

**VP** VITA E PENSIERO

Pubblicazioni dell'Università Cattolica  
Largo Gemelli 1  
20123 Milano



In caso di mancato recapito si restituisca al mittente che si impegna a pagare la relativa tassa

Anno LIII • Ottobre-Dicembre 2015

STUDI DI SOCIOLOGIA

4

Poste Italiane SpA spedizione in Abb. Postale D.L. 353/2003 (conv. in L. 2702/2004 n° 46) art. 1, comma 1, DCB Mi

4

Anno LIII  
Ottobre-Dicembre 2015

# STUDI DI SOCIOLOGIA

**VP** VITA E PENSIERO

# STUDI DI SOCIOLOGIA



UNIVERSITÀ  
CATTOLICA  
del Sacro Cuore

**4** Anno LIII  
Ottobre-Dicembre 2015

Pubblicazione trimestrale

Direttore  
V. CESAREO

Comitato di Direzione  
L. BOVONE, V. CESAREO, M. COLASANTO, G. GASPARINI

Comitato Scientifico  
S. ABBRUZZESE, S.S. ACQUAVIVA, M. AMBROSINI, N. AMMATURO, S. ANDRINI, B. AVANZINI, S. BELARDINELLI, L. BERZANO, E. BESOZZI, R. BICHI, A. BIXIO, L. BOCCACIN, G. BOCCIA ARTIERI, V.A. BOVA, L. BOVONE, C.C. CANTA, M. CASCIVILLA, B. CATTARINUSSI, C. CIPOLLA, R. CIPRIANI, V. CODELUPPI, M. COLASANTO, F. COLOMBO, I. COLOZZI, C. CORPOSANTO, C. CORRADI, L. D'ALESSANDRO, M. D'AMATO, R. DE MUCCI, G. DE RITA, R. DE VITA, G. DELLI ZOTTI, P. DI NICOLA, L. DIOTALLEVI, P. DONATI, A. FADDA, L. FAZZI, M.C. FEDERICI, F. FERRUCCI, F. FOLGHERAITER, F. FORNARI, L. FRUDÀ, F. GARELLI, A. GASPARINI, G. GASPARINI, G. GILI, L. GIULIANO, G. GRECO, R. GUBERT, C. LANZETTI, M. LA ROSA, A. LA SPINA, F. LAZZARI, F. LO VERDE, A. MACCARINI, M. MAGATTI, T. MARCI, S. MARTELLI, A. MAZZETTE, G. MAZZOLI, A. MERLER, E. MINARDI, A. MONGELLI, A. MONTANARI, E. MORA, G. MORO, G. MULÈ, M. NEGROTTI, M. NIERO, D. PACELLI, M. PALUMBO, C. PENNISI, G. PIERETTI, G. PIRZIO AMMASSARI, G. POLLINI, S. PORCU, R. PRANDINI, M. RAITERI, R.N.M. RAUTY, E. RECCHI, L. RIBOLZI, G. ROSSI, G. ROVATI, A. RUFINO, E.U. SAVONA, A. SCAGLIA, S. SCANAGATTA, D. SECONDULFO, G. SGRITTA, R. STRASSOLDO, A. TAROZZI, B. VALLI, L. ZANFRINI, P. ZURLA

International Board  
M. AHEDO, L. BALDASSAR, M. BARNES, D.F. BECHMANN, G. BURFORD, C. COSTATOPOLOU, P. FLICHY, S. GINER, J. HASSARD, D. HUGHES, E. KUHLMANN, C. LE GRAND, D. LIGHT, D. LINDSTROM, G. LIPOVETSKY, D. MECHANIC, K. MORRIS, D. O'BYRNE, R. PENNIX, C. RUMFORD, M. VANDERPLAAT, A. ZINGERLE

Redazione  
M. MAGATTI (coordinatore), D. BRAMANTI, A. CASELLA, M. CASELLI, M. COLOMBO, A. CUGNO, C. FONIO, F. INTROINI, G. IORIO, L. LODIGIANI, M. LOMBARDI, L. LOMBI, C. LUNGHI, F. MARCALETTI, O. MARCU, M. MARTINELLI, G. MASCHERONI, S. MAZZUCHELLI, S.G. MEDA, M. MONACI, I. PAIS, C. PASQUALINI, N. PAVESI, I. PICCOLI, M.L. RAINERI, M. SANTAGATI, A. VARGIU

Analisi d'opere  
L. PESENTI

Segreteria di redazione  
N. PAVESI (coordinatrice), C. FONIO, L. LOMBI, F. MARCALETTI, O. MARCU, G. MASCHERONI, S. MAZZUCHELLI, S.G. MEDA, C. PASQUALINI, M.L. RAINERI, M. SANTAGATI  
<studi.sociologia@unicatt.it>

Redazione Scientifica/Editor: mauro.magatti@unicatt.it  
Redazione Editoriale/Production Editor: redazione.vp@unicatt.it  
Abbonamenti/Subscription Queries: commerciale.vp@unicatt.it

Sul sito <http://studisociologia.vitaepensiero.it>  
Articoli full text, Nuove uscite e Archivio digitale  
Abbonamenti e Informazioni

**www.vitaepensiero.it**

Libri Ebook Riviste - Anteprime Notizie Interviste e Gallery

Anche su     

© 2015 Vita e Pensiero - Pubblicazioni dell'Università Cattolica del Sacro Cuore

Con il contributo CNR

Proprietario: Istituto Giuseppe Toniolo di Studi Superiori

È vietata la riproduzione degli articoli senza il preventivo consenso dell'Editore

La pubblicazione di articoli, note, analisi d'opere, ecc., non implica da parte della Direzione e dell'Università Cattolica del Sacro Cuore adesione alle opinioni, alle notizie e ai dati esposti. Corrispondenze, pubblicazioni e periodici devono essere indirizzati alla Direzione della Rivista

ISBN: 978-88-343-3047-0

ISSN (carta): 0039291X

ISSN (digitale): 18277896

Prezzo del presente fascicolo:

Privati - carta: per l'Italia € 24,00 - per l'Estero € 42,00

Enti - carta: per l'Italia € 26,00 - per l'Estero € 45,00

Abbonamento annuo:

Privati: - carta e online: per l'Italia € 78,00 - per l'Estero € 120,00

Enti: - carta e online: per l'Italia € 86,00 - per l'Estero € 132,00

Per accessi simultanei sopra i 15 utenti contattare via email l'ufficio commerciale.

Info e vantaggi per gli abbonati su [www.vitaepensiero.it/abbonamenti](http://www.vitaepensiero.it/abbonamenti)

Redazione e Amministrazione: Università Cattolica del Sacro Cuore - L.go Gemelli, 1 - 20123 Milano

Redazione: tel. 02/72342368 - mail: [redazione.vp@unicatt.it](mailto:redazione.vp@unicatt.it)

Amministrazione/Abbonamenti: tel. 02/72342310 - mail: [commerciale.vp@unicatt.it](mailto:commerciale.vp@unicatt.it)

Direttore responsabile: Carlo Balestrero

Registrazione del Tribunale di Milano 5 febbraio 1963, n. 6184

Copertina: Andrea Musso

Fotocomposizione: BA.MA., Trezzo sull'Adda (Mi)

Stampa: Litografia Solari, Peschiera Borromeo (Mi)

Finito di stampare nel mese di gennaio 2016

Pubblicità inferiore al 45%

## FRAGILITÀ DI SALUTE E FATTORI SOCIOECONOMICI NEI PROCESSI D'INVECCHIAMENTO. I RISULTATI DI UNA PRIMA APPLICAZIONE DELLA SCALA FRAIL IN ITALIA

### I - ANZIANITÀ E SALUTE: LA NATURA MULTIDIMENSIONALE DELLA FRAGILITÀ NEI PROCESSI D'INVECCHIAMENTO

Le transizioni demografiche ed epidemiologiche<sup>1</sup> dalla metà del secolo scorso hanno determinato tanto una crescita diffusa degli indici di vecchiaia, quanto un aumento delle malattie croniche e della disabilità (Alley - Crimmins 2013:75). Così, a fronte di un pur positivo allungamento della vita media, diviene sempre più complesso gestire l'esposizione alla fragilità di salute di una crescente quota di persone in età avanzata, sia perché tra questi si rileva una presenza di patologie assai più consistente, sia perché tali patologie assumono spesso forme croniche, intrecciandosi con maggiore criticità nei livelli di non autosufficienza e con un'elevata fragilità sociale (Facchini 2001: 270).

Limitandoci per il momento a una definizione clinica, la fragilità nell'anziano può essere considerata come uno stato di pre-disabilità, ovvero una riduzione delle risorse fisiche e della resilienza che, qualora associata ad agenti stressogeni, può aumentare il rischio di disabilità, se non condurre al decesso del soggetto fragile (Morley et al. 2012: 601).

Pertanto, a fronte dell'evidenza di una profonda eterogeneità nelle esperienze d'invecchiamento, il presente contributo mira ad approfondire meglio i diversi fattori, specie quelli di natura sociale, che incidono sul rischio di fragilità in età avanzata.

Non a caso, i cambiamenti che accompagnano i processi d'invecchiamento dipendono tanto da fattori genetici, quanto da condizioni ambientali, stili di vita ed eventi biografici (WHO 1999). Così, mentre alcuni possono mantenere buone condizioni di salute ed elevata resilienza fino in età avanzata, altri sviluppano maggiore vulnerabilità,

<sup>1</sup> Sul piano demografico i processi d'invecchiamento dall'alto e dal basso (Pugliese 2011) vedono una riduzione combinata dei tassi di mortalità e di fertilità, con conseguente aumento dell'età media, ma anche con un maggior peso delle coorti più anziane sul totale della popolazione a scapito delle fasce più giovani, proporzionalmente sempre più ridotte. Al contempo, sul piano epidemiologico, il calo della mortalità per malattie infettive, specie tra i bambini, è risultato in un aumento dell'aspettativa di vita, ma anche in una maggior frequenza di decessi per malattie croniche in tarda età (Satariano 2006).

sia in ragione di fattori interni, quanto di fattori esterni, spesso associabili alle condizioni socioambientali in cui gli individui sperimentano le fasi finali dell'esistenza.

A riguardo, Alley - Crimmins (2013: 86-89), riassumendo i diversi fattori che influenzano la fragilità in tarda età, includono: la propensione genetica, le caratteristiche sociodemografiche e gli orientamenti sociopsicologici, i comportamenti individuali e le circostanze biografiche, fino all'adeguato accesso ai servizi sociosanitari.

È acquisizione riconosciuta che il patrimonio genetico individuale giochi un ruolo importante nel rischio di evenienze fatali (quali malattie cardiovascolari, Alzheimer, o forme cancerogene) o non fatali (per esempio, sarcopenia od osteoporosi) associabili all'invecchiamento, al punto che si calcola che tra un quarto e un terzo delle differenze nelle aspettative di vita siano dovute a fattori ereditari (Melzer et al. 2007). Non di meno, proprio il profondo intreccio con aspetti sociali e comportamentali contribuisce alla variabilità soggettiva di tale assunto circa la salute individuale (Lally - Crome 2007).

Riprendendo la classificazione di Alley - Crimmins (2013), tra le caratteristiche sociodemografiche rientrano in primo luogo il genere e l'età. Sotto il profilo statistico-sanitario le donne hanno un'aspettativa di vita maggiore ma anche una più elevata esposizione al rischio di malattie croniche e di disabilità fisiche o cognitive. In parte ciò può leggersi in prospettiva ecologica, ovvero collegato alla maggior presenza femminile nella popolazione anziana, dove aumenta il rischio di disabilità. Tuttavia, tra le donne un più elevato rischio di disabilità in età avanzata rispetto agli uomini sembra rilevarsi anche in studi clinici sulle performance funzionali (Merrill et al. 1997; Oman et al. 1999).

Similmente, per quanto presenti una maggiore esposizione alla fragilità, anche l'età cronologica non costituisce un indicatore preciso del declino funzionale (Bergman et al. 2007), rivelandosi un fattore ambivalente rispetto alla fragilità, poiché minori livelli di salute e autosufficienza sono solo parzialmente attribuibili all'età anagrafica e dipendono da questa in un modo sempre più differenziato e dinamico (Larsson 2007: 203).

Al contrario, lo status socioeconomico individuale può significativamente incidere sulle condizioni di salute, assegnando così al reddito, all'occupazione svolta nella vita e all'istruzione un ruolo importante nell'insorgenza della fragilità nei percorsi d'invecchiamento. In generale, soprattutto tra gli anziani, condizioni socioeconomiche più modeste sono significativamente associabili a una più bassa qualità della salute percepita, a una maggiore prevalenza di condizioni croniche e a una mortalità più elevata (Adler - Ostrove 1999: 13-15). Per esempio, in contesti spiccatamente multiculturali, come gli Stati Uniti, sussistono marcate differenze etniche legate proprio alle condizioni di vita delle diverse comunità, dove l'aspettativa di vita di un cittadino afroamericano è mediamente inferiore di 20 anni rispetto a quella di un americano di origini asiatiche (Murray et al. 2006: 545). Inoltre, le evidenze empiriche suggeriscono come l'incidenza dei fattori di classe sulla salute non si limiti unicamente alle soglie di povertà, ma eserciti effetti trasversali rispetto all'intero gradiente socioeconomico (Marmot 2004).

Le aspettative di vita e i rischi di disabilità fisica e cognitiva in età avanzata sono particolarmente associabili anche al livello d'istruzione (Lievre et al. 2008: 477) e diversi studi suggeriscono come questo possa essere uno dei principali predittori sociali della salute, particolarmente in età avanzata (Smith 2005: 30). Anche qui le diversità intragenerazionali rispetto alla fragilità evidenziano differenze sotto il profilo delle variabili

di status. Per esempio, Kington - Smith (1997: 805-810) mostrano come l'incidenza di molte patologie tra gli anziani con elevato livello di istruzione arrivi a raddoppiare o persino a triplicare nel caso di anziani privi di titolo di studio<sup>2</sup>.

Insieme agli aspetti socioeconomici, nell'intreccio delle dimensioni concorrenti alla fragilità in età avanzata giocano un ruolo chiave i fattori contestuali e le circostanze di vita, quali il lavoro, le strutture familiari e l'ambiente in cui viene sperimentata l'esperienza d'invecchiamento.

Per esempio, l'occupazione svolta nella vita spesso mostra differenze intergenerazionali tra anziani giovani e grandi vecchi e buona parte di questi risultati sono spesso legati alle condizioni esperite nei trascorsi occupazionali (per esempio, connessi ad attività usuranti, Poli 2012: 71), ma anche alle condizioni abitative e, non di meno, agli stili di vita (Adams et al. 2003: 54; Marmot - Wilkinson 2006).

Evidenziando l'importanza delle strutture familiari sulla salute dell'anziano, la letteratura mostra una particolare attenzione verso i ruoli chiave di partner e di caregiver (spesso coincidenti). La relazione di coppia, specie per le generazioni più attestate, definisce ruoli sociali primari in età adulta che strutturano il comportamento e l'interazione, creando un ambiente sociale condiviso che può incidere positivamente sulla salute (Alley - Crimmins 2013: 89). Tra gli anziani, la condizione matrimoniale risulta un elemento protettivo e abbassa la mortalità, migliorando in generale le condizioni psicofisiche (Waite 2006) e, particolarmente nel caso italiano, fornendo supporto sociale e assistenza diretta (Naldini - Saraceno 2007; Ruspini 2011). A conferma di ciò, Andress - Schulte (1998: 331-332) evidenziano come, specie nel caso di morte del/della partner in coppie a elevato attaccamento, alla difficile elaborazione psicologica del lutto si aggiungano potenzialmente l'incipit di un peggioramento economico e la perdita di sostegno relazionale, che possono tradursi in un veloce declino delle condizioni di salute.

Altri fattori appena al di fuori della famiglia, quali il contesto di vicinato e la qualità della vita nel quartiere di residenza, possono diversamente concorrere alla salute dell'anziano. La fragilità può associarsi a una pluralità di fattori ambientali, come la qualità e la disponibilità di servizi connesse all'estrazione socioeconomica del quartiere (Schootman et al. 2005: 450-455). Inquinamento acustico, illuminazione insufficiente, traffico eccessivo o infrastrutture inadeguate sono spesso associabili a un incremento delle perdite fisico-funzionali tra i residenti in età senile (Balfour - Kaplan 2002: 510-512). Al contrario, il benessere diffuso e una maggior presenza di risorse sociali nel vicinato trovano una relazione positiva con migliori condizioni degli anziani (Wen et al. 2003).

Oltre alle componenti sistemiche e strutturali, la fragilità è determinata anche da caratteristiche individuali di natura psicosociale. Seeman (2001: 115-117) evidenzia come una migliore integrazione sociale sia associabile con una diminuzione del rischio di malattia cardiovascolare e della mortalità connessa. Secondo Alley - Crimmins (2013: 88)

<sup>2</sup> Per esempio il diabete pesa per il 4% tra i laureati e sale al 15% tra chi non ha titolo di studio; l'asma bronchiale passa dal 6% al 14%, l'artrite e l'artrosi dal 40% al 70%, l'osteoporosi dal 15% al 40% e i disturbi nervosi dal 7% al 14% (Kington - Smith 1997: 805-810).

le relazioni possono influenzare sia direttamente la salute dell'anziano con positivi effetti fisiologici (come la diminuzione dello stress e il miglioramento delle performance), sia indirettamente sul piano sociale (per esempio attenuando eventi biografici negativi, attivando forme di assistenza strumentale o incoraggiando comportamenti salutistici). In genere, migliori condizioni di salute sono associabili alla frequenza e alla qualità delle relazioni (Mirovsky 1998), così come pratiche e stili di vita più attivi e socialmente integrati riducono il rischio di fragilità (Ferrucci et al. 2005). In tal senso, diverse espressioni in termini di autosufficienza, fatalismo, consapevolezza, esercizio di agency personale producono effetti sulla salute in quanto possono essere sia all'origine di un isolamento praticato verso il ritiro sociale (Pugliese 2011), sia, all'opposto, determinanti di una maggior partecipazione o attivazione in senso collettivo (Cesareo 1991: 217-18; Boccacin 2000: 21-25; Poli 2014: 98-100; 2015: 122-127).

Tali propensioni o atteggiamenti subiscono, peraltro, condizionamenti sistemici (Pugliese 2011: 190), infatti, il *disengagement* (ovvero, il disimpegno soggettivo) si combina con la *rolelessness* strutturale (cioè la mancanza o la perdita di un ruolo sociale), che riproduce il senso d'improduttività e di marginalizzazione tipico dell'anzianità contemporanea, con implicazioni possibili per le condizioni di salute. Infatti, situazioni più gravi d'isolamento psico-sociale contribuiscono alla cosiddetta sindrome di fragilità, ovvero «uno stato di aumentata vulnerabilità a eventi stressanti che deriva da una ridotta riserva funzionale e cattiva regolazione multi-sistemica» (Fried et al. 2004: 255), che può condurre a rapido decadimento fisico dell'anziano. Al contrario, un'adeguata socializzazione, accompagnata da atteggiamenti e pratiche che promuovano generatività e senso identitario anche in età avanzata (Erikson 2004: 60), facilita il benessere quanto il mantenimento di adeguati livelli fisici e cognitivi (Packard et al. 2012: 618).

La pur non esaustiva sintesi del mainstream teorico evidenzia l'importanza delle determinanti sociali della salute individuale tra gli anziani e come, soprattutto in Italia (Giarelli 2006: 27), la fragilità nei processi d'invecchiamento nasca sempre più dall'ibridazione di molteplici fattori generativi, che interessano tanto l'ambiente fisico, quanto quello sociale (istruzione, reddito, occupazione), combinandosi con le caratteristiche individuali (età, sesso, patrimonio genetico) e gli stili di vita (alimentazione, attività motoria, abitudini quotidiane ecc.).

Pertanto, proprio in ragione del diffuso invecchiamento demografico, il riconoscimento precoce della fragilità negli anziani diviene obiettivo prioritario tanto come questione di salute pubblica, quanto sul piano metodologico, poiché è sempre più urgente utilizzare modalità di screening combinate, utili a cogliere in misura diffusa la profonda e complessa multidimensionalità del fenomeno (Metzelthin et al. 2010).

A tal fine, riprendendo le prospettive finora descritte, il presente contributo mira a esplorare le diverse dimensioni della fragilità, offrendo anche occasione per esaminare i risultati di una prima applicazione in Italia della scala Frail, importante strumento self-report realizzato negli Stati Uniti dall'International Association of Nutrition and Aging (si veda, in proposito, Morley et al. 2012).

L'obiettivo di questo lavoro è di combinare l'utilizzo di questa nuova scala prettamente geriatrica con altri strumenti tipici della ricerca sociale, ovvero trasferendo la fragilità di salute nei processi d'invecchiamento in una prospettiva multidimensionale,

ovvero collegando la scala Frail alle componenti sociali e individuali associabili ai differenziali di salute nei processi d'invecchiamento.

## II - UNA LETTURA MULTIDIMENSIONALE DELLA FRAGILITÀ: UNA PRIMA APPLICAZIONE DELLA SCALA FRAIL SU UN CAMPIONE DI ANZIANI GENOVESI

L'indagine in esame è stata condotta nel 2013 su un campione di 542 anziani genovesi e costituisce una prima applicazione al contesto italiano della scala Frail (Morley et al. 2012), breve batteria di semplice autoamministrazione, che può divenire un importante strumento di prevenzione per monitorare facilmente e in modo diffuso popolazioni sempre più longeve. In tal senso la migliore applicazione della scala risiede non tanto nella capacità di rilevare la fragilità, bensì le condizioni di pre-fragilità, in modo da consentire interventi più tempestivi e mirati. Nell'indagine i risultati della scala sono riletti rispetto a una molteplicità di dimensioni che, al di là della prospettiva sociosanitaria, interessano la sfera socioeconomica, la vita familiare e le relazioni quotidiane, nonché il vissuto culturale e lo stile di vita dei rispondenti.

La ricerca è stata realizzata con un campionamento probabilistico stratificato in base a un piano fattoriale per genere ed età della popolazione ultrasessantacinquenne residente nei quartieri della Foce e di Portoria, nel capoluogo genovese<sup>3</sup>. Il contesto è particolarmente rilevante, non solo perché collocato in una delle città italiane che osserva uno tra i più elevati indici d'invecchiamento (235,9 ultrasessantacinquenni ogni 100 giovani contro un già significativo valore di 151,4 a livello nazionale, fonte: Istat 2013<sup>4</sup>), ma di due quartieri dove l'indice stesso raggiunge picchi assai elevati (265,1 a Portoria e ben 295,0 alla Foce, fonte: Comune di Genova 2014). In particolare, si tratta di due zone mediamente benestanti (pur con presenza di edifici popolari) del centro cittadino (collocazione rilevante sia come valore simbolico, sia per la prossimità e la disponibilità di servizi).

In sostanza, l'ipotesi di partenza mira a osservare se e quanto la fragilità di salute possa essere associabile a diverse condizioni sociali, economiche e culturali, rinforzando l'interpretazione dei differenziali d'invecchiamento in una prospettiva di benessere non solo fisico ma di qualità complessiva della vita.

La scala Frail si compone di cinque indicatori:

1) Affaticamento («Quanto spesso nelle ultime quattro settimane si è sentito stanco/o?» 1. sempre; 2. il più delle volte; 3. qualche volta; 4. raramente; 5. mai). Le risposte 1-2 sono ricodificate come 1 e 3-5 come 0.

<sup>3</sup> Partendo da una popolazione di 8.504 di residenti ultrasessantacinquenni di nazionalità italiana nei quartieri in esame, ricavati dalle liste anagrafiche del Comune di Genova al 1° gennaio 2013, si sono estratte casualmente 2000 persone, equamente ripartite per genere e fascia di età (65-74 anni e 75 e oltre). Di queste, informate per lettera e con successivo contatto telefonico per fissare l'intervista, hanno accettato di partecipare all'indagine 545 soggetti, con un tasso di risposta pari al 27,2%. Solo tre persone non hanno compilato interamente il questionario, della durata media di circa 30 minuti. Considerando i questionari completi, si è ottenuto un campione finale di 542 casi, nei limiti di un intervallo di confidenza del 5% e un livello di confidenza del 95%.

<sup>4</sup> Si veda noi-italia.istat.it/ consultato in data 22/06/2015.

2) Resistenza («Da sola/o e senza aiuti – bastoni, protesi o altro-, ha difficoltà a salire dieci gradini senza fermarsi?» 1. Sì/0. No).

3) Deambulazione («Da sola/o e senza aiuti – bastoni, protesi o altro-, ha difficoltà a camminare per qualche centinaio di metri?» 1. Sì/0. No).

4) Malattie («Le è mai stato diagnosticato da un medico...[malattia]?» 1. Sì/0. No) per 11 malattie: ipertensione, diabete, cancro (escluse forme minori di cancro della pelle), malattie polmonari croniche, infarto, insufficienza cardiaca, angina, artrite, ictus, malattie renali, asma. Successivamente il totale delle malattie rilevate è ricodificato fino a 4 come pari a 0 e oltre 5 come pari a 1.

5) Perdita di peso («Quanto pesa salendo sulla bilancia con i vestiti, ma senza scarpe» e «Quanto pesava un anno fa, in questo periodo, salendo sulla bilancia con i vestiti, ma senza scarpe?») dove il saggio di variazione percentuale del peso in Kg è calcolato come segue:  $[(\text{peso un anno fa} - \text{peso attuale}) / \text{peso un anno fa}] * 100$ . Una variazione negativa con perdita di peso superiore al 5% è ricodificata come 1, mentre ogni altra variazione (positiva o negativa) come 0.

Sommando lo score dicotomico 0/1 di ciascun indicatore, la scala varia su un range 0-5 (da 0, migliori condizioni di salute, fino a 5, massima fragilità)<sup>5</sup>.

Al di là di una prima associazione in chiave anagrafica della scala con genere e l'età (in due fasce dai 65 ai 74 e oltre i 75 anni), è utile, anche in chiave di validazione della scala, combinare la stessa con i livelli di autonomia e funzionalità dei rispondenti rilevati con le scale ADL (Katz 1983) e IADL (Lawton - Brody 1969), che osservano rispettivamente la dipendenza nelle attività della vita quotidiana (ovvero, essere in grado di lavarsi, vestirsi, andare in bagno, spostarsi da una stanza all'altra, nutrirsi ed essere continenti) e le abilità funzionali in chiave strumentale (l'uso del telefono, fare la spesa, prepararsi i pasti, tenere pulita la casa, fare il bucato, usare mezzi di trasporto, prendere le medicine e la gestione delle proprie finanze). In seguito i livelli di autonomia e funzionalità sono stati ricodificati in forma categoriale dicotomica, distinguendo tra soggetti senza deficit (cioè indipendenti e in grado di svolgere autonomamente tutte le attività ADL e IADL) o con deficit (laddove incontrino difficoltà anche in un solo item delle due scale).

I punteggi Frail possono essere interpretati anche rispetto alla struttura dei nuclei di appartenenza attraverso una versione semplificata della tipologia familiare di Laslett (1972), offrendo così sia un quadro, pur approssimativo, della rete primaria di caregiving, sia una prospettiva indiretta sull'isolamento degli anziani osservati.

Riprendendo la proposta di Alley - Crimmins (2013), un successivo set di indicatori osserva la relazione della Frail con la dimensione socioeconomica. Un primo elemento è il livello d'istruzione, riproposto attraverso una ricodifica dell'International Standard Classification of Education, attribuendo a un livello basso i valori Isced 0-2 (che arrivano fino all'istruzione secondaria inferiore o al secondo stadio d'istruzione

<sup>5</sup> Assegnati i punteggi, i soggetti sono classificabili come «fragili» (3-5), «pre-fragili» (1-2) o «robusti» (0). Al termine della rilevazione il campione di 542 rispondenti ha mostrato una distribuzione pari a 279 (51,5%) soggetti «robusti», 181 «pre-fragili» (33,4%) e 82 «fragili» (15,1%).

di base), a un livello medio i valori 3-4 (relativi a un'istruzione secondaria superiore o post-secondaria non terziaria) e a un livello alto i valori 5-6 (ovvero l'istruzione terziaria, da un titolo universitario fino all'alta formazione).

Applicando un modello già utilizzato in indagini precedenti (Poli 2012:161-164), il livello di condizione economica ripropone in forma ordinale i risultati di una funzione di più indicatori, che osservano la situazione reddituale dei rispondenti e del loro intero nucleo di appartenenza rispetto: a) alla quantità e alla natura delle entrate (derivanti da pensione diretta, reversibilità, invalidità, assegni di accompagnamento, rendite immobiliari, attività lavorativa, aiuti da altri familiari o da enti e associazioni benefiche), b) all'incidenza del reddito individuale sul totale delle entrate familiari e c) alla capacità di sostegno delle spese (riferite alle principali uscite abituali per un nucleo familiare).

Per una proxy dello status e del prestigio sociale dei rispondenti si è rimandato al prestigio della professione prevalentemente svolta nella vita, ricodificato secondo la classificazione stratificata proposta da De Lillo - Schizzerotto (1985).

Infine, diverse proxy osservano la fragilità di salute dell'anziano rispetto alla sua integrazione socioculturale. In primo luogo, si è osservato in forma ordinale il livello complessivo di soddisfazione per i servizi nel quartiere, quale funzione dell'adeguatezza e della prossimità di strutture per l'assistenza sociosanitaria, di attività culturali e ludico-ricreative, negozi, servizi di pubblica utilità e spazi verdi. Una seconda proxy ha valutato il livello di socializzazione, quale funzione di una più o meno regolare frequentazione di soggetti non conviventi (figli non coabitanti, parenti, amici, ex colleghi, vicini di casa) e della qualità percepita di tali relazioni (Poli 2012: 141-142). La socializzazione s'integra con il livello di fruizione culturale, ovvero una proxy della frequenza con cui i soggetti svolgono più o meno regolarmente attività educative o ludico-ricreative, praticano hobby e sport, si tengono informati o esercitano ogni altra attività di consumo culturale (per esempio, teatro, cinema, spettacoli ecc.). Completa la dimensione socioculturale dei rispondenti un esame del loro livello di fruizione tecnologica, espressamente valutato sull'uso abituale di nuove tecnologie (cellulari, personal computer, internet) o pratiche collegate (acquisti online, uso di bancomat e carte di credito).

In ultimo, la fragilità di salute è osservabile rispetto ai diversi livelli di disponibilità all'impegno in attività di utilità collettiva, possibile (o già concreta) espressione di un talento sociale (Poli 2014) ricavato dalla disposizione individuale ad attività di volontariato, assistenza, cura e custodia, a collaborare con organizzazioni e associazioni o a offrire in qualche modo ad altri la propria esperienza professionale, sociale e culturale.

### III - I RISULTATI DELL'INDAGINE: ASSOCIAZIONI TRA FATTORI FISICI E SOCIALI NELLA FRAGILITÀ DELL'ANZIANO

La proposta metodologica precedente si concretizza in un'analisi per medie comparate (Tabella 1), declinando i punteggi Frail rispetto alle dimensioni e alle variabili pocanzi descritte, e in un'analisi della varianza della scala in base alle stesse (Tabella 2).

TABELLA 1 – *Comparazione dei punteggi Frail sulle variabili di analisi, valori assoluti e percentuali delle diverse modalità*

<i>Dimensione</i>	<i>Variabile</i>	<i>Modalità</i>	<i>Media Frail</i>	<i>Dev. std.</i>	<i>N</i>	<i>% su tot.</i>
...socio anagrafica e sanitaria	Sesso	<i>Maschio</i>	0,8	1,1	259	47,8
		<i>Femmina</i>	1,0	1,2	283	52,2
	Fascia di età	<i>65-74</i>	0,6	0,9	263	48,5
		<i>75 e oltre</i>	1,3	1,2	279	51,5
	Deficit di auto-sufficienza (ADL)	<i>No</i>	0,5	0,8	409	75,5
		<i>Sì</i>	2,1	1,2	133	24,5
	Deficit funzionale (IADL)	<i>No</i>	0,3	0,6	284	52,4
		<i>Sì</i>	1,6	1,2	258	47,6
	Tipo di famiglia di appartenenza	<i>Solitaria</i>	1,2	1,2	183	33,8
		<i>Nucleare</i>	0,7	1,0	314	57,9
		<i>Estesa</i>	1,5	1,2	17	3,1
		<i>Multipla</i>	1,8	1,6	6	1,1
		<i>Senza struttura coniugale</i>	1,5	1,2	22	4,1
	Livello di istruzione	<i>Basso</i>	1,2	1,2	225	41,5
		<i>Medio</i>	0,7	1,1	204	37,6
<i>Alto</i>		0,7	1,0	113	20,8	
Livello di condizione economica	<i>Inadeguata</i>	1,5	1,2	96	17,7	
	<i>Adeguate</i>	0,9	1,1	312	57,6	
	<i>Buona</i>	0,7	1,0	134	24,7	
...socio economica	Classificazione status	<i>Lavoratori non specializzati e meno qualificati</i>	1,2	1,3	70	12,9
		<i>Classe operaia meno qualificata</i>	1,7	1,1	24	4,4
		<i>Classe operaia qualificata e di servizio meno qualificata</i>	0,9	1,2	79	14,6
		<i>Piccola borghesia urbana</i>	0,8	1,1	66	12,2
		<i>Classe media impiegatizia</i>	0,9	1,1	192	35,4
		<i>Impr., liberi prof., classe servizio, dirigenti, quadri</i>	0,7	1,0	111	20,5

(segue)

<i>Dimensione</i>	<i>Variabile</i>	<i>Modalità</i>	<i>Media Frail</i>	<i>Dev. std.</i>	<i>N</i>	<i>% su tot.</i>	
...socio culturale	Livello soddisfazione per i servizi	<i>Basso</i>	1,0	1,2	122	22,5	
		<i>Medio</i>	0,9	1,1	299	55,2	
		<i>Alto</i>	0,9	1,1	121	22,3	
	Livello soddisfazione per socializzazione	<i>Basso</i>	1,0	1,1	232	42,8	
		<i>Medio</i>	1,0	1,2	185	34,1	
		<i>Alto</i>	0,7	1,0	125	23,1	
	Livello di fruizione culturale	<i>Basso</i>	1,8	1,2	108	19,9	
		<i>Medio</i>	0,8	1,1	347	64,0	
		<i>Alto</i>	0,3	0,7	87	16,1	
	Livello di fruizione tecnologica	<i>Basso</i>	1,4	1,2	199	36,7	
		<i>Medio</i>	0,9	1,2	183	33,8	
		<i>Alto</i>	0,4	0,7	160	29,5	
	Livello di disponibilità all'attivazione	<i>Basso</i>	1,2	1,2	249	45,9	
		<i>Medio</i>	0,7	1,0	208	38,4	
		<i>Alto</i>	0,6	1,0	85	15,7	
	Totale del campione			0,9	1,1	542	100,0

TABELLA 2 – *Analisi della varianza dei punteggi Frail rispetto alle variabili di analisi*

Variabili	ANOVA						Misure di associazione			
	Somma quadrati	df	Media quadrati	F	Sig.	R	R <sup>2</sup>	$\eta$	$\eta^2$	
Sesso	Fra gruppi	5,7	1	5,7	4,1	0,042				
	Entro gruppi	748,7	540	1,3			*	*	0,08	0,00
	Totale	754,4	541							
Fascia di età	Fra gruppi	70,5	1	70,5	55,7	0,000				
	Entro gruppi	683,8	540	1,2			*	*	0,30	0,09
	Totale	754,4	541							
ADL	Fra gruppi	249,2	1	249,2	266,4	0,000				
	Entro gruppi	505,1	540	0,9			*	*	0,57	0,33
	Totale	754,4	541							
IADL	Fra gruppi	237,2	1	237,2	247,7	0,000				
	Entro gruppi	517,2	540	0,9			*	*	0,56	0,31
	Totale	754,4	541							

(segue)

Variabili		ANOVA					Misure di associazione			
		Somma quadrati	df	Media quadrati	F	Sig.	R	R <sup>2</sup>	$\eta$	$\eta^2$
Tipo famiglia	Fra gruppi	42,1	4	10,5	7,9	0,000				
	Entro gruppi	712,2	537	1,3			0,02	0,00	0,23	0,05
	Totale	754,4	541							
Istruzione	Fra gruppi	33,1	2	16,5	12,3	0,000				
	Entro gruppi	721,3	539	1,3			-0,18	0,03	0,21	0,04
	Totale	754,4	541							
Condizione economica	Fra gruppi	44,4	2	22,2	16,8	0,000				
	Entro gruppi	709,9	539	1,3			-0,22	0,04	0,24	0,05
	Totale	754,4	541							
Classificazione status	Fra gruppi	27,1	5	5,4	4,0	0,001				
	Entro gruppi	727,2	536	1,3			-0,157	0,02	0,19	0,03
	Totale	754,4	541							
Soddisfazione per i servizi	Fra gruppi	1,2	2	0,6	0,4	0,640				
	Entro gruppi	753,2	539	1,3			-0,03	0,00	0,04	0,00
	Totale	754,4	541							
Socializzazione	Fra gruppi	10,9	2	5,4	3,9	0,019				
	Entro gruppi	743,4	539	1,3			-0,11	0,01	0,12	0,01
	Totale	754,4	541							
Fruizione culturale	Fra gruppi	108,3	2	54,1	45,2	0,000				
	Entro gruppi	646,0	539	1,1			-0,36	0,13	0,37	0,14
	Totale	754,4	541							
Fruizione tecnologica	Fra gruppi	89,2	2	44,6	36,1	0,000				
	Entro gruppi	665,2	539	1,2			-0,34	0,11	0,34	0,11
	Totale	754,4	541							
Disponibilità all'attivazione	Fra gruppi	38,4	2	19,2	14,4	0,000				
	Entro gruppi	716,0	539	1,3			-0,20	0,04	0,22	0,05
	Totale	754,4	541							

\* Con meno di tre gruppi, come negli incroci tra Frail, sesso, classi di età, ADL e IADL, non è possibile calcolare le misure di linearità

In primo luogo, si osserva in Tabella 1 che il punteggio medio del campione sulla scala Frail è pari a 0,9<sup>6</sup>, con una differenza dei punteggi sia rispetto al sesso (mediamente lo score è di 0,8 per i maschi, pari al 47,8% degli intervistati, e di 1,0 per le femmine, pari al 52,2%), sia rispetto alle fasce d'età (0,6 per gli anziani più giovani, ovvero il 48,5% dei rispondenti, e 1,3 oltre i 75 anni, il 51,5%). È naturale che l'avanzare dell'età si colleghi a un declino della salute, così come si riscontri una corrispondenza anche parzialmente ecologica nella maggior presenza femminile tra i rispondenti più anziani del campione (si registra un 55,4% di donne vs 44,4% di uomini dopo i 75 anni) e nel fatto che, sopravvivendo mediamente più a lungo della controparte maschile, le donne vedono aumentare il tasso d'insorgenza dei fattori di disabilità.

Guardando alla fragilità rispetto alle strutture familiari, le situazioni più critiche si riscontrano quando i rispondenti vivono in famiglie multiple (per esempio, dove una coppia di genitori anziani conviva con la famiglia di un discendente) o estese (in genere, in senso verticale, dove il rispondente è un genitore convivente nel nucleo familiare di un figlio), in cui la scala Frail registra rispettivamente valori pari a 1,8 e 1,5. Peraltro, in tali situazioni (residuali sul piano numerico) a una pur elevata fragilità corrisponde un minore isolamento, interessando grandi vecchi pur bisognosi di cure ma inseriti in più ampi contesti familiari secondo un modello familistico di caregiving (Saraceno 2008). Più ambivalente appare, semmai, la situazione dell'anziano che vive da solo (un terzo del campione), poiché a tale condizione possono corrispondere diversi livelli di autonomia. Infatti, un significativo punteggio di fragilità media (pari a 1,2 sulla Frail) coincide con una certa variabilità tra diversi modi di esperire in solitudine e altrettanto in salute le fasi avanzate della vita (come indicato da uno scarto quadratico medio pari a 1,2). Situazione a rischio (pur ridotta in valori assoluti) è quella di chi vive in famiglie senza struttura coniugale, dove la Frail registra un punteggio medio pari a 1,5. Spesso tali situazioni descrivono forme di convivenza tra diversi soggetti in età avanzata (per esempio, fratelli e/o sorelle), dove la fragilità può interessare più di un componente.

Similmente, la scala Frail, rilevando dimensioni assai simili alle scale ADL e IADL, si correla naturalmente con i deficit in autosufficienza e funzionalità. Infatti, confermando anche la validità applicativa della scala, i punteggi Frail passano rispettivamente da 0,5, in condizioni normali, a 2,1 in presenza di fattori di ridotta autonomia (24,5% dei casi) e da 0,34 a 1,66 in caso di deficit funzionali (47,6% dei rispondenti).

A livelli d'istruzione più contenuti (Isced 0-2, pari al 41,5% dei casi), il punteggio Frail si assesta a 1,2, mentre scende a 0,7 già a fronte di livelli di istruzione medi (dal livello 3 in su). In tal senso è assai significativo che i valori di fragilità fisica giungano quasi a dimezzarsi anche già solo se gli intervistati vantano un diploma di scuola superiore (37,6% dei rispondenti), rinforzando così la capacità predittiva dell'istruzione sullo stato di salute in età avanzata (Smith 2005: 30).

<sup>6</sup> Va osservato che il punteggio è mediamente basso perché si tratta di una rilevazione su una popolazione generica e non, per esempio, di uno studio clinico condotto su un campione di pazienti ospedalieri, che vedrebbe aumentare sensibilmente le situazioni di fragilità.

Ciò si conferma anche nelle relazioni inverse rilevabili rispetto alla fragilità quando questa è messa in relazione con le condizioni economiche o lo status. Se il punteggio medio sulla scala Frail si colloca a 0,7 per i rispondenti benestanti (24,7% dei casi), questo più che raddoppia (a 1,5) in presenza di condizioni economiche meno adeguate (17,7% del campione). Similmente, i rispondenti che nella vita hanno principalmente prestato attività come operai non specializzati (4,4%), spesso in lavori usuranti, registrano punteggi medi pari a 1,7 contro lo 0,7 di chi ha svolto attività più qualificate come imprenditore, libero professionista dirigente o nella classe di servizio più elevata (un quarto dei rispondenti). In sostanza, evidenziandosi proprio la fragilità fisica di chi ha lavorato nella working class meno qualificata, l'occupazione professionale svolta nella vita si conferma quale una delle determinanti chiave nelle condizioni di salute sperimentate in età avanzata (Cavazza - Malvi 2014).

Guardando alla relazione tra la scala e i fattori ambientali, a un livello più basso di soddisfazione per la socializzazione (42,8%) la Frail si attesta a 1,0, mentre scende a 0,7 a livelli più elevati (23,1% dei rispondenti), così come a un basso livello di soddisfazione per i servizi (22,5% dei casi) lo score si colloca a 1,0 e cala a 0,9 quando il gradimento sale ai livelli più alti (22,3% del campione). A ben vedere, sia rispetto alla socializzazione complessiva, sia rispetto alla soddisfazione per i servizi, lo scarto tra livelli alti e bassi non appare così elevato (probabilmente sia in ragione del relativo isolamento dei soggetti, sia per la centralità cittadina dei quartieri osservati).

Diversamente, passando da item percettivi all'osservazione di pratiche e comportamenti, è interessante notare che la fragilità di salute trovi relazioni assai più significative con i livelli di fruizione culturale e tecnologica. I punteggi Frail nel 19,1% del campione che mostra un basso livello di fruizione culturale risultano mediamente quasi cinque volte superiori a quelli osservabili nel 16,1% di casi totali dotati di una fruizione culturale più elevata (1,8 vs 0,3). Parimenti, quando l'uso quotidiano di Ict e pratiche connesse è ridotto (oltre un terzo del campione), la fragilità appare tre volte e mezza superiore a quando simili utilizzi siano significativamente più consueti e abituali (1,4 vs 0,4). Se, tutto sommato, il livello di fragilità rispetto alla fruizione tecnologica può riscontrare un fattore latente nell'età (la fruizione di Ict cala sensibilmente tra i grandi vecchi, Operto 2011:155), al contrario, la salute dei rispondenti sembra significativamente associabile ai loro livelli di fruizione culturale. Ciò si lega a una maggiore integrazione sistemica, che agisce quale risorsa in termini di stimolo, di capitale sociale e di attivazione verso un invecchiamento vissuto in forma più dinamica. Non di meno, tale possibilità è condizionata ad adeguati livelli di agency, ovvero di possibilità effettiva di autodeterminazione della propria sfera esistenziale (che può essere agevolata anche da condizioni socio-economiche più favorevoli e istruzione più elevata).

A conferma di questo, la fragilità risulta meno evidente tanto più alti sono i livelli di talento sociale, ovvero laddove si riscontri una maggiore disponibilità all'attivazione da parte dei rispondenti verso comportamenti e pratiche orientate all'utilità collettiva (il 15,7% dei casi), come il volontariato, la partecipazione e l'associazionismo (punteggi Frail pari a 0,6 in caso di livello alto di attivazione sociale vs 1,2 in caso di livello basso). Va osservato che tali pratiche, pur aumentando al crescere del titolo di studio, sono

osservabili già a un livello d'istruzione medio-basso e non necessariamente elevato. Infatti, collegandosi a orientamenti valoriali in senso collettivo, sono più frequenti tra chi appartiene alle unità generazionali che hanno vissuto stagioni di minor benessere diffuso nel secondo dopoguerra o di grandi ideali culturali, per esempio alla fine degli anni Sessanta. In tal senso, rispetto alla fragilità, se da un lato offrono una risposta a bisogni di generatività ancora presenti in età avanzata, dall'altro aumentano potenzialmente le occasioni di fruizione e integrazione culturale, contribuendo di conseguenza a preservare lo stato di salute (Poli 2012, 2014).

L'analisi delle medie comparate sulla scala Frail può suggerire possibili relazioni tra la fragilità dei rispondenti e le diverse variabili di ambito sociale appena descritte. È bene, peraltro, non cadere in interpretazioni meccanicistiche che concepiscano tali dimensioni quali elementi causali della fragilità stessa. In primo luogo, perché il processo di determinazione può essere simmetrico (per esempio, se un reddito sotto la soglia può potenzialmente facilitare un peggioramento di salute, non di meno, può essere vero anche l'inverso, ovvero che condizioni più cagionevoli producano un deterioramento della situazione economica). In secondo luogo, perché nelle diverse osservazioni bi-variate non si possono escludere effetti di variabili latenti (spesso derivanti dall'interrelazione tra i fattori pocanzi presentati). Infine, poiché le relazioni osservate rimandano a una causalità debole in senso puramente statistico, cioè dedotta dalla covariazione della scala Frail rispetto alle diverse variabili, si può parlare tutt'al più di possibili associazioni tra la fragilità di salute e i fattori sociali esaminati.

In tal senso, passando alla Tabella 2, si possono analizzare i valori di  $\eta^2$ , utilizzato quale indice di associazione tra la variabile cardinale della scala Frail e le variabili categoriali anzidette, fornendo così una quantificazione della varianza riprodotta dai diversi fattori rispetto alla fragilità stessa.

In primo luogo, come prevedibile, si osservano valori interessanti per la presenza o meno di una qualche insufficienza nei livelli di autonomia o funzionalità. Ciò conferma, ancora una volta, la validità predittiva della scala rispetto alla fragilità di salute, infatti, un terzo della varianza si riproduce sia rispetto ai deficit in ADL (0,33) o IADL (0,31).

L'associazione è interessante anche rispetto alle fasce di età (dove  $\eta^2$  è pari a 0,09, ovvero circa un decimo della varianza), peraltro è significativo che alcune tra le variabili più collegate allo stile di vita riflettano valori di  $\eta^2$  addirittura superiori a quelli registrati per l'età anagrafica. Infatti, i livelli di fruizione culturale e tecnologica hanno valori rispettivamente pari a 0,14 e a 0,11 (riproducendo oltre un decimo della varianza) a dimostrazione del fatto che, per quanto queste variabili si correlino implicitamente all'età cronologica, uno scarso livello d'integrazione socioculturale (specie a fronte di una maggior complessità sistemica della quotidianità in una società globalizzata) sembra ancor più associabile al rischio di fragilità di quanto non lo sia l'avanzare degli anni.

A ulteriore conferma, proseguendo nel dettaglio della Tabella 2, tutte le variabili categoriali relative alle dimensioni socioeconomiche e al livello d'istruzione, nonché la disponibilità a una qualche forma di attivazione sociale, riproducono quasi sempre circa il 5% della varianza, evidenziando spesso parziali relazioni lineari inverse (si vedano i diversi valori negativi del coefficiente di regressione R).

Ne consegue che, pur in età avanzata, la fragilità di salute, per quanto possa essere una funzione del capitale genetico, degli accidenti del caso o dell'età, trova implicazioni significative proprio nella piena integrazione sociale dell'anziano.

#### IV - CONCLUSIONI: LA FRAGILITÀ MULTIDIMENSIONALE E I FUTURI PROFILI DI ANZIANITÀ

Dall'analisi proposta emergono sostanzialmente due considerazioni generali: da un lato, l'elevata incidenza dei diversi fattori sociali sulla fragilità di salute e, dall'altro, l'eterogeneità delle esperienze d'invecchiamento, sul piano fisico quanto sociale, quale ulteriore ambito di concreta manifestazione delle disuguaglianze contemporanee.

Circa il primo aspetto, si conferma l'ibridazione dei fattori generativi delle diverse condizioni fisiche in età avanzata, dove la fragilità trova genesi multidimensionale, associando componenti fisiologiche con situazioni socioeconomiche e culturali. In sostanza, il benessere fisico nell'invecchiamento appare una funzione dell'integrazione sistemica e ambientale, collegandosi assai più all'esistenza «sociale» (in termini di partecipazione e fruizione effettiva nella vita quotidiana), piuttosto che all'età in sé.

La seconda considerazione evidenzia come l'invecchiamento sancisca la cristallizzazione delle disuguaglianze, con spunti riconducibili al modello della chiusura sociale weberiana. Infatti, al di là dei fattori economici o di classe in senso stretto, le relazioni in termini di *connubium* e *convivium*, gli stili di vita e i comportamenti riconducibili al ceto, se in qualche modo sono ancora mutabili o acquisibili nelle fasi più attive della vita, giungono a cristallizzarsi in modo per lo più immodificabile nell'ultima parte dell'esistenza. Infatti, nella vecchiaia, riducendosi l'agency individuale, il cambiamento e la mobilità sociale sono pregiudicati e la chiusura sociale si rende impermeabile.

Naturalmente le due considerazioni appena esposte si limitano a una pur approssimativa diagnosi, non di meno possono ricondursi a proposte d'intervento in chiave preventiva.

Rispetto alla prima delle due riflessioni di partenza, è sempre più urgente integrare gli strumenti clinici con misure standardizzate degli aspetti sociali associabili alla fragilità.

Da questa prima applicazione della scala Frail in Italia emerge la necessità non solo di rilevare la fragilità, ma prevenirla e contenerla in tempo, individuando tempestivamente la pre-fragilità.

Per contribuire a questo, occorre che gli strumenti di screening diffuso non si limitino alla mera rilevazione della fisicità, ma s'integrino anche metodologicamente rispetto alle dimensioni sociali della salute, adeguandosi all'evoluzione e alla differenziazione che caratterizza i nuovi profili di anzianità contemporanea.

Oggi s'incontrano due (pur grossolane) categorie concettuali di età avanzata: la quarta età dei «grandi vecchi» attuali (definita più sul piano del declino fisico e dell'esclusione sociale) e gli «anziani giovani», appartenenti a una vaga e multiforme terza età, che inizia con il pensionamento e termina con le prime perdite funzionali (Gilleard - Higgs 2013). Se i primi (pur bisognosi d'interventi adeguati) andranno in naturale esaurimento, i secondi costituiscono oggi il fenotipo dei grandi vecchi futuri, sempre

più differenziati poiché mediamente più istruiti (Maccheroni 2009), più tecnologicamente aggiornati, più esigenti sul piano di diritti ed entitlement (Reilly 2006: 7-8), più eterogenei sul piano dell'estrazione sociale ed etnica (per la futura permanenza in Italia di molti stranieri, Pugliese 2011: 183-185). A ciò si aggiunga che per il 2020 la prima coorte dei baby boomer avrà superato i 65 anni, portando con sé una storia di disordini mentali e di abuso di sostanze ben diversa dalle generazioni precedenti, preconizzando un incremento dell'Alzheimer e di altre sindromi dementigene (Karel et al. 2012).

Rispetto alla considerazione precedente va ricordato che molti strumenti clinici attuali (per esempio, le stesse ADL e IADL), risalendo agli anni Settanta-Ottanta, restano ancorati alla fragilità in senso fisico, perché concepiti essenzialmente in una fase storica in cui i grandi vecchi iniziavano ad assumere una maggior significatività demografica (Larsson 2007: 203). Se tali strumenti sono ancora utili a rilevare la fragilità fisica, divengono mano a mano meno adeguati sul piano della disfunzionalità sociale, che vede mutare il livello minimo di agency adatto per prendersi socialmente cura di sé in modo autonomo. Infatti, in una società che vede aumentare il gap delle disuguaglianze a causa dei diversi accessi al sapere e al supporto tecnologico nella quotidianità, quello che oggi rappresenta un livello minimo di funzionalità e autonomia di base è destinato tra breve ad assestarsi su livelli di complessità ben più elevati, poiché domani la capacità o meno di usare, per esempio, un bancomat, internet o Ict elementari sarà sempre più predittiva del livello d'inclusione sociale e della conseguente esposizione alla fragilità dei più anziani.

Cosicché in una società sempre più diseguale, se già oggi ai vertici della scala sociale si muore sempre meno (come dimostrato da Maccheroni 2009: 138), il rischio crescente è che s'invecchi anche sempre più diversamente, con diversa precocità e accresciute differenze nelle condizioni di salute e qualità di vita.

STEFANO POLI  
*Università di Genova*

## BIBLIOGRAFIA

- ADAMS P. - HURD M. - MCFADDEN D. - RIBEIRO T.  
(2003) *Healthy, wealthy, and wise? Tests for direct causal paths between health and socioeconomic status*, «Journal of Econometrics», 112, pp. 3-56.
- ADLER N.E. - OSTROVE J. M.  
(1999) *Socioeconomic status and health: What we know and what we don't*, «Annals of the New York Academy of Sciences», 896, pp. 3-15.
- ALLEY D. - CRIMMINS E.  
(2013) *Epidemiology of Ageing*, in D. DANNEFER - C. PHILIPSON (Eds.), *The SAGE Handbook of Social Gerontology*, Sage, London, pp. 75-95.
- ANDRESS H.J. - SCHULTE K.  
(1998) *Poverty risks and the life cycle: the individualization thesis reconsidered*, in H.J. ANDRESS (ed.), *Empirical poverty research in a comparative perspective*, Ashgate, Aldershot, pp. 331-356.
- BALFOUR J.L. - KAPLAN G. A.  
(2002) *Neighbourhood environment and loss of physical function in older adults: evidence from the Alameda County Study*, «American Journal of Epidemiology», 155, pp. 507-15.
- BERGMAN H. - FERRUCCI L. - GURALNIK J. - HOGAN D. - HUMMEL S. - KARUNANANTHAN S. ET AL.  
(2007) *Frailty: an emerging research and clinical paradigm: issues and controversies*, «J. Gerontol. A Biol. Sci. Med. Sci.», 62, pp. 731-737.
- BOCCACIN L.  
(2000) *Recenti trasformazioni socio-culturali e ruolo dell'anziano: l'esperienza degli anziani attivi*, «Politiche sociali e Servizi», pp. 21-45.
- CAVAZZA G. - MALVI C. (A CURA DI)  
(2014) *La fragilità degli anziani. Strategie, progetti, strumenti per invecchiare bene*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna, RN.
- CESAREO V.  
(1991) *Anziani attivi: un possibile esempio di nuova centralità del sociale*, in AA.VV., *L'anziano attivo. Proposte e riflessioni per la terza e quarta età*, Fondazione Agnelli, Torino, pp. 217-236.
- COMUNE DI GENOVA  
(2014) *Annuario Statistico 2013*, Comune di Genova, Genova.
- DE LILLO A. - SCHIZZEROTTO A.  
(1985) *La valutazione sociale delle occupazioni. Una scala di stratificazione occupazionale per l'Italia contemporanea*, Il Mulino, Bologna.
- ERIKSON K.  
(2004) *Reflections on generativity and society: A sociologist's perspective*, in E. DE ST. AUBIN - D.P. MCADAMS - T.C. KIM (Eds.), *The generative society: Caring for future generations*, American Psychological Association, Washington, DC, pp. 51-61.

- FACCHINI C.  
(2001) *Età anziana e disuguaglianze nelle condizioni di salute*, in C. FACCHINI - E. RUPINI (a cura di), *Salute e disuguaglianze. Genere, condizioni sociali e corso di vita*, Franco Angeli, Milano, pp. 270-290.
- FERRUCCI L. - WINDHAM B.G. - FRIED L.P.  
(2005) *Frailty in older persons*, «Genus», 56, pp. 39-53.
- FRIED L. - FERRUCCI L. - DARER J.  
(2004) *Untangling the concepts of disability, frailty and comorbidity: implications for improved targeting and care*, «Journal of Gerontology», 59, pp. 255-263.
- GIARELLI G.  
(2006) *Un paradigma mediterraneo? Riforme sanitarie e società nell'Europa meridionale*, «Salute e Società», 1, pp. 23-51.
- GILLEARD C. - HIGGS P.  
(2013) *Ageing, Corporeality and Embodiment*, Anthem Press, London-New York-Dehli.
- KAREL M.J. - GATZ M. - SMYER M.A.  
(2012) *Aging and Mental Health in the Decade Ahead. What Psychologists Need to Know*, «American Psychologist», 67(3), pp. 184-198.
- KATZ S.  
(1983) *Assessing self-maintenance: Activities of daily living, mobility and instrumental activities of daily living*, «JAGS», 31(12), pp. 721-726.
- KINGTON R. - SMITH P.  
(1997) *Socio-economic status and racial and ethnic differences in functional status associated with chronic disease*, «American Journal of Public Health», 87, pp. 805-810.
- LALLY F. - CROME P.  
(2007) *Understanding frailty*, «Postgraduate Medical Journal», 83, pp. 16-20.
- LARSSON K.  
(2007) *The social situation of older people*, «International Journal of Social Welfare», pp. 203-218.
- LASLETT P.  
(1972) *Famille et ménage*, «Annales», 4-5, pp. 847-872.
- LAWTON M. - BRODY E.  
(1969) *Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living*, «Gerontologist», 9, pp. 179-186.
- LIEVRE A. - ALLEY D. - CRIMMINS E.M.  
(2008) *Educational differential in life expectancy with cognitive impairment among the elderly in the United States*, «Journal of Aging and Health», 20, pp. 456-477.
- MACCHERONI C.  
(2009) *Una stima della speranza di vita per grado di istruzione in Italia all'inizio degli anni 2000*, «Polis», 1, pp. 127-142.

- MARMOT M.  
(2004) *The Status Syndrome: How Social Standing Affects our Health and Longevity*, Times Books, New York.
- MARMOT M. - WILKINSON R. (EDS.)  
(2006) *Social Determinants of Health*, Oxford University Press, Oxford.
- MELZER D. - HURST A. J.  
(2007) *Genetic variation and human aging: progress and prospect*, «Journal of Gerontology. Medical Sciences», 62A, pp. 301-307.
- MERRILL S.S. - KASL S.V.  
(1997) *Gender differences in the comparison of self-reported disability and performance measures*, «Journal of Gerontology Medical Sciences», 52 M, pp. 19-26.
- METZELTHIN S.F. - VAN ROSSUM R.D. - DE WITTE L. - VAN DEN HEUVEL W.J. - KEMPE G.  
(2010) *The psychometric properties of three self-report screening instruments for identifying frail older people in the community*, «BMC Public Health», 10, pp. 2-8.
- MIROVSKY J.R.  
(1998) *Education, personal control, lifestyle and health: a human capital hypothesis*, «Research on Aging», 20, pp. 415-449.
- MORLEY J. - MALMSTROM T.K. - MILLER D.K.  
(2012) *A simple frailty questionnaire (FRAIL) predicts outcomes in middle aged African Americans*, «The Journal of Nutrition, Health e Aging», 16 (7), pp. 601-608.
- MURRAY C. - KULKARNI S. - MICHAUD C.  
(2006) *Eight Americas: investigating mortality disparities across races, counties, and race-counties in United States*, «PLOS Medicine», 3, p. 545.
- NALDINI M. - SARACENO C.  
(2007) *Sociologia della famiglia*, Il Mulino, Bologna.
- OMAN D. - REED D. - FERRARA A.  
(1999) *Do elderly women have more physical disability than men do?*, «American Journal of Epidemiology», 150, pp. 834-842.
- OPERTO S.  
(2011) *Anziani in mutamento tra solidarietà e partecipazione*, in E. RUPINI (a cura di), *Studiare la famiglia che cambia*, Carocci, Roma, pp. 153-193.
- PACKARD C. J. - CAVANAGH J. - McLEAN J.S. - McCONNACHIE S. - MESSOW C.M.  
(2012) *Interaction of personality traits with social deprivation in determining mental wellbeing and health behaviours*, «Journal of Public Health», 34(4), pp. 615-624.
- POLI S.  
(2012) *Città vecchia, nuovi anziani. Invecchiamento e postmodernità in una periferia genovese*, Franco Angeli, Milano.  
(2014) *Beyond Stereotypes Talent Resources and Social Activity among the Postmodern Elderly*, «Research on Ageing and Social Policies», 2(1), pp. 58-86.  
(2015) *Talento e attivazione sociale nei processi d'invecchiamento. Evidenze empiriche da uno studio di caso genovese*, «Sociologia e Ricerca Sociale», pp. 115-144.

- PUGLIESE E.  
(2011) *La terza età. Anziani e società in Italia*, il Mulino, Bologna.
- REBBA V.  
(2005) *Invecchiamento della popolazione e spesa per il long-term care*, «Politiche sanitarie», 6(3), pp. 109-115.
- REILLY S.L.  
(2006) *Transforming aging: the civic engagement of adults 55+*, «Public Policy and Aging Report», 16 (4), 1, pp. 3-8.
- RUSPINI E. (A CURA DI)  
(2011) *Studiare la famiglia che cambia*, Carocci, Roma.
- SALADINI G.  
(2003) *Anziani del 2000. Nuovi orizzonti culturali*, Armando Armando, Roma.
- SARACENO C.  
(2008) *Intergenerational Relations in families: A Micro-Macro Perspective*, in C. SARACENO (ed.), *Family, Ageing and Social Policies*, Edward Elgar, Cheltenham.
- SATARIANO W.A.  
(2006) *Epidemiology of Ageing. An Ecological Approach*, Jones and Bartlett, Sudbury, MA.
- SCHOOTMAN M. - ANDERSEN E.M. - WOLINSKY F.D.  
(2005) *Neighbourhood conditions and risk of incident lower body functional limitations among middle-aged African Americans*, «American Journal of Epidemiology», 163, pp. 450-458.
- SEEMAN T.E.  
(2001) *Social environment effects on health and aging: integrating epidemiologic and demographic approaches and perspectives*, «Annals of the New York Academy of Sciences», 954, pp. 88-117.
- SMITH, J. P.  
(2005) *Unraveling the SES-health connection*, «Population and Development Review», 30, pp. 108-132.
- WAITE L.J.  
(2006) *Marriage and family*, in D.L. POLSTON - M. MICKLIN (Eds.), *Handbook of Population*, Springer New York.
- WEN M. - BROWNING C.R. - CAGNEY K.A.  
(2003) *Poverty, affluence and income inequality: neighbourhood economic structure and its implication for health*, «Social Science and Medicine», 57, pp. 843-860.
- WHO  
(1999) *A Life Course Perspective of Maintaining Independence in Older Age*, World Health Organization, Geneva.