'est Europa un quinto del campione risiede in grandi aree urbane, mentre questo aspetto riguarda solo l'11-12% dei rispondenti nei restanti regimi. La percentuale di popolazione residente in periferia o nell'hinterland è elevata nei paesi nordici (17%) e in misura minore in quelli continentali (10%), mentre tende a essere limitata (7%) e molto limitata (4%) rispettivamente nell'area mediterranea e dell'est Europa.



Tabella 3 Statistiche descrittive delle variabili relative alla dimensione contesto spaziale.

Variabili	Categorie	Paesi Nordici		Paesi Continentali		Paesi del Sud Europa		Paesi dell'Est Europa	
		Quality of life	Social isolation	Quality of life	Social isolation	Quality of life	Social isolation	Quality of life	Social isolation
		%[Ø]	%[Ø]	%[Ø]	%[Ø]	%[Ø]	%[Ø]	%[Ø]	%[Ø]
Abitazione									
Arrangement domestico	proprietario	53.48	53.26	64.21	63.90	88.67	89.21	70.85	70.69
	Membro di cooperative	18.79	18.67	0.34	0.34	0.21	0.18	3.82	3.85
	Affittuario	10.77	10.92	17.02	17.42	3.42	3.38	5.19	5.24
	social/public housing	15.97	16.07	5.94	5.88	1.12	1.02	0.75	0.78
	Affitto gratuito	0.94	0.92	12.46	12.42	6.39	6.12	19.17	19.20
Numero stanze per membro familiare		[2.68]	[2.70]	[2.80]	[2.80]	[1.95]	[1.97]	[1.76]	[1.76]
Accorgimenti speciali	no	75.52	75.47	69.22	68.91	87.36	86.90	83.10	82.92
	Si	24.48	24.53	30.78	31.09	12.64	13.10	16.90	17.08
Edificio									
Tipo edificio	Fattoria	4.95	4.88	6.09	6.11	7.77	7.26	15.71	15.30
	villetta singola o bifamiliare indipendente	48.90	48.93	47.10	46.82	43.97	43.11	26.93	27.11
	unifamiliare o bifamiliare (categoria ref.)	11.65	11.71	18.03	17.94	13.13	14.19	4.88	4.84
	un edificio da 3 a 8 appartamenti	12.09	12.02	13.03	13.15	17.36	18.05	7.63	7.91
	un edificio con 9 o più appartamenti ma massimo 8 piani	19.22	19.16	12.79	13.03	15.66	15.36	37.00	36.96
	un edificio con 9 o più piani complesso residenziale per anziani	1.50	1.59	2.00	2.02	1.92	1.83	7.72	7.65
		1.63	1.65	0.90	0.93	0.14	0.15	0.13	0.22

Accessibilità abitazione (barriere architettoniche)	Alta	77.52	77.24	69.63	69.41	61.74	62.78	49.07	48.81
	buona	7.76	8.05	6.18	6.15	7.72	7.36	12.73	12.80
	Media	8.08	8.24	14.66	14.80	18.25	17.47	14.95	14.92
	Bassa	6.64	6.47	9.53	9.63	12.29	12.39	23.25	23.48
Area di residenza									
Area urbana dell'edificio	Grande città	11.21	11.23	12.63	12.31	18.69	19.47	20.94	20.97
	periferia o l'hinterland								
	grande città	17.60	17.45	10.66	10.81	7.61	7.95	4.75	4.84
	città di media grandezza	21.23	21.11	11.44	11.35	14.49	14.72	18.19	18.20
	cittadina	22.98	23.25	27.07	26.82	27.19	26.61	24.27	24.38
	Campagna/piccolo abitato	26.90	26.97	38.20	38.71	31.76	31.25	31.85	31.60
Percezione della qualità urbana (range: 3-12)		[10.50]	[10.50]	[10.20]	[10.22]	[9.69]	[9.69]	[9.46]	[9.45]
Totale		1262	1331	3540	3592	3457	3280	1741	1741

Le variabili dipendenti

La dimensione di isolamento sociale è identificata attraverso l'indicatore oggettivo relativo al grado di social connectedness, che rappresenta un indicatore di sintesi basato su 5 caratteristiche del social network: numero di persone nel network; il numero di persone nel network residenti a meno di 25 km; il numero di persone nel network con cui si hanno contatti settimanali o più frequenti; il numero di persone nel network con cui si hanno rapporti emotivi forti o molto forti (auto-riferita); eterogeneità del network in termini di tipologia di relazioni (parentali, figliali, amicali).

Tabella 4. Statistiche descrittive variabile dipendente isolamento sociale (%)

social connectedness	Paesi Nordici	Paesi Continentali	Paesi del Sud Europa	Paesi dell'Est Europa
Low 0	1.83	2.09	2.41	3.20
1	16.35	15.94	28.51	20.02
2	48.51	47.37	47.73	51.23
3	29.41	28.13	17.64	22.74
High 4	3.90	6.47	3.71	2.81
Totale	100(1331)	100 (3592)	100 (3280)	100 (1846)

Fonte: nostra elaborazione su dati SHARE, wave 6, release 6.0.0

La variabile dipendente identificata presenta una distribuzione a 5 modalità (0-4), in cui i valori inferiori rappresentano un basso livello di social connectedness mentre, al contrario, i valori alti indicano l'inclusione in un network sociale caratterizzato da un elevato livello di socialità. Dalla tabella 4 emerge che il maggior grado di isolamento sociale è presente tra la popolazione dei paesi del Sud e dell'est Europa, in cui la percentuale cumulata delle prime due modalità di risposta, corrispondenti ai livelli inferiori di social connectedness, è compresa circa tra il 25%-30%, mentre nei restanti regimi non raggiunge il 20%. Nel paragrafo successivo si analizzerà nel dettaglio quali siano le relazioni sussistenti tra tale variabile e le variabili presentate in precedenza.

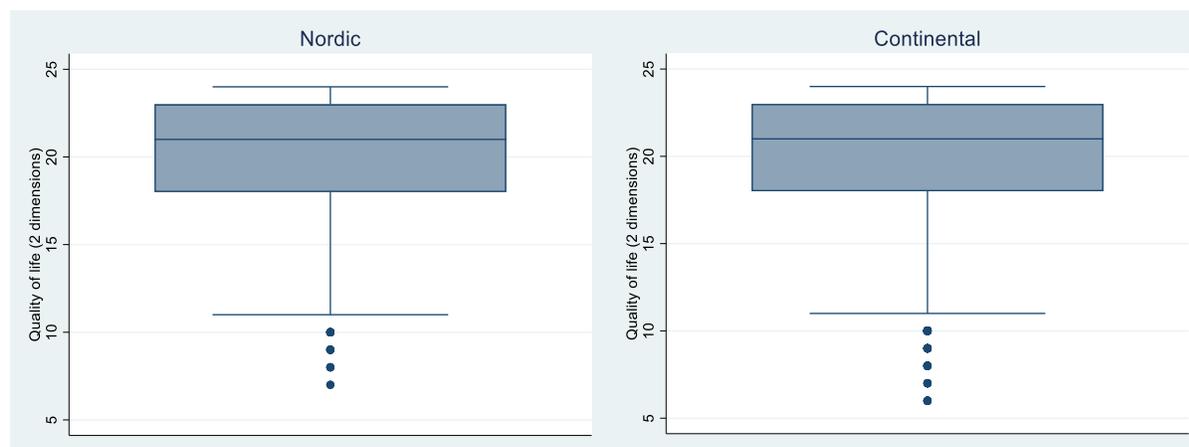
L'indagine SHARE fornisce un indicatore specifico relativo alla dimensione della qualità della vita validato a livello internazionale¹². In particolare, questo indicatore è costruito su una batteria di 12 domande (CASP-12) creato in base alla scala interazionale CASP-19. Quest'ultima rappresenta un indicatore ampiamente utilizzato in letteratura per la misurazione della qualità della vita in età anziana. Come anticipato in precedenza, entrambe le scale (CASP-12 e CASP-19) sono strutturate a partire da quattro domini individuali: *i*) controllo; *ii*) autonomia; *iii*) realizzazione personale; e *iv*) piacere personale. La scala CASP_12 presenta un numero inferiore di domande rispetto a CASP-19, appunto dodici, tre per ciascun dominio¹³. Entrambi gli indicatori sono definiti per l'analisi della qualità della vita nella popolazione anziana over 65 anni, e non per la sottodimensione di anziani fragili. A questo scopo si è deciso di

¹² Si veda ad esempio: Knesebeck O., Wahrendorf M., Hyde M. and Siegrist L., (2007) Socio-economic position and quality of life among older people in 10 European countries: results of the SHARE study, in Ageing and Society, Vol. 27(2), 269-284.

¹³ Le domande incluse in questa scala sono le seguenti. Controllo: quanto spesso pensa che l'età le impedisce di fare quel che vorrebbe? Quanto spesso sente che non riesce a controllare ciò che le succede?; Quanto spesso si sente tagliato/a fuori dagli avvenimenti?. Autonomia: Quanto spesso pensa che può fare ciò che desidera? Quanto spesso pensa che le responsabilità familiari le impediscono di fare ciò che vorrebbe? Quanto spesso pensa che la mancanza di denaro le impedisce di fare ciò che vorrebbe?. Realizzazione personale: Quanto spesso non vede l'ora che arrivi il nuovo giorno? Quanto spesso sente che la sua vita ha un senso?; Quanto spesso guarda alla sua vita fin qui con un senso tutto sommato di felicità?. Piacere/soddisfazione: Quanto spesso si sente pieno/a di energia in questo periodo? Quanto spesso sente che la vita è piena di opportunità? Quanto spesso il futuro le appare positivo?.

utilizzare nelle analisi una versione ridotta dell'indicatore CASP-12, focalizzando l'attenzione esclusivamente su due domini, "realizzazione personale" e "piacere personale", tralasciando invece "controllo" e "autonomia", in quanto potenzialmente molto influenzabili dallo stato di fragilità individuale¹⁴. In entrambe le scale, a due e a quattro domini, le batterie di domande presentano tutte la stessa modalità di risposta (spesso/qualche volta/raramente/mai), e gli indicatori finali risultanti sono variabili continue con range 6-24 (due dimensioni) e 12-48 (quattro dimensioni).

La figura 1 mostra, in termini comparativi rispetto ai regimi considerati, la distribuzione della variabile dipendente selezionata. La mediana della distribuzione indica che, in base all'indicatore utilizzato, la qualità della vita è più elevata nei paesi Nordici e Continentali (valori intorno al 21) rispetto ai restanti due regimi (valori prossimi al 18). Questo è confermato anche dai valori medi dei singoli regimi (non riportati in grafico): paesi Nordici 19.97; paesi continentali 19.90; paesi mediterranei: 17.80; paesi dell'est Europa 17.39. I grafici inoltre permettono di cogliere un ulteriore aspetto, ossia la maggior variabilità interna dei paesi del Sud ed est Europa. Sia l'intervallo interquartile (i due "baffi" più ampi dei grafici) che la distribuzione compresa tra il primo e il terzo quartile (box blu) sono molto più ampi nei due riquadri inferiori rispetto a quelli superiori del grafico in virtù della maggior ampiezza e peso dei valori negativi della distribuzione. In altre parole, nel regime mediterraneo e dell'est Europa la (maggioranza della) distribuzione della variabile è compresa in valori di qualità della vita inferiori se paragonata a quella dei due altri regimi considerati. Nel prossimo paragrafo questi aspetti saranno investigati nel dettaglio, per comprendere anche la relazione sussistente tra qualità della vita e fattori contestuali identificati.



¹⁴ In ogni caso, come *robustness check*, le analisi sono state ripetute anche sulla variabile originale casp-12 a 4 domini.

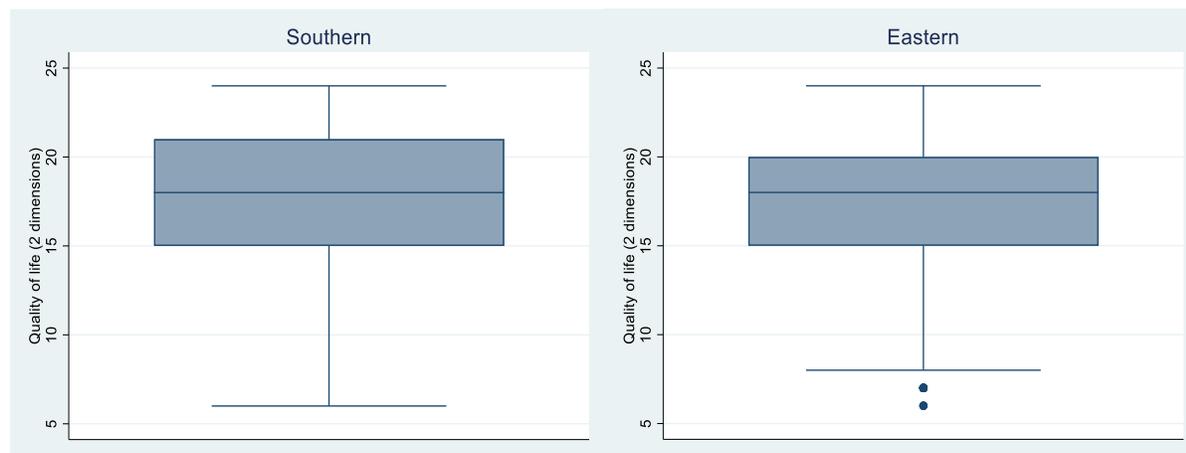


Figura 1. Distribuzione (box plot) della variabile dipendente qualità della vita in età anziana (a due dimensioni) nei quattro regimi considerate.

Fonte: nostra elaborazione su dati SHARE, wave 6, release 6.0.0

4. Modelli di analisi

Per l'analisi della relazione tra la qualità della vita in età anziana e i fattori identificati si è scelto di utilizzare un modello di regressione lineare standard (metodo dei minimi quadrati) e di includere nel modello i regimi identificati come effetto fisso (fixed effect). La probabilità di isolamento sociale è stata invece investigata attraverso l'utilizzo di una regressione logistica ordinale in quanto la variabile dipendente è una variabile a cinque modalità discrete e ordinabili. Anche in questo caso i regimi identificati sono stati trattati come effetto fisso. In altre parole, si è scelto di non ripetere i modelli di analisi per singolo regime in quanto il limitato numero di casi dei singoli gruppi limita la tenuta statistica dei regressori, influenzando negativamente la significatività dei singoli coefficienti. L'affondo comparativo rispetto ai regimi considerati, presentato nella parte del prossimo capitolo, riguarda i risultati di ulteriori modelli in cui i regimi sono fatti interagire con variabili di particolare interesse.

5. Risultati

Questo paragrafo è dedicato alla presentazione dei risultati. La prima parte si concentra sugli effetti degli indicatori relativi alle tre dimensioni analitiche identificate. La seconda parte approfondisce l'analisi in termini comparativi rispetto ai regimi qui considerati. Rispetto alla prima linea di ricerca, la tabella 5 riporta i risultati di entrambi i modelli effettuati. Entrambe le variabili dipendenti considerate sono ordinate in termini crescenti rispetto alla riduzione del rischio considerato, quindi i coefficienti con valori positivi indicano una relazione positiva rispetto alla qualità della vita e alla social connectedness, mentre, al contrario, valori negativi sono da interpretare come incrementanti il deterioramento della qualità della vita e l'isolamento sociale. Queste relazioni, nel caso di variabili categoriali, sono da leggere in termini relativi rispetto alla categoria di riferimento¹⁵.

Entrambi i modelli confermano interessanti differenze in termini di qualità della vita e isolamento sociale rispetto ai regimi considerati. Rispetto al regime nordico, nei paesi continentali il livello medio

¹⁵ In altre parole, e in termini generici, un valore positivo di un coefficiente indica un valore medio/probabilità maggiore di qualità della vita e di *social connectedness* rispetto al valore medio/probabilità della categoria di riferimento, e viceversa in caso di valori negativi

di qualità della vita è tendenzialmente più elevato e si registra una probabilità inferiore di essere esposti al rischio di isolamento sociale. Al contrario, i paesi dell'est Europa si caratterizzano per il livello di qualità della vita inferiore, preceduti dai paesi mediterranei, i quali però a loro volta si caratterizzano per la probabilità più elevata che la popolazione anziana sia esposta al rischio di isolamento sociale. Rispetto ai fattori individuali, i risultati tendono a confermare quanto emerge dalla letteratura. Il livello di fragilità individuale si caratterizza come elemento negativo rispetto ad entrambe le dimensioni considerate, in particolar modo costituisce l'aspetto più invalidante in relazione alla qualità della vita (lo si deduce dal confronto dei valore-intensità del coefficiente rispetto ai restanti coefficienti). In altre parole, il livello di fragilità sembra essere un fortissimo predittore della qualità della vita in età anziana, ma in termini minori per quanto riguarda l'isolamento sociale. Il progredire dell'età influenza negativamente l'inclusione in reti sociali, ma, in linea con quanto emerso in letteratura, non sembra sussistere una relazione diretta rispetto alla qualità della vita. Allo stesso modo, anche il genere non rappresenta un elemento discriminante in relazione ad entrambe le dimensioni considerate, infatti entrambi i coefficienti non sono statisticamente significativi. Un livello di studio elevato o medio, rispetto ad un basso livello di educazione, favorisce l'inserimento in reti sociali e, in parte, influenza positivamente la qualità della vita. Al crescere del reddito familiare sembra essere associato un effetto positivo in termini di qualità della vita ma non in termini di isolamento sociale. Interessanti anche i risultati relativi allo stato civile degli intervistati. Come emerso in letteratura, non convivere con il partner ha effetti negativi su entrambe le dimensioni considerate. Appare interessante, inoltre, il risultato relativo all'utilizzo di internet. Quest'ultimo influisce positivamente sulla qualità della vita ma non sull'isolamento sociale. La differenza rispetto alle due dimensioni dipendenti costituisce un interessante spunto su cui approfondire l'analisi. L'ultima variabile relativa alla sottodimensione fattori individuali riguarda lo stato di cittadinanza dell'intervistato. Emerge chiaramente come questo aspetto non sembra avere nessuna influenza rispetto ad entrambe le dimensioni considerate.

Passando alle caratteristiche del contesto spaziale, è interessante notare che essere proprietario di casa non rappresenta la condizione migliore rispetto alle due dimensioni dipendenti. Infatti, la popolazione anziana che risiede in affitto sembra godere di una qualità della vita migliore, mentre chi beneficia di un affitto su base gratuita tende ad essere maggiormente inserito in reti sociali, anche se caratterizzato da una qualità della vita inferiore. Beneficiare di alloggi sociali o pubblici invece sembra essere una condizione limitante per entrambe le dimensioni considerate, sempre in termini relativi rispetto ad essere proprietario di abitazione. Interessante notare che la dimensione dell'abitazione non è statisticamente associata ad entrambe le variabili dipendenti. Un significativo risultato riguarda la presenza in abitazione di accorgimenti per persone disabili. Da un lato, questo elemento tende ad influenzare negativamente la qualità della vita. Questo dato però va letto alla luce dell'importanza della variabile della scala di fragilità sull'outcome in esame. È ipotizzabile che il valore negativo rispetto alla qualità della vita dell'indicatore sia da leggere non in relazione alla presenza di accorgimenti nell'abitazione, ma in relazione allo stato di disabilità connesso. Dall'altro lato, però, questo indicatore risulta positivamente associato alla social connectedness, ad indicare che vivere in un'abitazione più "fragility friendly" è una condizione associata ad una maggiore inclusione in reti sociali. Anche la residenza in condominio (con 9 o più appartamenti) si presta ad una lettura analoga: da un lato, vivere in queste tipologie abitative risulta in una qualità della vita inferiore rispetto alla popolazione che risiede in soluzioni mono- o bi-familiari, ma allo stesso tempo è associato ad un livello di socialità maggiore, probabilmente anche in virtù della prossimità di diversi nuclei abitativi. Inoltre, i modelli indicano che vivere in una fattoria ha effetti negativi prevalentemente in termini di qualità della vita. Sorprende che la presenza/assenza di barriere architettoniche tende ad essere scarsamente associata con le due variabili indipendenti. Si registra

però che un basso livello di accessibilità è associato all'incremento del rischio di isolamento sociale, sempre in termini relativi rispetto alla popolazione che risiede in abitazioni caratterizzate da un elevato grado di accessibilità.

Tabella 5. Risultati dei modelli qualità della vita e isolamento sociale in età anziana (coefficiente e errore standard).

Variabili	Categorie	Qualità della vita		Isolamento sociale	
		β	SE	β	SE
Fattori individuali					
Genere	maschio (categoria ref.)				
	Femmina	-0.11	0.74	0.06	0.04
Età		-0.01	0.08	-0.02***	0.00
Fragilità (scala)		-3.94***	0.15	-0.15*	0.09
Livello istruzione	basso (ref. category)				
	medio	0.26***	0.08	0.11**	0.05
	elevato	0.13	0.10	0.28***	0.06
Stato civile	sposato/convivente (categoria ref.)				
	divorziato/separato/single	-0.40***	0.12	-0.49***	0.07
	vedova/o	-0.16*	0.09	-0.46***	0.05
Cittadinanza	paese di intervista (categoria ref.)				
	altra cittadinanza	-0.11	0.18	-0.12	0.10
Ultima occupazione	Settore private (categoria ref.)				
	Settore pubblico	0.23**	0.09	-0.06	0.05
	lavoratore ind./imprenditore	0.13	0.10	-0.01	0.06
	casalinga/o	-0.06	0.12	-0.02	0.07
	altro	0.04	0.27	-0.02	0.07
Utilizzo internet ultimi 7 gg	si	0.25**	0.01	0.21	0.16
	no (categoria ref.)				
Reddito familiare (log, PPP)		0.15***	0.04	0.09	0.05
Fattori spaziali					
Arrangement domestico	proprietario (categoria ref.)				
	Membro di cooperative	-0.21	0.20	-0.12	0.12
	Affittuario	0.22*	0.12	0.02	0.07
	social/public housing	-0.19*	0.16	-0.30***	0.10
	Affitto gratuito	-0.19*	0.11	0.22***	0.06
Numero stanze per membro familiare		-0.01	0.03	0.01	0.02
Accorgimenti speciali	no (categoria ref.)				
	Si	-0.09*	0.08	0.35***	0.05
Tipologia edificio	Fattoria	-0.43***	0.12	0.00	0.07
	villetta singola o bifamiliare indipendente	-0.07	0.10	0.08	0.06
	unifamiliare o bifamiliare (categoria ref.)				

		un edificio da 3 a 8 appartamenti	-0.09	0.11	-0.00	0.06
		un edificio con 9 o più appartamenti ma massimo 8 piani	-0.26**	0.11	0.18**	0.07
		un edificio con 9 o più piani	-0.39*	0.22	0.23*	0.13
		complesso residenziale per anziani	0.57	0.41	-0.01	0.24
Accessibilità		Alta (categoria ref.)				
abitazione (barriere architettoniche)		buona	-0.06	0.13	-0.03	0.08
		Media	-0.09	0.09	-0.07	0.05
		Bassa	-0.01	0.11	-0.11*	0.06
Area urbana dell'edificio		Grande città	-0.19*	0.11	0.08	0.07
		periferia o l'hinterland grande città	0.24*	0.12	0.14*	0.07
		città di media grandezza	0.10	0.11	-0.04	0.06
		cittadina (categoria ref.)				
		Campagna/piccolo abitato	0.17*	0.09	0.03	0.05
Percezione della qualità urbana			0.13***	0.02	0.04***	0.01
Care arrangements						
Professional care services at home		Non ricevuto (categoria ref.)				
		Ricevuto	-0.62***	0.17	-0.13	0.10
Professional domestic services at home		Non ricevuto (categoria ref.)				
		Ricevuto	-0.36***	0.10	0.08	0.15
Pasti a domicilio		Non ricevuto (categoria ref.)				
		Ricevuto	-0.23	0.18	0.03	0.10
Soddisfazione Sistema sanitario nazionale		Molto soddisfatto (categoria ref.)				
		Alquanto soddisfatto	-0.47***	0.07	-0.02	0.04
		Alquanto insoddisfatto	-1.06***	0.11	0.01	0.07
		Molto insoddisfatto	-1.73***	0.17	-0.04	0.10
Distanza abitazione figlio più vicino		Stesso edificio/casa (categoria ref.)				
		Meno di 1 Km	0.56	0.11	0.02	0.06
		1-5 Km	0.00	0.12	0.04	0.07
		5-25 Km	0.01	0.12	-0.04	0.07
		Più di 25 Km	0.56	0.12	0.11	0.07
		Nessun figlio	0.25	0.35	-0.35	0.21
Max frequenza contatti con figli		Nessun figlio/mai (categoria ref.)				
		giornaliera	0.81**	0.34	0.35*	0.20
		Più volte a settimana	0.54	0.33	0.41**	0.20
		settimanalmente	0.33	0.34	0.40*	0.20
		Circa bisettimanale	0.55	0.37	0.38*	0.22
		mensile	-0.33	0.38	0.07	0.23
		Meno di 1 volta al mese	-0.24	0.40	0.24	0.24
Riceve personal care	informal	Non ricevuto (categoria ref.)				
		Ricevuto	-0.12	0.16	-0.06	0.09
		Non ricevuto (categoria ref.)				

Riceve informal practical household help	Ricevuto	-0.40***	0.08	0.22***	0.05
Riceve help with paperwork	Non ricevuto (categoria ref.)				
	Ricevuto	-0.16	0.11	0.14**	0.06
Fornisce informal care	No (categoria ref.)				
	Si	0.35***	0.09	0.24***	0.05
Max intensità attività sociali	no attività (ref. category)				
	giornaliera	1.21***	0.17	0.22**	0.10
	settimanale	1.06***	0.10	0.47***	0.06
	Ogni due settimane	0.69***	0.13	0.45***	0.08
	Meno frequente	0.75***	0.15	0.22**	0.10
Regimi	Nordico (ref. category)				
	Continentale	0.34***	0.12	0.16**	0.07
	Mediterraneo	-0.89***	0.14	-0.26***	0.08
	Est Europa	-1.16***	0.15	-0.14	0.09
Constanti		19.56	0.90		
Cut 1				-4.57	0.54
Cut 2				-1.89	0.54
Cut3				0.42	0.54
Cut 4				2.69	0.54
Numero di osservazioni		10.000		10.049	

Note: Nostra elaborazione su dati SHARE 6° wave (release 6.0.0), pesi non utilizzati.

Risiedere nell'hinterland di una grande città si caratterizza per essere la condizione migliore, sia in termini di qualità della vita che di isolamento sociale. Entrambi gli indicatori presentano valori statisticamente significativi e positivi rispetto al risiedere in una cittadina, ossia la categoria di riferimento. Inoltre, la dimensione soggettiva della qualità della vita emerge se si considerano sia il valore positivo associato al risiedere in un'area rurale, solitamente sfornita di servizi alla persona, sia quello negativo connesso alle metropoli/grandi città che, al netto di potenziali effetti negativi, tendono ad essere caratterizzate dalla presenza di servizi alla persona più diffusi. Questo dato in parte supporta quanto emerge rispetto all'indicatore relativo alla percezione della qualità dell'area urbana: al crescere della qualità cresce sia la qualità della vita che l'inclusione in reti sociali (di qualità).

Gli indicatori inerenti i care arrangements presentano un quadro interessante. La lettura congiunta del supporto formale e informale ricevuto, e nello specifico delle singole componenti delle tipologie di cura, permette di approfondire la conoscenza di questi aspetti rispetto alle condizioni della popolazione anziana fragile. La ricezione di servizi professionali sia di cura che di aiuto domestico è associata ad una qualità della vita inferiore rispetto alla non ricezione, ma risulta ininfluente, in termini statistici, rispetto all'isolamento sociale. Allo stesso tempo, ricevere aiuto domestico informale è negativamente associato alla qualità della vita, e positivamente connesso all'inclusione dell'anziano fragile in network sociali. La ricezione di cure informali si correla negativamente ad entrambe le dimensioni, ma in termini non statisticamente significativi. Questi dati sembrano scardinare la possibile assunzione per cui ricevere cure e supporto informali comporti un generalizzato effetto positivo per gli anziani fragili. E lo stesso ragionamento può essere applicato

alla ricezione dei servizi professionali. In relazione a quest'ultimo aspetto, come in precedenza evidenziato, la giustificazione è da ricercare nel ruolo giocato dalla (scala di) fragilità in termini esplicativi della qualità della vita. La percezione di servizi professionali di cura è estremamente connessa con uno stato di disabilità importante, e quindi il valore di questo indicatore è da leggere in termini rafforzativi dell'indicatore relativo alla scala di fragilità, ma difficilmente può essere letto in termini diretti e non contestualizzati. Il messaggio, in altre parole, è che un elevato grado di disabilità compromette la qualità della vita in misura tale da non essere compensata dai servizi di cura ricevuti. Questa interpretazione si presta in parte anche per la comprensione del valore negativo relativo alla percezione di servizi professionali di aiuto domestico, anche se quest'ultimo risulta meno correlato con uno stato psico-fisico fragile. Considerando che anche il coefficiente di ricezione di aiuto domestico di natura informale risulta negativo e statisticamente significativo, si può ipotizzare che la relazione negativa tra aiuto domestico (di natura informale e formale) e qualità della vita può essere letta come effetto risultante dalla riduzione della autonomia individuale (e conseguente necessità di supporto domestico), che si traduce in una inferiore qualità della vita in termini generali. Di tutt'altra natura la relazione che sussiste rispetto all'isolamento sociale. Infatti, da un lato l'assenza di significatività suggerisce che l'aiuto domestico professionale, anche se potenzialmente negativo, non è da leggere in termini univoci. Dall'altro lato, il valore positivo e significativo associato alla ricezione di supporto informale domestico suggerisce che, quando non sussiste lo "stigma" della cura¹⁶ (per entrambe le variabili dipendenti la percezione di cure informali risulta essere negativa e non statisticamente associata), il supporto informale (sia aiuto domestico che di natura burocratica/amministrativa) è da considerare come un fattore di incremento della *social connectedness*. Inoltre, la fornitura di supporto informale risulta essere un'attività associata positivamente sia alla qualità della vita che all'inclusione in reti sociali.

Altri risultati interessanti riguardano la frequenza di contatto e la distanza dall'abitazione dei figli. Sorprende notare che la distanza geografica dall'abitazione dei figli risulti ininfluente, in termini statistici, rispetto ad entrambe le dimensioni considerate. Al contrario, una frequenza regolare - giornaliera-settimanale - di contatto con i propri figli comporta un rischio di isolamento sociale molto più ridotto, se comparato a coloro che non hanno figli o non hanno contatti con loro. Per quanto riguarda la qualità della vita, invece, risulta essere positivamente associata solo la frequenza di contatto quotidiana. La soddisfazione rispetto al sistema nazionale sanitario alla assicurazione sanitaria risulta essere un predittore (quasi lineare) della qualità della vita, mentre non è correlato rispetto all'isolamento sociale. Considerando che la popolazione di riferimento dell'analisi è una popolazione anziana fragile, questo risultato non sorprende, data l'importanza e la centralità che hanno le cure sanitarie per questa tipologia di persone. L'ultima variabile della dimensione care arrangements riguarda l'essere inserito in attività sociali e la relativa frequenza. Questo aspetto si caratterizza per essere un forte elemento potenziale di prevenzione dei rischi qui considerati. Infatti, i coefficienti relativi alle frequenze considerate sono tutti positivi e statisticamente significativi.

Effetti marginali nei regimi

In questa sezione sono approfondite le differenze esistenti tra i regimi considerati in relazione ad alcune variabili di interesse. Per fare ciò si è deciso di ripetere i modelli originali presentati nel

¹⁶ Con stigma si intende un aspetto, supportato dalla letteratura, che indica che qualora il supporto informale sia in termini di cura personale, l'anziano fragile che ne beneficia può avere effetti negativi in termini di qualità della vita, legati a emozioni quali senso di colpa nei confronti del familiare fornitore di cure, percezione di perdita di autonomia, intrusione nella sfera di intimità.

paragrafo precedente facendo interagire, di volta in volta, le variabili ritenute interessanti con la variabile relativa ai regimi identificati. L'interazione tra due variabili permette di far emergere, al netto delle altre variabili incluse nel modello, la relazione esistente appunto tra la variabile in esame e i regimi. Per una questione di snellezza del report si è scelto di presentare i grafici relativi ai coefficienti ottenuti attraverso le interazioni, piuttosto che i singoli output dei modelli che avrebbero appesantito significativamente il documento¹⁷. Nelle pagine successive quindi si presentano per entrambe le variabili dipendenti i risultati relativi a modelli differenti in cui le variabili dipendenti sono fatte interagire con quattro variabili: numero di stanze per membro familiare; percezione della qualità dell'area urbana; frequenza dei contatti con i figli; e frequenza di cure informali ricevute, una variabile non originariamente inclusa nei modelli, ma che si è deciso di includere in questo approfondimento.

Qualità della vita

I grafici riportano i valori predetti o le probabilità predette (*predicted probabilities*) delle variabili indipendenti rispetto all'interazione tra la variabile regime e la variabile di nostro interesse che, nel primo caso (Figura 2), risulta essere il numero di stanze per membro familiare. Al netto delle differenze generali in termini di qualità della vita tra i regimi considerati già emerse, il grafico 2 indica che, all'aumentare del numero di stanze per membro familiare, si ha un effetto positivo sulla variabile dipendente particolarmente marcato nei paesi Continentali, e di intensità minore nei paesi Nordici, mentre si ha un effetto negativo nel blocco dei paesi dell'Europa del Sud e dell'Est, e particolarmente in quest'ultimi. Ad eccezione dei valori relativi ad una stanza per membro familiare, i restanti coefficienti sono affidabili da un punto di vista statistico.

La qualità percepita dell'area urbana ha un effetto univoco e trasversale tra i regimi identificati. Al crescere della qualità dell'area urbana, la qualità della vita aumenta. Anche in questo caso (Figura 3), così come nei precedenti, il regime continentale risulta essere quello con il livello di qualità della vita più elevato, in linea con quanto emerso dai coefficienti del modello.

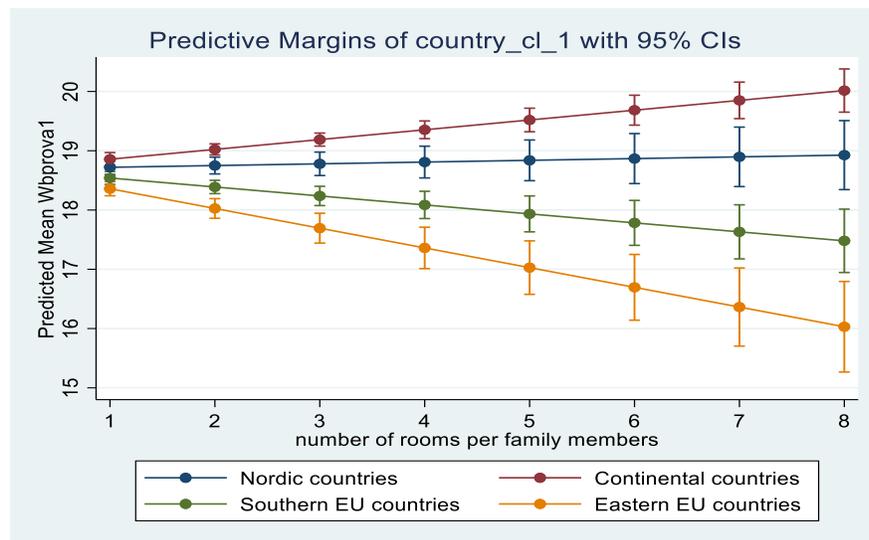


Figura 2. Valori predetti qualità della vita numero di stanze per membro familiare
Note: Nostra elaborazione su dati SHARE 6° wave (release 6.0.0), pesi non utilizzati

¹⁷ Gli output di questi modelli sono disponibili su richiesta.

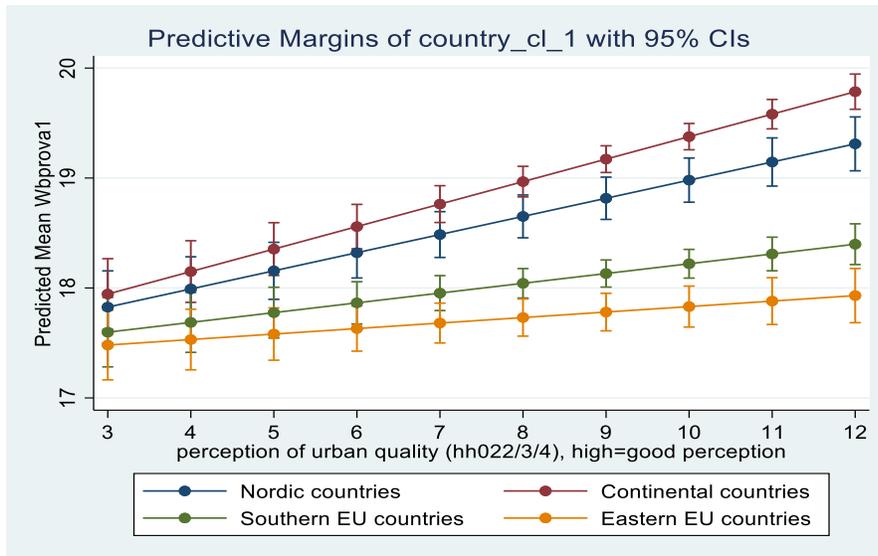


Figura 3 Valori predetti qualità della vita percezione della qualità dell'area urbana
Note: Nostra elaborazione su dati SHARE 6° wave (release 6.0.0), pesi non utilizzati

Il grafico successivo riguarda la frequenza di contatto con i figli. Oltre le note differenze tra i due blocchi di regimi, il grafico indica un aspetto interessante emerso anche dall'analisi della letteratura. L'effetto derivante dalle più elevate aspettative in merito alla frequenza di contatto con i figli, connesse all'approccio culturale caratterizzante i paesi dell'est e Sud Europa, sono confermate dalla caduta dei valori predetti della qualità della vita registrata per questi due regimi rispetto alle modalità di contatto "mensile" e "meno frequente". Infatti, mentre in tutti i regimi considerati una frequenza di contatto regolare su base giornaliera o (bi-)settimanale corrisponde a valori predetti di qualità della vita superiori a quelli di coloro che non hanno figli o non hanno contatti con loro, frequenze di contatto più rade tendono a tradursi in valori inferiori a quest'ultimi solo nel regime mediterraneo, e in parte nei paesi dell'est Europa.

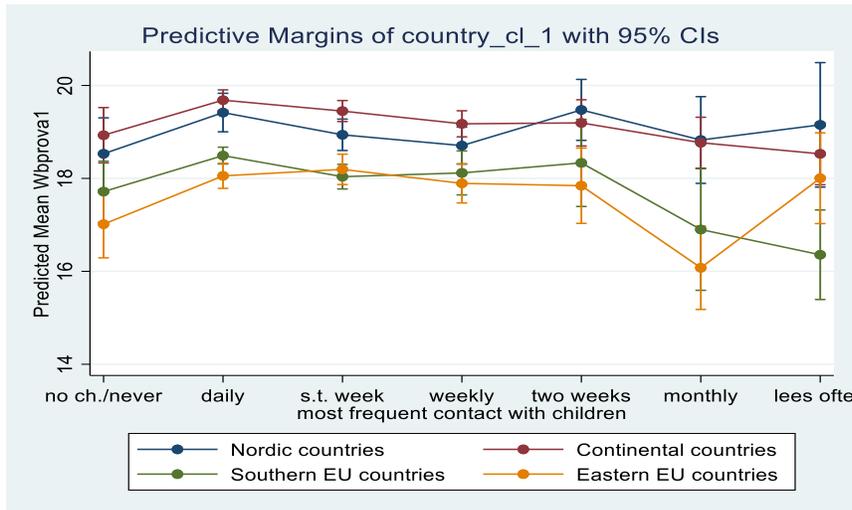


Figura 4 Valori predetti qualità della vita frequenza contatto con i figli
 Note: Nostra elaborazione su dati SHARE 6° wave (release 6.0.0), pesi non utilizzati

Purtroppo la Figura 5, relativa all'interazione tra regimi e frequenza delle cure informali, si presenta di difficile lettura. La modalità relativa alla non ricezione di cure informali conferma le differenze tra i due blocchi di regimi, mentre l'andamento delle linee, abbastanza piatto, tende ad indicare un effetto nullo sulla qualità della vita della variabile in esame. Quest'ultimo aspetto è particolarmente vero per i paesi dell'Est e Sud Europa (se si esclude per quest'ultimo l'effetto negativo associato alla frequenza "quotidiana"), mentre nei paesi Continentali si registra un lieve effetto positivo che si annulla sulla frequenza di cura meno intensa (*less often*).

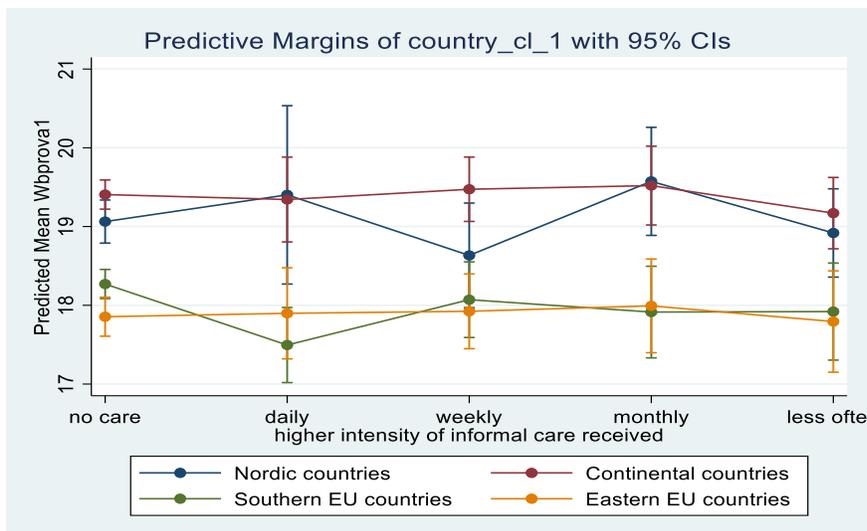


Figura 5. Valori predetti qualità della vita frequenza delle cure informali ricevute
 Note: Nostra elaborazione su dati SHARE 6° wave (release 6.0.0), pesi non utilizzati

Isolamento sociale

I grafici successivi ripetono l'analisi delle stesse interazioni rispetto alla variabile dipendente inerente l'isolamento sociale. Essendo quest'ultima una variabile categoriale ordinale, i valori predetti si ottengono per ogni modalità di risposta della variabile, nel nostro caso le cinque modalità relative alla scala 0-4. Inoltre, questa variabile è stata analizzata utilizzando il metodo della regressione logistica ordinale, che esprime i risultati in termini di probabilità. Quindi si è scelto di presentare i due valori estremi della scala ("0" e "4"), indicanti rispettivamente le probabilità predette di essere esposto ad un elevato rischio di isolamento sociale, e le probabilità predette di essere incluso in network sociali intensi e di qualità. I grafici sono presentati quindi a coppie, in cui quello di sinistra è relativo alle probabilità di essere socialmente molto connesso (*high connectedness*, valore 4 della variabile dipendente), mentre quello a destra presenta le probabilità di essere esposto al rischio di forte isolamento sociale (valore 0). In linea teorica i due grafici dovrebbero essere complementari, in quanto presentano le probabilità di essere inclusi in due condizioni opposte. Le precisazioni relative all'interpretazioni dei grafici rispetto alla significatività statistica si applicano anche in questo caso.

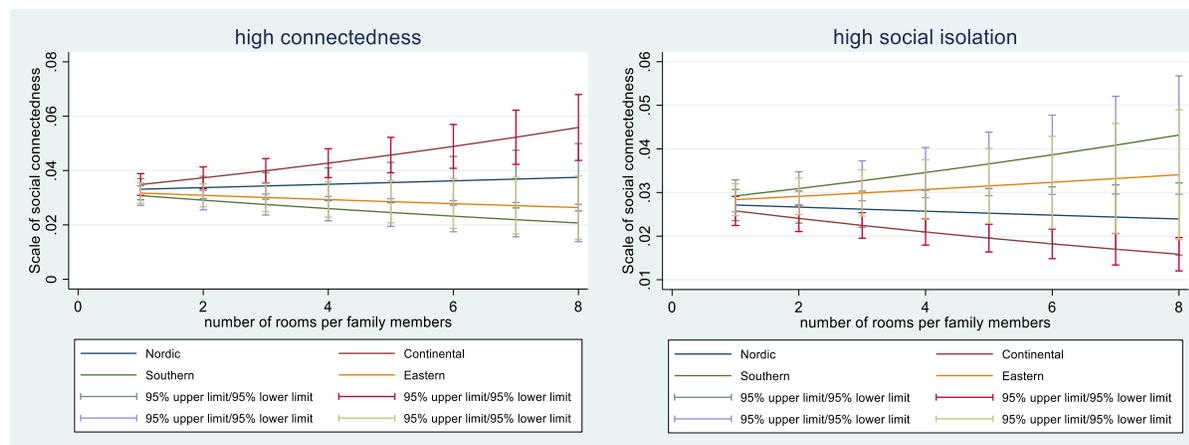


Figura 7. Valori predetti social isolation e social connectedness numero di stanze per membro familiare
 Note: Nostra elaborazione su dati SHARE 6° wave (release 6.0.0), pesi non utilizzati

Similarmente a quanto emerso rispetto alla qualità della vita, nei regimi Nordico e Continentale, al crescere del numero di stanze per membro familiare cresce la probabilità di essere altamente connessi socialmente (e decresce quella di essere isolati socialmente) (Figura 7). Viceversa, nei paesi del Sud ed est Europa, al crescere del numero di stanze cresce la probabilità di essere isolati socialmente (e decresce la probabilità di essere social connectedness).

Così come in precedenza, anche in relazione a questa seconda variabile dipendente, la qualità percepita dell'area urbana si caratterizza per essere un elemento trasversale ai regimi considerati. La Figura 8 mostra che al crescere della qualità percepita dell'area urbana decresce il livello di isolamento sociale. In questo caso, però, il livello di significatività statistica dei coefficienti è ridotto ed è quindi possibile dedurre informazioni rispetto all'andamento generale della variabile, ma non per quanto riguarda le differenze tra i regimi.

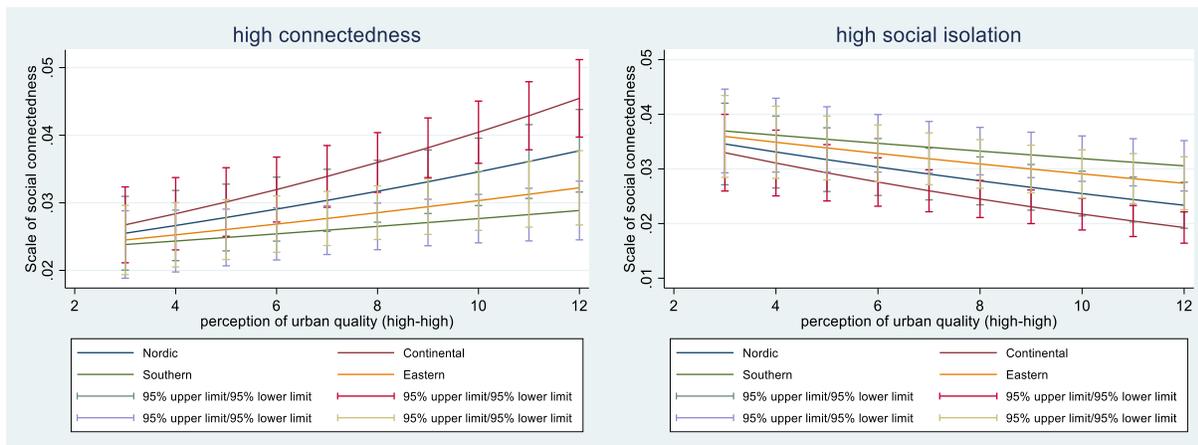


Figura 8. Valori predetti social isolation e social connectedness percezione della qualità urbana
 Note: Nostra elaborazione su dati SHARE 6° wave (release 6.0.0), pesi non utilizzati

I grafici nella Figura 9 indicano che, ad eccezione del blocco nordico, in generale, avere contatti regolari con propri figli tende ad aumentare il livello di *social connectedness* della popolazione anziana fragile, anche se in misura abbastanza contenuta.

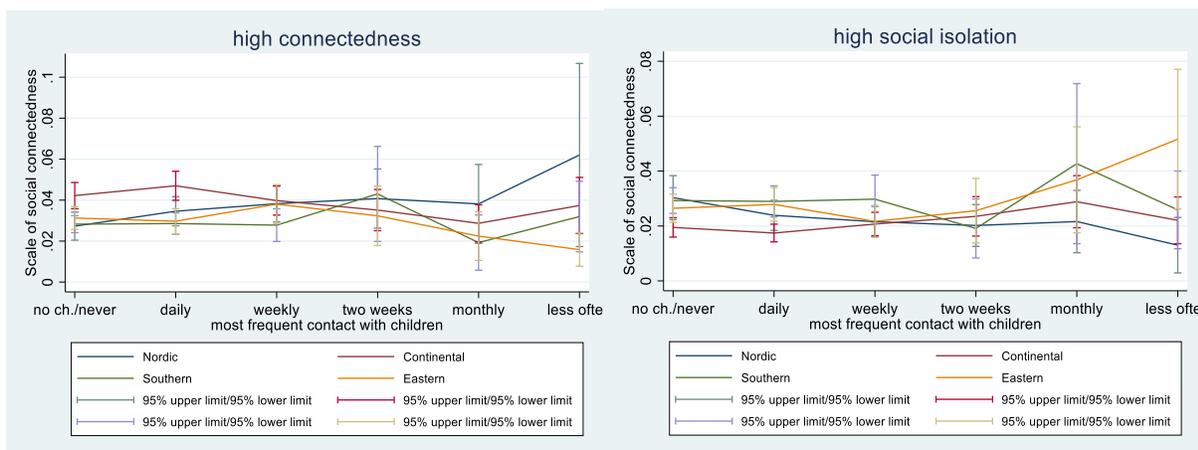


Figura 9. Valori predetti social isolation e social connectedness frequenza contatti con figli
 Note: Nostra elaborazione su dati SHARE 6° wave (release 6.0.0), pesi non utilizzati

Avere contatti meno frequenti invece risulta di più difficile lettura. Nei paesi dell'est Europa ciò coincide con un incremento costante del rischio di isolamento sociale, mentre questa relazione è solo parziale nei paesi mediterranei. Nei restanti regimi, ed in parte anche nei paesi del Sud Europa, una più bassa frequenza di contatti con i figli sembra coincidere con un maggior livello di autonomia dell'anziano fragile, che si riflette in probabilità (di poco) più elevate di essere inclusi in network sociali intensi e di qualità. Questa

L'ultimo grafico in esame riguarda la frequenza di cure informali. In questo caso l'effetto positivo relativo ai paesi Continentali registrato in precedenza rispetto alla qualità della vita risulta avere

un'intensità più marcata rispetto alla probabilità di avere un alto livello di socialità, anche se gli intervalli di confidenza risultano molto ampi.

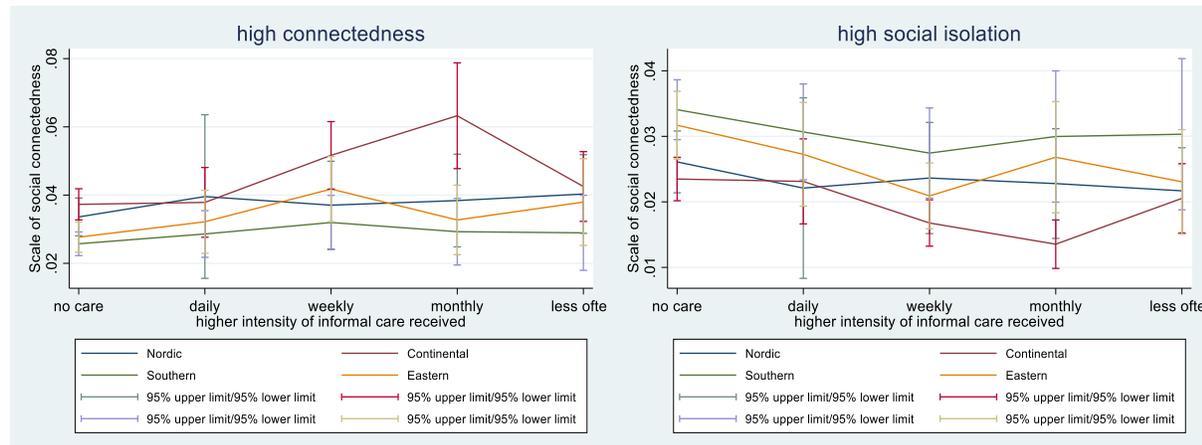


Figure 10. Valori predetti social isolation e social connectedness frequenza cure informali
 Note: Nostra elaborazione su dati SHARE 6° wave (relaase 6.0.0), pesi non utilizzati

Negli altri regimi si registra un effetto potenzialmente nullo o ridotto. Al contrario, se si osserva il grafico a destra, relativo alla probabilità di essere fortemente esposto all'esclusione sociale, emerge che la ricezione di cure informali tenda a limitare l'esposizione a tale rischio, e in termini trasversali rispetto ai regimi considerati. Inoltre, questa relazione sembra essere inversa rispetto all'intensità della frequenza: l'analisi multivariata conferma che al crescere della frequenza di cura informale crescono i valori individuali della scala di fragilità. Questo aspetto può spiegare questa relazione inversa: le cure informali riducono il rischio di esclusione sociale, e questo è particolarmente vero per una frequenza di cura non intensa, in quanto solitamente ricevuta da anziani con livelli di fragilità meno invalidanti.

6. Conclusioni

L'analisi sopra esposta ha avuto l'obiettivo di approfondire la conoscenza dei potenziali rischi corsi dalla popolazione anziana fragile residente nella propria abitazione rispetto a qualità della vita e isolamento sociale. Nello specifico, l'analisi di questa relazione è stata approfondita attraverso l'identificazione e operativizzazione di tre dimensioni intervenienti: le caratteristiche individuali dell'anziano fragile; le caratteristiche del contesto spaziale; e le caratteristiche dei care arrangement. Lo scopo di questo report è di investigare le relazioni tra le dimensioni dipendenti ed indipendenti individuate in un'ottica di comparazione europea. A tale scopo si è deciso di utilizzare l'indagine che, allo stato attuale, rappresenta una delle migliori fonti di dati per questo tipo di ricerche, ossia la *Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe*. Questa fonte dati permette di ricostruire le dimensioni di analisi attraverso una pluralità di variabili, e fornisce due specifici indicatori relativi alla qualità della vita in età anziana e all'isolamento sociale.

Al fine di identificare la popolazione di nostro interesse è stata costruita, basandoci sulla letteratura esistente, una scala di fragilità relativa sia alle limitazioni di carattere fisico che di carattere cognitivo, oltre che ad un criterio legato all'età degli intervistati (75 anni). La popolazione target di questa analisi si caratterizza quindi per avere un'età pari o superiore ai 75 anni, risiede nella propria

abitazione, e avere un livello di fragilità compreso nel 75% più basso della distribuzione della scala (0-1.5, rispetto ad un range 0-2). Su questa popolazione abbiamo prima presentato un'analisi descrittiva in termini comparativi rispetto ai quattro regimi considerati (Nordico, Continentale, Mediterraneo e dell'est Europa), e in seguito approfondito le relazioni delle dimensioni individuate mediante l'utilizzo di due tecniche di regressione, lineare standard, in relazione all'analisi della qualità della vita, e logistica ordinale, rispetto al rischio di isolamento sociale. Inoltre, si è deciso di approfondire le potenziali differenze tra i regimi considerati, avvalendoci dei valori e delle probabilità predette ottenuti tramite ulteriori modelli, in cui alcune variabili ritenute di particolare interesse sono state fatte interagire con l'indicatore relativo ai regimi.

Sia dalle statistiche descrittive che, in special modo, dall'analisi dei risultati dei modelli, emerge che i regimi considerati possano essere accorpati in due macroaree, paesi nordici e continentali, da un lato, paesi del Sud e dell'est Europa, dall'altro. Questo aspetto emerge sin dall'analisi descrittiva dei campioni inclusi nei modelli, e tende ad essere trasversale alle tre dimensioni indipendenti considerate. Inoltre, si registra che l'inclusione delle caratteristiche del contesto spaziale, oltre a quelle dei care arrangements – queste ultime più investigate nella letteratura relativa all'isolamento sociale e alla qualità della vita in età anziana – sembrano portare ad un primo risultato interessante: è il regime continentale a caratterizzarsi come il regime con la qualità della vita e la *social connectendess* più elevati, al contrario di quanto emerge dall'analisi della letteratura, dove questo primato viene attribuito solitamente al regime Nordico.

Un ulteriore aspetto centrale che emerge dall'analisi riguarda il “peso” che ha il livello di fragilità individuale nello spiegare la qualità della vita in età anziana. Questo dato sorprende meno rispetto al precedente, in quanto la relazione tra stato di salute psico-fisico e qualità della vita costituisce una relazione ampiamente investigata in letteratura, ma l'intensità di tale relazione che emerge dalla nostra analisi risulta essere degna di nota. Similmente, riteniamo che vada prestata particolare attenzione al ruolo che le differenti tipologie di cura informale e formale possano avere rispetto ai due rischi qui considerati. Nello specifico, la disaggregazione delle tipologie di servizio formale e di supporto informale ci hanno permesso di evidenziare come la relazione tra questi aspetti non sia univoca e trasversale rispetto alle due dimensioni dipendenti considerate. Anzi, si registrano potenziali effetti opposti, specialmente in relazione al supporto informale domestico, che tende ad avere ricadute positive in termini di inclusione in reti sociali di qualità, ma negativi per quanto riguarda la qualità della vita. Inoltre, la ricezione di cura personale non sembra caratterizzarsi come fattore di riduzione rispetto ad entrambi i rischi considerati.

Lo stesso trade-off rispetto agli effetti relativi alla qualità della vita e all'isolamento sociale si registra per alcuni indicatori relativi al contesto spaziale. Nello specifico, risiedere in soluzioni abitative “intensive”, come edifici di 8 più piani, comporta ricadute negative sulla qualità della vita della popolazione anziana fragile ma, al contempo, anche in virtù della prossimità abitativa (e quindi forse all'istaurarsi di network sociali spazialmente ancorati), tende a risultare in un livello di isolamento sociale inferiore. Un discorso simile, anche se mediato dal ruolo del grado di fragilità anticipato in precedenza, riguarda l'affetto contraddittorio della presenza in abitazione di accorgimenti per migliorarne la fruibilità da parte della popolazione con disabilità. Anche in questo caso si registra un effetto negativo sulla qualità della vita, e positivo sul grado di socializzazione individuale. Al contrario, essere inserito in percorsi di attività sociali, a prescindere dall'intensità di quest'ultime, sembra costituire un forte elemento di riduzione dei rischi di isolamento sociale e deterioramento della qualità della vita. Similmente, la qualità percepita dell'area urbana di residenza sembra rappresentare un fattore di contrasto all'insorgere di entrambi i rischi considerati. Questi ultimi due aspetti possono rappresentare un importante elemento da considerare ed includere nella definizione di politiche di contrasto alle potenziali “trappole” connesse all'*ageing in place*.

Appendice

A.1 Scala di fragilità

In questo paragrafo è presentata la scala utilizzata per la definizione del grado di fragilità della popolazione di nostro interesse. Per quanto riguarda le giustificazioni teoriche sottostanti le scelte effettuate in relazione alle dimensioni e agli aspetti considerati si rimanda, in parte all'introduzione del report e maggiormente ai singoli prodotti del progetto *InAge* (http://www.lps.polimi.it/?page_id=2829). L'obiettivo di questa scala è quello di definire per ciascun individuo un valore di fragilità che ci permetta di definire la sua idoneità rispetto all'analisi e allo scopo della ricerca. Partendo dal presupposto che l'obiettivo dell'analisi è quello di identificare quali siano i potenziali fattori di rischio, o al contrario benefici, della popolazione anziana fragile rispetto al deterioramento della qualità della vita e dell'isolamento sociale, si è deciso di definire alcune soglie per la definizione del campione di analisi. La prima soglia riguarda l'età dell'intervistato. In virtù del progressivo allungamento delle aspettative di vita si è scelto di definire come criterio minimo di selezione la popolazione con un'età non inferiore ai 75 anni. La prima decade dell'età anziana, 65-75, si caratterizza infatti per una fase dell'età anziana particolarmente giovane e poco incline alla fragilità. In questa fascia di età, infatti, gradi di fragilità medio-alta tendono a riflettere pregresse condizioni di disabilità o problematiche di salute varie, non per forza collegate all'insorgere della fragilità in relazione all'invecchiamento. Di conseguenza la popolazione anziana di interesse di questa analisi è la popolazione over 75.

Su tale popolazione si è costruita la scala di fragilità tenendo in considerazione due dimensioni: le limitazioni fisiche e limitazioni cognitive. Per quanto riguarda le limitazioni fisiche sono state selezionati tre aspetti ampiamente usati in ambito geriatrico, ossia le limitazioni di *activity of daily living* (ADL), le limitazioni di *instrumental activity of daily living* (IADL) e le limitazioni di mobilità. SHARE permette di raccogliere le informazioni relative a queste tipologie di limitazioni attraverso tre variabili che indicano rispettivamente numero di limitazioni ADL (range: 0-6), numero di limitazioni IADL (range 0-9)¹⁸, e il numero di limitazioni di mobilità (range 0-10)¹⁹. I singoli valori delle tre variabili sono stati sommati e in seguito la variabile risultante è stata standardizzata per ottenere un range 0-1.

Anche nel caso delle limitazioni cognitive ci si è avvalsi di tre variabili relative a test comunemente utilizzate in ambito di valutazione dello stato cognitivo di pazienti anziani. Nello specifico i test sono *score of words list learning test*, *trial 1* e *trial 2*, e il test di capacità di orientamento nel tempo. I primi due test si riferiscono alla capacità dell'intervistato di ricordare 10 parole pronunciate

¹⁸ Nello specifico le 15 limitazioni ADL e IADL considerate sono le seguenti: vestirsi, compreso infilarsi le scarpe e le calze; attraversare una stanza camminando; farsi il bagno o la doccia; mangiare, per esempio tagliare il cibo; andare a letto o alzarsi dal letto; usare la toilette, compreso alzarsi o sedersi sul water; usare una cartina per cercare di orientarsi in un posto che non conosce; preparare un pasto caldo; fare la spesa; fare telefonate; prendere medicine; fare lavori in casa o in giardino; gestire il denaro, per esempio pagare le bollette e tenere il conto delle spese; uscire di casa da solo/a e utilizzare i mezzi pubblici; fare il bucato

¹⁹ Rispetto a questa variabile le limitazioni considerate sono: camminare per 100 metri; stare seduti per circa 2 ore; alzarsi da una sedia dopo essere rimasti seduti a lungo; salire diverse rampe di scale senza fermarsi a riposare; salire una rampa di scale senza fermarsi a riposare; piegarsi, inginocchiarsi o accovacciarsi; allungare o stendere le braccia sopra l'altezza delle spalle; trascinare o spingere oggetti voluminosi come una sedia da salotto; sollevare o portare pesi superiori ai 5 chili come una borsa pesante della spesa; prendere una monetina da un tavolo.

dall'intervistatore²⁰. Le due variabili ottenute da questi test hanno entrambe scala 0-10, dove i valori si riferiscono al numero di parole che l'intervistato è stato in grado di ricordare. Il terzo test si riferisce alla capacità dell'intervistato di rispondere in modo corretto alle domande: che giorno del mese è oggi?/ in che mese siamo?/ in che anno siamo?/ che giorno della settimana è oggi? In questo caso la variabile esprime un giudizio di sintesi delle capacità dell'intervistato compreso tra 0 e 4, dove un punteggio uguale a 4 corrisponde ad una capacità di orientamento nel tempo pessima. Sulla base di queste variabili la scala relativa alle limitazioni cognitive è stata costruita nel seguente modo. In un primo passaggio, i valori delle due variabili relative ai *learning test* sono stati sommati tra loro invertendo i valori. In un secondo passaggio, la scala risultante dallo step precedente è stata ricodificata a fondo scala negativo (ossia un valore uguale a 20) per coloro che riportano capacità di orientamento nel tempo molto limitate/pessime (valori 3 e 4 della variabile). La variabile ottenuta è stata standardizzata per ottenere un range 0-1.

La scala di fragilità è la risultante della somma delle due sotto-scale relative alle limitazioni fisiche e cognitive. La tabella sottostante riporta in modo sintetico la composizione della scala complessiva. Come mostra la tabella, le due sotto-dimensioni considerate "pesano" in egual misura nella definizione del valore di fragilità finale, rispettano una parità di importanza tra le limitazioni fisiche e quelle cognitive.

Tabella A1.1 Composizione scala di fragilità

Dimensione limitazioni fisiche			range totale
Variabile	range variabile	Range dimensione	
numero limitazioni adl	0-6	0-1	0-2
numero limitazioni iadl	0-9		
Numero limitazioni mobilità	0-10		
Dimensione limitazioni cognitive			
Variabile	range variabile	Range dimensione	
Primo test learning	0-10	0-1	
Secondo test learning	0-10		
Test orientamento tempo	1-2(3-4=bad, very bad)		

Oltre all'approccio proposto, sono state effettuate verifiche utilizzando differenti metodi, come ad esempio l'utilizzo della tecnica dell'analisi delle componenti principali. La scala qui proposta è risultata essere la più rappresentativa delle variabili di riferimento, rispettando e non distorto il rapporto tra le limitazioni cognitive e quelle fisiche. Questo aspetto emerge anche dalla tabella

²⁰ Il primo *trail* viene effettuato subito dopo che l'intervistatore ha terminato di elencare le 10 parole, mentre il secondo *trail* avviene dopo un determinato lasso di tempo, senza che l'elenco di parole sia ripetuto nuovamente

successiva in cui sono riportate le correlazioni della scala ottenuta con le singole variabili componenti la scala.

Tabella A1.2. Matrice correlazioni variabili incluse nella scala di fragilità

	Scala fragilità	learning test trial 1	learning test trial 2	Orienta -mento	limitazion i mobilità	ADL	IADL
Scala fragilità	1.0000						
learning test trial 1	0.6477	1.0000					
learning test trial 1	0.6536	0.6641	1.0000				
orientamento	0.3317	0.3320	0.2912	1.0000			
limitazioni mobilità	0.7719	0.2276	0.2258	0.1899	1.0000		
ADL	0.6849	0.1708	0.1555	0.1843	0.6138	1.0000	
IADL	0.7792	0.2579	0.2359	0.2944	0.6688	0.7431	1.0000

Nostra elaborazione di dati SHARE wave 6, release 6.0.0

Le sei variabili considerate correlano tutte positivamente con la scala di fragilità creata e i valori indicano una elevata correlazione positiva ad indicare che la scala ottenuta ben rappresenta le variabili costituenti. La più bassa correlazione della variabile orientamento rispetto alla scala è dovuta al fatto che essa entra in modo parziale nella costruzione della scala stessa. Infatti, rispetto alla totalità della popolazione over 75 considerata, le modalità di risposta 3 e 4 della variabile di orientamento nel tempo (ossia le modalità di risposta utilizzate nella ricodifica della sotto-scala delle limitazioni cognitive) riguardano una frazione molto ridotta della popolazione, ossia rispettivamente 1.55% e 1.49%.

A.2 Definizione e statistiche descrittive delle variabili incluse nei modelli

Le caratteristiche dell'anziano fragile a domicilio

Per quanto riguarda le caratteristiche individuali che possono influenzare il grado di qualità della vita e di isolamento sociale della popolazione fragile che risiede nel proprio domicilio la fonte dati utilizzata ha permesso di includere nell'analisi gli indicatori principali suggeriti dalla letteratura. I fattori socio-demografici inclusi nell'analisi comprendono il genere dell'intervistato, l'età, il livello di istruzione – ripartito in low level/medium level/high level -, lo status di cittadinanza -nello specifico se differente da quello dello stato in cui si risiede -, lo stato civile – espresso in tre categorie: sposato/a o risiedente con il partner; single, divorziato/a o separato/a; e vedovo/a - e il regime di residenza. L'analisi della letteratura ha evidenziato come questi aspetti giochino un ruolo importante sia rispetto al manifestarsi di uno stato di fragilità in età anziana, che rispetto alle dimensioni dipendenti.

Tabella A.2.1. Statistiche descrittive delle variabili relative alla dimensione fattori individuali.

Variables	Categories	Nordic countries		Continental countries		Southern European countries		Eastern European countries	
		Quality of life % [Ø]	Social isolation % [Ø]	Quality of life % [Ø]	Social isolation % [Ø]	Quality of life % [Ø]	Social isolation % [Ø]	Quality of life % [Ø]	Social isolation % [Ø]
Gender	male	49.787	49.12	47.19	46.93	50.55	50.83	41.70	41.46
	female	50.22	50.88	52.81	53.07	49.55	49.17	58.30	58.54
Age		[80.80]	[80.94]	[80.64]	[80.68]	[80.37]	[80.46]	[80.25]	[80.31]
Educational level	Low educational level	45.15	45.39	40.36	40.51	76.15	77.99	41.48	41.76
	medium educational level	28.27	28.80	38.02	38.06	15.61	14.04	38.42	38.05
	high educational level	26.11	25.81	21.63	21.44	8.24	7.97	20.10	20.19
Marital status	married/living with partner	66.56	65.53	61.58	60.90	72.83	73.34	56.88	55.94
	divorced/separated/single	10.27	10.62	10.88	11.01	4.24	4.27	11.31	11.50
	widowed	23.17	23.86	27.54	28.09	22.93	22.39	31.81	32.56
Citizenship status	country of interview	98.31	98.29	96.16	96.07	99.58	99.49	88.86	89.23
	other citizenship	1.69	1.71	3.84	3.93	0.42	0.51	11.14	10.77
Last occupation	Private sector	63.74	64.06	59.22	59.54	48.86	50.06	76.75	76.78
	Public sector	23.26	23.37	16.70	16.60	14.67	12.14	18.23	18.29
	self-employed/entrepreneur	12.15	12.08	14.23	14.26	17.93	18.91	3.33	3.29
	homemakers	0.13	0.18	9.17	8.95	15.87	16.27	0.31	0.30
	other	0.31	0.31	0.67	0.66	2.67	2.61	1.38	1.34
Use of internet in past seven days	yes	54.10	53.39	29.05	28.91	7.61	7.46	17.39	17.25
	no	45.90	46.61	70.95	71.09	92.39	92.54	82.61	82.75
Household income		[9.94]	[9.93]	[10.12]	[10.12]	[9.59]	[9.58]	[9.30]	[9.29]
Total		1262	1331	3540	3592	4457	3280	1741	1846

Inoltre, sono stati considerati altri fattori individuali relativi ad aspetti socio-economici, quali reddito familiare (corretto per il *purchasing power parity* e in termini logaritmici) e l'ultimo settore di impiego pre-pensionamento (dipendente settore privato; dipendente settore pubblico, lavoratore indipendente/imprenditore; casalinga; e altra occupazione non specificata), e di *agency* individuale, come l'utilizzo di internet nei sette giorni precedenti l'intervista (utilizzo e non utilizzo)²¹.

Le caratteristiche dei care arrangements

La seconda dimensione presentata riguarda le variabili annoverate nella dimensione *care arrangements* nella sua triplice ripartizione di reciprocità, mercato e stato. Come la tabella A.2.2 mostra sono quattro le variabili riconducibili alle sottodimensioni stato e mercato mentre il terzo aspetto, la reciprocità, viene investigato in modo più approfondito attraverso l'inclusione di sette regressori. Questa disparità poggia su una duplice motivazione. Da un lato, in questa fase del progetto si utilizza una fonte di microdati che limitano la ricchezza di informazioni di aspetti maggiormente connessi con le dimensioni meso e macro. Inoltre, l'impossibilità di utilizzare metodologie di analisi multilivello²², che permetterebbero l'inclusione di variabili relative alle caratteristiche dei sistemi di cura a livello nazionale, ci vincola all'utilizzo di sole variabili a livello micro.

Nello specifico, le sottodimensioni di stato e mercato sono rappresentate da una prima variabile che esprime il livello di soddisfazione individuale rispetto al sistema sanitario nazionale e/o al sistema assicurativo di cura (di base) (molto soddisfatto/piuttosto soddisfatto/piuttosto insoddisfatto/molto insoddisfatto). La seconda batteria di tre variabili può essere considerata invece come un proxy della generosità dei sistemi di Long Term Care, sia in termini di fornitura pubblica che privata (for-profit and not-for-profit). Queste variabili fotografano la quota di popolazione che ha ricevuto servizi professionali a domicilio differenziando per tipologia di servizio – nello specifico: cura personale, aiuto domestico e pasti a domicilio - a prescindere dalla tipologia dell'ente erogatore. Le sette variabili relative alla sottodimensione reciprocità si riferiscono sia alle caratteristiche delle relazioni filiali, che al supporto informale ricevuto e fornito, nonché alla inclusione dell'intervistato di più ampie reti sociali. Nello specifico è considerata la distanza rispetto l'abitazione del figlio geograficamente più vicino, nei seguenti termini: coabitazione o stesso edificio; tra 1 e 5 Km; 5-25 km; più di 25 Km; assenza figli. Allo stesso tempo è inclusa anche la variabile relativa alla frequenza più elevata di contatto (sia esso in termini fisici o di altra natura, es. telefonici) con i figli (nessun contatto/assenza figli; giornaliero; diverse volte a settimana; settimanale, ogni quindici giorni; mensile; meno di una volta al mese). L'indagine SHARE permette di ricostruire le relazioni filiali rispetto a tutti i figli in vita dell'intervistato.

²¹ Questa variabile può risultare in prima battuta molto ampia, ma luce delle caratteristiche della popolazione target, ossia popolazione over 75 fragile, può rappresentare invece un valido indicatore delle capacità individuali di agency e di attivazione di risorse rispetto all'isolamento sociale, che di qualità della vita.

²² Nello specifico, il numero di paesi considerati nell'analisi (17) risulta essere troppo limitato perché questi possano costituire un appropriato, dal punto di vista statistico, livello di analisi (per approfondimenti: Bryan M. and S. P. Jenkins (2016). Multilevel Modelling of Country Effects: A Cautionary Tale, *European Sociological Review*, 32 (1), pp.3-22

Tabella A.2.2 Statistiche descrittive delle variabili relative alla dimensione Care arrangements.

Variables	Categories	Nordic countries		Continental countries		Southern European countries		Eastern European countries		
		Quality of life %	Social isolation %	Quality of life %	Social isolation %	Quality of life %	Social isolation %	Quality of life %	Social isolation %	
<i>Formal support (Public and private)</i>										
Professional services at home	care not received	95.18	95.00	93.10	93.10	96.84	96.32	97.47	97.54	
	received	4.82	5.00	6.90	6.90	3.16	3.68	2.53	2.46	
Professional domestic services at home	not received	85.66	85.05	77.65	77.36	90.64	90.07	93.83	93.77	
	received	14.34	14.95	22.35	22.64	9.36	9.93	6.17	6.23	
meals on wheels	not received	96.49	96.40	95.91	95.94	98.78	98.60	94.32	94.08	
	received	3.51	3.60	4.09	4.06	1.22	1.40	5.68	5.92	
Satisfaction with national health system or health insurance	very satisfied	48.65	48.57	42.76	42.96	34.17	34.45	19.03	19.20	
	somewhat satisfied	45.52	45.52	50.02	49.86	43.62	42.96	62.87	62.82	
	somewhat dissatisfied	4.95	4.94	5.85	5.79	15.31	15.61	13.80	13.75	
	very dissatisfied	0.88	0.98	1.37	1.39	6.90	6.98	4.30	4.24	
<i>Reciprocity</i>										
distance from nearest child's home	same household/building	2.57	2.56	12.63	12.85	31.66	30.69	18.59	18.85	
	less than 1 Km away	13.53	13.67	17.63	17.30	20.31	20.79	13.09	12.88	
	1-5 Km away	22.86	23.06	18.84	18.48	13.88	13.40	17.66	17.73	
	5-25 Km away	24.36	23.98	19.81	20.03	12.50	12.52	17.57	17.42	
	more than 25 Km away	29.37	29.23	20.41	20.71	11.40	11.83	24.27	24.21	
most frequent contact with children	no children	7.33	7.50	10.68	10.63	10.25	10.76	8.83	8.91	
	no children/never daily	8.20	8.36	11.98	11.92	10.72	11.14	9.32	9.38	
	daily	16.91	16.96	24.98	24.82	52.21	50.37	33.05	33.03	

	several times a week	27.93	28.19	23.20	22.84	16.24	15.99	20.01	19.97
	weekly	18.97	19.04	13.80	13.81	4.56	4.67	11.18	11.15
	about every two weeks	6.32	6.22	3.93	4.04	1.05	1.09	2.84	2.81
	monthly	3.01	2.87	3.17	3.27	0.59	0.66	2.31	2.29
	less than once a month	1.57	1.53	2.27	2.29	1.08	1.17	2.00	2.16
receive informal personal care	no	97.91	97.86	95.77	95.59	93.19	92.79	92.32	92.13
	yes	2.19	2.14	4.23	4.41	6.81	7.21	7.68	7.87
receive informal practical household help	no	72.45	71.75	71.63	71.46	80.39	80.76	62.24	61.61
	yes	27.55	28.25	28.37	28.54	19.61	19.24	37.76	38.39
receive help with paperwork	no	90.36	90.18	89.97	89.71	87.32	87.08	86.16	85.99
	yes	9.64	9.82	10.03	10.29	12.68	12.92	13.84	14.01
provide informal care	no	76.27	76.69	81.65	81.61	90.87	91.29	83.81	83.57
	yes	23.73	23.31	18.35	18.39	9.13	8.71	16.19	16.43
Higher intensity of social activities	no activities	41.58	41.79	60.43	60.40	84.79	84.95	79.15	79.83
	about daily	8.39	8.24	4.02	3.95	3.09	3.07	1.77	1.73
	about every week	35.07	35.02	20.55	20.53	5.97	5.94	8.43	8.26
	about every month	10.02	10.07	9.89	10.01	2.83	2.82	6.26	6.31
	less often	4.95	4.88	5.10	5.11	3.32	3.22	4.39	4.32
Total		1262	1331	3540	3592	3457	3280	1741	1846

Per questo motivo si è scelto di includere nell'analisi le informazioni relative al figlio/a con maggior prossimità abitativa da un lato, e con maggior frequenza di contatti dall'altro.

Quattro variabili dicotomiche ricostruiscono il supporto informale relativo all'intervistato. Ampia attenzione è dedicata alla tipologia di supporto informale ricevuto che viene ricostruito attraverso l'ausilio di tre variabili relative alla ricezione di cura personale, aiuto domestico e aiuto rispetto a questioni di natura burocratica o amministrativa. Al contempo, viene considerato, sempre in termini di variabile dicotomica (riceve VS non riceve), anche il supporto che l'intervistato fornisce su base volontaristica a parenti o amici, senza, in questo caso, differenziare per tipologia di supporto. L'ultima variabile relativa alla sottodimensione reciprocità riguarda la frequenza con cui l'intervistato compie attività sociali (come volontariato ma anche partecipazione ad eventi di natura sociale, es. teatro) (nessuna attività, attività con frequenza quotidiana, frequenza settimanale, mensile o inferiore di mensile).

Le caratteristiche del contesto spaziale

Le variabili relative alla dimensione contesto spaziale sono rappresentative di tre sottodimensioni: lo spazio abitativo, l'edificio e il contesto urbano. Nello specifico ogni sottodimensione è rappresentata da due variabili, ad eccezione della prima dimensione rappresentata da tre indicatori. Per quanto riguarda le caratteristiche dell'abitazione le informazioni incluse nell'analisi riguardano lo stato abitativo (abitazione di proprietà, abitazione in affitto, edilizia sociale/popolare, affitto/uso gratuito, partecipazione a cooperative), il numero di stanze medio per membro familiare²³, nonché la presenza/assenza nell'abitazione di speciali accorgimenti per persone con handicap fisici o problemi di salute²⁴. In relazione alle caratteristiche dell'edificio si considera la tipologia di edificio in cui l'intervistato risiede e il grado di accessibilità allo stesso.

Nello specifico sono considerate 7 tipologie di edifici abitativi²⁵, mentre il livello di accessibilità all'abitazione è rappresentato da un indicatore ottenuto attraverso due variabili: numero di gradini sino alla porta d'ingresso dell'abitazione, presenza/assenza ascensore al piano²⁶. Le due variabili relative al contesto urbano riguardano la tipologia di area residenziale dell'abitazione (grande città, una periferia o l'hinterland di una grande città, una città di media grandezza, una cittadina, la campagna/piccolo centro abitato) e la qualità urbana percepita. Quest'ultimo indicatore è costruito attraverso tre variabili²⁷ che prevedono come risposta una scala a quattro modalità (del tutto d'accordo; d'accordo; non d'accordo; per niente d'accordo). L'indicatore finale, ottenuto dalla somma dei singoli valori (ricodificati in base al significato della domanda) varia quindi da 3 a 12, rispettivamente valore minimo e massimo.

²³ Tale indicatore è calcolato attraverso una scala di equivalenza che tiene in considerazione numero ed età dei membri familiari.

²⁴ Tali accorgimenti sono: vani delle porte o ingressi allargati; rampe di accesso; corrimani; cancelli o porte automatiche; modifiche in bagno; modifiche in cucina; impianti servoscala; dispositivi di allarme (pulsanti, sensori); altro.

²⁵ Fattoria/ villetta singola o bifamiliare indipendente/unifamiliare o bifamiliare in un complesso a schiera o in un edificio diviso in più porzioni/ un edificio con un numero di appartamenti da 3 a 8 / un edificio con 9 o più appartamenti ma massimo 8 piani/ un edificio con 9 o più piani / un complesso residenziale con servizi per anziani.

²⁶ Un elevato grado di accessibilità corrisponde alla presenza di ascensore e ad un numero di gradini inferiore a 5, mentre il livello inferiore (good) presenta un numero di gradini superiore a 5 e la presenza dell'ascensore; un livello medio di accessibilità è costituito dall'assenza dell'ascensore e da un numero di gradini compreso tra 6 e 15, mentre il livello di accessibilità minimo è identificato nell'assenza dell'ascensore e da un numero di gradini superiore a 16.

²⁷ Le tre variabili sono: a) mi sento perfettamente integrato/a in questa zona (zona è definita come segue: l'area nel giro di un chilometro da casa sua o tutti i luoghi raggiungibili da casa sua in meno di 20 minuti a piedi); b) vandalismo o la criminalità sono un grande problema per questa zona; c) questa zona è tenuta bella pulita.

Tabella A.2.3 Statistiche descrittive delle variabili relative alla dimensione contesto spaziale.

Variables	Categories	Nordic countries		Continental countries		Southern European countries		Eastern European countries	
		Quality of life	Social isolation	Quality of life	Social isolation	Quality of life	Social isolation	Quality of life	Social isolation
		%[Ø]	%[Ø]	%[Ø]	%[Ø]	%[Ø]	%[Ø]	%[Ø]	%[Ø]
<i>Household</i>									
Domestic arrangement	owner	53.48	53.26	64.21	63.90	88.67	89.21	70.85	70.69
	member of cooperative	18.79	18.67	0.34	0.34	0.21	0.18	3.82	3.85
	tenant	10.77	10.92	17.02	17.42	3.42	3.38	5.19	5.24
	social/public housing	15.97	16.07	5.94	5.88	1.12	1.02	0.75	0.78
	rent free	0.94	0.92	12.46	12.42	6.39	6.12	19.17	19.20
Number of rooms per family member		[2.68]	[2.70]	[2.80]	[2.80]	[1.95]	[1.97]	[1.76]	[1.76]
Special features in accommodations	no	75.52	75.47	69.22	68.91	87.36	86.90	83.10	82.92
	yes	24.48	24.53	30.78	31.09	12.64	13.10	16.90	17.08
<i>Building</i>									
Type of building	farm house	4.95	4.88	6.09	6.11	7.77	7.26	15.71	15.30
	free standing one- or two-family house	48.90	48.93	47.10	46.82	43.97	43.11	26.93	27.11
	townhouse or double house	11.65	11.71	18.03	17.94	13.13	14.19	4.88	4.84
	building with 3 to 8 flats	12.09	12.02	13.03	13.15	17.36	18.05	7.63	7.91
	building >= 9 flats but no more than 8 floors	19.22	19.16	12.79	13.03	15.66	15.36	37.00	36.96
	high-rise with 9 or more floors	1.50	1.59	2.00	2.02	1.92	1.83	7.72	7.65
	housing complex with services for elderly	1.63	1.65	0.90	0.93	0.14	0.15	0.13	0.22
	high	77.52	77.24	69.63	69.41	61.74	62.78	49.07	48.81

Household accessibility (architectural barriers)	good	7.76	8.05	6.18	6.15	7.72	7.36	12.73	12.80
	medium	8.08	8.24	14.66	14.80	18.25	17.47	14.95	14.92
	low	6.64	6.47	9.53	9.63	12.29	12.39	23.25	23.48
<i>Area of residence</i>									
Area of building	A big city	11.21	11.23	12.63	12.31	18.69	19.47	20.94	20.97
	suburbs or outskirts of a big city	17.60	17.45	10.66	10.81	7.61	7.95	4.75	4.84
	large town	21.23	21.11	11.44	11.35	14.49	14.72	18.19	18.20
	small town	22.98	23.25	27.07	26.82	27.19	26.61	24.27	24.38
	rural area or village	26.90	26.97	38.20	38.71	31.76	31.25	31.85	31.60
Perception of urban quality (range: 3-12)	[10.50]	[10.50]	[10.20]	[10.22]	[9.69]	[9.69]	[9.46]	[9.45]	
Total		1262	1331	3540	3592	3457	3280	1741	1741