Prospetto delle correlazioni [72](in grassetto le variabili latenti)

			1999 18-64 anni	2002 18-64 anni	1999 Anziani soli	1999 Anziani non soli	2002 Anziani soli	2002 Anziani non soli
Salute	← →	**Cond.econom.**	0,25	0,35	0,67	0,51	0,74	0,61
Cond.econom.	← →	**Cons.cult.**	0,70	0,57	0,49	0,76	0,48	0,43
Relaz.sociali	← →	**Cons.cult.**	0,23	0,24	0,20	0,22	0,25	0,19
Salute	← →	**Relaz.sociali**	0,17	0,19	0,36	0,27	0,37	0,32
Salute	← →	**Cons.cult.**	0,32	0,40	0,29	0,25	0,29	0,28
Cond.econom.	← →	**Relaz.sociali**	0,32	0,34	0,73	0,47	0,73	0,57
Salute	← →	Età in anni	-0,53	-0,54	-0,32	-0,28	-0,31	-0,33
Cond.econom.	← →	Età in anni	-0,06	-0,02	-0,14	-0,11	-0,14	-0,02
Cons.cult.	← →	Età in anni	-0,40	-0,43	-0,20	-0,15	-0,16	-0,15
Relaz.sociali	← →	Età in anni	-0,12	-0,13	-0,15	-0,17	-0,17	-0,19
Cons.cult.	← →	Anni di scolarità	0,54	0,54	0,40	0,40	0,38	0,39
Salute	← →	Anni di scolarità	0,33	0,35	0,27	0,26	0,33	0,30
Relaz.sociali	← →	Anni di scolarità	0,10	0,11	0,15	0,13	0,15	0,15
Cond.econom.	← →	Anni di scolarità	0,49	0,45	0,55	0,69	0,50	0,52
Età in anni	← →	Anni di scolarità	-0,35	-0,32	-0,19	-0,15	-0,18	-0,18

La correlazione tra la percezione dello stato di salute ed il benessere economico è consistente, di segno positivo e cresce significativamente nel volgere del triennio preso in esame. La forza del coefficiente in parola è decisamente più accentuata nel gruppo degli anziani rispetto a quello dei giovani-adulti. Tra gli anziani va inoltre segnalato un differenziale positivo nella stima di tale parametro tra coloro che vivono soli rispetto a coloro che sono inseriti in strutture familiari di altro tipo.
I consumi culturali appaiono positivamente correlati con le condizioni economiche in tutti i sottocampioni oggetto di investigazione.[73]

Si riscontra, inoltre, una moderata correlazione di segno positivo tra consumi culturali e relazioni sociali, senza variazioni degne di considerazione all'interno dei campioni costituiti sulla base dell'età e del periodo di rilevazione.

La correlazione (di segno positivo) tra salute e relazioni sociali appare decisamente pronunciata nel gruppo degli anziani soli mentre perde ampiamente di consistenza nel gruppo dei giovani e degli adulti.

---

[72] Si ricorda che la correlazione lineare -intesa come esistenza di proporzionalità diretta (correlazione positiva) o inversa (correlazione negativa) tra due variabili- si misura con l'indice r che varia tra –1 e +1 nel caso, rispettivamente di massima correlazione inversa e di massima correlazione diretta.

[73] Rimarchiamo che la stima del parametro in questione risulta più pronunciata nel gruppo dei giovani-adulti e degli anziani non soli osservati nel 1999.

Prospetto delle correlazioni degli indicatori in riferimenti ai costrutti latenti (modello di misurazione)

			1999 18-64 anni	2002 18-64 anni	1999 Anziani soli	1999 Anziani non soli	2002 Anziani soli	2002 Anziani non soli
Salute	→→	Salute percepita	0,74	0,70	0,77	0,78	0,74	0,75
Salute	→→	N.patologie (inv) [a]	0,72	0,68	0,60	0,59	0,63	0,63
Salute	→→	Frequenza sport	0,26	0,31	0,29	0,26	0,39	0,35
Cond.econom.	→→	N.stanze	0,22	0,25	0,27	0,22	0,27	0,23
Cond.econom.	→→	Sodd.condiz.econ.	0,36	0,41	0,38	0,27	0,39	0,38
Cond.econom.	→→	Periodi vacanza	0,49	0,33	0,29	0,41	0,30	0,22
Relaz.sociali	→→	Sodd.relaz.famil.	0,56	0,57	0,53	0,53	0,51	0,59
Relaz.sociali	→→	Sodd.relaz.amici	0,88	0,89	0,83	0,85	0,73	0,81
Relaz.sociali	→→	N.associazioni	0,08	0,09	0,20	0,16	0,22	0,17
Cons.cult.	→→	N.libri letti	0,35	0,34	0,34	0,28	0,31	0,27
Cons.cult.	→→	Consumi cult. B [b]	0,64	0,67	0,62	0,55	0,67	0,64
Cons.cult.	→→	Consumi cult. A [b]	0,61	0,56	0,89	0,85	0,93	0,90

[a] L'indicatore relativo al numero di patologie è stato invertito per ottenere lo stesso segno nel rapporto d'indicazione con il costrutto latente "salute".L'indicatore "N.patologie(inv)" varia tra 1 e 16, dove 1 è lo stato peggiore e 16 quello migliore (corrispondente a nessuna malattia dichiarata).

[b] L'indicatore "Consumi culturali A" identifica i consumi culturali alti ed è costruito dalla somma degli indicatori di frequenza nell'andare a teatro, musei, concerti di musica classica, opere, monumenti). L'indicatore "Consumi culturali B" identifica invece il consumo di cinema, spettacoli sportivi, discoteche e/o concerti di musica leggera.

Anche la correlazione tra consumi culturali e condizioni di salute è di segno positivo ma, in questo caso, appare tendenzialmente più accentuata nel gruppo sociale dei giovani-adulti rispetto a quello degli anziani.

Il nesso (sempre di segno positivo) tra condizioni economiche e relazioni sociali appare più rilevante nel gruppo sociale degli anziani rispetto a quello dei giovani. Si rileva inoltre un differenziale consistente e positivo nella stima del parametro appena citato tra gli anziani soli rispetto agli anziani che vivono con altri.

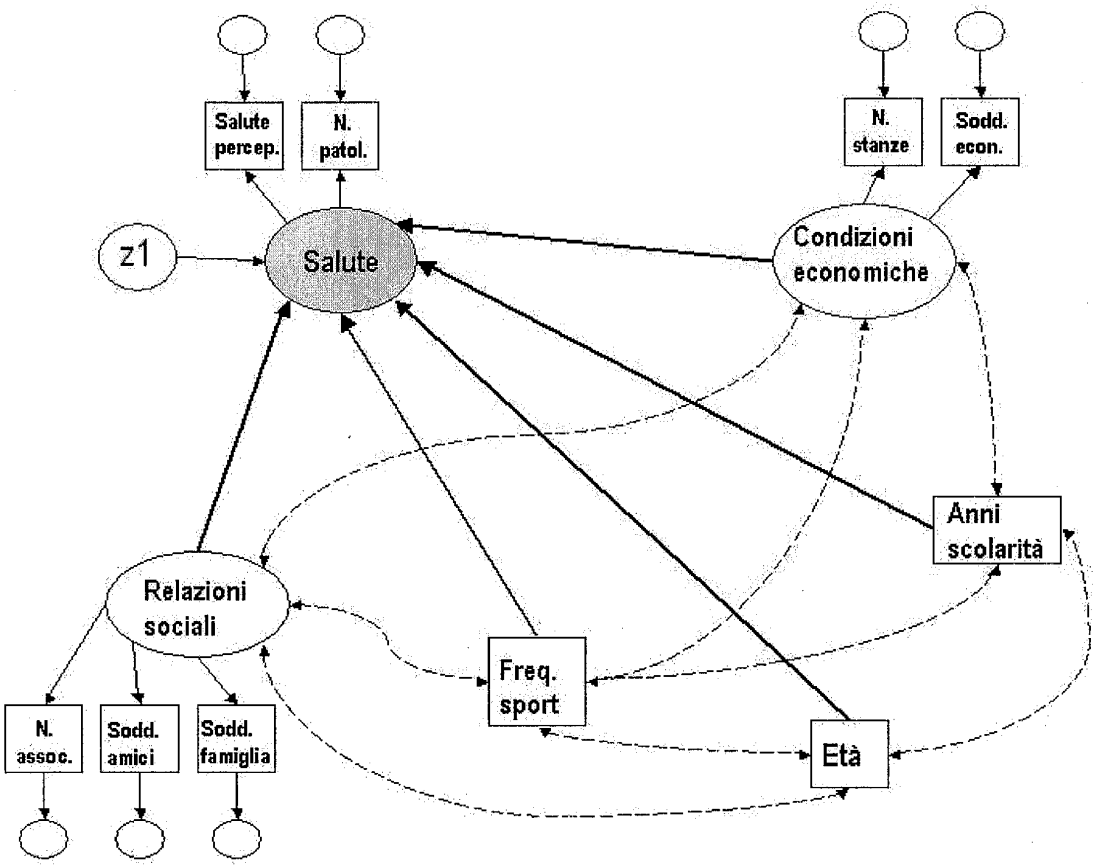
Col crescere dell'età peggiorano le condizioni di salute, diminuiscono la fruizione dei consumi culturali e la partecipazione al sociale. Le condizioni economiche subiscono una tenue variazione al crescere dell'età.

La fruizione dei consumi culturali e le dotazioni di capitale economico appaiono fortemente interconnesse agli anni di scolarità.

L'ultimo parallelismo di segno positivo, meritevole di argomentazione e riscontrabile in tutti i sottocampioni è quello tra anni di istruzione e condizioni di salute.

Si propone ora un secondo modello di equazioni strutturali tramite cui ricostruire i meccanismi predittivi responsabili nella variazione della percezione dello stato di salute.

MODELLO REGRESSIVO SULLA SALUTE



Nota: in questo modello le linee tratteggiate rappresentano i rapporti di correlazione, le linee continue rapporti unidirezionali (di regressione predittiva), ossia con quale forza alcune variabili hanno la capacità di predire lo stato di salute.

I fattori inclusi nel modello sono stati così resi operativi.

Il fattore latente "salute" o "benessere psico-fisico" è stato inferito impiegando i seguenti indicatori:

- la salute percepita (misurata chiedendo al soggetto "Come va in generale la salute?". Le modalità compongono un termometro a 5 posizioni dove 1 indica lo stato peggiore e 5 lo stato migliore;
- il numero di patologie (misurate conteggiando la presenza o meno di 15 diverse patologie diverse e chiedendo "E' affetto da una o più delle seguenti malattie croniche?"

La variabile latente "condizioni economiche" è stata inferita impiegando tre indicatori e segnatamente:

- il numero di stanze di cui si compone l'abitazione (indicatore derivato dalla domanda "Di quante stanze si compone l'abitazione?";
- il grado di soddisfazione economica è stato inferito chiedendo ai soggetti in che misura sono soddisfatti in riferimento alla propria condizione economica sulla base di una scala di

concordanza a quattro posizioni dove 1 significa per nulla soddisfatto e 4 molto soddisfatto: "Pensi agli ultimi 12 mesi. Lei si ritiene soddisfatto dei seguenti aspetti che hanno riguardato la sua vita: situazione economica.Molto/Abbastanza/Poco/Per niente."

La variabile latente "relazioni sociali" è stata inferita tenendo conto:

- del numero di attività associative a cui l'intervistato ha dichiarato di partecipare (da 1 a 8): "Ha partecipato negli ultimi 12 mesi a riunioni di: partiti politici, organizzazioni sindacali, associazioni di volontariato, associazioni ecologiche, associazioni culturali-ricreative, associazioni professionali, partecipazione a cortei, partecipazione a comizi";
- del grado di soddisfazione per le reti amicali: "Pensi agli ultimi 12 mesi. Lei si ritiene soddisfatto dei seguenti aspetti che hanno riguardato la sua vita: relazioni con amici. Molto/Abbastanza/Poco/Per niente";
- del grado di soddisfazione per la rete familiare: "Pensi agli ultimi 12 mesi. Lei si ritiene soddisfatto dei seguenti aspetti che hanno riguardato la sua vita: relazioni familiari. Molto/Abbastanza/Poco/Per niente."

La variabile "età" è stata concettualizzata come una variabile manifesta.

La pratica sportiva è stata misurata attraverso un indice che varia tra 1 e 4 dove 4 indica un'attività sportiva continuativa ed 1 nessuna attività. L'indice compone cumulativamente le seguenti domande: "Nel suo tempo libero pratica con carattere di continuità uno o più sport? Sì/No"; "Nel suo tempo libero pratica saltuariamente uno o più sport?Sì/No"; "Le capita di svolgere nel tempo libero qualche attività fisica come fare passeggiate di almeno 2 Km, nuotare, andare in bicicletta o altro almeno qualche volta all'anno?No/Sì,una volta o più volte la settimana/Sì,una volta o più colte al mese/Sì, più raramente".

La variabile "numero anni di istruzione" è manifesta (gli anni sono derivati computando gli anni di istruzione formale necessari al conseguimento dei diversi titolo di studio)

Il modello converge e mostra un buon adattamento ai dati.[74]

Per l'interpretazione dei risultati, l'attenzione principale va focalizzata sui parametri Beta (β) i quali esprimono la forza dei nessi causali tra le variabili e rappresentano il cuore di un modello di equazioni strutturali.[75]
L'analisi delle stime dei parametri si effettua prendendo in considerazione la correttezza del segno (positivo o negativo) della stima e la rispettiva consistenza. Tali modelli consentono di scomporre i coefficienti di correlazione tra le variabili in effetti diretti, indiretti, in relazioni spurie e congiunte.

Gli effetti diretti sono i seguenti.
Col crescere dell'età diminuisce in modo considerevole la percezione dello stato di benessere psicofisico, quest'ultimo misurato impiegando un indicatore di percezione di salute soggettiva e il numero di patologie.

---

[74] Il modello esibisce una performance soddisfacente almeno sugli indici di adattamento che non sono sensibili alla numerosità campionaria P. value=0.000, indice di bontà di adattamento (GFI)=0.982, indice corretto di bontà di adattamento (AGFI)=0,961; radice quadrata della media dei residui al quadrato (RMR)= 0,173; TLI=0,865; NFI=0,924; CFI=0,925; RMSEA=0.025, Model AIC = 8867,478. L'indice di modifica è una stima di quanto il test del chi-square diminuirebbe se un dato parametro attualmente fissato venisse lasciato libero, cioè stimato.

[75] Un coefficiente strutturale esprime la forza del nesso causale tra due variabili ed è interpretabile come l'ammontare di cambiamento che si verifica nella variabile dipendente per ogni unità di cambiamento che si verifica nella variabile predittore, tenendo le altre variabili a valori costanti .

Nell'anzianità, e in modo particolare tra soggetti che vivono in stato di solitudine, le condizioni di salute appaiono fortemente influenzate dalle dotazioni di capitale economico. Tra i fattori esogeni impiegati nel modello, il benessere economico costituisce il predittore che esercita il più forte effetto diretto sullo stato di salute nell'anzianità.

A differenza di quanto emerge in precedenti studi realizzati in questo dominio, l'istruzione non esercita un rilevante effetto diretto sulla percezione del benessere psicofisico, bensì un effetto, certamente consistente, ma mediato dal benessere economico. Ne è prova il fatto che la stima del coefficiente di correlazione tra il benessere economico ed il livello di istruzione è forte e di segno positivo.

Anche le relazioni sociali non esercitano effetti netti degni di considerazione sulla percezione del benessere psicofisico.
Le relazioni sociali esercitano solo un effetto indiretto sullo stato di salute sempre mediato dal capitale economico.

Lo sport è il secondo fattore, dopo il capitale economico, che è in grado di influire direttamente sullo stato di salute nell'anzianità. Come si evince dalla tabella dei coefficienti di regressione standardizzati, la consistenza dell'effetto del fattore "pratica sportiva" è di gran lunga inferiore rispetto a quella del capitale economico.
Si aggiunga inoltre l'esistenza di un effetto indiretto esercitato dalla variabile pratica sportiva sullo stato di salute mediato dal capitale economico.

Prospetto delle regressioni, coefficienti strutturali standardizzati (in grassetto le variabili latenti)

			1999 18-64 anni	2002 18-64 anni	1999 Anziani soli	1999 Anziani non soli	2002 Anziani soli	2002 Anziani non soli
Cond.econom.	→ →	**Salute**	0,20	0,26	0,60	0,35	0,55	0,39
Età in anni	→ →	**Salute**	-0,48	-0,49	-0,29	-0,24	-0,25	-0,27
Anni scolarità	→ →	**Salute**	0,07	0,06	-0,07	0,04	0,03	0,04
Relaz.sociali	→ →	**Salute**	0,02	0,01	-0,12	0,01	-0,09	0,03
Frequenza sport	→ →	**Salute**	0,00	0,02	0,08	0,08	0,14	0,13

Prospetto delle correlazioni, coefficienti standardizzati (in grassetto le variabili latenti)

			1999 18-64 anni	2002 18-64 anni	1999 Anziani soli	1999 Anziani non soli	2002 Anziani soli	2002 Anziani non soli
Età in anni	← →	Anni di scolarità	-0,34	-0,32	-0,18	-0,15	-0,17	-0,16
Relaz.sociali	← →	Età in anni	-0,09	-0,10	-0,13	-0,16	-0,14	-0,16
Cond.econom.	← →	Relaz.sociali	0,36	0,30	0,61	0,44	0,55	0,39
Cond.econom.	← →	Anni di scolarità	0,28	0,30	0,34	0,38	0,32	0,31
Relaz.sociali	← →	Frequenza sport	0,13	0,13	0,18	0,16	0,23	0,18
Cond.econom.	← →	Frequenza sport	0,23	0,23	0,18	0,21	0,24	0,19
Età in anni	← →	Frequenza sport	-0,25	-0,24	-0,20	-0,17	-0,20	-0,20
Anni scolarità	← →	Frequenza sport	0,26	0,26	0,17	0,15	0,20	0,23

Prospetto degli indicatori (modello di misurazione)

			1999 18-64 anni	2002 18-64 anni	1999 Anziani soli	1999 Anziani non soli	2002 Anziani soli	2002 Anziani non soli
Salute	→ →	Salute percepita	0,75	0,71	0,83	0,82	0,76	0,78
Salute	→ →	N.patologie(inv)[a]	0,73	0,71	0,58	0,58	0,65	0,63
Cond.econom.	→ →	N.stanze	0,26	0,28	0,30	0,29	0,31	0,28
Cond.econom.	→ →	Sodd.condiz.econ	0,53	0,53	0,47	0,47	0,51	0,51
Relaz.sociali	→ →	Sodd.relaz.famil.	0,60	0,59	0,53	0,51	0,50	0,58
Relaz.sociali	→ →	Sodd.relaz.amici	0,83	0,87	0,83	0,88	0,76	0,83
Relaz.sociali	→ →	N.associazioni	0,07	0,08	0,18	0,14	0,17	0,15

[a] L'indicatore relativo al numero di patologie è stato invertito per ottenere lo stesso segno nel rapporto d'indicazione con il costrutto latente "salute".L'indicatore "N.patologie(inv)" varia tra 1 e 16, dove 1 è lo stato peggiore e 16 quello migliore (corrispondente a nessuna malattia dichiarata).

6. Riflessioni conclusive: "strutturazione" o "biografizzazione" del benessere nella terza e quarta età?

I dibattiti e le recenti ricerche sul tema del benessere e dello star bene nell'anzianità appaiono ispirati a due opposte teorie. Ai teorici dell'*individualizzazione* o della *biografizzazione* dei corsi di vita si oppongono i teorici della *strutturazione* dei destini sociali. I primi affermano che nella società postmoderna la povertà, la vulnerabilità, la deprivazione nella terza e quarta età si configurano come fenomeni sempre meno strutturati dai tradizionali fattori sociali, quali la classe sociale, il livello di istruzione, il genere, l'appartenenza generazionale. Tanto il successo quanto l'insuccesso sociale non costituiscono condizioni persistenti e strutturate di esistenza ma, piuttosto, si sostanziano in stati fluidi e transitori che originano da particolari transizioni di corso di vita (Beck 2000, Bauman 2002).

Ai sostenitori di questo approccio si contrappongono con fermezza i teorici delle classi e della stratificazione sociale che, d'altro canto, fanno dipendere i destini sociali dei soggetti da variabili sociologiche classiche come la classe, il titolo di studio, il genere (Schizzerotto 2003).

Dalle analisi effettuate risulterebbe confermata la forza discriminante delle variabili strutturali (e segnatamente le dotazioni di capitale economico e culturale) nella predizione del fenomeno del benessere e/o della deprivazione di risorse nell'anzianità. In altre parole, anche nella cosiddetta "modernità liquida" o "società post-moderna" le disuguaglianze dei destini nella terza e quarta età parrebbero ampiamente strutturate dalla distribuzione di risorse e di opportunità che derivano dalle dotazioni di capitale economico e culturale ereditate o capitalizzate nelle fasi precedenti del corso di vita.

L'anzianità si configura come una traiettoria del corso di vita più o meno estesa e punteggiata da molteplici accadimenti che occorrono in diversi domini esperenziali; per citarne alcuni, il ritiro dall'attività lavorativa, l'emancipazione dei figli dalla famiglia di origine, la morte del coniuge.

Se è vero che l'invecchiamento comporta una perdita delle capacità fisiche ed intellettuali è altrettanto vero che, a parità di età, operano altri importanti fattori di eterogeneità – come le risorse economiche e patrimoniali, l'attività fisica, le dotazioni di capitale culturale, le reti relazionali e familiari di supporto - che contribuiscono in modo significativo a contrastare la 'regressione psicofisica' nell'ultima stagione della vita.

BIBLIOGRAFIA

Capitolo primo

Cliquet, Robert; Nizamuddin, Mohammed (1999). *Population ageing: challenges for policies and programmes in developed and developing countries*. United Nations Population Fund [UNFPA]: New York; Centrum voor Bevolkings- en Gezinsstudie [CBGS]: Brussels.

Gesano, Giuseppe (1995). Mobilità e strutture demografiche. In Società Italiana di Statistica, *Continuità e discontinuità nei processi demografici – L'Italia nella transizione demografica*. Atti del Convegno SIS, Arcavacata di Rende. Rubettino, Soveria Mannelli: 145-162.

Golini, Antonio (1997). Demographic trends and ageing in Europe. Prospects, problems and policies. *Genus*, Vol. 53, No. 3-4, luglio-dicembre: 33-74.

Golini, Antonio (1999). Population ageing in developed countries: Lesson learnt and to learnt. In Cliquet, Robert; Nizamuddin, Mohammed, *cit.*.

Golini, Antonio; De Angelis, Valeria; Marini, Cristiano; Vittori, Paola (2004). *Dinamiche demografiche, strutture politiche e invecchiamento nell'Unione europea a 25*. Collana "Analisi e problemi dell'invecchiamento della popolazione", a cura di Antonio Golini. < http://w3.uniroma1.it/goliniweb >

Golini, Antonio; Basso, Sara; Reynaud, Cecilia (2003). L'invecchiamento della popolazione in Italia: una sfida per il paese e un laboratorio per il mondo. *Giornale di Gerontologia*, vol. 51, n. 6: 528-544.

Meslé, France (1996). Mortality in Eastern and Western Europe: a widening gap. In David Coleman (ed.): *Europe's population in the 1990s*. 127-43 pp. Oxford University Press: New York, New York/Oxford, England.

Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (2002). *Rapporto Biennale al Parlamento sulla condizione dell'anziano – Anni 2000-2001*.
http://www.welfare.gov.it/EaChannel/MenuIstituzionale/Sociale/anziani/documenti/default.htm

Capitolo secondo

Banca d'Italia (2004). Indagine sui bilanci delle famiglie italiane – *anno 2002*.

Birren, J.E.; Schaie, K.W. (1996). Handbook of the Psychology of Aging (III ed.). Academic Press: New York.

Blangiardo, G.C.(1999). *L'invecchiamento demografico dei comuni lombardi, tendenze, prospettive e problematiche* (a cura di). Collana "Ricerche IreR", Guerini e Associati: Milano.

Blangiardo, G. C. (2001). Analisi delle nuove famiglie e delle forme di convivenza in Italia e in Europa. VII Rapporto CISF sulla Famiglia in Italia. Ed. San Paolo: Milano.

Blangiardo, G.C. (1997). Elementi di Demografia. Il Mulino: Bologna.

CENSIS (2004), La domanda abitativa degli anni 2000, Censis-Federabitazione, Roma.

Cesa-Bianchi, M. (1987). L'invecchiamento psichico. In Laicardi C. *Psicologia e qualità della vecchiaia.* Il Pensiero Scientifico Editore: Roma.

Cesareo, Vincenzo. (1991). Anziani attivi: un possibile esempio di una nuova centralità nel sociale. In AA.VV. *L'anziano attivo.* Ed. Fondazione Giovanni Agnelli: Torino.

Cesareo, Vincenzo. (2002). L'anziano attivo manager di sé stesso. In Atti del XVII Convegno Internazionale dell'EURAG *Anziani attivi: per un ruolo da protagonisti nell'Europa del XXI secolo.* Torino.

Contini, B. (2003). Prospettive di lavoro per gli anziani: una sfida per il prossimo decennio. Università di Torino, *LABORatorio R.Revelli*, Newsletter n. 2.

Cumming, E.; Henry, W. (1961). Growing Old. Basic Books: New York.

Hall, G.S.(1922). Senescence - the last half of life. Appleton: New York.

Harman, D. (1991). The aging process: Major risk factor for desease and death. *Medical Sciences*, Vol. 88, pp. 5360-5363.

ISTAT, Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana. Anno 2002", *Archivio socio-data*, Facoltà di Sociologia, Università degli Studi di Milano-Bicocca.

Lehr, U.(1980). Psychologie Van de Ouderdom. Van Loghum Staterus: Deventer.

Lemon, B.W.; Bengtson, V.L.; Peterson, J.A. (1972). An exploration of the activity theory of aging: Activity types and life satisfaction among in-movers to retirement community, *Journal of Gerontology*, 27(4), 511-523, 1972.

Longino, C.F.; Kart, C.S.(1982). Explicating activity theory: A formal replication, *Journal of Gerontology*, 37(6), 713-722.

Neugarten, B.L.; Datan, N.(1973). Sociological Perspectives on the life Cycle, in: *Life- span Developmental Psychology*, Academic Press: New York.

Maggi, S.(2004). Atti del Convegno CNR-ISS *La salute dell'anziano: ricerca e società*, Roma.

Tacchi, E.M. (1993). Qualità della vita e condizione abitativa degli anziani. *Politiche sociali e servizi*, Vol.0, n.1, pg 39-53.

Thorndike, E.L.(1931). Human Learning, Century Co: New York.

Toffoletto, D.(2004) Invecchiamento e lavoro,

http://www.psychomedia.it/pm/lifecycle/elderly/lavoro.htm

Capitolo terzo

Agustoni, A.(2003). Consumi culturali e identità anziana. In Fondazione Leonardo *Terzo rapporto sugli anziani in Italia 2002-2003.* Franco Angeli: Milano.

Anderson, J.C.; Gerbing, D.W. (1988). Structural equation modeling in practice: A review and recommended two step approach, *Psychological Bulletin*, 103, 411-423.

Arber, S.; Phillips, M.; Ginn, J. (2001). Disuguaglianze nella salute: classe sociale, età e genere. In C.Facchini e E.Ruspini (a cura di) *Salute e Disuguaglianze* pp. 114-144. FrancoAngeli: Milano.

Bauman, Z. (2002). Modernità liquida. Laterza: Bari.

Beck, U. (2000). I rischi della libertà. Il Mulino: Bologna.

Bollen, K.A. (1989), Structural Equations with latent variables. John Wiley & Sons: New York.

Box, G.E.P.(1976). Science and Statistics. *Journal of the American Statistical Association* 71: 791-799.

Braithwaite, V. A.; Gibson, D. M.(1987). Adjustment to Retirement: What We Know and What We Need to Know. *Ageing and Society*, 7.

Burström, B.; Fredlund, P. (2001). Self-Rated Health: is it a good predictor of subsequent mortality among adults in lower as in higher social classes? *Journal of Epidemiological Community Health*, 55, pp.836-840.

Castel, R. (1995). Les méthamorphoses de la question sociale. Fayard: Paris.

Castel, R. (1997). Disuguaglianze e vulnerabilità sociale. *Rassegna Italiana di Sociologia*, n.1 pp.41-56.

Corbetta, P.(1992). Metodi di Analisi Multivariata per le Scienze Sociali. Il Mulino: Bologna.

Corbetta, P.; Gasperoni, G.; Pisati, M. (2001). Statistica per la ricerca sociale. Il Mulino: Bologna.

Costa, G.; Faggiano, F.; Cadum, E.; Lagorio, S.; Arcà, M.; Farchi, G.; Demaria, M.; Pagnanelli, F. (1994). Le Differenze Sociali nella Mortalità in Italia. In Costa, G.; Faggiano, F. (a cura di) *Rapporto sulle Diseguaglianze Sociali. L'Equità nella Salute in Italia,* pp.103-135. FrancoAngeli: Milano.

Cumming, E.; Henry, W. (1961). Growing Old. Basic Books: New York.

De Beauvoir, S. (1970). La terza età. Einaudi: Torino.

De Vos, K.; Garner, T. (1989). *An evaluation of subjective poverty definitions comparing results from U.S. and the Netherlands*. Paper presented at the 21 st General Conference on the international Association for Research in Income and Wealth: Rotterdam/Washington.

Drever, F.; Daran, T.; Whitehead, M. (2004). Exploring the relation between class, gender, and self rated general health using the new socioeconomic classification. A study using data from 2001 census. *Journal of Epidemiological Community Health*, 58, pp.590-596.

Facchini, C. (2001). Età anziana e disuguaglianze nelle condizioni di salute. In Facchini, C.; Ruspini, E. (a cura di) Salute e Disuguaglianze, pp. 270-289. FrancoAngeli: Milano.

Facchini, C.; Rampi, F. (2003). E ora è tempo di dedicarti a te stesso. In Facchini C. (a cura di), Invecchiare, un'occasione per crescere. Franco-Angeli: Milano.

Florea, A. (1982). Anziani e tempo libero. Nuova Italia Scientifica: Roma.

Idler E.; Benyamini Y.(1997). Self-Rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behaviour*, 38, pp.21-37.

Johnson, R.J.; Wolinsky, F.D. (1993). The Structure of Health Status Among Older Adults: Disease, Disability, Functional Limitation, and Perceived Health. *Journal of Health and Social Behaviour*, Vol. 34, No 2, pp.105-121.

Jöreskog, K.G.; Sörbom, D. (1979). Advances in Factor Analysis and Structural Equation Models. Mass., Abt.Books: Cambridge.

Jöreskog, K.G.; Sörbom, D.(1988). Lisrel 7. A Guide to the Program and Applications. Ill.,Spss Inc: Chicago.

Lucchini, M.; Maretti, C.; Sarti, S. (2004). Una mappa fuzzy del benessere e della deprivazione (in corso di pubblicazione). Il Mulino: Bologna.

Mackenbach, J.; Bos, V.; Andersen, O.; Cardano, M.; Costa, G.; Harding, S.; Reid, A.; Hemstrom, O.; Valkonen, T.; Kunst, A. (2003). Widening socioeconomic inequalities in mortality in six western european countries. *International Journal of Epidemiology*, n.32,pp.830-837.

Marmot, M.G.; Bobak, M.; Davey Smith, G. (1994). Spiegazioni per le disuguaglianze sociali nella salute. In Costa, G.; Faggiano, F. (a cura di) *L'equità nella salute in Italia: Rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità*. Franco Angeli: Milano.

Marradi, A.(1980). Concetti e metodi per la ricerca sociale. Giuntina: Firenze.

Paugam, S. (1996). (a cura di) L'exclusion. L'état des savoirs. La Decouverte: Paris.

Pisati, M. (2003). L'analisi dei dati. Il Mulino: Bologna.

Ranci, C. (2002). Le nuove disuguaglianze sociali in Italia. Il Mulino: Bologna.

Riley, J.C. (1990). The risk of being sick: morbidity trends in four countries. *Population and Development Review*, Vol.16, N.3, pp.403-432.

Rogers, R.G. (1995). Sociodemographic characteristics of long-lived and healthy individuals. *Population and Development Review*, Vol.21,n.1,pp.33-58

Schizzerotto, A. (2003). Vite ineguali. Disuguaglianze e corsi di vita nell'Italia contemporanea. Il Mulino: Bologna.

Schumacker, R.E.; Lomax, R. (1996). A Beginner's Guide to Structural Equation Modeling. Lawrence Erlbaum Associates publishers: Mahwah, New Jersey.

Sen, K.S. (2000). Lo sviluppo è libertà. Perché non c'è crescita senza democrazia. Il Mulino: Bologna.

Strengmann-Kuhn, W. (2000). *Theoretical definition and empirical measurement of welfare and poverty: a micro economic approach*. Conference paper, 26th IARIW conference, August/September 2000: Cracow.

Tentschert, U.; Till, M.; Redl, J. (2000). *Income Poverty and minimum income requirements in EU 14*. Conference paper, BIEN congress, October 2000: Berlin.

PAGINA BIANCA

ALLEGATO

PAGINA BIANCA

Piemonte

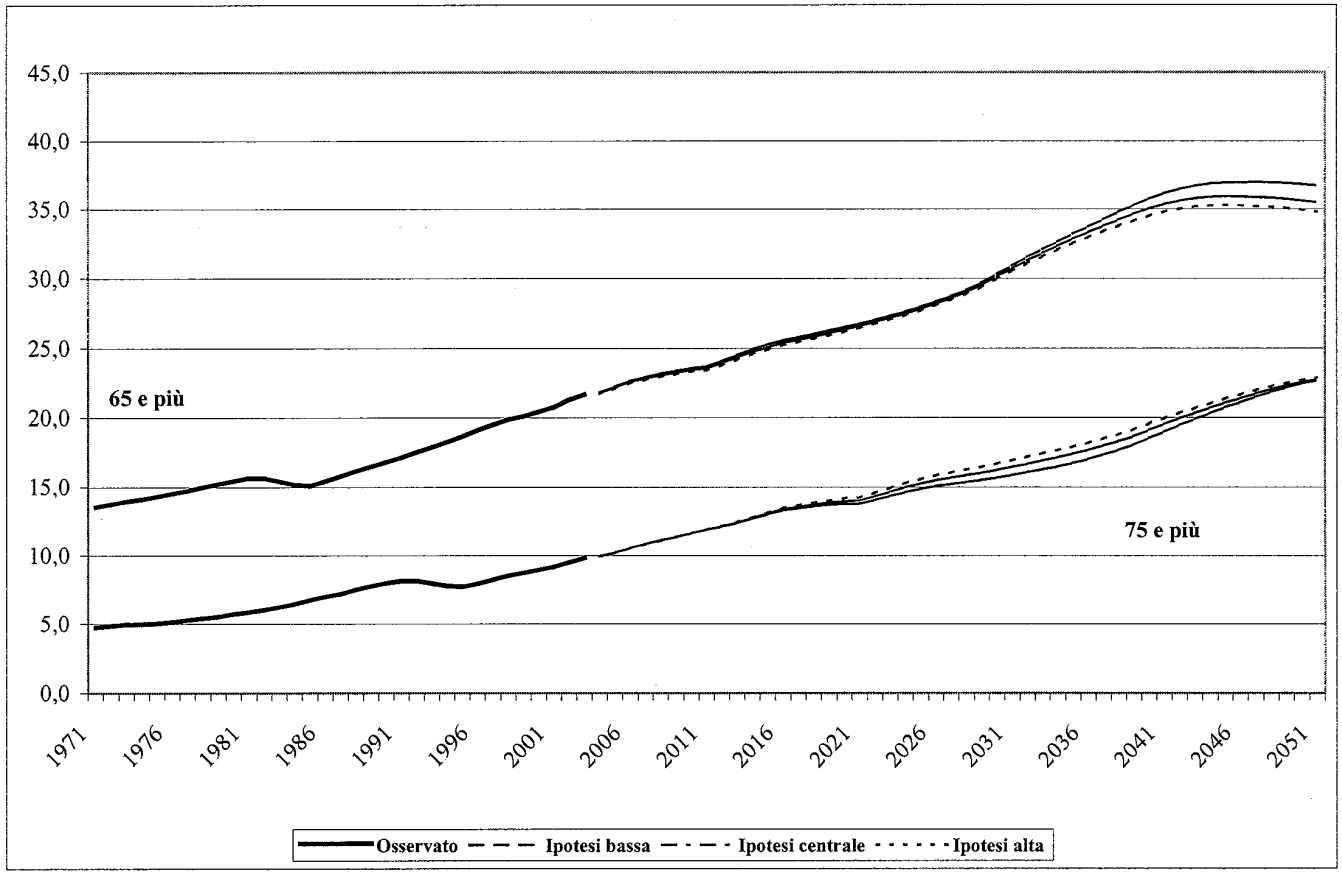
Tabella 1 Popolazione anziana 1971-2041, dati osservati e previsioni

Anno	Popolazione totale	Popolazione 65 e più aa.								
		Totale			Popolazione 65-74 aa.			Popolazione 75 e più aa.		
	(in migliaia)	V.A. (in migliaia)	In % della popolazione totale	Uomini per 100 donne	V.A. (in migliaia)	In % della popolazione totale	Uomini per 100 donne	V.A. (in migliaia)	In % della popolazione totale	Uomini per 100 donne
1971	4.432	608	13,7	70,5	395	8,9	76,7	213	4,8	60,0
1981	4.479	700	15,6	66,5	432	9,6	75,5	268	6,0	53,9
1991	4.303	750	17,4	65,7	400	9,3	77,1	350	8,1	54,3
2001	4.215	895	21,2	68,9	497	11,8	83,1	398	9,4	54,1
2003	4.231	916	21,7	69,2	502	11,9	84,0	414	9,8	54,2
2011	4.276	1.005	23,5	70,9	497	11,6	86,0	508	11,9	58,3
2021	4.174	1.109	26,6	72,7	524	12,5	88,4	585	14,0	60,7
2031	4.045	1.241	30,7	75,7	576	14,2	92,8	666	16,5	63,2
2041	3.878	1.371	35,4	78,3	614	15,8	95,0	757	19,5	66,8

Fonte: Istat, 1971-1991: Censimento 1991, 2001: Censimento 2001 <http://dawinci.istat.it/daWinci/jsp/MD/ dawinciMD.jsp>, 2003: Popolazione Residente, 2011-2041: Previsioni della Popolazione - ipotesi centrale <http://demo.istat.it>

Piemonte

Grafico 1 Popolazione 65 e più 1971-2051, in % della popolazione totale



Fonte: Istat, 1971-2003: Popolazione Residente, 2004-2051: Previsioni della Popolazione <http://demo.istat.it>