

Analisi

FRAGILITÀ E RISORSE DELLA POPOLAZIONE ANZIANA IN TICINO

Francesco Giudici,
Stefano Cavalli,
Michele Egloff
e Barbara Masotti (eds)

Repubblica e Cantone Ticino
Dipartimento delle finanze e dell'economia
Divisione delle risorse

Ufficio di statistica

FRAGILITÀ E RISORSE DELLA POPOLAZIONE ANZIANA IN TICINO

Impressum

Repubblica e Cantone Ticino
Dipartimento delle finanze e dell'economia
Divisione delle risorse

Ufficio di statistica
Via Bellinzona 31
6512 Giubiasco
+41 (0)91 814 50 11, dfe-ustat@ti.ch

Servizio informazioni e documentazione
+41 (0)91 814 50 16, dfe-ustat.cids@ti.ch

Impaginazione
Sharon Fogliani

Progetto grafico
Jannuzzi Smith, Lugano

Stampa
Tipografia Cavalli SA, Tenero

Fr. 20.–

ISSN 2235-8404
ISBN 978-88-8468-033-4

© Ufficio di statistica, 2015

**La riproduzione è autorizzata
soltanto con la citazione della fonte**

- Stefano Cavalli** Dottore in sociologia, è responsabile del Centro competenze anziani presso il Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale della Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana (SUPSI). Nella sua attività di ricerca si occupa di percorsi di vita e invecchiamento.
- Nora Dasoki** Dottoranda in scienze sociali presso l'Università di Losanna nell'ambito del Polo di ricerca nazionale LIVES. Nella sua attività di ricerca si occupa principalmente del benessere e della memoria autobiografica degli anziani con un approccio psicosociale.
- Daniela Dus** Sociologa, laureata presso l'Università Cattolica di Milano, si è specializzata in economia sanitaria frequentando il Net-MEGS all'Università della Svizzera Italiana (USI). Ha collaborato con il Centre interfacultaire de gérontologie et d'études des vulnérabilités (Università di Ginevra) in qualità di ricercatrice.
- Michele Egloff** Sociologo, professore in statistica sanitaria al Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale della Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana (SUPSI). Autore di "Nuovi orizzonti per Pro Senectute Ticino e Moesano" (2012). Membro del Comitato organizzativo della rassegna cinematografica "Guardando insieme – Giornate del Film intergenerazionale".
- Francesco Giudici** Dottore in scienze sociali, è responsabile del Settore Società all'Ufficio di Statistica del Canton Ticino e ricercatore associato presso il Polo di ricerca nazionale LIVES. Nella sua attività di ricerca si interessa all'interazione tra percorsi di vita famigliari e professionali.
- Barbara Masotti** Sociologa, è assistente dottoranda presso il Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale della Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana (SUPSI). Membro del Polo di ricerca nazionale LIVES, conduce una tesi in Socioeconomia presso l'Università di Ginevra sul tema del ricorso agli aiuti e alle cure a domicilio nella quarta età.
- Michel Oris** Professore alla Facoltà di Scienze economiche e sociali dell'Università di Ginevra, co-direttore del Polo di ricerca nazionale LIVES e Direttore del Centre interfacultaire de gérontologie et d'études des vulnérabilités (Università di Ginevra).
- Alessandra Rosciano** Psicologa, assistente di ricerca e di insegnamento, nonché dottoranda in Psicologia presso l'Università di Ginevra. Nell'ambito della sua attività di ricerca presso il Polo di ricerca nazionale LIVES si occupa di studiare i determinanti della qualità di vita delle persone anziane in Svizzera.

FRAGILITÀ E RISORSE DELLA POPOLAZIONE ANZIANA IN TICINO

INDICE

6	Ringraziamenti
7	Invito alla lettura
9	Prefazione

11	1. ANZIANITÀ: UNA REALTÀ DIFFICILMENTE OGGETTIVABILE
----	---

19	2. CONSIDERAZIONI SOCIO-DEMOGRAFICHE, EPIDEMIOLOGICHE ED ECONOMICHE SULL'EVOLUZIONE DELLA POPOLAZIONE ANZIANA DEL CANTONE TICINO
----	---

47	3. CONDIZIONI DI SALUTE, BENESSERE E SCAMBI DI SERVIZI NELLA POPOLAZIONE ANZIANA RESIDENTE IN TICINO
----	---

67	4. TERZA ETÀ E VULNERABILITÀ
----	-------------------------------------

87	5. IL RICORSO AI SERVIZI DOMICILIARI E IL RUOLO DELLA FAMIGLIA NELLA QUARTA ETÀ
----	--

111	6. BADARE AI NIPOTI
-----	----------------------------

129	7. ANZIANI AL DI LÀ DEI CLICHÉ: LA SFIDA DI UNA REALTÀ MOLTEPLICE
-----	--

134	Pensieri di un'intervistatrice
-----	--------------------------------

Ringraziamenti

Gli autori ringraziano sentitamente il Dipartimento della sanità e della socialità (DSS) per il contributo importante nella realizzazione dell'indagine i cui risultati sono presentati in questo volume. In particolare il suo direttore Paolo Beltraminelli, che ha anche accettato di redigere la prefazione, il Medico cantonale Giorgio Merlani, e tutti i collaboratori e le collaboratrici del DSS che ci hanno accolto nei loro uffici e sostenuto nelle varie fasi della raccolta dei dati.

Teniamo a ringraziare Marilina Galati-Petrecca e Martina Guggisberg, rispettivamente della Sezione Salute e della Sezione Analisi sociali dell'Ufficio di Statistica (UST), come pure Cristina Gianocca della Direzione del DSS, Giorgio Borradori dell'Ufficio degli anziani e delle cure a domicilio, Michele Wissiak dell'Istituto delle assicurazioni sociali e Matteo Borioli dell'Ufficio di Statistica del Canton Ticino (Ustat) per la fornitura di dati su richiesta e l'elaborazione di analisi ad hoc, relative al Cap. 2.

La ricerca "Vivre/Leben/Vivere" (VLV), su cui si basa gran parte del presente volume, è diretta dal professor Michel Oris del Centre inter-facultaire de gérontologie et d'études des vulnérabilités dell'Università di Ginevra. VLV è parte integrante del Polo di ricerca nazionale (PRN) "LIVES – Overcoming vulnerability: Life course perspectives" (Università di Losanna e di Ginevra) ed è stata finanziata dal Fondo nazionale svizzero per la ricerca scientifica (progetto Sinergia CR-SIII_129922/1 e IP13 del PRN LIVES) e da Pro Senectute Svizzera.

In Ticino, il progetto di ricerca VLV è stato approvato dal Comitato etico cantonale e ha ricevuto, oltre al già citato contributo del DSS, il prezioso sostegno dell'allora Dipartimento sanità della Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana (SUPSI), in particolare del suo direttore Ivan Cinesi.

Un pensiero speciale va agli oltre settecento giovani e grandi anziani (v. definizione a p. 16), così come alle persone loro vicine coinvolte, che hanno gentilmente accettato di partecipare all'inchiesta VLV, dedicandoci del tempo e permettendoci di accedere ai loro percorsi e alle loro esperienze di vita.

Siamo pure molto riconoscenti a tutti gli intervistatori e le intervistatrici che hanno contribuito alla realizzazione dell'inchiesta VLV in Ticino e senza i quali la stessa non sarebbe stata possibile.

Roberta Azzari, Franco Badia, Luca Banzatti, Roberta Bettosini, Elia Bussien, Paola Cardillo, Manuela Castori, Deborah Codoni Bressanelli, Mattia Corazza, Arianna Corti, Claudia Crivelli, Dina Dasoki, Gladys Delai Venturelli, Elsa Facchinetti-Fry, Assunta Fico, Giovanna Fico, Elena Fraccaroli, Eva Frassi, Davide Gagliardi, Flavia Gianella, Leona Gianinazzi, Lorena Gianolli, Mark Graf, Michela Guscetti, Manuela Lagattolla, Gabriele Lurati, Giovanna Malandra de Bertoldi, Luca Mennella, Brita Meoli, Marija Miladinovic, Lisa Monn, Ludovica Mueller, Jacqueline Pasche Vanetti, Silvia Pasteris-Canepa, Stéfanie Payot, Laura Pedevilla, Cristina Pinho Teixeira, Sarah Riboni, Federica Salvia, Paola Taiana, Sonia Tarchini, Simona Testa, Masha Thengumtharayil, Eleonora Vallini, Orazio Venuti, Elena Walder.

Un caloroso ringraziamento infine a Sharon Fogliani dell'Ustat per essersi occupata della messa in pagina di ogni singolo capitolo.

Invito alla lettura

Anziani e invecchiamento sono due termini ricorrenti nel dibattito pubblico in Ticino. Il loro uso frequente riflette la centralità del tema per il nostro territorio. In Ticino assistiamo in effetti da anni a un fenomeno di progressivo invecchiamento della popolazione: a livello nazionale il nostro cantone è una delle realtà nelle quali il numero di persone anziane è proporzionalmente più elevato. Allargandosi, questa popolazione muta, cambia caratteristiche e più in generale si diversifica. Sempre più persone superano (fortunatamente) gli 80 anni e questo obbliga chi osserva i fenomeni sociali, e più nello specifico l'età anziana, a introdurre nuovi concetti, distinguendo per esempio l'età avanzata in almeno due fasi, ovvero la terza e la quarta età. E a interrogarsi sull'evoluzione delle caratteristiche e dei bisogni di questi anziani, anche per prepararsi a quello che verrà, e cioè un ulteriore invecchiamento della popolazione. Le tendenze disegnate qui sopra non accennano infatti a attenuarsi e in un futuro più o meno prossimo saranno ancora più consistenti.

In questo senso, introduco con molto piacere la presente pubblicazione, che affronta il tema della vulnerabilità della popolazione anziana in Ticino. Essa rappresenta infatti un consistente e corale impegno su uno dei temi di interesse prioritario per il Ticino di oggi e di domani. Ma soprattutto, essa rappresenta una prima a livello di statistica pubblica, perlomeno nel nostro cantone. Il lavoro confluito in queste pagine è infatti il frutto di un'inedita collaborazione e di una commistione di dati, fonti e approcci, sulle quali vale la pena attardarsi.

In questo volume presentiamo infatti il primo frutto di una collaborazione tra l'Ufficio di statistica del Cantone Ticino, il Centre interfacultaire de gérontologie et d'études des vulnérabilités (CIGEV) dell'Università di Ginevra e il Centro competenze anziani della SUPSI; una collaborazione tra statistica pubblica e mondo della ricerca accademica e applicata che ci sembra particolarmente interessante. I tre enti, portatori di visioni, missioni e competenze diverse, si sono infatti seduti allo stesso tavolo – sotto la coordinazione dell'Ustat – per offrire al lettore una visione il più possibile completa della tematica. Questo volume si indirizza infatti a un pubblico diversificato, che può comprendere il politico che riflette sul Ticino di domani, il professionista che lavora a stretto contatto con la popolazione anziana, ma anche (e perché no) il “semplice” cittadino interessato.

Come detto sopra, quanto presentato in questa pubblicazione rappresenta però anche una commistione di dati, fonti e approcci che ci sembra particolarmente interessante e va sottolineata, perché riesce nell'intento di offrire al territorio uno strumento di riflessione più completo e integrato per riflettere su uno dei temi prioritari nel cantone. Nel volume che tenete tra le mani viene infatti indagata l'età anziana con fonti di natura e provenienza diversa, che riescono però nell'intento di completarsi (o perlomeno compensare reciprocamente le proprie debolezze) e portano a importanti (e necessari) sviluppi. Dal punto di vista della statistica pubblica questo è un risultato molto positivo. La statistica pubblica offre infatti una quantità di informazioni notevole (spesso non sfruttate appieno) e – a causa del proprio mandato di interesse generale – di tipo sostanzialmente strutturale. Essa riesce solo raramente ad arrivare laddove si spinge la ricerca accademica, ovvero all'approfondimento di specifici aspetti di un determinato fenomeno, come per esempio quello della vulnerabilità nell'età

anziana. Essa può (e deve) per contro facilitare il compito della ricerca, poiché attraverso la visione più generale e strutturale che offre, può fornire molti dati e indicazioni utili, che permettono al mondo accademico (ma non solo) di porre domande più specifiche e consapevoli. Per fare questo è però necessario che la statistica adotti un approccio proattivo, ovvero che non si limiti a mettere a disposizione le banche dati e le tabelle, ma a promuoverne attivamente il potenziale informativo.

L'implicazione della SUPSI, e in particolare del Centro competenze anziani, è infine particolarmente positiva, perché attraverso la sua duplice funzione di promotrice di ricerca applicata e di ente di formazione di numerose professioni del settore sanitario, che più di tutti è e sarà nei prossimi anni confrontato con l'invecchiamento della popolazione, assicura che le conoscenze e gli esiti delle analisi presentate in queste pagine arrivino anche agli studenti, ovvero a chi un domani si troverà confrontato con le persone anziane e le loro esigenze – appunto – in piena mutazione.

Nei nostri auspici, questa pubblicazione non è però un punto di arrivo, quanto piuttosto una delle prime tappe di un nuovo corso, che speriamo darà frutti per lungo tempo nel futuro. I temi di società di interesse cantonale tuttora inesplorati (o quasi) sono numerosi e le recenti evoluzioni della statistica pubblica promettenti. Nel frattempo, auguriamo una buona lettura a tutti!

Pau Origoni
Capo Ufficio di statistica

Prefazione

¹ Marc Augé, *Une ethnologie de soi. Le temps sans âge*, Editions du Seuil, 2014

La “vecchiaia non esiste” scriveva l’etnologo francese Marc Augé¹ per spiegare come la questione dell’età sia un’esperienza umana essenziale, personale, comune a tutte le culture, su cui tutti s’interrogano. Le “età della vita” hanno oggi contorni meno netti e, a volte, non ne hanno affatto. Ormai nessuno più si stupisce se la musica rock – genere che un tempo si definiva giovanile – sia entrata trionfalmente nella terza età al seguito di Bob Dylan e dei Rolling Stones. Basta guardarsi in giro per vedere nonni che si vestono come i nipoti, nipoti agghindati come i bisnonni, mamme che sembrano sorelle della figlia, mentre chimica e benessere dilatano i tempi dell’invecchiamento senza però annullare disuguaglianze e discrepanze quando si toccano temi quali il lavoro, la sicurezza economica, le prospettive professionali ecc. Inoltre, oggi il ruolo dei padri e delle madri non è lo stesso di appena qualche decennio fa; i nonni spesso sono ancora nel pieno dell’attività produttiva, quando i figli cominciano a invecchiare e i modelli famigliari, educativi, formativi rimettono in discussione il ruolo e la figura dell’anziano.

Cosa significa, dunque, invecchiare oggi per i ticinesi? Grazie alla collaborazione tra l’Ufficio di statistica del Canton Ticino e il Centro competenze anziani della SUPSI viene pubblicato questo volume di Analisi dei dati raccolti nell’ambito dell’indagine “Vivre/Leben/Vivre”, condotta dal Centre interfacultaire de gérontologie et d’études des vulnérabilités dell’Università di Ginevra. Incentrata sulla vulnerabilità in età anziana, alla fase di raccolta dei dati aveva pure contribuito il Dipartimento della sanità e della socialità (DSS) del Cantone Ticino. Una collaborazione virtuosa, tra servizi dipartimentali, Ufficio di statistica e ricerca universitaria, mossa dalla volontà comune di costruire una base conoscitiva unitaria del mondo degli anziani, allo scopo di cogliere elementi interessanti per riflettere su eventuali riorientamenti delle politiche sociali e delle risorse allocate.

Da un lato l’analisi conferma come, anche nel caso del Ticino, notevoli siano le differenziazioni interne del mondo degli anziani. L’evolversi della struttura della popolazione segnala soprattutto un importante disequilibrio numerico che si sta scavando tra le fasce anziane della popolazione e quelle giovani e attive nel mercato del lavoro, che si stanno assottigliando in termini relativi. Inoltre, il numero di anziani cresce più di quello dei giovani, ma con la crescita dei primi legata all’aumento della speranza di vita e ai notevoli progressi della medicina, aumentano anche gli anni di buona salute, mentre quelli di maggiore vulnerabilità e dipendenza si riducono. In tal senso, l’“emergenza della terza età” e la “definizione della quarta età” stanno vieppiù spostando il baricentro della struttura della popolazione verso le fasce adulte mature, costringendo negli anni questa parte di popolazione attiva ad aumentare il suo apporto economico e al funzionamento dell’organizzazione sociale.

Se sono conosciuti da tempo gli aspetti più quantitativi della cosiddetta sfida demografica, la novità di questa pubblicazione risiede nell’approfondimento degli aspetti qualitativi del “vivere” della popolazione anziana ancora attiva: il suo benessere in generale, ma anche i singoli ambiti legati alla salute, alla situazione economica e ai risvolti sociali. Ne traspare come gli anziani non sono solo una porzione dipendente della popolazione, ma costituiscono anche un sostegno molto importan-

te per il resto della popolazione (vedi, ad esempio, il ruolo degli anziani all'interno delle reti di aiuto informale, Cap. 3, e il ruolo dei nonni, Cap. 6). In buona sostanza, dallo studio emerge che le persone fisicamente attive restano efficienti e autonome a lungo e, per questo, sono anche maggiormente in grado di assecondare i propri interessi e di svolgere attività sociali.

Questa evoluzione conduce inevitabilmente anche a una diversa interazione della popolazione anziana con il resto della società che assume forme sempre più variegate.

Una riflessione quest'ultima che dal profilo politico deve abbracciare sempre più ambiti, poiché a causa dell'estensione della fase di "anzianità", per convenzione definita a partire dall'età del pensionamento, con la sua caratterizzazione in un'anzianità giovane (terza età) e in un'anzianità più in là con gli anni (quarta età), i punti di contatto con altre politiche diventano inevitabilmente più numerosi. Si pensi ad esempio alle influenze sulla politica familiare o su quella del mercato del lavoro (occupazione femminile ma non solo) o ancora alla valorizzazione del volontariato sociale prestato da queste persone.

La ricerca mette dunque in evidenza, e misura in tutta la sua importanza, questa duplice dimensione del mondo anziano, che non è soltanto una fonte di domanda di servizi, ma anche una risorsa fondamentale per le famiglie e per l'intera società. Individua in definitiva nella dimensione di vita dell'anziano, per gran parte ancora attiva, la premessa per una nuova politica maggiormente integrata, capace di mettere per esempio maggiormente in connessione la politica familiare con quella del mercato del lavoro, finalizzata alla costruzione di una società più solidale e coesa.

Per tutti questi elementi nuovi, desidero ringraziare gli autori dello studio e tutti i ricercatori che vi hanno collaborato per l'importante apporto conoscitivo, dal quale, è il mio auspicio, sapremo trarre utili indicazioni di orientamento per le decisioni politiche.

*Paolo Beltraminelli
Consigliere di Stato*

Direttore del Dipartimento della sanità e della socialità

1. ANZIANITÀ: UNA REALTÀ DIFFICILMENTE OGGETTIVABILE

Michele Egloff,

Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale, Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana

Stefano Cavalli

Centro competenze anziani, Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale, Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana

Francesco Giudici

Ufficio di statistica

L'allungamento della vita e l'invecchiamento della popolazione sono fenomeni incontestati, che hanno ripercussioni tangibili sui percorsi di vita dei singoli, come pure sull'organizzazione e il funzionamento della società tutta intera. Nel 2007, il Consiglio federale ha approvato un rapporto sulla strategia in materia di politica della vecchiaia nel quale si richiama la necessità di considerare la dimensione dell'invecchiamento in tutti i settori istituzionali così come l'obiettivo di una "società per tutte le età" (Consiglio federale, 2007). Nel rapporto, si ribadisce l'importanza della promozione di un invecchiamento attivo, riconoscendo la piena partecipazione degli anziani alla società e valorizzando aspetti quali la salute, il benessere, la sicurezza materiale, così come la creazione di un ambiente adatto e stimolante. Proprio per saperne di più sulle caratteristiche, le risorse e i bisogni della popolazione anziana, il Dipartimento della sanità e della socialità (DSS) del Cantone Ticino ha sostenuto la realizzazione a sud delle Alpi della ricerca interdisciplinare "Vivre/Leben/Vivere" (VLV). Lo studio, condotto dal Centre interfacultaire de gérontologie et d'études des vulnérabilités (CIGEV) dell'Università di Ginevra, in collaborazione tra gli altri con il Dipartimento sanità (DSAN)¹ della Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana (SUPSI), ha indagato le condizioni di vita e di salute delle persone di 65 anni ed oltre residenti in Svizzera. In questo volume di *Analisi*, frutto di una collaborazione tra l'Ufficio di Statistica del Canton Ticino (Ustat) e il Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale (DEASS) della SUPSI, si presentano per la prima volta alcuni risultati dell'indagine condotta in Ticino tra il mese di settembre 2011 e il mese di maggio 2012. L'obiettivo della presente pubblicazione è duplice. Il primo è quello di presentare, con l'aiuto dei dati della statistica pubblica, le caratteristiche dello stato e dell'evolversi della struttura della popolazione anziana del Cantone Ticino, mettendo in risalto lo scenario demografico più probabile con il quale saremo confrontati tra una decina di anni (Cap. 2). Il secondo è quello di descrivere l'impostazione e le particolarità dell'indagine VLV, come pure alcuni risultati sulle condizioni di salute, sul benessere e sugli scambi di servizi della popolazione anziana residente in Ticino (Cap. 3), sulla vulnerabilità dei giovani anziani (Cap. 4), sul ricorso agli aiuti e alle cure a domicilio nella quarta età (Cap. 5), e infine sull'aiuto dato da nonne e nonni alle generazioni più giovani nell'accudire i nipoti (Cap. 6). La pubblicazione si conclude con una serie di annotazioni sugli aspetti salienti che accomunano e differenziano maggiormente le persone anziane che vivono nel Cantone, mettendo in evidenza quelli che possono essere considerati i risultati principali esposti, trasversali ai diversi capitoli (Cap. 7). Al fine d'introdurre e contestualizzare i dati presentati in questo volume, nelle pagine che seguono ci soffermiamo brevemente sui concetti chiave di "anzianità" e "vecchiaia", così come sul modo di definire e designare coloro che vivono le ultime tappe del percorso di vita.

¹ Dal 1. ottobre 2014, il Dipartimento sanità (DSAN) e il Dipartimento scienze aziendali e sociali (DSAS) hanno dato vita congiuntamente a un unico nuovo dipartimento della SUPSI, il Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale (DEASS).

Definire l'anzianità

Spiegare cosa significhi "invecchiare", essere "anziani" o "vecchi", non è affare dappoco se si pensa alle dimensioni biologiche, funzionali, psicologiche, sociali, legali e culturali alle quali questa realtà rinvia. Quando si cerca di definire il fenomeno dell'invecchiamento e la popolazione anziana non si ha a che fare con delle realtà univoche, oggettive,

facilmente misurabili, i cui contorni sono ben delimitati e identificabili. La definizione dell'anzianità non è solo multidimensionale ma varia anche nello spazio (sia esso geografico o sociale) e con il tempo. Chi l'avrebbe mai detto, agli inizi del '900, che nel giro di un secolo le persone sarebbero vissute così a lungo? Che la speranza di vita, arrivando addirittura a oltrepassare la soglia degli ottant'anni, sarebbe quasi raddoppiata? E chi l'avrebbe mai detto che non solo le persone sarebbero vissute più a lungo, ma anche invecchiate molto più tardi, beneficiando mediamente di oltre un decennio in buona salute tra il momento dell'uscita dal mondo del lavoro e l'insorgere di conseguenze dell'invecchiamento che ne limitano l'autonomia e il grado d'indipendenza?

Si pensi che un secolo fa Pro Senectute nacque con l'intento di arginare gli effetti del disagio e della povertà che seguirono la prima guerra mondiale. La priorità del tempo era quella di riuscire a sensibilizzare popolazione e autorità con lo scopo di aiutare le persone anziane bisognose, i "vegliardi bisognosi" (Seifert, 2007), a non finire in "pubblica assistenza", che a quei tempi significava la perdita dei diritti politici e, in generale, il disprezzo della società (Egloff, 2012). La necessità di un'assicurazione vecchiaia venne poi formalmente riconosciuta nel 1925, dopo un primo tentativo fallito nel 1923, con l'adozione dell'articolo costituzionale che impegnava il legislatore a creare un'Assicurazione per la Vecchiaia e per i Superstiti (AVS). È interessante ricordare che al momento dell'entrata in vigore dell'AVS nel 1948, ben 23 anni più tardi, l'età soglia a partire dalla quale scattava il diritto alla rendita di vecchiaia era di 65 anni, indistintamente per uomini e donne, e che questa corrispondeva grossomodo alla speranza di vita alla nascita degli uomini di quell'epoca. Un'età a partire dalla quale non di rado si iniziava a soffrire degli acciacchi della vecchiaia.

In Svizzera, benché negli ultimi settant'anni la durata media della vita sia aumentata di circa venti anni, grazie in particolare al miglioramento delle condizioni sanitarie, igieniche ed alimentari, l'entrata nella "popolazione anziana" è convenzionalmente sancita dal sorgere del diritto alla rendita di vecchiaia, ai sensi della legge federale su l'assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti (RS 831.10 LAVS, art. 21). *De facto*, in questo modo si contrappone da un punto di vista prettamente economico la popolazione anziana, non attiva sul mercato del lavoro, alla popolazione attiva che possiede tutti i requisiti legali per partecipare al mondo del lavoro, e il dovere morale di produrre ricchezza per sopperire ai propri bisogni e a quelli dell'intera società, giovani e anziani compresi.

Da ormai una quarantina di anni, il Cantone Ticino si è dotato di una legge speciale concernente il promovimento, il coordinamento e il finanziamento delle attività a favore delle persone anziane (la LANz, del 25 giugno 1973), ovvero quelle persone che hanno raggiunto l'età stabilita per il diritto alla rendita di vecchiaia. Attualmente, *de legis*, le donne sono quindi considerate anziane a partire dai 64 anni, mentre gli uomini lo sono a partire dai 65. E questo indipendentemente dalle risorse, dalla buona salute e dal manifestarsi di determinati disturbi fisiologici dovuti alla degenerazione dell'organismo.

Per meglio tenere conto delle differenti condizioni di vita nei vari contesti storici, sociali e geografici, e del loro influsso sulla durata della vita e

sull'invecchiamento degli individui, alcuni ricercatori hanno proposto una definizione alternativa, dinamica, della “vecchiaia”, non più basata sul raggiungimento e il superamento di una soglia d'età, bensì ancorata alla speranza di vita (vedi Baltes & Smith, 2003). Si tratterebbe di definire come anziana o vecchia quella parte di popolazione che, secondo i dati demografici più recenti, ha un'aspettativa media di vita di ancora 10, 15 o 20 anni, a seconda della definizione. A titolo di esempio, se dovessimo considerare una speranza di vita residua di 10 anni, secondo le tavole di mortalità più recenti dell'Ufficio federale di statistica (UST)², oggi in Svizzera l'inizio della vecchiaia si situerebbe verso i 77 anni per gli uomini e gli 80 per le donne. Se aumentassimo la speranza di vita residua a 15 anni, gli uomini entrerebbero nella vecchiaia a 70 anni e le donne a 73 (Borioli, 2013).

L'utilizzo di questo approccio alternativo, tuttavia, è problematico sia perché non risponde all'esigenza di tenere conto dell'eterogeneità della popolazione anziana, ma anche perché manca di una definizione condivisa del numero medio di anni da considerare quale aspettativa di vita, e non è sempre facile disporre delle informazioni statistiche necessarie al calcolo delle età soglia. Dato il carattere dinamico della definizione, un'altra difficoltà è senz'altro quella di renderla operativa sul piano della politica sociale e legislativo. Proprio per queste difficoltà il metodo non ha riscontrato grande successo, anche se risulta un approccio promettente per l'analisi dell'invecchiamento e della vecchiaia in indagini specifiche (Borioli, 2013).

Metodologicamente, ai fini della statistica pubblica, la definizione del concetto di “popolazione anziana” sulla base del raggiungimento di una determinata età anagrafica, spesso concomitante con l'età che dà diritto al pensionamento e quindi a un cambiamento di ruolo nella società, è quella che rende di gran lunga più semplice la sua operativizzazione (Corbetta, 2009): basta infatti conteggiare gli abitanti residenti in una regione o entro i confini di uno Stato che sono nati prima di una data prestabilita.

² Dati più recenti sono disponibili all'indirizzo www.bfs.admin.ch: Enciclopedia statistica della Svizzera: su-f-01.02.02.03.02.05 (uomini); su-f-01.02.02.03.02.06 (donne).

L'emergenza della terza età e la definizione della quarta età

L'istituzione generalizzata della pensione, soprattutto nell'Europa occidentale grazie allo sviluppo dello Stato sociale, ha avuto due conseguenze: da un lato ha reso possibile il miglioramento delle condizioni economiche degli anziani, in particolare di quella fascia della popolazione non più in grado di lavorare; dall'altro, come visto, ha permesso di definire legalmente e socialmente la vecchiaia. L'età del pensionamento rappresenta una soglia comoda per distinguere gli anziani dal resto della popolazione, anziani che si avvalgono ormai di diritti e doveri così come di uno status specifico (Lalive d'Épinay, 1994).

Ma con gli sviluppi radicali intervenuti durante gli anni del *boom* economico – si pensi ad esempio all'aumento generalizzato delle risorse disponibili, alla trasformazione e al consolidamento di migliori condizioni di vita, all'allungamento spettacolare della speranza di vita e al miglioramento marcato della salute – si è assistito alla progressiva dissociazione tra l'uscita dal lavoro (che a volte avviene addirittura in età più precoce) e il momento in cui si manifestano i segni della senescenza (sempre più tardi). In altre parole, tra pensionamento e vecchiaia è emersa una nuova età della vita.

L'espressione "terza età" è utilizzata per definire una nuova tappa del percorso di vita, più ricca di potenzialità e sempre più lunga, che si presenta agli individui a un'età già avanzata e da spendere prima che la vecchiaia non giunga a porle un termine (Lalive d'Épinay & Cavalli, 2013; Laslett, 1992 [1989]); Lenoir, 1979). Si deve riconoscere allo storico Peter Laslett (1992), nella sua opera *Una nuova mappa della vita. L'emergere della terza età* il merito di aver colto in pieno l'originalità delle trasformazioni in atto nelle società industriali avanzate nel corso della seconda metà del 20° secolo, ma anche il mutare dei significati associati alla pensione, da periodo di riposo alla fine di una lunga vita lavorativa a tempo libero di cui approfittare.

La soglia del pensionamento non può quindi più essere considerata sinonimo di declino e di decrepitezza, ma lo stadio ormai raggiunto da numerosi uomini e donne in buona salute, che pur accorgendosi di avere un corpo segnato da qualche acciaccio, vogliono concedersi quegli agi, quei piaceri, quel tempo libero, quei viaggi ai quali hanno dovuto rinunciare in precedenza. Quell'età che gli inglesi definivano "*green old age*", riferendosi agli anziani più robusti (Bodei, 2014).

L'allungamento della vita e l'incuneamento della terza età tra la vita lavorativa e la vecchiaia avvenuta nel corso della seconda metà del secolo scorso, fa sì che a quest'ultima venga assegnato il nome di "quarta età". La quarta età corrisponderebbe allora a quella fase di vita dove la senescenza si impone nella vita degli anziani con i suoi processi di involuzione biologica delle cellule e degli organismi, e il progressivo decadimento delle loro funzioni, mentre uomini e donne della terza età ne sarebbero ancora risparmiati. A questo proposito, è importante ricordare che vivere sempre più a lungo può anche presentare un risvolto pesantemente negativo: quello della crescita, tra le malattie invalidanti o comunque gravi, delle cosiddette malattie senili, in particolare della demenza di Alzheimer che si stima tocchi un terzo della popolazione dopo gli 85 anni, ma si pensi anche ad altre forme di demenza quali la malattia di Pick, la demenza del lobo frontale, la demenza a corpi di Levy, la malattia di Creutzfeld-Jacob e altre forme più rare (Bodei, 2014).

L'espressione "quarta età", quindi, benché di recente coniazione viene a rappresentare una realtà ben nota da sempre all'essere umano, e cioè quella fase di vita caratterizzata dal declino biologico e dall'esperire il processo di fragilizzazione. La novità sta nel fatto che quest'ultimo intervenga a un'età sempre più avanzata e tocchi un numero crescente di individui (Lalive d'Épinay & Cavalli, 2013).

L'invecchiamento: un processo individuale

Non bisogna però pensare che l'età anagrafica sia l'unico fattore che determina invecchiamento, fragilità e vulnerabilità nella persona anziana, e che sia possibile definire univocamente delle tappe di vita basate su età-soglia universali, uguali per tutti. In medicina e fisiologia, per età biologica o età fisiologica s'intende l'età che si può attribuire a un individuo sulla base delle sue condizioni morfologiche e funzionali (per esempio la qualità dei tessuti, degli organi e degli apparati) valutate rispetto a valori standard di riferimento. Pur essendo correlata e in parte determinata dall'età anagrafica, l'età biologica è influenzata

da numerosi altri fattori, incluse determinazioni genetiche e influenze comportamentali (per es. lo stile di vita e l'alimentazione), ambientali (per es. il clima e l'inquinamento) e socio-economiche (per es. lo status sociale, l'attività e la posizione professionale, le risorse finanziarie), se non dall'effetto congiunto o cumulativo dei diversi fattori intervenuti nel corso della vita condotta fino a quel momento.

Alcuni studi dimostrano come la popolazione anziana sia più eterogenea rispetto al resto della popolazione (Dannefer, 1987; 2003; O'Rand 2002). Ipotizzando l'esistenza di meccanismi di allocazione delle risorse sociali che favoriscono l'accumulo di vantaggi e svantaggi nel corso della vita, studi empirici fondati su dati longitudinali mostrano come lo statuto socioeconomico durante la vita lavorativa degli individui sia significativamente associato allo stato di salute durante la vecchiaia (Ferraro & Kelley-Moore, 2003). Non solo l'età anagrafica, ma anche il vissuto della persona determina le risorse sociali, economiche e culturali di cui gli anziani dispongono, nonché il loro stato di salute e la disponibilità nel prestare servizio al resto della società. Il processo d'invecchiamento si svolge quindi in modo molto individuale, e i segni anatomici e funzionali dell'invecchiamento di una persona possono apparire in momenti molto differenti della sua vita "cronologica" (Castelli & Sbattella, 2008).

Definizioni operative

Sebbene le definizioni di terza età (fase della vita che va dal pensionamento alla "vera" vecchiaia) e quarta età (età della fragilità), portino chiarezza e aiutino a distinguere le due principali fasi dell'anzianità contemporanea da un punto di vista qualitativo, spesso il loro studio nella ricerca empirica comporta comunque il ricorso a dei gruppi di età. Benché il criterio cronologico sia approssimativo, esso rappresenta, in ultima analisi, un modo utile per lo studio della popolazione degli anziani a livello convenzionale e per lo sviluppo di politiche sociali (Castelli & Sbattella, 2008).

Nella presente pubblicazione, si è quindi optato per la classificazione della popolazione per età anagrafiche, sia perché permette l'utilizzo immediato delle informazioni statistiche pubbliche disponibili, sia perché è facilmente applicabile ai dati raccolti nell'ambito dello studio VLV, garantendo nel contempo il confronto tra i risultati ottenuti dalle due fonti d'informazione.

La classificazione per classi di età risulta inoltre conveniente perché consente delle suddivisioni in sottogruppi di facile e immediata individuazione, che permettono di approssimare, con tutti i limiti del caso, i concetti di terza e quarta età. Nei capitoli seguenti, andremo spesso a confrontare i "giovani anziani" della fascia d'età compresa tra i 65 e i 79 anni ai "grandi anziani" di 80 anni e più.

Per facilità, nei testi di questo volume, si utilizzeranno spesso come sinonimi i termini di "giovani anziani" e "terza età", come pure quelli di "grandi anziani" e "quarta età". Siamo però perfettamente consapevoli che non tutti gli individui passano dalla terza alla quarta età al compimento dell'ottantesimo anno di vita (vedi anche: Cavalli & Henchoz, 2009; Lalive d'Epinay, Cavalli, & Guilley, 2005).

Nella presente pubblicazione si mettono in rilievo le tendenze e i tratti comuni della popolazione anziana, e nel contempo si rende conto dell'eterogeneità e delle importanti differenze tra persone che appartengono alle stesse fasce d'età, mostrandone le fragilità ma anche le risorse, e isolandone i determinanti quando possibile.

Bibliografia

Baltes, P. B., & Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, 49, 123-135.

Bodei, R. (2014). *Generazioni – Età della vita, età delle cose*. Roma-Bari: Laterza.

Borioli, M. (2013). Verso un atlante comunale dell'invecchiamento. Dal cantone ai distretti. *Extra Dati*, XIII(2), 1-17.

Castelli, C., & Sbattella, F. (Eds.). (2008). *Psicologia del ciclo di vita*. Milano: Franco Angeli.

Cavalli, S., & Henchoz, K. (2009). L'entrée dans la vieillesse: paroles de vieux. In M. Oris, E. Widmer, A. de Ribaupierre, D. Joye, D. Spini, G. Labouvie-Vief & J.-M. Falter (Eds.), *Transitions dans le parcours de vie et construction des inégalités* (pp. 389-406). Lausanne: Presses polytechniques et universitaires romandes.

Consiglio federale (2007). *Strategia in materia di politica della vecchiaia*. Berna.

Corbetta, P. (2009). *Metodologia e tecniche della ricerca sociale*. Bologna: Il Mulino.

Dannefer, D. (1987). Aging as intracohort differentiation: Accentuation, the Matthew effect, and the life course. *Sociological Forum*, 2(2), 211-236.

Dannefer, D. (2003). Cumulative advantage/disadvantage and the life course: cross-fertilizing age and social science theory. *Journal of Gerontology*, 58, S327-S337.

Egloff, M. (2012). *Nuovi orizzonti per Pro Senectute Ticino e Moesano*. Mendrisio: Pro Senectute Ticino e Moesano.

Ferraro, K. F., & Kelley-Moore, J. A. (2003). Cumulative Disadvantages and Health: Longterm Consequences of Obesity? *American Sociological Review*, 68, 707-729.

Lalive d'Épinay, C. (1994). La construction sociale des parcours de vie et de la vieillesse en Suisse au cours du XXe siècle. In G. Heller (Ed.), *Le poids des ans. Une histoire de la vieillesse en Suisse romande* (pp. 127-150). Lausanne: SHSR & Editions d'en bas.

Lalive d'Épinay, C., & Cavalli, S. (2013). *Le quatrième âge ou la dernière étape de la vie*. Lausanne: Presses polytechniques et universitaires romandes, Coll. Le savoir suisse.

Lalive d'Épinay, C., Cavalli, S., & Guilley, E. (2005). Parcours de vie et vieillesse. In J.-F. Guillaume (Ed.), *Parcours de vie. Regards croisés sur la construction des biographies contemporaines* (pp. 67-87). Liège: Les Editions de l'Université de Liège.

Laslett, P. (1992). *Una nuova mappa della vita. L'emergere della terza età*. Bologna: Il Mulino.

Laslett, P. (1989). *A Fresh Map of Life: The Emergence of the Third Age*. London: Weidenfeld and Nicolson.

Lenoir, R. (1979). L'invention du troisième âge. Constitution du champ des agents de gestion de la vieillesse. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 26, 57-82.

O'Rand, A. M. (2002). Cumulative advantage theory in life course research. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 22, 14–30.

Seifert, K. (2007). *Cronistoria di Pro Senectute - Dall'assistenza ai poveri al sostegno globale nell'anzianità*. Zurigo: Pro Senectute Svizzera.

2. **CONSIDERAZIONI SOCIO- DEMOGRAFICHE, EPIDEMIOLOGICHE ED ECONOMICHE SULL'EVOLUZIONE DELLA POPOLAZIONE ANZIANA DEL CANTONE TICINO**

Michele Egloff,

Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale, Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana

Prima di entrare nel vivo della presentazione dell'indagine "Vivre-Leben-Vivere" (VLV) e dei risultati delle analisi tematiche realizzate sui dati del campione ticinese (vedi Cap. 3 e seguenti), è bene ricordare qualche punto di riferimento sulla struttura socio-demografica della popolazione ticinese e sulla sua evoluzione storica, presentando nel contempo i probabili scenari di sviluppo con i quali ci si confronterà nei prossimi decenni.

I riferimenti alla statistica pubblica e alle indagini nazionali realizzate dall'Ufficio federale di statistica (UST) permetteranno di arricchire il quadro fornendo gli elementi necessari a delineare per sommi capi qualche problematica di natura socio-sanitaria ed economica alle quali sono confrontate le persone anziane in Ticino, e consentiranno di valutare la portata sia nel contesto svizzero sia nei loro sviluppi nel tempo. Una sorta di tela di fondo dalla quale prendono spunto, consolidandone i tratti, le discussioni che seguiranno nei prossimi capitoli.

Stato e struttura della popolazione anziana

Alla fine del 2012, in Ticino risiedevano 72.000 persone di 65 anni e più. Di queste, 52.000 avevano un'età compresa tra i 65 e i 79 anni, i restanti 20.000 un'età di 80 anni e più [T. 2.1]. Sono cifre importanti sia in termini assoluti sia in termini relativi. Con 21 anziani di 65 anni e più ogni 100 abitanti, di cui 6 ultraottantenni, il Ticino vanta gli indici cantonali di *anzianità* e di *grande anzianità* più alti del Paese.

Si vive più a lungo

La ragione principale del numero così elevato di persone anziane che vivono nelle società occidentali in generale, in Svizzera e nel Cantone Ticino in particolare, è da ricercare nell'allungamento generalizzato della durata della vita.

Attualmente, la speranza di vita alla nascita in Svizzera è una delle più elevate al mondo. Dal 1900 ad oggi è praticamente raddoppiata: da 46,2 a 80,5 anni per gli uomini e da 48,9 a 84,7 anni per le donne.¹ L'aspettativa di vita di chi aveva compiuto 65 anni nel 2012 era di ulteriori 19,1 anni per gli uomini e di 22,1 anni per le donne, ciò che portava le loro rispettive speranze di vita a un'età complessiva di 84,1 e 87,1 anni. Sempre nello stesso anno, la speranza di vita degli uomini ottantenni li portava ad aspettarsi di poter festeggiare l'ottantottesimo compleanno, mentre quella delle loro coetanee di festeggiare i 90 anni d'età.

La speranza di vita nel cantone Ticino, sia alla nascita sia a 65 anni, risulta addirittura più elevata situandosi rispettivamente a 81,2 (alla nascita) e a 19,5 anni (a 65 anni) per gli uomini, a 85,6 e 22,9 anni per le donne.

Nel 2012, nel solo Cantone Ticino sono stati recensiti ben 109 centenari (persone di 100 anni e più): il loro numero comincia ad assumere una certa consistenza, superando così la semplice segnalazione aneddótica. Si pensi che nello stesso anno le persone di età compresa tra i 95 e i 99 anni erano quasi sette volte tanto: ben 722. Nel contesto nazionale si tratta di cifre molto alte. Se in Svizzera si contano 1,8 centenari ogni 10.000 abitanti, in Ticino se ne registravano 3,2, cioè quasi il doppio.

¹ Dati più recenti sono disponibili all'indirizzo www.bfs.admin.ch: Enciclopedia statistica della Svizzera: su-f-01.02.02.03.02.05 (uomini); su-f-01.02.02.03.02.06 (donne).

T. 2.1

Popolazione residente permanente (valori assoluti e percentuali) secondo il sesso e la classe d'età, in Ticino, nel 2012

	Totale		Uomini		Donne	
	Ass.	%	Ass.	%	Ass.	%
Totale	341.652	100,0	165.873	100,0	175.779	100,0
0 anni	2.662	0,8	1.373	0,8	1.289	0,7
1-4 anni	12.321	3,6	6.268	3,8	6.053	3,4
5-9 anni	15.408	4,5	7.941	4,8	7.467	4,2
10-14 anni	16.391	4,8	8.407	5,1	7.984	4,5
0-14 anni	46.782	13,7	23.989	14,5	22.793	13,0
15-19 anni	17.186	5,0	8.737	5,3	8.449	4,8
20-24 anni	18.385	5,4	9.342	5,6	9.043	5,1
25-29 anni	18.290	5,4	9.241	5,6	9.049	5,1
30-34 anni	19.922	5,8	9.798	5,9	10.124	5,8
35-39 anni	23.370	6,8	11.476	6,9	11.894	6,8
40-44 anni	27.787	8,1	13.842	8,3	13.945	7,9
45-49 anni	29.831	8,7	15.057	9,1	14.774	8,4
50-54 anni	25.300	7,4	12.670	7,6	12.630	7,2
55-59 anni	22.029	6,4	10.975	6,6	11.054	6,3
60-64 anni	20.881	6,1	10.074	6,1	10.807	6,1
15-64 anni	222.981	65,3	111.212	67,0	111.769	63,6
65-69 anni	20.415	6,0	9.645	5,8	10.770	6,1
70-74 anni	17.539	5,1	8.147	4,9	9.392	5,3
75-79 anni	13.947	4,1	6.188	3,7	7.759	4,4
65-79 anni	51.901	15,2	23.980	14,5	27.921	15,9
80-84 anni	9.882	2,9	3.802	2,3	6.080	3,5
85-89 anni	6.425	1,9	1.997	1,2	4.428	2,5
90-94 anni	2.850	0,8	729	0,4	2.121	1,2
95 e più anni	831	0,2	164	0,1	667	0,4
80 e più anni	19.988	5,9	6.692	4,0	13.296	7,6

Fonte: STATPOP, UST

Il numero dei giovani rimane pressoché invariato, aumenta quello degli anziani

Ma l'alta proporzione delle persone anziane nella popolazione totale non si spiega solo con la maggiore longevità e con l'aumento del loro numero in termini assoluti. Una società invecchia se all'aumentare in termini assoluti delle sue fasce d'età più anziane non corrisponde un aumento numerico altrettanto importante di residenti delle giovani generazioni. Globalmente, la popolazione cantonale ha iniziato ad aumentare con una certa regolarità negli anni del secondo dopoguerra, un periodo caratterizzato dalla ripresa economica, dai movimenti migratori internazionali e dal *baby boom*. Dalle circa 139.000 persone del 1900 si è passati alle 342.000 di fine 2012. Ma se nel corso di poco più di un secolo, la popolazione totale è aumentata di 2,5 volte, altrettanto non si può dire delle diverse fasce d'età che la compongono (Bottinelli, 2011). Il numero di giovani fino ai 14 anni non ha subito grosse variazioni nel tempo, si è sempre situato in un intervallo di valori compresi tra i 30.000 e i 50.000 individui, con punte massime nel periodo che va dagli anni 1960 all'inizio degli anni 1980, quand'erano più numerosi per effetto del *baby boom*. L'evoluzione del numero dei 15-64enni ha sostanzialmente seguito quella della popolazione nel suo insieme, moltiplicandosi per 2,6. I cambiamenti più marcati si misurano invece per le fasce di età più anziane. Dal 1900 ad oggi, i 65-79enni si sono praticamente quintuplicati, mentre il numero di ultraottantenni è di ben

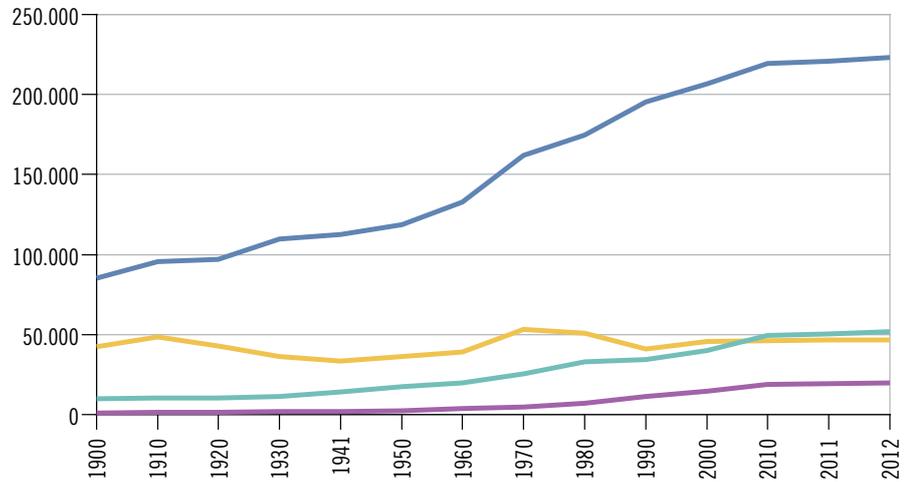
18 volte più alto [F. 2.1, F. 2.2]. In cifre assolute, ciò significa che al 31 dicembre del 2012, si contavano in Ticino 47.000 bambini e ragazzi fino ai 14 anni, 223.000 giovani e adulti dai 15 ai 64 anni, mentre gli anziani dai 65 ai 79 anni e gli ultraottantenni avevano rispettivamente raggiunto quota 52.000 e 20.000.

F. 2.1

Popolazione residente permanente secondo la classe d'età, in Ticino, dal 1900

Fonte: Censimenti federali della popolazione e STATPOP, UST

- 0-14
- 15-64
- 65-79
- 80 e più

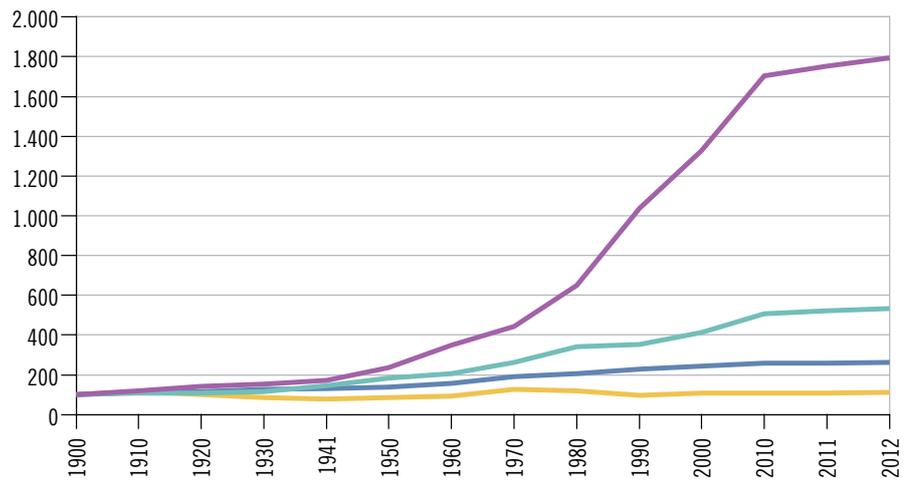


F. 2.2

Indice di crescita della popolazione residente permanente, secondo la classe d'età, in Ticino, dal 1900 (1900 = 100)

Fonte: Censimenti federali della popolazione e STATPOP, UST

- 0-14
- 15-64
- 65-79
- 80 e più



Di riflesso, la categoria dei bambini e dei ragazzi fino ai 14 anni, che nel 1900 rappresentava quasi il terzo della popolazione del Cantone (31%), oggi rappresenta meno di un settimo degli abitanti (13,7%), mentre la proporzione degli anziani dai 64 ai 79 anni è nel frattempo raddoppiata, passando dal 7% al 15,2%, e quella degli ultraottantenni è settuplicata, passando dallo 0,8% al 5,9%. Detta altrimenti, attualmente più di una persona su cinque ha un'età uguale o superiore ai 65 anni [T. 2.1].

Poche le nascite

Non sono di certo gli indicatori demografici dalla natalità e della fertilità a dare delle indicazioni su una possibile sostanziale inversione delle tendenze. I dati nazionali riguardanti il tasso di fecondità totale (TFT) indicano che in Svizzera il numero medio di figli per donna è sceso da circa 2,5, valore misurato nel corso degli anni 60, a 1,53, dato aggiornato al 2012. Dopo aver toccato il livello più basso di sempre all'inizio del millennio (1,38 nel 2001), sembra che pian pianino il TFT si

stia risolvendo, ma i demografi dell'Ufficio federale di statistica non sembrano pronti a scommettere su questa tendenza. Nel calcolo dello scenario medio dell'evoluzione della popolazione nei prossimi decenni, quella più probabile, considerano il valore 1,53 fino al 2020, e poi lo diminuiscono a 1,52 fino al 2060.²

² UST, www.bfs.admin.ch: Enciclopedia statistica della Svizzera: su-f-1.2.2.3.1.1.

La diminuzione dell'indicatore sintetico TFT è di certo in gran parte il riflesso simultaneo del crescente numero di donne che non ha figli e dell'aumento dell'età della madre al primo figlio. Secondo i dati del censimento federale della popolazione effettuato nel 2000, in Ticino, fra le donne in età tra i 35 e i 44 anni, più di un quarto (27,5%, pari a 6.800) non avevano figli. Tra le più anziane erano invece solo poco più di un quinto (tra i 45 e i 54 anni: 22,8% pari a 4.950 donne; tra i 55 e i 64 anni: 21,7% pari a 3.700 donne). Per le donne che vivono in città il fenomeno è più presente che non nelle regioni periferiche.³ Parallelamente, l'età della madre alla nascita del primo figlio è aumentata di parecchio nel tempo. Se dal 1950 alla prima metà degli anni 80 si situava attorno ai 26/27 anni, da un decennio circa è salita attorno a un'età media di 30 anni⁴.

³ UST, www.bfs.admin.ch: Atlas Suisse des femmes et de l'égalité, femmes sans enfants.

⁴ UST, www.bfs.admin.ch: Enciclopedia statistica della Svizzera: su-f-1.2.2.3.1.1.

Di riflesso i tassi di natalità si abbassano. Il 2012, con 2.839 lieti eventi, ha segnato una flessione del numero annuo di nascite in Ticino dopo un periodo di quattro anni nel quale se ne contavano più di 2.900 (Ustat, 2013). Il numero dei nati vivi ogni 1.000 abitanti residenti permanenti risulta quindi essere sceso a soli 8,4, ciò che rappresenta il tasso lordo di natalità più basso del Paese (valore medio per la Svizzera: 10,3), confermando una tendenza negativa iniziata sul finire degli anni 1990 quando il valore cantonale si situava ancora attorno a 10⁵.

⁵ UST, Enciclopedia statistica della Svizzera: su-f-1.2.2.3.1.4.

Salvo eventi straordinari di grande impatto che vengano a stravolgere l'assetto della realtà cantonale, secondo le tendenze in atto risulta assai facile immaginare il futuro della struttura per età della popolazione. Nei prossimi decenni bisognerà fare i conti con una rapida progressione delle cifre relative alla popolazione anziana, soprattutto perché le persone nate negli anni del *baby boom* stanno raggiungendo viepiù l'età del pensionamento. Oltre che dall'allungamento della vita e dalla bassa natalità, il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione ticinese sarà così amplificato dal "peso specifico" delle coorti dei *baby boomers* nati nel secondo dopoguerra, in particolare nel corso degli anni 60. Queste coorti infatti, più numerose di tutte le altre in termini assoluti e che oggi sono sulla cinquantina, tra dieci / venti anni andranno a gonfiare i ranghi degli anziani, lasciando un vuoto tra la popolazione attiva (vedi p. 31).

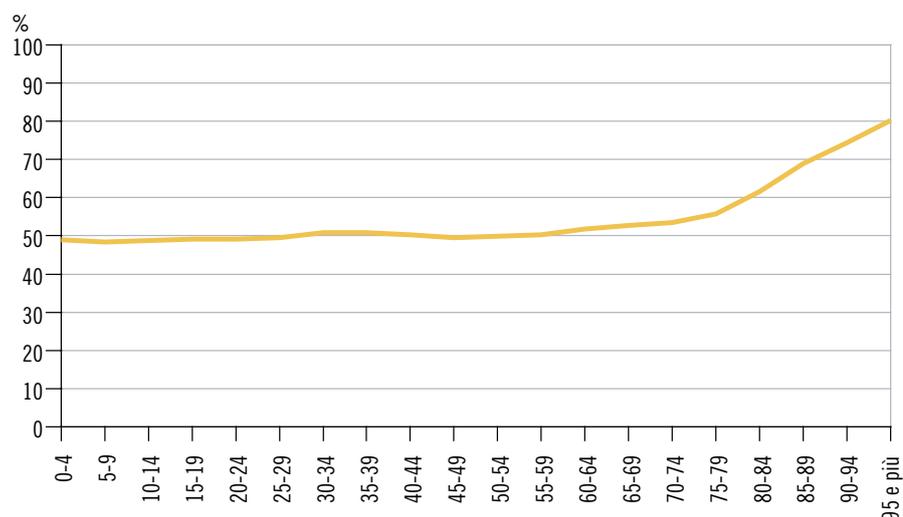
Gli anziani sono soprattutto donne

Dei 342.000 residenti nel Cantone alla fine del 2012, 176.000 erano donne e 166.000 uomini. Uomini e donne sono ugualmente rappresentati nelle classi di età fino ai 59 anni circa. A partire dai 60 anni, le donne sono sempre più rappresentate. A partire dagli 80 anni la loro proporzione si impenna: a 85-89 anni sono quasi due volte e mezzo più numerose dei loro coetanei di sesso maschile (rispettivamente 4.400 e 2.000) e oltre i 95 anni sono il quadruplo (rispettivamente 667 e 164) [F. 2.3].

F. 2.3

Proporzione di donne, secondo la classe d'età, in Ticino, nel 2012

Fonte: STATPOP, UST



A casa fino oltre gli 80 anni e prevalentemente in coppia

⁶ UST, www.bfs.admin.ch: Atlas de la vie après 50 ans, espérance de vie à domicile.

Secondo i dati del censimento federale della popolazione del 2000, la speranza di vita al proprio domicilio degli uomini ticinesi 65enni era di 16,4 anni, mentre per le donne ticinesi 65enni era di ben 19,5 anni. Se per gli uomini questo dato riflette quello nazionale, le donne ticinesi si potevano aspettare di rimanere a casa propria un anno in più rispetto alle donne svizzere nel loro insieme⁶. In ogni caso, sia per gli uomini sia per le donne, la probabilità di non entrare in casa per anziani prima degli 80 anni era alta.

A fine 2012, ogni dieci persone di 65-69 anni residenti in Ticino, se ne contavano circa sette coniugate, una celibe, una divorziata e una vedova. I coniugati costituiscono la maggioranza assoluta delle persone anziane fino all'età di 79 anni: nella fascia d'età 74-79 anni se ne contano ancora sei ogni dieci (58,9%). La proporzione di persone vedove cresce con l'avanzare dell'età, fino a superare la quota di cinque anziani su dieci (53,2%) tra coloro che hanno 85-89 anni. Ed è solo a partire dagli 85 anni che la proporzione delle persone vedove è maggiore di quella delle persone coniugate. Tra gli ultranovantenni poi, le persone vedove raggiungono quota due terzi (67,6%), mentre il restante terzo (32,4%) si divide quasi equamente tra celibi/nubili e coniugati [T. 2.2].

T. 2.2

Popolazione residente permanente di 65 anni e più secondo la classe d'età e lo stato civile, in Ticino, nel 2012

	65-69 anni	70-74 anni	75-79 anni	65-79 anni	80-84 anni	85-89 anni	90 e più anni	80 e più anni
Valori assoluti								
Celibe/nubile	1.581	1.313	1.066	3.960	944	712	464	2.120
Coniugato, in unione domestica registrata	14.160	11.645	8.212	34.017	4.528	1.959	595	7.082
Vedovo, unione domestica sciolta per decesso	2.013	2.804	3.605	8.422	3.809	3.421	2.487	9.717
Divorziato, non coniugato, UDR ¹ sciolta giudizialmente	2.661	1.777	1.064	5.502	601	333	135	1.069
Totale	20.415	17.539	13.947	51.901	9.882	6.425	3.681	19.988
Valori percentuali								
Celibe/nubile	7,7	7,5	7,6	7,6	9,6	11,1	12,6	10,6
Coniugato, in unione domestica registrata	69,4	66,4	58,9	65,5	45,8	30,5	16,2	35,4
Vedovo, unione domestica sciolta per decesso	9,9	16,0	25,8	16,2	38,5	53,2	67,6	48,6
Divorziato, non coniugato, UDR ¹ sciolta giudizialmente	13,0	10,1	7,6	10,6	6,1	5,2	3,7	5,3
Totale	100,0	100,0						

¹ Unione domestica registrata.

Ma le cose non sono sempre state così: in una prospettiva storica è da poco che si osserva una proporzione così alta di persone sposate che arrivano all'età della pensione e che mantengono questo stato fino ad età molto avanzate.

Nel 1970, solo poco più della metà delle persone che raggiungevano l'età della pensione erano coniugate (56,4%). Molte di loro, quasi un quinto (18,8%), erano celibi o nubili. Più di un quinto invece (22,4%) erano già vedove prima dei 70 anni. All'epoca, la proporzione dei divorziati era quasi irrilevante, solo del 2,4% [T. 2.3]. Erano persone nate all'inizio del secolo scorso, tra il 1901 e il 1905, generazioni che sono cresciute durante le due guerre mondiali. Generazioni che erano già quarantenni al momento dell'entrata in vigore dell'assicurazione vecchiaia e superstiti (AVS) e dell'inizio di quel periodo di crescita economica eccezionale (gli anni del *boom* economico) che va dalla fine della seconda guerra mondiale fino alla prima crisi energetica degli anni 1970, conseguenza della guerra del Kippur che portò i Paesi arabi a ridurre le esportazioni di greggio e a farne esplodere il prezzo, generando inflazione e disoccupazione alle nostre latitudini. I problemi e il costo dell'approvvigionamento energetico divennero la causa principale del deterioramento della crisi economica degli anni 1970.

T. 2.3

Popolazione residente permanente di 65 anni e più (in %) secondo la classe d'età e lo stato civile, in Ticino, nel 1970, 1980, 1990 e 2000

	65-69 anni	70-74 anni	75-79 anni	80-84 anni	85-89 anni	90 e più anni
1970						
Celibi-nubili	18,8	18,9	18,3	17,9	19,1	16,7
Sposati-e	56,4	47,5	37,0	26,2	16,3	15,3
Vedovi-e	22,4	31,0	42,8	54,5	62,7	66,5
Divorziati-e	2,4	2,6	2,0	1,5	1,9	1,5
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
1980						
Celibi-nubili	15,9	17,8	18,4	18,7	18,3	18,1
Sposati-e	60,2	51,0	40,4	28,2	18,1	10,9
Vedovi-e	20,7	28,3	38,4	50,6	61,5	68,4
Divorziati-e	3,1	2,9	2,8	2,5	2,2	2,5
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
1990						
Celibi-nubili	12,4	13,9	15,2	18,5	19,0	18,5
Sposati-e	63,4	54,8	44,6	32,3	20,2	11,2
Vedovi-e	19,4	28,1	37,3	47,0	58,4	67,5
Divorziati-e	4,8	3,2	3,0	2,2	2,4	2,8
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
2000						
Celibi-nubili	9,3	10,5	11,9	13,1	14,5	18,3
Sposati-e	69,0	60,4	48,7	38,0	25,2	12,5
Vedovi-e	15,0	23,3	34,8	45,8	57,2	67,1
Divorziati-e	6,7	5,8	4,6	3,1	3,0	2,1
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

■ Coorte nata prima del 1881	■ Coorte nata tra il 1881 e il 1885	■ Coorte nata tra il 1886 e il 1890
■ Coorte nata tra il 1891 e il 1895	■ Coorte nata tra il 1896 e il 1900	■ Coorte nata tra il 1901 e il 1905
■ Coorte nata tra il 1911 e il 1915	■ Coorte nata tra il 1921 e il 1925	■ Coorte nata tra il 1931 e il 1935

Fonte: Censimenti federali della popolazione

Con il passare del tempo, le coorti di persone arrivate alla pensione erano viepiù costituite da persone sposate: nel 2000 si tocca quota 69,0%, proporzione che sembra rappresentare una sorta di tetto visto che si è stabilizzata fino ad oggi. E sempre più la popolazione anziana del Cantone è costituita da coniugati fino a tarda età: nel 1970 la fascia d'età dove la proporzione dei vedovi superava quella dei coniugati era quella dei 75-79enni, a partire dal 1980 era quella degli 80-84enni, mentre negli ultimi tempi solo tra gli 85-89enni si osserva una proporzione di vedovi superiore a quella dei coniugati [T. 2.2].

Nel frattempo, anche la proporzione di chi raggiunge i 65 anni ancora celibe o nubile diminuisce, passando dal 18,8% nel 1970 al 9,3% nel 2000, fino al 7,7% del 2012.

Questo cambiamento strutturale della popolazione anziana in cui la proporzione di persone sole diminuisce potrebbe costituire, da un lato un fattore protettivo riguardo all'insorgere della precarietà – si sa che le persone sole sono più soggette a povertà reddituale (UST, 2014) – e dall'altro potrebbe permettere una diminuzione, in termini proporzionali per coorte, del numero di richieste di aiuto formale di assistenza e cure a domicilio, in particolare per quel che riguarda i servizi di appoggio quali la distribuzione dei pasti a domicilio, la presenza di volontari, ecc. (vedi Cap. 5), o per lo meno di posticipare queste richieste ad età più avanzate.

Meno di un
ultraottantenne su sei vive
in casa per anziani

L'incremento sia del numero delle persone anziane, sia della loro proporzione sul complesso della popolazione si ripercuote sulle caratteristiche dell'utenza delle case per anziani. Sempre più, si entra in casa per anziani a 80 anni compiuti. Le spiegazioni di questa evoluzione possono essere diverse e composite. Oltre all'allungamento della vita e del periodo dell'anzianità vissuto in buona salute, un ruolo determinante lo gioca il fatto che il numero di posti letto disponibili rimane pressoché stabile da decenni (vedi p. 27): visto che è la parte più anziana della popolazione bisognosa di ricovero che viene accolta nelle case per anziani, senza un aumento del numero dei posti letto disponibili è normale che di riflesso gli ospiti di queste strutture siano sempre più anziani. Questo limite nell'accoglienza può generare, parallelamente, dei fenomeni di esclusione rispetto a persone bisognose di cure. Per ovviare al problema delle liste d'attesa e per ritardare, per quanto si possa, il momento della richiesta di ammissione, si è fatto molto nel settore dell'assistenza e della cura a domicilio dove pure si osserva un aumento importante dell'utenza. Per un numero crescente di famiglie il ricorso alle prestazioni di una badante, spesso proveniente da paesi lontani, non sempre assunta con un contratto di lavoro in regola e senza una valutazione accurata delle competenze necessarie alla cura di una persona, rappresenta l'alternativa alla casa per anziani (Solcà et al., 2013; Kaplan et al., 2014). I servizi forniti dalle badanti sono prevalentemente di tipo assistenziale e, qualora la persona anziana necessitasse di cure infermieristiche particolari, possono essere complementari a quelli del personale qualificato dei servizi di assistenza e cura a domicilio o a quelli del personale infermieristico che lavora a titolo privato (vedi Cap. 5). Molto si sta iniziando a fare anche nel campo dell'edilizia per an-

ziani per mettere sul mercato degli alloggi più adeguati a inquilini che invecchiano (Crivelli et al., 2010), situati se possibile in prossimità dei commerci e dei servizi, a volte con la presenza di figure professionali o volontarie di assistenza, cura, sorveglianza o protezione.

L'età media degli ospiti presenti nelle case per anziani in Ticino è passata da 82,0 a 85,7 anni nel ventennio che va dal 1990 al 2012, e sta ancora crescendo. Nello stesso periodo, la proporzione di ospiti ultraottantenni nelle case per anziani è passata dal 68,8% all'81%. Le donne, generalmente più anziane degli uomini (età media di 86,6 contro 82,7 anni), sono anche molto più numerose tra gli ospiti delle case per anziani (76,7%) (Ustat, 2014). La durata di permanenza media nelle case per anziani è di quasi 3 anni e 8 mesi, mentre la durata mediana (quella vissuta dalla metà degli ospiti e che non risulta distorta dall'eccezionale durata di permanenza di una minoranza) scende a 2 anni e mezzo⁷.

Nel 2012 in Ticino si contavano 4.168 posti letto, numero rimasto pressoché identico (+1,2%) a quello recensito nel 2000 (4.116). Tenuto conto che l'occupazione dei posti letto è quasi totale (96,3%), si può stimare che il numero di anziani che vive in casa per anziani sia pressappoco lo stesso del numero dei posti letto (Ustat, 2014).

Nel 2012, la densità effettiva di posti letto nelle case per anziani svizzere risultava pari a un valore medio di 239 posti disponibili per mille anziani residenti di 80 anni e più, un valore ben più alto di quello ticinese che era solo di 208,4 posti, poco più di un letto disponibile ogni cinque ultraottantenni. A questo proposito, si ricorda che in Ticino, analogamente alla situazione in Svizzera romanda, le strutture censite sono istituti per anziani (fortemente) medicalizzati. In Svizzera tedesca si registra invece ancora una discreta presenza di case per anziani non medicalizzate, sinonimo di un differente approccio culturale all'entrata in casa per anziani, considerata non solo luogo di cura (Ufficio degli anziani e delle cure a domicilio, 2011). Va inoltre rilevato che in alcuni cantoni, diversamente dal Ticino, nella statistica si continuano a conteggiare anche gli appartamenti protetti, contravvenendo così alle direttive nazionali introdotte nel 2006 (Ustat, 2014).

Nella realtà, si sa che un quinto degli ospiti delle case per anziani ticinesi (19%) è più giovane di 80 anni. La percentuale effettiva di ultraottantenni che vivono in casa per anziani nel Cantone, se si tiene conto anche del tasso di occupazione dei posti letto, risulta essere circa del 16%; detto altrimenti, poco meno di uno su sei.

⁷ Fonte : Ufficio degli anziani e delle cure a domicilio, 2014

⁸ A questo proposito rileviamo che con il movimento delle aggregazioni comunali, specie laddove vengono integrate realtà di valle con realtà urbane, questi aspetti socio-demografici contestuali potrebbero non più essere reperiti, se non prevedendone la mappatura all'interno dei singoli comuni.

Quasi tutti gli anziani vivono nelle agglomerazioni urbane, ... mentre le periferie invecchiano

Alla fine del 2012, dei circa 342.000 abitanti che contava il Cantone Ticino, 300.000 vivevano nelle agglomerazioni urbane. In altre parole, quasi nove abitanti su dieci (88% della popolazione residente permanente) abitano nelle agglomerazioni urbane di Lugano (40%), di Locarno (18%), di Bellinzona (15%) e di Chiasso-Mendrisio (15%)⁸. Questa ripartizione si ritrova grossomodo anche per le fasce di età più anziane della popolazione. Uno sguardo ai distretti mette in evidenza che in quelli di Vallemaggia, Riviera, Blenio e Leventina risiede in toto solo il 10% di tutta la popolazione di 65 anni e più censita nel Cantone [T. 2.4].

T. 2.4

Popolazione residente permanente di 65 anni e più (valori assoluti e percentuali) secondo la fascia d'età e il distretto, in Ticino, nel 2012

	65 anni e più		65-79 anni		80 e più anni	
	Ass.	%	Ass.	%	Ass.	%
Totale	71.889	100	51.901	100	19.988	100
Mendrisio	10.905	15	7.799	15	3.106	16
Lugano	29.439	41	21.409	41	8.030	40
Locarno	15.062	21	10.901	21	4.161	21
Vallemaggia	1.249	2	869	2	380	2
Bellinzona	9.304	13	6.729	13	2.575	13
Riviera	2.380	3	1.775	3	605	3
Blenio	1.409	2	958	2	451	2
Leventina	2.141	3	1.461	3	680	3

Fonte: STATPOP, UST

Se da una parte è ormai appurato che quasi tutta la popolazione anziana ticinese vive negli agglomerati urbani, dall'altra si osserva che nelle valli, nelle zone poco popolate e più discoste dai centri, la popolazione è proporzionalmente più anziana, e lo diverrà sempre di più nei prossimi anni [F. 2.4 e F. 2.5]. Due contesti molto diversi, quindi, quelli in cui vivono gli anziani del Cantone. Due contesti diversi nelle loro caratteristiche (struttura demografica, socioeconomica e culturale, prossimità e accessibilità dei servizi, possibilità di spostamento, ecc.), e che sicuramente condizionano in modo differente il processo di invecchiamento, così come lo stile e la qualità di vita. Due contesti che richiedono altresì un'attenzione e un approccio diverso nelle risposte da dare in termini di offerta di prestazioni socio-sanitarie e assistenziali, e, magari, anche istituzionali.

Previsioni demografiche

La popolazione in Svizzera aumenta più velocemente di quanto previsto. In base alle nuove previsioni pubblicate di recente sul sito dell'UST, stando allo scenario "medio" di crescita della popolazione, ovvero quello più probabile, gli abitanti avranno raggiunto quota 8,5 milioni già nel 2019, quattro anni prima di quanto si pensasse nel 2010. Il Ticino è uno dei cantoni dove l'aumento sarà più marcato: nel 2023 i residenti dovrebbero essere 383.597, oltre 25.000 in più di quanto preventivato nel 2010.

Meno anziani del previsto, fino al 2020

Detto questo, il recente aggiornamento dello scenario "medio" dell'evoluzione della popolazione cantonale per il periodo 2014-2023, non stravolge le previsioni del precedente "Scenario 2010-2035" (UST, 2011), per lo meno per quel che riguarda l'evoluzione della popolazione anziana [F. 2.6]. In un primo tempo addirittura, fino a dicembre 2020, si conterebbero meno persone anziane di 65 anni e più, rispetto allo scenario medio previsto nel 2010. Una lettura più dettagliata dei dati mostra che a partire dal 2016, nel nuovo scenario si prevedono più anziani di 65-79 anni rispetto a quello vecchio, ma dato che per tutto il periodo considerato le nuove previsioni del numero degli ultraottantenni sono minori rispetto a quelle allestite nel 2010, è solo a partire dal 2021 che il numero totale di persone anziane nel nostro Cantone risulterà maggiore di quello già preventivato [T. 2.5].

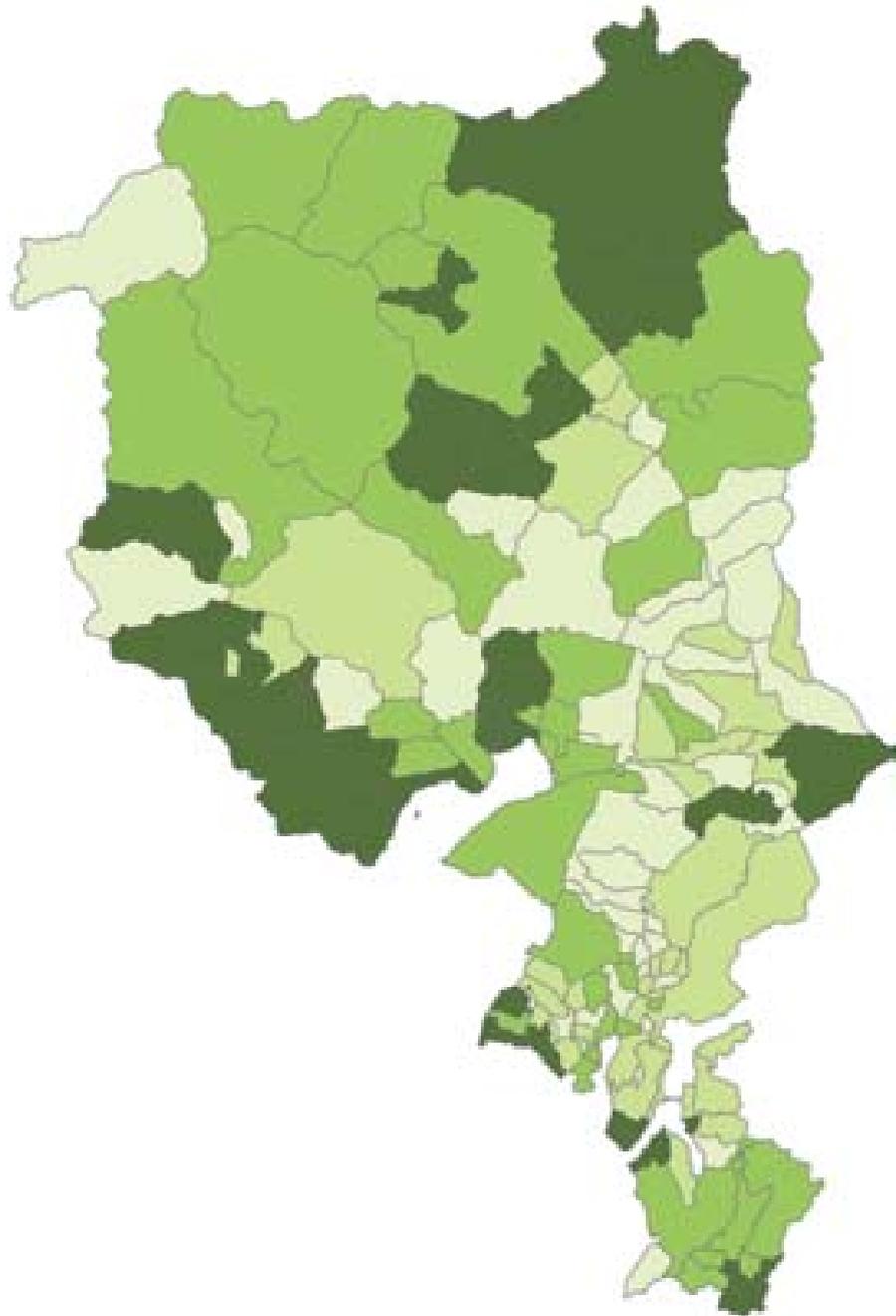
F. 2.4

Proporzione della popolazione residente permanente (in %) di 65-79 anni per comune, in Ticino, nel 2012

Fonte: Ustat

- 9,3% - 13,4%
- 13,4% - 15,1%
- 15,1% - 16,6%
- 16,6% - 41,7%

0 5 10 15 20 Km



T. 2.5

Evoluzione della popolazione residente di anziani, in Ticino, 2014-2023. Confronto degli scenari medi UST “2010-2035” e “2014-2023”

	Secondo lo “Scenario 2010-2035”			Secondo lo “Scenario 2014-2023”			Differenza		
	65-79 anni	80 e più anni	65 e più anni	65-79 anni	80 e più anni	65 e più anni	65-79 anni	80 e più anni	65 e più anni
2014	54.154	22.280	76.434	54.041	21.287	75.328	-113	-993	-1.106
2015	54.790	23.136	77.926	54.777	22.118	76.895	-13	-1.018	-1.031
2016	55.509	23.788	79.297	55.624	22.762	78.386	115	-1.026	-911
2017	56.155	24.473	80.628	56.362	23.480	79.842	207	-993	-786
2018	56.724	25.252	81.976	57.049	24.306	81.355	325	-946	-621
2019	57.304	26.039	83.343	57.816	25.145	82.961	512	-894	-382
2020	57.781	26.957	84.738	58.478	26.124	84.602	697	-833	-136
2021	58.393	27.817	86.210	59.299	27.062	86.361	906	-755	151
2022	58.980	28.692	87.672	60.155	27.974	88.129	1.175	-718	457
2023	59.524	29.586	89.110	60.996	28.930	89.926	1.472	-656	816

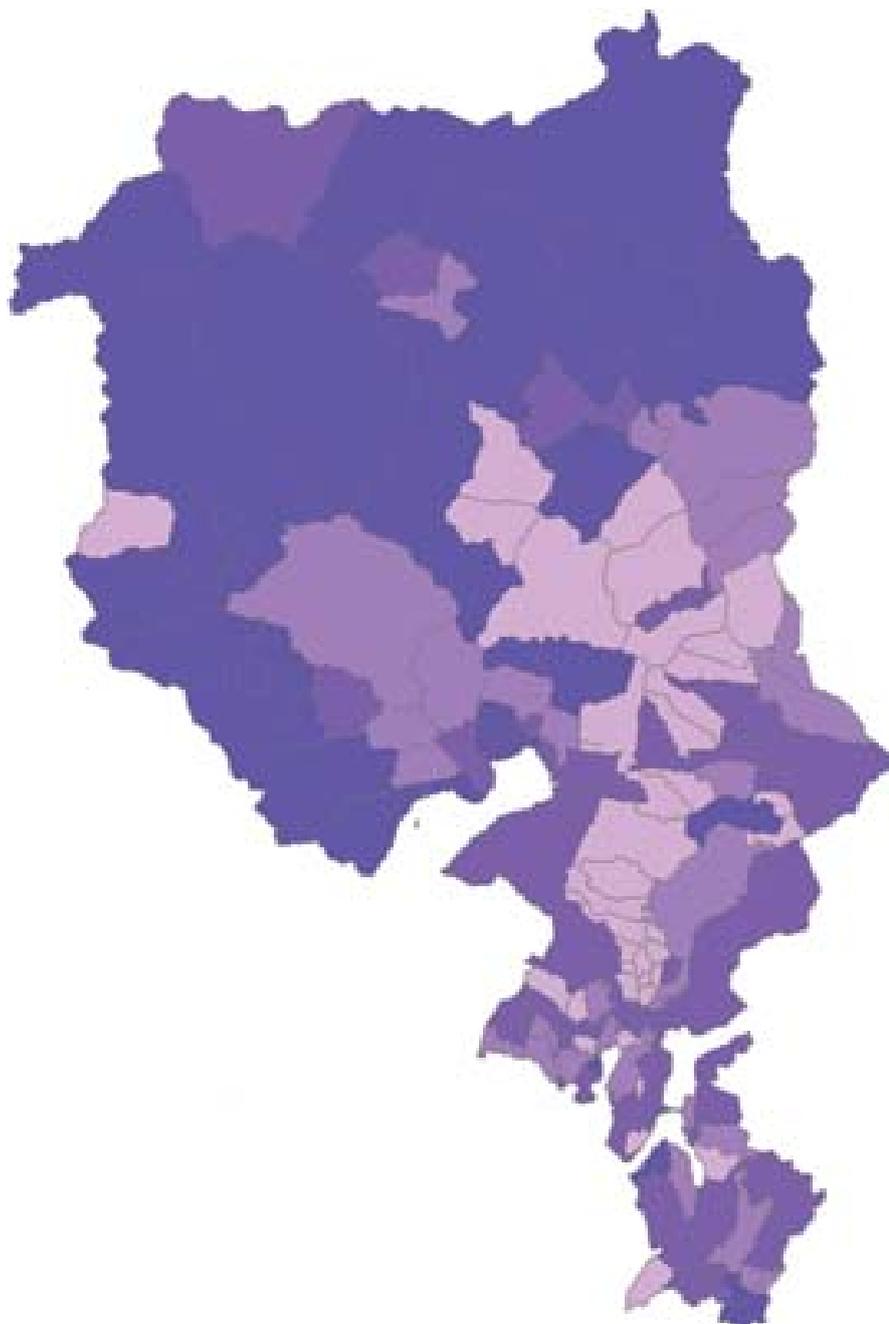
Fonte: STAT-TAB, UST

F. 2.5

Proporzione della popolazione residente permanente (in %) di 80 anni e più per comune, in Ticino, nel 2012

Fonte: Ustat

- 1,9% - 4,2%
- 4,2% - 5,7%
- 5,7% - 7,0%
- 7,0% - 25,0%

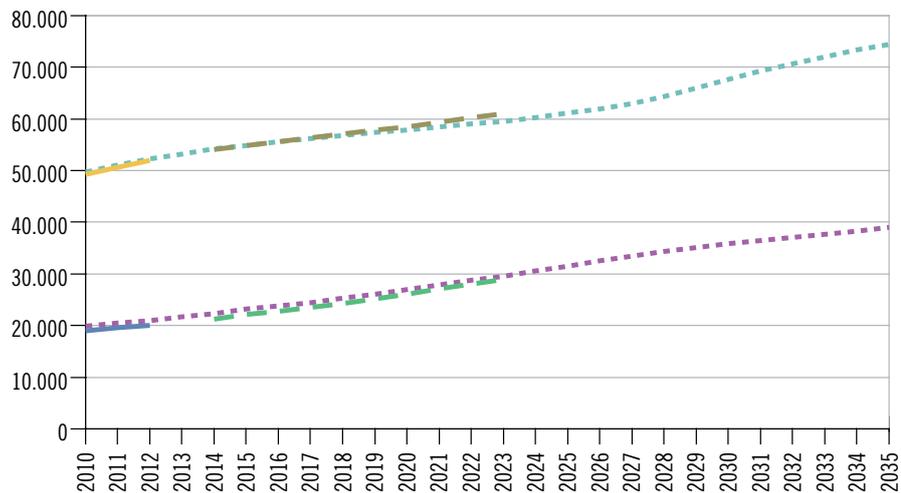


F. 2.6

Evoluzione della popolazione residente di anziani, in Ticino, 2010-2035

Fonti: STATPOP, STAT-TAB, UST

- 65-79 – Residenti
- 80 e più – Residenti
- 65-79 – Scenario 2010-2035
- 80 e più – Scenario 2010-2035
- 65-79 – Scenario 2014-2023
- 80 e più – Scenario 2014-2023



Verso un tracollo della popolazione attiva residente

Confrontando per classi d'età i dati della popolazione residente a fine 2012 (dati definitivi) con quelli previsti nello scenario “medio” aggiornato fino al 2023 (dati stimati), saltano all'occhio delle tendenze che se dovessero verificarsi cambierebbero in modo importante l'assetto demografico del Cantone [T. 2.6].

T. 2.6

Evoluzione della popolazione residente, in Ticino, 2012-2023

	2012			2023			Variazione %		
	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale
Totale	165.873	175.779	341.652	187.534	196.063	383.597	13,1	11,5	12,3
0-4 anni	7.641	7.342	14.983	7.887	7.585	15.472	3,2	3,3	3,3
5-9 anni	7.941	7.467	15.408	8.363	8.120	16.483	5,3	8,7	7,0
10-14 anni	8.407	7.984	16.391	8.714	8.473	17.187	3,7	6,1	4,9
0-14 anni	23.989	22.793	46.782	24.964	24.178	49.142	4,1	6,1	5,0
15-19 anni	8.737	8.449	17.186	8.948	8.681	17.629	2,4	2,7	2,6
20-24 anni	9.342	9.043	18.385	9.830	9.626	19.456	5,2	6,4	5,8
25-29 anni	9.241	9.049	18.290	10.781	10.606	21.387	16,7	17,2	16,9
30-34 anni	9.798	10.124	19.922	11.393	11.412	22.805	16,3	12,7	14,5
35-39 anni	11.476	11.894	23.370	11.775	11.670	23.445	2,6	-1,9	0,3
40-44 anni	13.842	13.945	27.787	12.454	12.406	24.860	-10,0	-11,0	-10,5
45-49 anni	15.057	14.774	29.831	13.424	13.409	26.833	-10,8	-9,2	-10,0
50-54 anni	12.670	12.630	25.300	14.978	14.955	29.933	18,2	18,4	18,3
55-59 anni	10.975	11.054	22.029	15.654	15.508	31.162	42,6	40,3	41,5
60-64 anni	10.074	10.807	20.881	13.406	13.613	27.019	33,1	26,0	29,4
15-64 anni	111.212	111.769	222.981	122.643	121.886	244.529	10,3	9,1	9,7
65-69 anni	9.645	10.770	20.415	10.984	11.564	22.548	13,9	7,4	10,4
70-74 anni	8.147	9.392	17.539	9.486	10.531	20.017	16,4	12,1	14,1
75-79 anni	6.188	7.759	13.947	8.243	10.188	18.431	33,2	31,3	32,2
65-79 anni	23.980	27.921	51.901	28.713	32.283	60.996	19,7	15,6	17,5
80-84 anni	3.802	6.080	9.882	6.032	8.054	14.086	58,7	32,5	42,5
85-89 anni	1.997	4.428	6.425	3.544	5.458	9.002	77,5	23,3	40,1
90-94 anni	729	2.121	2.850	1.318	2.869	4.187	80,8	35,3	46,9
95 e più anni	164	667	831	320	1.335	1.655	95,1	100,1	99,2
80 e più anni	6.692	13.296	19.988	11.214	17.716	28.930	67,6	33,2	44,7

Fonte: STATPOP, STAT-TAB, UST

Se da un lato, i dati dello scenario confermano l'aumento importante della popolazione anziana nel decennio a venire con tassi di crescita impressionanti per le classi d'età superiori ai 75 anni (75-79 anni: +32,2%, 80-84 anni: +42,5%; 85-89 anni: +40,1%; 90-94 anni: +46,9%; 95 anni e più: +99,2%), dall'altro ci permettono anche di quantificare l'effetto dell'invecchiamento dei *babyboomers*: fra dieci anni nella popolazione attiva si assisterà, in termini assoluti, a una diminuzione importante di circa 6.000 quarantenni (40-49 anni: -10,3%). Questo “manco” di effettivi dovrebbe essere compensato dall'aumento di pari numero (circa 6.000 unità) del numero delle forze più giovani (25-34 anni: +15,6%). Pure in aumento il numero delle persone attive di 55 anni e più, che però nel corso del decennio successivo (2024-2033) usciranno in massa (si tratta pur sempre di circa 60.000 persone) dal mercato del lavoro [F. 2.7]! A questo proposito l'evoluzione prevista dell'indice di ricambio generazionale della popolazione (potenzialmente) attiva nel Cantone non è delle più incoraggianti. Nel 2012, ogni 100 residenti giunti all'età del pensionamento, ce n'erano 82 che avevano raggiunto l'età lavorativa;

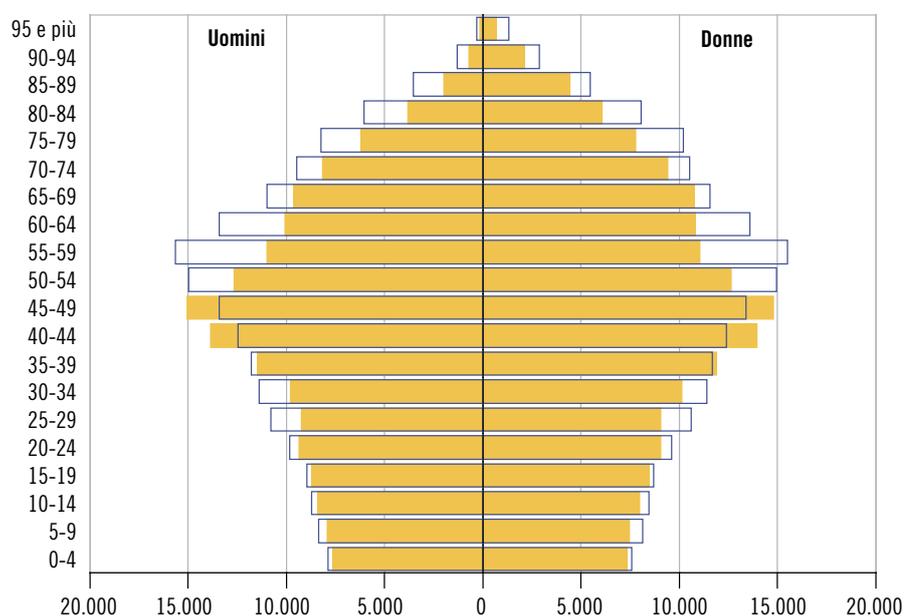
nel 2023 ce ne saranno solo 65. Numeri questi che indicano un forte squilibrio e i limiti della popolazione residente nel sostenere il ricambio generazionale dell'economia locale, quantitativamente ancor prima che qualitativamente. Per ovviare alla diminuzione della popolazione attiva e al conseguente ammanco di forze lavoro, è possibile ipotizzare che si cercherà, da un lato di ottimizzare lo sfruttamento del bacino potenziale locale promuovendo l'impiego a tempo pieno e favorendo una maggiore integrazione delle donne nel mercato del lavoro, d'altro lato si dovrà ricorrere, volenti o nolenti, all'impiego di manodopera straniera. A questo proposito però è bene ricordare che le regioni italiane confinanti (Lombardia e Piemonte) sono confrontate con il problema del ricambio generazionale in termini ancor più severi, e con un peso demografico ben più importante, di quelli del Ticino.

F. 2.7

Piramidi delle età, secondo il sesso, in Ticino, nel 2012 e nel 2023

Fonte: STATPOP, STAT-TAB, UST

- 2012
- 2023



Anche nei prossimi anni, l'evoluzione della popolazione giovane seguirà la tendenza tracciata nel corso del secolo scorso: l'ordine di grandezza degli effettivi dovrebbe rimanere pressoché invariato. Tutte le classi d'età tra gli 0 e i 24 anni dovrebbero segnare un lieve aumento, che in media si situa solo attorno al 5%, allorché l'aumento della popolazione totale nello stesso lasso di tempo dovrebbe raggiungere quota 12,3%. Per concludere, prendendo in considerazione l'evoluzione della popolazione cantonale, si prevede che in Ticino, entro il 2023, la percentuale di persone di 65 anni o più passerà da 21 % a 23 % della popolazione totale. Il rapporto di dipendenza degli anziani aumenterà da 35 persone di 65 anni o più ogni 100 persone in età tra i 20 e i 64 anni a 40 pensionati ogni 100 persone in età lavorativa. A titolo di confronto, i rispettivi valori a livello svizzero saranno pari a 29 e 34.

Implicazioni socio-sanitarie per le persone anziane

Le analisi dei dati demografici mettono in rilievo un cambiamento in corso di tipo strutturale nella composizione della popolazione per fasce di età. Si assiste infatti da un lato al calo della proporzione dei giovani e dall'altro all'aumento del numero degli adulti di mezza età e più an-

ziani, oltre che del numero delle persone anziane. Come conseguenza dello spostamento del baricentro della popolazione sempre più verso le fasce adulte mature, ci si aspetta che il cambiamento in atto nella composizione per età investa in primo luogo la popolazione attiva, alla quale verrà richiesto un contributo persistente e crescente all'economia, al funzionamento e all'organizzazione sociale.

Senza l'apporto compensatorio di forza lavoro giovane dei futuri immigranti o dei frontalieri, l'onere di mantenersi attivi, di lavorare di più e più a lungo di prima si sposterà sempre di più sulle persone in età matura. A quest'ultime si chiederà inoltre di diventare protagoniste dei processi di cambiamento e di innovazione, un compito tradizionalmente affidato al ricambio generazionale, ma difficilmente sostenibile quando le nuove generazioni si riducono della metà rispetto a quelle dei loro genitori. In aggiunta, sulle stesse persone d'età matura, che anche nella componente femminile saranno chiamate a contribuire al mercato del lavoro assai più spesso e più a lungo di prima, finirà per gravare, oltre all'educazione dei figli, anche l'onere di "prendersi cura", direttamente o indirettamente, di un numero crescente di persone anziane, spesso molto anziane (Abburà & Donati, 2004).

Vi è piuttosto una tendenza generale ad affrontare l'invecchiamento della popolazione come una "minaccia" per il futuro e solo raramente a considerarlo come una delle grandi conquiste del secolo passato, da consolidare. Di esso si prevedono e si paventano soprattutto le conseguenze in termini di spesa previdenziale, sanitaria e assistenziale, ma non si colgono quelle che potrebbero essere delle opportunità per un'apertura a nuovi contenuti propri alle età mature, tenuto conto delle mutate caratteristiche oggettive e soggettive dei nuovi anziani. La durata di permanenza nel mercato del lavoro diminuisce in seguito alla posticipazione dell'età d'ingresso e all'anticipazione dell'età di uscita, dovuta ai numerosi programmi di prepensionamento. La spesa destinata alle pensioni e alla sanità non cessa invece di aumentare, la sostenibilità del suo finanziamento è messa in pericolo.

Nei prossimi paragrafi, si tratterà di aspetti socio-sanitari ed economico-finanziari che caratterizzano la popolazione anziana del Cantone Ticino.

Si vive di più e in buona salute

Se vivere a lungo può essere il sogno di molti, se non di tutti, vivere il più a lungo possibile in buona salute lo è sicuramente ancora di più. A questo proposito è interessante osservare, oltre all'evoluzione della speranza di vita alla nascita espressa nel numero di anni che si può sperare di vivere, anche quella del numero degli anni che ci si può aspettare di passare in buona salute. Una misura quest'ultima, che, oltre ad essere un indicatore della qualità di vita, permette anche di farsi un'idea dell'impatto dell'allungamento della vita sul sistema sanitario e sull'evoluzione dei bisogni di cura della popolazione anziana nei prossimi decenni, della necessità di risorse per farvi fronte ma anche del potenziale sociale ed economico dei giovani anziani.

In questo senso, i dati statistici indicano che lo stato di salute della popolazione è buono fino a tarda età, e che tende a migliorare. Infatti, la speranza di vita in buona salute risulta in costante aumento. A li-

vello svizzero, la speranza di vita in buona salute nel 1992 era di 63,9 anni per gli uomini e di 65,3 anni per le donne. Nel 2007 (ultimi dati disponibili), gli uomini e le donne vivono in media rispettivamente 69,4 e 70,3 anni in buona salute. In 15 anni, gli uomini in Svizzera hanno guadagnato in media 5 anni e 5 mesi di vita in buona salute, le donne 5 anni.

In Ticino, la speranza di vita in buona salute alla nascita nel 2007 risultava inferiore al valore nazionale: 65,6 anni per gli uomini (-3,8 anni rispetto alla Svizzera) e 68,0 anni per le donne (-2,3 anni rispetto alla Svizzera). Valori leggermente più bassi in Ticino anche per la speranza di vita in buona salute a 65 anni. Gli uomini residenti in Ticino che hanno compiuto 65 anni nel 2007, potevano aspettarsi di viverne ancora 11,8 in buona salute (-1,2 anni rispetto ai loro coetanei di tutta la Svizzera), le donne residenti in Ticino ancora 12,6 (-0,9 anni). E questo benché in Ticino si viva più a lungo che nel resto del Paese: un risultato che merita di essere approfondito in ulteriori studi per quanto attiene alla valutazione delle diverse componenti prese in conto nel calcolo dell'indicatore, in particolare riguardo alle dimensioni soggettive della misura quali l'autovalutazione dello stato di salute (vedi p. 35).

In buona salute, ma con gli anni che passano ...

⁹ L'indagine sulla salute in Svizzera (ISS) viene condotta dall'Ufficio federale di statistica (UST) ogni cinque anni, su un campione rappresentativo della popolazione residente in Svizzera di 15 anni e più. Nel 2012, sono stati intervistati 1.550 residenti nel Cantone Ticino (302 avevano 65-79 anni, 77 ne avevano 80 e più). I risultati ottenuti forniscono un quadro complessivo dello stato di salute della popolazione e dei principali fattori che lo influenzano.

Un dato incoraggiante fornito dall'Indagine sulla salute in Svizzera (ISS) svolta nel 2012 dall'UST riguarda la percezione della qualità di vita: in Ticino, come d'altronde nel resto della Svizzera, la quasi totalità della popolazione (86,1%) la ritiene "buona" o "molto buona".⁹ Tra gli ultraottantenni che vivono a domicilio la proporzione risulta addirittura più alta: 91,1%. E ciò indipendentemente dall'età, dalla percezione del proprio stato di salute, come pure dal fatto di essere affetto da malattie croniche o problemi di salute di lunga durata [F. 2.8].

La percezione soggettiva della propria salute invece è molto influenzata dall'età. La percentuale di persone che si considera in buona od ottima salute diminuisce con l'avanzare degli anni. In Ticino, fino all'età di 49 anni, sono in media ancora più di quattro su cinque i residenti che si sentono (molto) bene. Tra coloro che non hanno ancora raggiunto i 35 anni di età la proporzione di chi giudica il proprio stato di salute "buono" o "molto buono" sfiora il 90%. Inversamente, dai 50 anni in poi la proporzione di chi non percepisce problemi di salute tende a decrescere. Solo due terzi delle persone residenti nel Cantone in età tra i 50 e i 64 anni (65,8%) affermano di essere in buona/ottima salute, mentre tale proporzione scende a poco più della metà (53,6%) tra i 65-79enni. Inaspettatamente la proporzione di chi dice di stare bene aumenta, anche se di poco, tra gli ultraottantenni (57,3%), ma questo fenomeno è molto probabilmente da attribuire al fatto che l'ISS non considera le persone nelle case per anziani (in grandissima parte di 80 anni e più).

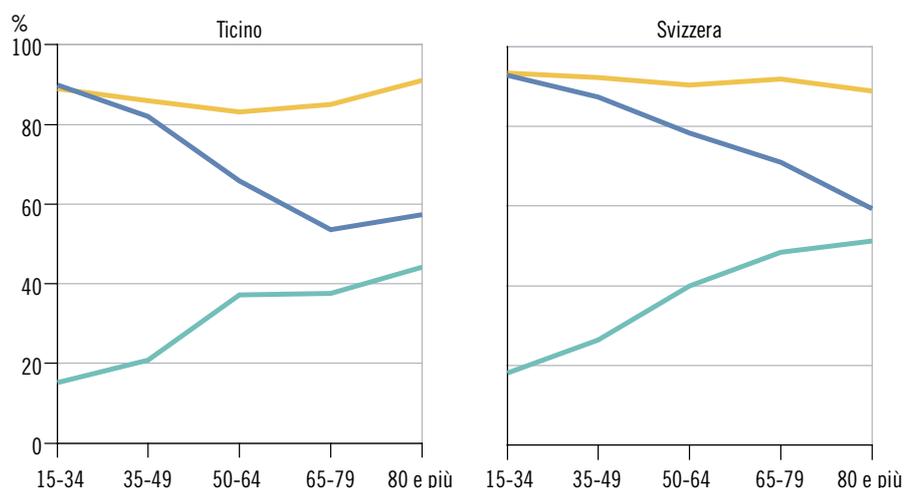
E in effetti i disturbi che minano la salute crescono generalmente con l'età. Si prendano ad esempio le malattie croniche e i problemi di salute di lunga durata: con l'invecchiare della popolazione di riferimento, la loro prevalenza cresce in modo pressoché lineare. Tra le persone di 15-34 anni residenti in Ticino questa tipologia di disturbi incide nella misura del 15,2%, mentre concerne ben il 37,5% delle persone di un'età compresa tra i 65 e i 79 anni e il 44,1% degli ultraottantenni.

F. 2.8

Percezione della qualità di vita e dello stato di salute, prevalenza delle malattie croniche secondo la classe d'età, in Ticino e in Svizzera, 2012

Fonte: UST, ISS 2012

- Buona/ottima qualità di vita (autovalutazione)
- Buono/ottimo stato di salute (autovalutazione)
- Soffre di malattie croniche / problemi di salute di lunga durata



È interessante notare che, rispetto ai risultati sul piano nazionale, i residenti in Ticino tendono in generale a valutare più negativamente il proprio stato di salute, benché nel Cantone sia stata rilevata una prevalenza minore di malattie croniche o di problemi di salute di lunga durata.

Più s'invecchia e più lo stato di salute determina in gran parte il modo di vivere, ma non ne riduce la qualità percepita

Sempre secondo i dati dell'ISS 2012, con l'età cresce anche la proporzione di persone secondo cui lo stato di salute condiziona il proprio modo di vivere. Se prima della pensione era meno di una persona su cinque a pensarlo, tra i giovani anziani di 65-79 anni la proporzione di chi avverte l'impatto della salute sulla propria vita sale al 23,1% [F. 2.9]. Purtroppo il dato relativo al Cantone Ticino per gli ultraottantenni si fonda su un numero troppo piccolo di risposte, ma per analogia con i risultati nazionali ci si può aspettare che questo sia superiore. È interessante notare che in Ticino il grado di condizionamento della salute sia percepito in modo leggermente inferiore che nel resto del Paese. Comunque sia, va detto, anche questo aspetto non sembra scalfire la valutazione che le persone, anche molto anziane hanno della qualità della loro vita, che viene ancora giudicata buona, se non addirittura ottima (vedi anche Cap. 3).

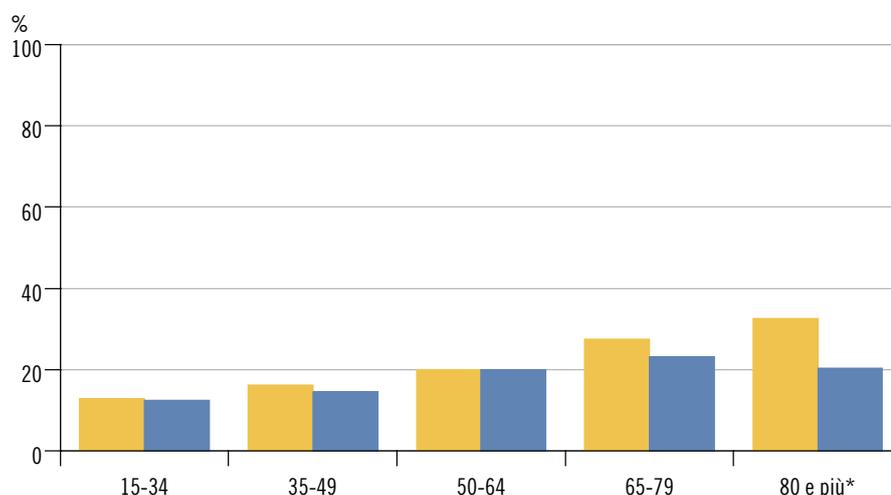
F. 2.9

Proporzione di persone che considerano che la salute determini in modo importante la propria vita, in Svizzera e in Ticino, 2012

Fonte: UST, ISS 2012

- Svizzera
- Ticino

* Il dato ticinese degli 80 e più anni si basa su 14 risposte soltanto.

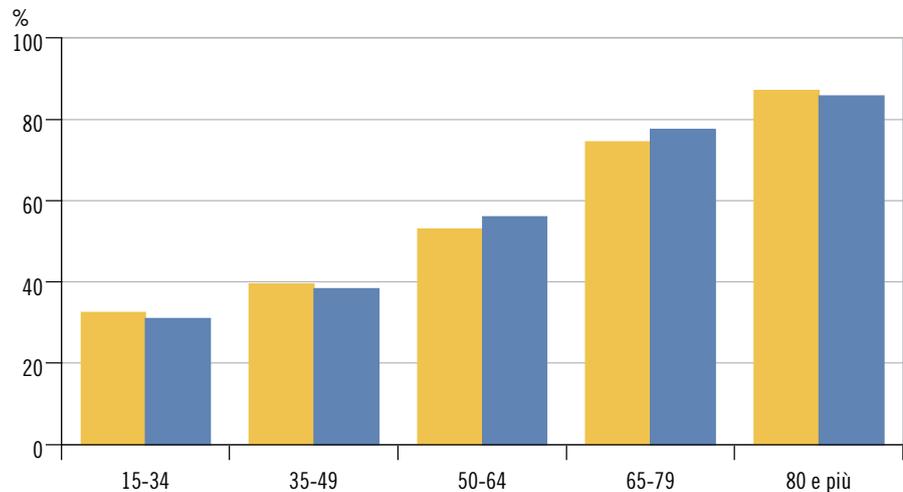


Consumo e uso improprio di farmaci

Con l'avanzare dell'età ed il relativo peggioramento dello stato di salute, aumenta di riflesso anche il consumo di medicinali: se tra le persone più giovani, quelle di 15-34 anni, poco meno di un terzo (31,0%) dice di aver usato medicinali negli ultimi sette giorni, tra le persone di 65-79 anni la proporzione sale a quasi quattro quinti (77,4%) e ancora di più tra gli ultraottantenni (85,8%) [F.2.10]. Per quanto riguarda la proporzione della popolazione che utilizza farmaci non si riscontra nessuna differenza significativa con il dato nazionale. Dal confronto dei dati dell'ISS nel tempo, risulta invece delinearsi una tendenza all'aumento generalizzato del consumo di medicinali nel periodo in rassegna (1997-2012), e in modo particolare tra i 35-49enni (+10,2 punti percentuali) e tra gli più anziani di 65-79 anni (+12,3 punti percentuali). Questo dato potrebbe riflettere semplicemente l'ampliamento dell'offerta di medicinali adeguati alla cura delle persone anziane, ma si tratta di un fenomeno che merita senz'altro un'attenzione particolare, considerando le possibili derive sociosanitarie ed economiche che potrebbero risultare da effetti collaterali, dall'uso improprio di farmaci o dal loro abuso. A questo proposito fa specie il numero delle ospedalizzazioni dovute agli effetti avversi del loro utilizzo, che esplose nelle fasce d'età più avanzate della popolazione [F.2.11]. Anche se l'incidenza annuale del fenomeno rimane contenuta, situandosi all'incirca attorno al valore dell' 1% tra gli anziani di 65-79 anni e del 2,5% tra gli ultraottantenni, la sua frequenza assoluta corrisponde pur sempre a una cifra di almeno 1.300 ospedalizzazioni all'anno, che magari si potrebbero evitare.

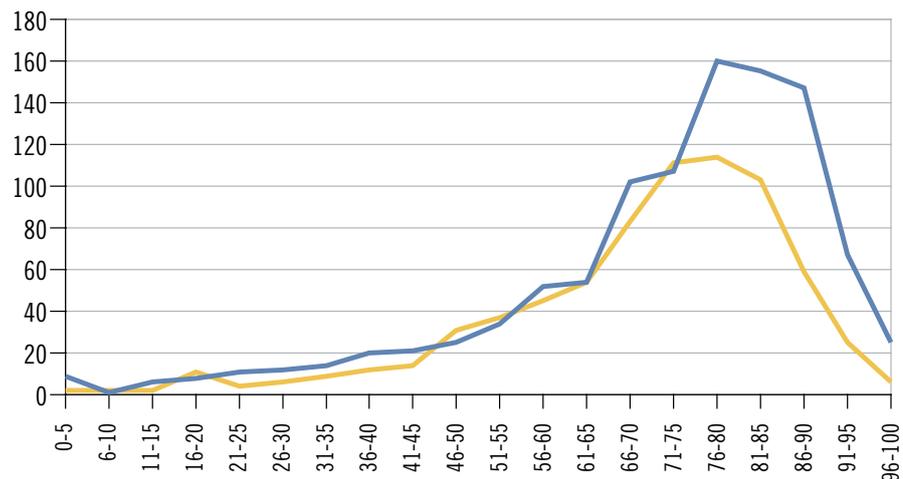
F. 2.10
Proporzione di persone che hanno consumato medicinali negli ultimi 7 giorni, in Svizzera e in Ticino, 2012
 Fonte: UST, ISS 2012

- Svizzera
- Ticino



F. 2.11
Numero di ospedalizzazioni per effetti avversi dovuti all'uso di farmaci, secondo la classe d'età e il sesso, in Ticino, nel 2012
 Fonte: Unità statistiche sanitarie, Statistica medica federale, 2012

- Uomini
- Donne

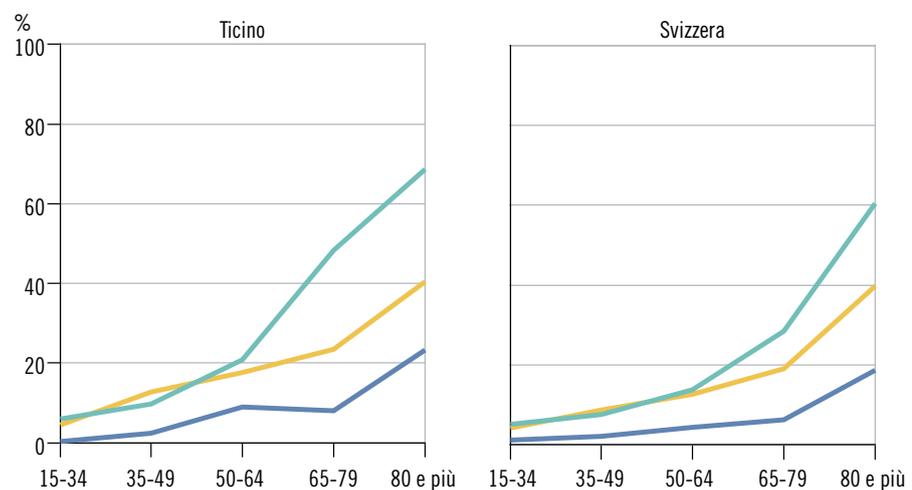


Un alto grado di autonomia, anche se limitati nelle attività quotidiane

L'indagine ISS prende in considerazione le persone che vivono al proprio domicilio, escludendo quelle che vivono in istituto. Il grado di autonomia delle persone anziane è quindi, generalmente, considerato molto buono. Con l'età aumentano gradatamente le limitazioni funzionali che riguardano la vista, l'udito, il linguaggio e la mobilità, ma è comunque importante ribadire che tra gli ultraottantenni se ne registrano ancora ben sei su dieci che non soffrono di nessun problema di questo tipo sia a livello cantonale (59,6%) sia a livello svizzero (60,2%). Praticamente, all'incirca quattro ultraottantenni su cinque (TI: 76,7%; CH: 81,4%) non menzionano problemi particolari nello svolgere le attività della vita quotidiana (ADL) quali il vestirsi/svestirsi, l'alzarsi dal letto o da una poltrona, mangiare, andare in bagno, farsi il bagno oppure la doccia. Gli anziani in generale, quelli ticinesi in particolare, incontrano invece più difficoltà nell'espletamento di mansioni dette strumentali, sempre nell'ambito della vita quotidiana (IADL). Queste contemplano la preparazione dei pasti, l'utilizzo del telefono, fare gli acquisti, fare il bucato, svolgere lavori domestici leggeri e/o pesanti, occuparsi delle finanze della casa, usare i trasporti pubblici. Per quel che concerne questo tipo di attività, solo la metà degli anziani ticinesi in età tra i 65 e i 79 anni (51,7%) e un terzo circa dei loro conterranei ultraottantenni intervistati (31,4%) dicono di non avere nessun problema [F. 2.12]. Tra gli anziani svizzeri la proporzione di chi dice di non avere problemi con le attività di tipo strumentale della vita quotidiana (IADL) risultano decisamente più alte, rispettivamente 71,6% e 39,5% nelle due fasce d'età anziane considerate.

F. 2.12
Difficoltà nello svolgere le attività della vita quotidiana, in Ticino e in Svizzera, 2012
Fonte: UST, ISS 2012

- Difficoltà nel vedere, sentire, parlare o camminare
- Difficoltà a svolgere le attività della vita quotidiana
- Difficoltà a svolgere le attività strumentali della vita quotidiana



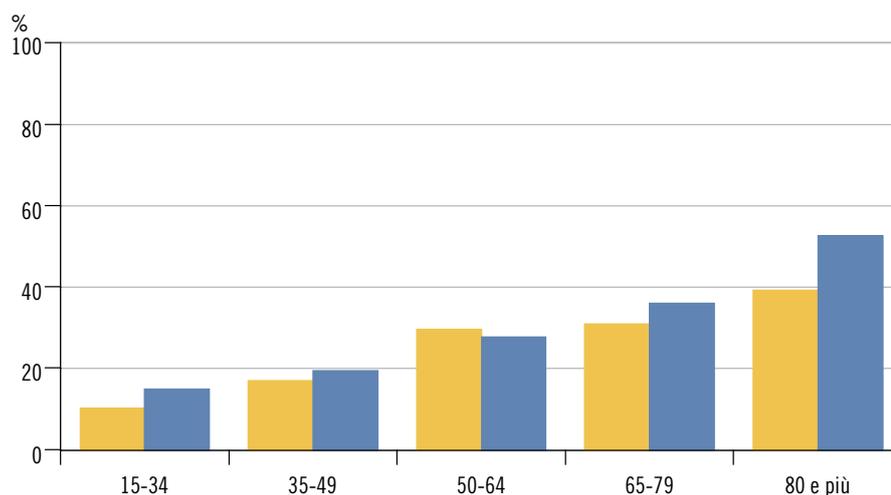
Alla domanda esplicita relativa a limitazioni delle proprie attività nel corso degli ultimi sei mesi a causa di problemi di salute il 69% dei 65-79enni e il 60,8% degli ultraottantenni ticinesi hanno risposto di esserne stati esenti. Ancora una volta la popolazione anziana del Cantone Ticino si dimostra più in forma dei suoi coetanei sul piano nazionale i quali sembrano essere relativamente più acciaccati [F. 2.13].

F. 2.13

Proporzione di persone che si sentono limitate nello svolgere le proprie attività da un problema di salute, in Svizzera e in Ticino, 2012

Fonte: UST, ISS 2012

■ Svizzera
■ Ticino



Su un piano più psicologico, l'ISS indaga l'esperienza del benessere grazie alla percezione che le persone hanno della capacità nel determinare la propria vita. A questo proposito, è interessante notare che in Ticino quasi la metà delle persone di 65-79 anni (46,7%) ha un alto sentimento di padronanza della propria vita. Ed ancora il 39% degli ultraottantenni vive questa sensazione. Ma il risultato ancora più interessante è che questo atteggiamento nei confronti della vita è di gran lunga superiore tra i più anziani: nelle classi d'età più giovani solo il 30% delle persone circa dice di avere un alto livello di controllo sulla propria vita. [F. 2.14]. Nel resto della Svizzera, questo sentimento sembra più pronunciato in tutte le fasce di età, ma soprattutto in quelle che costituiscono la vita attiva. Purtroppo il dato relativo al Cantone Ticino per gli ultraottantenni si fonda su un numero troppo piccolo di risposte per cui il confronto con il dato svizzero sarebbe troppo azzardato.

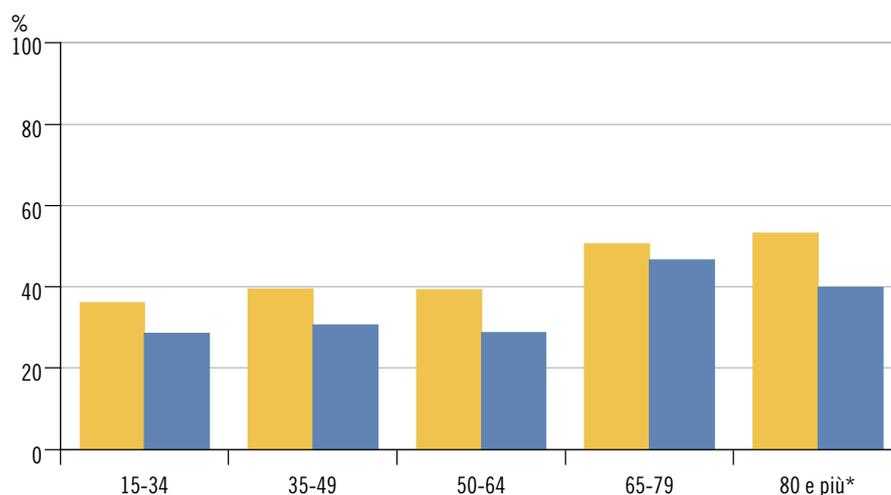
F. 2.14

Proporzione di persone con un forte sentimento di controllo della propria vita, in Svizzera e in Ticino, 2012

Fonte: UST, ISS 2012

■ Svizzera
■ Ticino

* Il dato Ticinese degli 80 e più anni si basa su 14 risposte soltanto.



Con l'età diminuisce il sostegno sociale, ma il sentimento di solitudine tocca solo una piccola minoranza

Per misurare la rete sociale nell'ISS si è chiesto innanzitutto alla popolazione se partecipasse ad attività organizzate della vita sociale e associazionistica. A questo proposito si è potuto osservare che, rispetto alla Svizzera, in Ticino la proporzione di persone che non partecipa a questo genere di attività è (parecchio) più grande. Il fenomeno si riscontra a tutte le età, ma soprattutto nelle fasce più anziane, dove la metà dei 65-79enni ticinesi (50%) e ben i due terzi degli ultraottantenni conterranei (66,6%) dicono di non frequentare associazioni, club, gruppi, ecc. [F. 2.15].

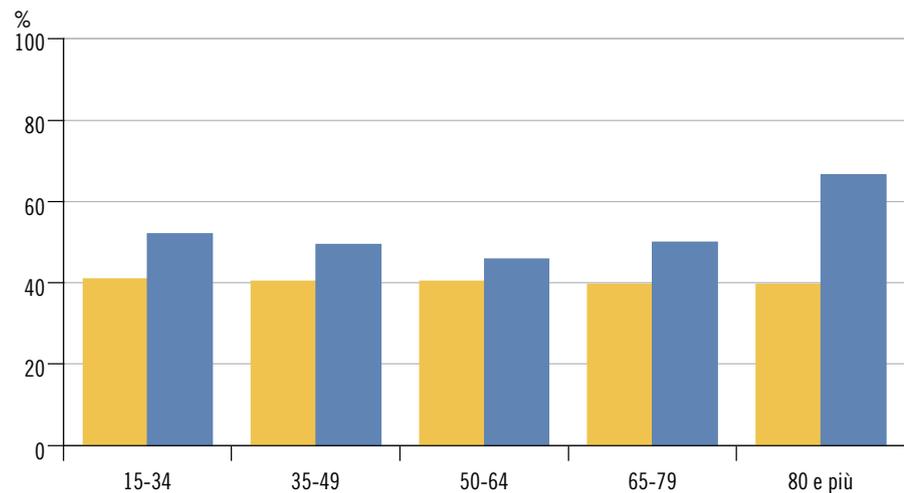
F. 2.15

Proporzione di persone che non partecipano alla vita sociale organizzata (associazioni, club, gruppi, ecc.), in Svizzera e in Ticino, 2012

Fonte: UST, ISS 2012

■ Svizzera
■ Ticino

Risposte considerate:
Mai / Meno di qualche volta all'anno.



Dai dati dell'ISS 2007, nel contesto svizzero emergevano dati incoraggianti relativi alla rete familiare in Ticino: un anziano su tre, il doppio che a livello nazionale, riceveva visite quotidiane dai familiari, mentre un altro terzo aveva contatti con i familiari almeno una volta alla settimana¹⁰. Se però analizziamo i dati ISS 2012 relativi alla presenza di una o più persone alle quali poter parlare dei propri problemi, i dati ticinesi corrispondono a quelli rilevati a livello Svizzero. Si nota che dai 65 anni in poi si riduce viepiù la proporzione di persone che hanno più confidenti (si passa dal 65,5% al 54,9%) e aumenta di conseguenza, soprattutto tra gli ultraottantenni la proporzione di chi può parlare a una sola persona (da 27,2% a 35,8%).

Dai 65 anni in poi la proporzione di coloro che non hanno nessuno per confidarsi si attesta attorno al 10%. È forse utile segnalare a questo proposito che a livello svizzero si giunge a questa quota solo dopo gli 80 anni. I dati dell'ISS permettono anche di relativizzare il problema della solitudine, spesso menzionato nei discorsi pubblici in relazione all'invecchiamento della popolazione. Secondo i dati rilevati, la fascia della popolazione anziana dai 65 anni in su che soffre in modo importante (*spesso, abbastanza spesso*) di solitudine, sia a livello ticinese sia a livello nazionale, si situa attorno al 5%. Il fenomeno toccherebbe così all'incirca un anziano su 20, anche tra gli ottantenni che vivono a domicilio.

Questi risultati mostrano che il nesso tra vita sociale, visite dei familiari, possibilità di condivisione e sentimento di solitudine non sia per nulla scontato e che meriterebbe ulteriori approfondimenti (vedi Cap. 4).

L'ISS mette a disposizione un indicatore del sostegno sociale (OSS3: Social Support Scale), calcolato tenendo conto del numero di persone sulle quali l'intervistato può contare in caso di gravi problemi personali, del grado di preoccupazione e d'interesse che suscita nella gente quello che fa, come pure della facilità con la quale può ottenere aiuto dai vicini qualora gli servisse. Il risultato più importante che emerge dal confronto dei valori ticinesi con quelli svizzeri è che sistematicamente per tutte le fasce di età si misura un maggiore sostegno sociale *forte* a livello nazionale rispetto a quello cantonale: globalmente, rispettivamente 38,7% contro 27,3%. E inversamente la proporzione di

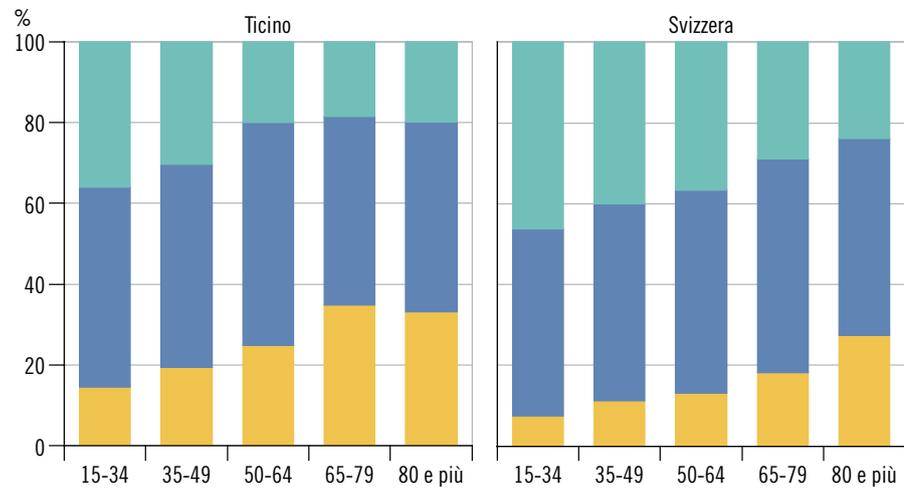
¹⁰ Questa domanda non è più stata posta nell'ISS 2012.

persone che può contare solo su un sostegno sociale *debole* è maggiore in Ticino (TI: 22,3%; CH: 12,4%). Sia a livello cantonale sia a livello nazionale si osserva una riduzione del sostegno sociale man mano che l'età avanza. Un dato questo che deve fare riflettere e che necessita di approfondimenti (Cap. 4 e 5) [F. 2.16].

F. 2.16
Sostegno sociale, in Ticino* e in Svizzera, 2012
Fonte: UST, ISS 2012

■ Debole
■ Medio
■ Forte

* Risposte considerate per il livello debole degli 80 e più anni ticinesi: 16.



In aumento la domanda di assistenza e cura a domicilio

In Ticino, secondo la statistica dell'assistenza e cura a domicilio (Spitex) dell'UST, nel 2012 le persone che hanno beneficiato di prestazioni di assistenza e cure a domicilio sono state globalmente 13.226, contro 7.781 nel 2002 (+70%). Sull'evoluzione di questi dati incide in parte anche il fatto che dal 2010 sono incluse nella rilevazione, oltre alle organizzazioni di diritto privato a scopo non lucrativo e di diritto pubblico, anche le imprese di diritto privato a scopo di lucro e gli infermieri indipendenti. A titolo indicativo, nello stesso periodo in Svizzera si è registrato un aumento di molto inferiore pari al 31%, cioè meno della metà.

Delle 11.348 persone che hanno beneficiato di cure a domicilio, 9.791 (86%), ovvero quasi tutte, erano anziani di 65 anni o più. Il numero degli ultraottantenni era di 6.481, più della metà di tutta l'utenza delle cure dispensate a domicilio nel Cantone.

Il numero delle persone beneficiarie di assistenza a domicilio è inferiore: 5.443 nel 2012. Anche se leggermente inferiore a quella dei beneficiari di cure, la proporzione delle persone anziane di 65 anni e più nell'utenza dell'assistenza a domicilio è altissima, 4.329 persone pari all'80%.

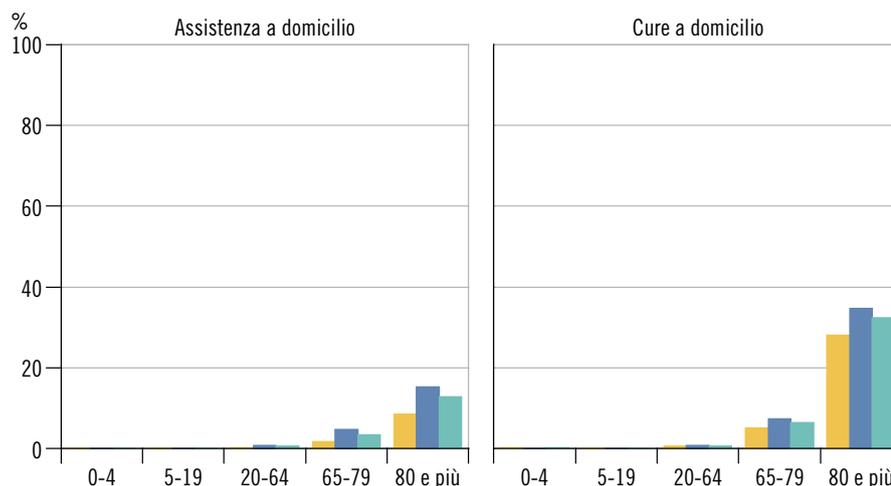
Se consideriamo la frequenza del ricorso all'assistenza e alla cura a domicilio secondo le fasce d'età, si vede come questo inizi ad emergere nella fascia degli anziani in età tra i 65 e i 79 anni, per poi assumere dei livelli più importanti tra gli ultraottantenni, i quali ricorrono in media all'assistenza a domicilio nella misura del 13%, e alle cure a domicilio nella misura del 32%, uno su tre. Tra le persone anziane che ricorrono a queste prestazioni a domicilio risulta che le donne lo fanno con una frequenza leggermente superiore agli uomini. Una spiegazione a questa tendenza la si potrebbe trovare nel fatto che, rispetto alle loro coetanee, gli uomini che vivono a domicilio abitano più spesso in coppia [F. 2.17].

F. 2.17

Ricorso all'assistenza e alle cure a domicilio nella popolazione residente secondo la classe d'età, in Ticino, 2012

Fonte: UST, Statistica dell'aiuto e delle cure a domicilio

- Uomini
- Donne
- Totale

**Implicazioni socio-economiche per le persone anziane**

¹¹ Nell'analisi sono stati utilizzati i dati dei registri fiscali dei Cantoni di AG, NE, SG, VS e ZH e quelli del registro AVS.

La situazione economica degli anziani è notevolmente migliorata rispetto ai primi decenni del secolo scorso. Grazie all'AVS, al sistema delle prestazioni complementari e alla previdenza professionale, la maggior parte degli anziani può contare oggi su una solida base finanziaria e un adeguato patrimonio. Una analisi approfondita della situazione economica di quasi 1,5 milioni di persone tra i 25 e i 99 anni residenti in Svizzera nell'anno 2003 (Wanner & Gabadinho, 2008)¹¹ dimostrava che la stragrande maggioranza dei pensionati viveva in condizioni di agiatezza.

I pensionati godono in massima parte di una solida sicurezza materiale ...

Lo studio conferma che nel complesso in Svizzera i pensionati sono piuttosto agiati, rispetto al resto della popolazione. Esso documenta per la prima volta l'importanza dell'attività lucrativa al di là dell'età pensionabile: oltre alle prestazioni di vecchiaia delle assicurazioni sociali, un terzo delle persone tra i 65 e i 69 anni conseguirebbe ancora un reddito da lavoro (circa 10.000 franchi l'anno). Inoltre gran parte dei pensionati può contare su un reddito patrimoniale che raggiunge il culmine poco dopo l'età del pensionamento. Infine, quasi un quinto delle coppie in pensione dispone di una sostanza lorda superiore al milione di franchi.

... ma delle nuvole nere si stagliano all'orizzonte

Un'ipoteca molto elevata sulla situazione economica delle persone anziane delle prossime generazioni risiede nell'evoluzione del mercato del lavoro e delle nuove forme di lavoro, spesso meno durevoli e molto più precarie che nell'epoca d'oro del salariato che ha contraddistinto la seconda metà del secolo scorso, durante il quale è stato sviluppato e consolidato l'attuale sistema dei tre pilastri della previdenza per la vecchiaia. Sistema dei tre pilastri che comunque sta già mutando, peggiorando le condizioni di pensionamento per chi oggi è attivo e sta contribuendo al suo finanziamento. Si pensi ad esempio al passaggio dal primato della prestazione al primato dei contributi nell'ambito della previdenza professionale (il secondo pilastro). La pensione di vecchiaia non corrisponderà più a una percentuale dell'ultimo guadagno assicurato, ma sarà determinata in base all'aver di vecchiaia risparmiato (in particolare i contributi versati dal lavoratore e dal datore di lavoro con i relativi interessi) moltiplicata per il tasso di conversione stabilito secondo calcoli attuariali: un meccanismo che costituirà una sorta di effetto moltiplicatore nel periodo della vecchiaia delle differenze economiche

¹² Il tasso di povertà si basa su una soglia “assoluta”: sono considerate povere le persone che non dispongono di risorse finanziarie sufficienti per acquistare beni e servizi necessari a una vita integrata socialmente. Questa definizione si riferisce al minimo vitale sociale. In tal modo, il tasso di povertà rappresenta una base per la valutazione della politica sociale. La soglia di povertà include un forfait per il mantenimento, le spese individuali per l'alloggio e una somma pari a 100 franchi al mese per ogni persona di 16 anni o più per le spese. Nel 2012, la soglia media svizzera di povertà era situata a 2.200 franchi al mese per una persona sola e a 4.050 franchi per due adulti con due figli. Il dato per gli anziani deve essere interpretato con cautela siccome questo tasso è calcolato unicamente in funzione dei redditi, mentre le persone di 65 anni e più possono ricorrere più spesso al patrimonio accumulato rispetto alle altre fasce d'età.

di chi è ben integrato nel mercato del lavoro durante la sua vita attiva, rispetto a chi non lo è o ne è ai margini.

A questo proposito è opportuno ricordare che in Svizzera, secondo i dati più recenti dell'Indagine sul budget delle economie domestiche (IBED), un'economia domestica su tre, tra tutte quelle in cui vive una persona di 65 anni o più, non beneficia di alcuna rendita del secondo pilastro. E per chi deve vivere della sola rendita di vecchiaia (il primo pilastro), si ricorda che l'importo massimo per una persona sola è di 2.400 franchi e che l'importo per i coniugi è pari a 3.600 franchi mensili.

Certo, una parte delle economie domestiche non beneficia delle rendite del secondo pilastro perché quest'ultimo è stato ritirato in passato per finanziare l'acquisto del proprio alloggio, oppure utilizzato per avviare una attività economica indipendente in proprio, ma per i lavoratori più fragili o coloro che sono incappati in investimenti fallimentari, queste scelte potrebbero rivelarsi perdenti a lungo termine e metterli in situazioni critiche una volta raggiunta l'età del pensionamento. Il tema è ormai politico e la discussione sui vincoli da mettere all'utilizzo del capitale del secondo pilastro, così da arginare il ricorso all'assistenza sociale nelle ultime fasi della vita, è aperta. Dai dati più recenti dell'Indagine sui redditi e le condizioni di vita (SILC) risulta che nel 2012 il tasso di povertà¹² delle persone di 65 anni o più residenti in Svizzera si situava verosimilmente, tra il 14,7% e il 18,0% (cioè di un anziano su sei circa), mentre il dato per le fasce più giovani della popolazione adulta non oltrepassava il 7,5% (UST, 2014). Purtroppo l'ampiezza ridotta del campione ticinese della SILC non permette di calcolare la stima della prevalenza cantonale della povertà per fasce d'età, né di effettuare il confronto del tasso di povertà globale della popolazione cantonale con quello della popolazione svizzera.

La quota di beneficiari di prestazioni complementari cresce con l'età ...

I dati a disposizione mostrano che con l'aumento dell'età cresce progressivamente la quota dei beneficiari di prestazioni complementari (PC) tra i beneficiari della rendita di anzianità (AVS), mettendo in evidenza differenze importanti tra la situazione economica degli uomini e delle donne e tra chi vive a domicilio e chi vive in una casa per anziani.

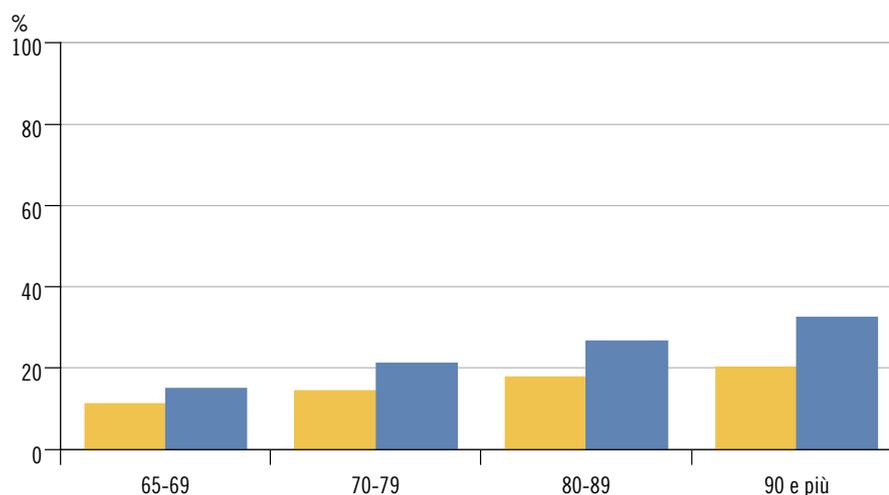
Nel 2012, i beneficiari PC in Ticino erano 13.452 (9.307 donne di 64 anni e più; 4.145 uomini di 65 anni e più). La quota media di beneficiari PC tra gli uomini in età compresa tra i 65 e i 69 anni era dell'11,2%, tra i 70 e i 79 anni del 14,4% e tra gli 80 e gli 89 anni del 17,8%. Tra gli uomini ultranovantenni la quota era ben del 20,2%, cioè di un beneficiario PC ogni cinque ultranovantenni. La tendenza è simile tra le donne, ma la proporzione di beneficiarie di PC è da subito maggiore rispetto agli uomini: 15,1% tra le donne di 65-69 anni. Inoltre l'incremento della quota di beneficiarie con l'aumentare degli anni è più importante: si arriva così a una quota di beneficiarie PC del 32,5% tra le ultranovantenni, cioè di una beneficiaria ogni tre donne ultranovantenni [F. 2.18]. A questo proposito, è importante ricordare che è solo da una quindicina di anni che le persone che giungono alla pensione hanno potuto versare contributi AVS durante tutta la loro vita professionale e che la legge federale sulla previdenza professionale per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (LPP), che prevedeva di estenderne l'obbligatorietà a condizioni ben precise a gran parte della popolazione attiva occupata, è entrata in vigore il 1° gennaio 1985.

F. 2.18

Proporzione di beneficiari di prestazioni complementari, secondo la classe d'età e il sesso, in Ticino, nel 2012

Fonte: Ufficio delle prestazioni, IAS; STATPOP, UST

■ Uomini
■ Donne



Questi dati sollevano degli interrogativi importanti riguardo alla disponibilità finanziaria delle persone anziane nel corso del loro invecchiamento. L'alta quota delle persone più anziane che beneficiano delle PC si spiega unicamente con il loro minore contributo alla previdenza vecchiaia, visto che l'introduzione della previdenza professionale obbligatoria risale solo alla seconda metà degli anni ottanta? Oppure perché il reddito dei primi due pilastri è stato eroso nel tempo da un insufficiente adeguamento all'aumento del costo della vita? In che misura le maggiori spese sanitarie e il costo generato dall'entrata in casa per anziani è commisurato alle disponibilità finanziarie delle persone anziane? E in che misura l'entità del "terzo pilastro" e della fortuna disponibile possono contribuire a spiegare le variazioni e le tendenze osservate? Chi ha più mezzi può permettersi di pagarsi dei servizi privati di assistenza e di cura oppure una badante per evitare di entrare in una casa per anziani? Le informazioni registrate dal servizio preposto non permettono di risalire all'età che avevano i beneficiari odierni di PC al momento della loro richiesta, ma a titolo indicativo, è interessante notare che tra le 1.099 PC alla rendita anzianità che hanno preso inizio nel 2013, solo 478, ovvero il 43,5% dei nuovi incarti, erano intestate a una persona di età compresa tra i 65 e i 69 anni. Il resto delle PC che hanno preso avvio nello stesso anno, più della metà, si distribuiscono quasi equamente tra le classi d'età quinquennali che seguono, a partire dai 70 fino oltre i 90 anni [T 2.7]. Visto che una parte di queste nuove pratiche potrebbe anche risultare semplicemente dal cambio di statuto della persona titolare, magari già beneficiaria in passato di PC intestate al coniuge nel frattempo deceduto¹³, bisogna essere cauti nella loro interpretazione. Detto ciò, sarebbe opportuno approfondire e, qualora fosse possibile, dettagliare maggiormente le informazioni amministrative recensite, in modo da poter capire meglio chi, quando e in seguito di quali eventi, richiede le PC in tarda età.

¹³ Nei dati amministrativi considerati in questo paragrafo "beneficiario" di PC può essere una persona che vive sola oppure due coniugi che ricevono una rendita anzianità di coppia.

T. 2.7

Numero di prestazioni complementari alla rendita anzianità con inizio nel 2013 (in valori assoluti e percentuali) secondo il sesso e l'età del titolare

	Uomini		Donne		Totale	
	n	%	n	%	n	%
65-69 anni	288	57,7	190	31,7	478	43,5
70-74 anni	64	12,8	75	12,5	139	12,6
75-79 anni	61	12,2	85	14,2	146	13,3
80-84 anni	39	7,8	80	13,3	119	10,8
85-89 anni	33	6,6	76	12,7	109	9,9
90 e più anni	14	2,8	94	15,7	108	9,8
Totale	499	100,0	600	100,0	1.099	100,0

Fonte: Ufficio delle prestazioni, IAS

... e spesso chi vive in casa per anziani ne ha più bisogno di chi vive a domicilio

Nel 2012, tra gli ospiti delle case per anziani del Cantone, popolazione costituita essenzialmente di ultraottantenni (vedi più su, a p. 27), la quota di beneficiari PC si attesta al 40,5% circa e la quota di ospiti (beneficiari di prestazioni complementari compresi) che pagano la retta minima di 75 CHF al giorno (commisurata al reddito e alla sostanza) si attesta al 66,2%. Dal 1. gennaio 2013, la retta minima è stata aumentata a 84 CHF al giorno, pertanto ci si può aspettare che anche queste proporzioni possano ancora aumentare in futuro¹⁴.

¹⁴ Fonte : Ufficio degli anziani e delle cure a domicilio, 2014.

I dati di uno studio realizzato durante gli anni 1990 nei Cantoni di Ginevra e Vallese su due coorti di ultraottantenni (80-84 anni) seguite durante 5-10 anni, mettevano in evidenza quanto l'entrata in casa per anziani correlava con le disponibilità finanziarie delle persone: la probabilità di entrare in casa per anziani tra coloro il cui reddito individuale mensile era inferiore ai 2.000 franchi è risultata tripla (attorno al 21% circa), rispetto a chi beneficiava di redditi superiori (Cavalli, 2012). Le analisi realizzate su questi dati hanno messo in rilievo quanto l'effetto del reddito fosse mediato dallo stato di salute, e questo perché sono le persone di statuto socio-economico basso che generalmente soffrono di uno stato di salute peggiore. Precarietà, difficoltà economiche, come lo stesso statuto sociale, influiscono sulla salute: secondo i dati pubblicati di recente dall'Osservatorio svizzero della salute (Obsan, 2013), tra i 54 e i 64 anni il rischio di multimorbilità (la diagnosi di due o più malattie croniche nello stesso soggetto) è più alto nei redditi bassi e tra gli stranieri. Dopo i 64 anni sono i pensionati con un livello di formazione limitato che soffrono più spesso di malattie croniche. Questa potrebbe essere un'altra spiegazione del fatto che in casa per anziani troviamo proporzionalmente più persone con difficoltà economiche, visto che sono quest'ultime che più di altre rischiano di dover ricorrere alla casa per anziani per motivi di salute.

Bibliografia

Abburrà, L. & E. Donati (2004). *Ageing: verso un mondo più maturo – Il mutamento delle età come fattore di innovazione sociale*. Torino: Istituto ricerche economico sociali del Piemonte (IRES).

Cavalli, S. (2012). *Trajectoires de vie dans la grande vieillesse – Rester chez soi ou s’installer en institution?* Chêne-Bourg: Georg Éditeur.

Bottinelli, L. (2011). Non è un paese per vecchi?, in *Dati, statistiche e società*, XI(1), 29-35.

Crivelli, R., Ardia, M., Bervini, R., Cattaneo, D., Caiata-Olgiati, G., Dozio, G. C., ... Piatti, F. (2010). *Coabitati-Ti. Concetto di abitazioni per anziani in Ticino*. Manno: SUPSI.

Kaplan, J., Bencivenga, R., Bignami, F., D’Angelo, V., Denovan, E., Kunz, S. & Tsoneva, S. (2014). *Migrant Professional Carers in Four European Regions – A Comparative Exploration of Their Learning Needs. Health and social care in the community*. Scholar One, Thomson Reuters.

Obsan (2013). La multimorbidité chez les personnes de 50 ans et plus – Résultats basés sur l’enquête SHARE, *Bulletin 4/2013*.

Solcà, P., Testa-Mader, A., Lepori Sergi, A., Colubriale Carone, A. & Cavadini, P. (2013) *Migranti transnazionali e lavoro di cura. Badanti dell’Est coresidenti da anziani in Ticino*. Manno: SUPSI.

Ufficio degli anziani e delle cure a domicilio (2011). *Pianificazione 2010-2020 della capacità d’accoglienza degli istituti per anziani nel Cantone Ticino – Aggiornamento della Pianificazione 2000-2010*.

UST (2011). *Crescita demografica in tutti i Cantoni nei prossimi 25 anni*. Neuchâtel: UST, Comunicato stampa N. 0352-1103-10, del 29.03.2011.

UST (2014). *Nel 2012 in Svizzera una persona su 13 era colpita da povertà reddituale*. Neuchâtel: UST, Comunicato stampa N. 0352-1406-70, del 15.07.2014.

Ustat (2013). Con il calo delle nascite e l’aumento dei decessi il saldo si fa negativo – Movimento naturale della popolazione, Ticino, 2012. *Notiziario statistico* 22, 1-6.

Ustat (2014). *Annuario statistico ticinese 2014*. Bellinzona: Ufficio di statistica.

Wanner, Ph. & A. Gabadinho (2008). *La situation économique des actifs et des retraités*. Berna: OFAS, No du rapport 1/08.

3.

CONDIZIONI DI SALUTE, BENESSERE E SCAMBI DI SERVIZI NELLA POPOLAZIONE ANZIANA RESIDENTE IN TICINO

Stefano Cavalli

Centro competenze anziani, Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale,
Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana

Nora Dasoki

PRN LIVES, Università di Losanna e di Ginevra e LINES, Università di Losanna

Daniela Dus

Facoltà di economia, Università della Svizzera italiana

Barbara Masotti

Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale, Scuola universitaria professionale
della Svizzera italiana

Alessandra Rosciano

PRN LIVES, Università di Losanna e di Ginevra e CIGEV, Università di Ginevra

Quali sono le caratteristiche e i bisogni della popolazione anziana residente in Ticino? Una domanda in apparenza semplice, alla quale è in realtà difficile rispondere in maniera esauriente. Gli studi condotti su campioni rappresentativi di questa fascia della popolazione sono infatti assai rari. Va senz'altro citato il lavoro pionieristico di Gerosa (1988), che all'inizio degli anni ottanta ha indagato bisogni e modi di vita di 955 persone in età AVS, ma risultati e conclusioni devono essere aggiornati. Sull'onda dei principali cambiamenti sociali, le condizioni di vita e i bisogni degli ultrasessantacinquenni sono radicalmente mutati nel corso degli ultimi trent'anni e le nuove generazioni che hanno raggiunto l'età del pensionamento poco o nulla hanno in comune con quelle osservate da Gerosa. A questo importante studio, forse finito troppo presto nel dimenticatoio, ne sono seguiti parecchi altri, indubbiamente di grande interesse ma condotti su gruppi circoscritti della popolazione e considerando dei temi specifici. Ricordiamo, a titolo di esempio, un esame dei vissuti e delle esperienze di un gruppo di vedove (Moretti-Varile, 1996), uno studio epidemiologico su 135 ultraottantenni (Carlevaro, 1999), un recupero orale della memoria storica di anziani ticinesi (Galli & Padovani, 2000), le sempre valide analisi di statistiche ufficiali cantonali o federali (e.g., Borioli, 2013; Gianocca, Quadranti, & Quaglia, 1998; Tomada, Quaglia, & Casabianca, 2011), senza dimenticare i lavori, più recenti, realizzati alla SUPSI, e in particolare presso il Centro competenze anziani (e.g., Bertini et al., 2012; Crivelli et al., 2010; Lomazzi, 2012; Pezzati et al., 2011). I risultati emersi da queste e altre ricerche sono stati sintetizzati con grande perizia nel volume "Nuovi orizzonti per Pro Senectute Ticino e Moesano" curato da Egloff (2012).

La ricerca "Vivre/Leben/Vivere" (VLV), su cui si basa gran parte del presente volume di *Analisi*, è stata concepita proprio per cercare di rispondere alla domanda formulata pocanzi: quali sono le caratteristiche, le condizioni di vita e di salute, nonché i bisogni e le risorse della popolazione anziana residente in Ticino? L'obiettivo di questo capitolo è duplice. In primo luogo, descriviamo nelle grandi linee l'indagine. In secondo luogo, esponiamo alcuni risultati generali dello studio VLV soffermandoci in particolare sulle condizioni di salute, il benessere e gli scambi di servizi con i membri della famiglia, gli amici e i conoscenti.

La ricerca VLV

Lo studio interdisciplinare VLV, condotto dal Centre interfacultaire de gérontologie et d'études des vulnérabilités (CIGEV) dell'Università di Ginevra, si propone di indagare le condizioni di vita e di salute delle persone di 65 anni ed oltre residenti in Svizzera¹. L'équipe di ricerca è composta da sociologi, psicologi, medici, demografi e socio-economisti delle Università di Ginevra, Losanna e Berna, e delle Scuole universitarie professionali di Ginevra, Friburgo e della Svizzera italiana (per una presentazione dettagliata di VLV, vedi Ludwig, Cavalli, & Oris, 2014).

Da oltre tre decenni, la Svizzera romanda è oggetto di numerose ricerche sulla popolazione anziana (vedi Lalive d'Épinay & Cavalli, 2013).

¹ La ricerca, diretta dal professor Michel Oris, è finanziata dal Fondo nazionale svizzero per la ricerca scientifica e da Pro Senectute Svizzera. VLV è inoltre parte integrante del Polo di ricerca nazionale "LIVES – Overcoming vulnerability: Life course perspectives" (Università di Losanna e di Ginevra).

VLV nasce in questo contesto e persegue due obiettivi principali. Da un lato, conoscere le esigenze e i problemi, ma anche i contributi alla società, degli over 65 residenti in Svizzera ed analizzare il modo in cui le risorse di cui dispongono si sono costituite nel corso della vita e vengono utilizzate per far fronte all'invecchiamento. D'altra parte, scrutare l'evoluzione nel corso degli ultimi trent'anni delle condizioni di vita e di salute della popolazione di 65 anni ed oltre residente a Ginevra e in Vallese, confrontando i nuovi dati con quelli raccolti nel corso di due studi simili realizzati nel 1979 e nel 1994.

Tra il 2011 e il 2012, una vasta indagine ha coinvolto cinque cantoni della Confederazione: Ginevra, Vallese, Berna, Basilea (Città e Campagna) e Ticino. In ogni regione, lo studio porta su di un campione rappresentativo della popolazione ultrasessantacinquenne, residente a domicilio o in casa per anziani, stratificato secondo il genere e sei gruppi di età: 65-69, 70-74, 75-79, 80-84, 85-89 e 90 anni ed oltre. I dati sono stati raccolti con il supporto di due questionari standardizzati: uno auto-compilativo e cartaceo, l'altro somministrato durante un'intervista faccia a faccia utilizzando il metodo CAPI (*Computer-Assisted Personal Interviewing*). Al fine di ricostruire il passato dei partecipanti allo studio, si è ricorso a un calendario di vita (*Life History Calendar*, vedi Freedman, Thornton, Camburn, Alwin, & Young-DeMarco, 1988) sul quale sono indicati, anno per anno, i principali cambiamenti vissuti nell'ambito familiare, professionale, residenziale e della salute.

A sud delle Alpi, l'indagine è stata coordinata dagli autori di questo scritto, in collaborazione con il Dipartimento sanità (ora Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale) della SUPSI e grazie al sostegno del Dipartimento della sanità e della socialità (DSS) del Cantone Ticino. Per la realizzazione delle interviste ci siamo avvalsi della preziosa collaborazione di una cinquantina d'intervistatrici e intervistatori locali, da noi selezionati e che hanno partecipato a un'intensa settimana di formazione. Tra di essi c'erano anche alcune persone bilingui, in modo da offrire l'opportunità ai non-italofoni di rispondere nella loro lingua madre, essenzialmente il tedesco (per maggiori dettagli, vedi: Cavalli, Dasoki, & Rosciano, 2012; Rosciano, Dasoki, Cavalli, & Dus, 2012).

Nell'arco di nove mesi – da settembre 2011 a maggio 2012 – abbiamo contattato 2.225 persone, selezionate dall'Ufficio federale di Statistica e dal Servizio del movimento della popolazione del Cantone Ticino, di età compresa tra i 65 e i 105 anni. Nell'insieme, circa un terzo delle persone interpellate ha accettato di prendere parte alla ricerca, consentendoci di raccogliere 704 dossier completi [T. 3.1]. Conseguenza della casualità della selezione, in alcuni casi ci siamo ritrovati ad intervistare genitore e figlio oppure moglie e marito. Una volta dato il loro accordo a partecipare all'indagine, i soggetti hanno ricevuto per via postale il primo questionario in forma cartacea e il calendario di vita, da compilare autonomamente. In un secondo momento, i partecipanti hanno preso parte a un'intervista faccia a faccia della durata media di due ore (ma non di rado l'intervistatore è dovuto recarsi a più riprese al domicilio della persona anziana per completare l'inchiesta).

T. 3.1

Partecipanti (n) alla ricerca in Ticino, distribuiti per genere e classe di età, e proporzione (%) di persone intervistate tramite un “proxy”

	65-69 anni	70-74 anni	75-79 anni	80-84 anni	85-89 anni	90 e più anni	Totale
Donne	49	63	57	54	55	69	347
Uomini	44	71	63	52	62	65	357
Proxy (%)	1	1	7	15	18	38	14

Fonte: VLV

Una delle difficoltà che si riscontrano nelle indagini sulla popolazione in età avanzata riguarda il fatto che alcuni individui non sono più in grado di rispondere personalmente alle domande, poiché presentano dei deficit di memoria importanti o soffrono di una forma di demenza. Ignorare questa realtà ed escludere queste persone dal campione significherebbe falsare l'analisi e fornire un'immagine distorta delle condizioni di vita, e in particolare di salute, della popolazione anziana. Per ovviare a questo problema abbiamo utilizzato la procedura “proxy” (Kapp, 1995), che prevede che un familiare, un conoscente stretto o, in casa per anziani, un operatore risponda a una versione ridotta del questionario al posto del diretto interessato. Sebbene questa procedura sia stata applicata solo in casi eccezionali presso i giovani anziani, senza il ricorso a un “proxy” non avremmo potuto ottenere dei dati riguardanti un quarto degli ultraottantenni, e addirittura due terzi dei residenti in casa per anziani.

Segnaliamo infine che, tra novembre 2012 e maggio 2014, è stato proposto ad alcuni partecipanti all'indagine di età superiore agli 80 anni di incontrarci di nuovo per realizzare un'intervista approfondita sul tema dell'organizzazione della vita quotidiana e, nello specifico, del ricorso ai servizi domiciliari. In totale sono state raccolte 13 interviste della durata media di un'ora.

Alcune caratteristiche della popolazione anziana residente in Ticino

Le principali caratteristiche socio-demografiche del campione sono riassunte nella tabella [T. 3.2]. Ricordiamo che, per disporre di un numero sufficiente di persone molto anziane (soprattutto uomini), il campione è stato stratificato per genere e classe di età. Nelle analisi che seguono, così come nei prossimi capitoli, i dati sono stati ponderati al fine di ristabilire la struttura reale della popolazione. Quando possibile, le caratteristiche del campione sono state comparate con i dati, relativi al Ticino, della Rilevazione Strutturale (RS) della popolazione. Dal confronto è emerso che non vi sono particolari distorsioni tra i dati di VLV e quelli della RS, per lo meno per quel che riguarda le dimensioni più facilmente paragonabili, ovvero lo stato civile, la confessione religiosa e lo statuto sul mercato del lavoro.

La maggior parte delle persone anziane vive a domicilio in un'abitazione di proprietà, una proporzione in crescita rispetto a quanto osservato da Gerosa (1988) negli anni ottanta. Il 14% degli ultraottantenni risiede in una casa per anziani e poco meno del 2% in un appartamento protetto. Un terzo degli anziani risiede nel centro di uno degli agglomerati ticinesi (Bellinzona, Chiasso-Mendrisio, Locarno e Lugano), poco più della metà in altri comuni dei suddetti agglomerati e i restanti in zone periferiche [T. 3.2].

T. 3.2

Caratteristiche (% in colonna) della popolazione anziana residente, in Ticino

		65-79 anni	80 e più anni
Tipo domicilio	Domicilio	99	86
	Proprietario	66	50
	In affitto	31	30
	Altro	2	6
	Casa per anziani	1	14
Vive solo	No	77	57
	Sì	23	43
Zona di residenza	Urbana	33	33
	Intermedia	54	55
	Periferica	13	12
Nazionalità ¹	Svizzera	86	89
	Italiana	12	10
	Altra	2	1
Formazione	Scuole dell'obbligo	24	43
	Apprendistato	39	30
	Scuola media superiore	19	16
	Scuola professionale superiore	11	6
	Università	7	5
Professione ²	Agricoltori	0	2
	Operai	18	22
	Commercianti, artigiani	5	13
	Impiegati	29	28
	Professioni intermedie	12	11
	Quadri superiori	36	24
Professionalmente attivo	No	88	98
	Sì	12	2
Reddito individuale ³	Basso (< 2.400)	17	33
	Medio (2.400 - 4.800)	35	41
	Elevato (> 4.800)	48	26
Stato civile	Celibe/nubile	10	9
	Sposato	67	39
	Separato/divorziato	9	6
	Vedovo	14	47
Ha figli	No	18	16
	Sì	82	84
Ha nipoti	No	32	25
	Sì	68	75
Ha fratelli/sorelle	No	18	33
	Sì	82	67

¹ Le persone con doppia nazionalità sono considerate svizzere.

² Per le persone sposate, divorziate e vedove, si considera la più elevata tra le ultime professioni dei due coniugi.

³ Un numero elevato di persone - il 19% tra i 65-79 anni e il 26% degli ultraottantenni - non ha fornito indicazioni sul proprio reddito.

Fonte: VLV

Vivere con il coniuge è la condizione più diffusa, soprattutto tra i giovani anziani (65-79 anni), ma con l'avanzare dell'età la probabilità di vivere soli aumenta sensibilmente (43% degli ultraottantenni). Si tratta di un fenomeno in espansione negli ultimi decenni (Sauvain-Dugerdil, 2005; Sauvain-Dugerdil et al., 1997) e che, a causa dell'alto tasso di vedovanza, riguarda in particolare le donne: dopo gli 80 anni il 55% di esse vivono da sole, contro il 23% degli uomini. La convivenza intergenerazionale è invece in declino: concerne un giovane anziano su sette e una persona di 80 anni ed oltre su dieci.

La stragrande maggioranza della popolazione anziana possiede la nazionalità elvetica (i detentori di un doppio passaporto sono considerati come Svizzeri). Uno su dieci è italiano, i rimanenti – ovvero tra l'1 e il 2% degli over 65 – sono quasi tutti germanici. In Ticino vive un numero non indifferente di anziani confederati, spesso arrivati a sud delle Alpi, e in particolare nel Locarnese, dopo il pensionamento (Torricelli, Garlandini, & Mombelli, 2014). Purtroppo, i dati di VLV ad oggi disponibili non ci consentono di quantificare in modo certo questo gruppo (un'analisi dei calendari di vita permetterà di colmare questa lacuna).

La struttura socio-economica della popolazione anziana è profondamente mutata nel corso degli ultimi decenni. È sufficiente confrontare i dati riguardanti giovani e grandi anziani per rendersi conto, ad esempio, di come il tasso d'istruzione sia cresciuto nelle coorti più recenti: il 24% delle persone nate tra il 1932 e il 1946 si è fermato alle scuole dell'obbligo, tasso che si situa al 43% tra i nati prima del 1931. Aggiungiamo, a titolo di paragone, che il 63% delle persone intervistate nello studio di Gerosa (1988) si trovavano nella stessa situazione. Per quanto concerne la categoria socio-professionale (dell'economia domestica), operai, piccoli commercianti e artigiani sono meno numerosi nelle coorti più giovani, a beneficio dei quadri superiori (dirigenti, liberi professionisti e intellettuali). Gli ultrasessantacinquenni professionalmente attivi rappresentano un'esigua minoranza: il 15% degli uomini, rispettivamente il 10% delle donne di età compresa tra i 65 e i 79 anni, e solo il 2% degli ultraottantenni. Da notare che solo due anziani su cinque hanno smesso di lavorare al raggiungimento dell'età AVS, altrettanti sono andati in pensione anticipatamente e il quinto restante ha protratto la propria attività professionale oltre la soglia legale. Se tra i nati prima del 1931 il 57% ha smesso di lavorare all'età del pensionamento, questa proporzione scende al 36% per i membri delle coorti più recenti. Anche la situazione economica varia da una fascia d'età all'altra: la metà dei giovani anziani può contare su un introito individuale superiore ai 4.800 franchi mensili, mentre la percentuale di persone a basso reddito è due volte maggiore tra gli over 80.

Terminiamo con uno sguardo sullo stato civile e la rete familiare. Due terzi dei giovani anziani sono sposati, mentre quasi la metà degli ultraottantenni sono vedovi (ma sarebbe più corretto dire vedove). Più di quattro anziani su cinque ha (ancora) dei figli. Da notare che erano solo il 69% nell'indagine condotta all'inizio degli anni ottanta, a fronte di un 27% di persone anziane che non ha mai avuto discendenti diretti (Gerosa, 1988); fenomeno che si spiega con la bassa fecondità all'inizio del secolo scorso. Il numero di anziani con dei nipoti (abiatici) è più elevato tra gli ultraottantenni, mentre per quanto riguarda la presenza di fratelli e sorelle le percentuali si capovolgono, dato che parecchi grandi anziani hanno già dovuto far fronte alla perdita di uno o più fratelli e sorelle.

La salute della popolazione anziana residente in Ticino

Con l'avanzare dell'età, la salute diventa la principale fonte di cambiamento, e quindi di preoccupazione, nella vita degli individui (Cavalli & Lalive d'Epinay, 2008). Ciò nondimeno, i problemi connessi al proprio stato fisico e psichico variano alquanto da persona a persona. Nel presentare la salute della popolazione anziana residente in Ticino ci serviamo di scale di misurazione e tecniche valutative "classiche"

del campo gerontologico o costruite nell'ambito di lavori precedenti dal nostro gruppo di ricerca (vedi Lalive d'Épinay, Bickel, Maystre, & Vollenwyder, 2000; Lalive d'Épinay & Spini, 2008). In un primo momento analizziamo il grado di dipendenza (incapacità a svolgere le attività della vita quotidiana) e la prevalenza di eventi come le cadute, le malattie e le ospedalizzazioni; in una seconda fase, facciamo ricorso all'indicatore multidimensionale della fragilità.

Cominciamo da quella che viene comunemente definita salute funzionale, che misura i problemi che affliggono un individuo e ne inibiscono comportamenti e attività. Diverse scale valutano la capacità (o incapacità) di una persona a espletare le funzioni fondamentali della vita quotidiana, quali vestirsi, alimentarsi, lavarsi, alzarsi e spostarsi – scala denominata *Activities of Daily Living* (Katz, Ford, Moskowitz, Jackson, & Jaffe, 1963) –, o di svolgere normalmente il proprio ruolo sociale attraverso delle attività come fare la spesa, fare le pulizie domestiche, servirsi dei trasporti pubblici, ecc. – scala che prende il nome di *Instrumental Activities of Daily Living* (Lawton & Brody, 1969). Salvo eccezione, le persone di età compresa tra i 65 e i 79 anni possono compiere da sole, eventualmente con un aiuto tecnico come un bastone, i cinque gesti di base così come la maggior parte delle attività strumentali della vita quotidiana [T. 3.3]. Una volta superata la soglia degli 80 anni, il rischio di incapacità aumenta sensibilmente sebbene, per ogni attività presa singolarmente, la percentuale di grandi anziani indipendenti possa variare tra il 66 (fare il bucato) e il 94% (mangiare e tagliare gli alimenti). Beninteso, il numero di disabilità cresce qualora si restringe l'analisi a dei gruppi specifici, come ad esempio le persone residenti in casa per anziani (vedi Cavalli, 2012; Tomada et al., 2011). Per quanto riguarda gli eventi inerenti alla salute, le differenze tra i due gruppi di età sono meno nette e un numero non irrilevante di giovani anziani soffre di una malattia, è caduto e/o è stato ricoverato in ospedale nel corso dell'ultimo anno.

T. 3.3

Salute (%) della popolazione anziana residente, in Ticino

		65-79 anni	80 e più anni
ADL (incapacità)	Vestirsi	1	13
	Mangiare	1	6
	Igiene personale	1	20
	Alzarsi	1	10
	Spostarsi	1	7
AIDL (incapacità)	Telefonare	1	13
	Fare la spesa	3	30
	Preparare da mangiare	5	25
	Fare le pulizie domestiche	6	31
	Fare il bucato	12	34
	Servirsi dei trasporti pubblici	2	30
	Prendere le medicine	2	16
	Gestire le proprie finanze	3	26
Eventi salute	Cadute (ultimo anno)	19	36
	Malattia	32	46
	Incidente	9	10
	Operazione	13	16
	Ospedalizzazione (ultimo anno)	18	30

Vediamo ora se e come si combinano fra loro i vari problemi di salute. Per determinare lo stato di salute complessivo delle persone anziane residenti in Ticino, facciamo ricorso al concetto di “fragilità”. Negli ultimi anni, il termine fragilità ha conosciuto un successo crescente ed è sempre più utilizzato per definire la condizione della “quarta età” (Lalive d’Epinay & Cavalli, 2013). Nell’ambito della ricerca SWILSOO (*Swiss Interdisciplinary Longitudinal Study of the Oldest Old*), l’équipe diretta da Lalive d’Epinay ha suggerito di distinguere lo stato di fragilità dal processo di fragilizzazione (Lalive d’Epinay & Spini, 2008; Spini, Ghisletta, Guilley, & Lalive d’Epinay, 2007):

- il processo di *fragilizzazione* corrisponde alla riduzione, progressiva o repentina, ma inevitabile con l’avanzare dell’età, delle riserve fisiologiche e sensomotorie. Questo processo può essere accelerato da diversi fattori come una traiettoria biografica segnata da incidenti, dallo sviluppo di malattie gravi, da stili di vita non idonei o da comportamenti a rischio.
- La *fragilità* subentra quando il processo di fragilizzazione raggiunge un livello tale da ledere la resilienza di una persona, vale a dire la sua capacità a preservare un equilibrio con l’ambiente circostante o a ristabilirlo in seguito a degli eventi avversi.

La differenza tra un anziano fragile e uno che non lo è (ancora) non risiede tanto nello stato di salute oggettivo, quanto piuttosto nelle possibili conseguenze di un evento esterno. Una persona fragile si trova infatti in una situazione a rischio di disabilità o di decesso anche a fronte di episodi in apparenza banali.

Definito il concetto, si trattava poi di operationalizzarlo. In gerontologia e in geriatria, sono stati fatti vari tentativi per misurare la fragilità. Tra quelli che hanno riscontrato maggior successo, va segnalato l’approccio di Fried e colleghi (2001) che considera la malnutrizione, la debolezza muscolare, l’affaticamento, il rallentamento negli spostamenti e il basso livello di attività. Anche in SWILSOO (Lalive d’Epinay & Spini, 2008) si sono vagliate cinque dimensioni, sebbene con alcune differenze nei contenuti: mobilità (salire e scendere le scale, spostarsi all’esterno della propria abitazione, percorrere a piedi almeno 200 metri), capacità sensoriali (leggere e seguire una conversazione), cognizione (problemi di memoria), metabolismo energetico (affaticamento e mancanza di appetito), dolori e problemi fisici (localizzati in varie parti del corpo).

Sono quindi state distinte tre situazioni: la dipendenza, definita come l’incapacità a svolgere da solo almeno una delle attività di base della vita quotidiana (ADL, vedi [T. 3.3]); la fragilità, ascritta alle persone che presentano dei deficit in almeno due delle dimensioni sopracitate, ma nessuna incapacità nelle ADL; infine, l’indipendenza, propria delle persone che non sono né dipendenti né fragili. La tabella [T. 3.4] mostra la distribuzione della popolazione anziana residente in Ticino secondo i tre stati di salute e la proporzione di persone con dei deficit per ciascuna delle dimensioni della fragilità. La stragrande maggioranza delle persone di età compresa tra i 65 e i 79 anni è indipendente e solo il 2% di esse dipende all’aiuto di terzi per compiere i gesti essenziali

della vita quotidiana. Ben diversa è la distribuzione dopo gli 80 anni, quando all'incirca una persona su cinque è dipendente e due su cinque sono fragili.

T. 3.4

Stato di salute (% in colonna) e deficit in ciascuna delle dimensioni della fragilità (%) nella popolazione anziana residente, in Ticino

		65-79 anni	80 e più anni
Stato di salute	Indipendente	76	37
	Fragile	22	41
	Dipendente	2	22
Dimensioni della fragilità (deficit)	Problemi fisici	20	33
	Mobilità	9	48
	Energia	30	49
	Memoria	13	37
	Capacità sensoriali	30	57

Fonte: VLV

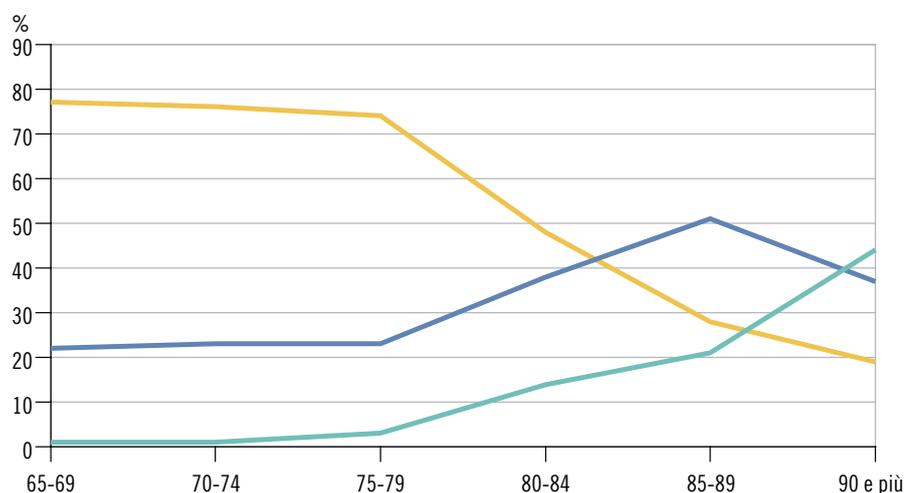
La figura [F. 3.1] ci permette di esaminare più da vicino la distribuzione secondo lo stato di salute nei vari gruppi di età. Fino agli 80 anni (prime tre fasce d'età), la popolazione è prevalentemente composta da persone indipendenti e in buona salute; i dipendenti sono estremamente rari. Tra gli 85 e gli 89 anni, le persone fragili sono più numerose di quelle indipendenti e le persone dipendenti si impongono quale minoranza in crescita. Oltre i 90 anni, i dipendenti diventano il gruppo prevalente; ciò nondimeno, considerati insieme, fragili e indipendenti si confermano più numerosi dei dipendenti.

F. 3.1

Stato di salute della popolazione anziana residente in Ticino (in %), secondo le classi d'età

Fonte: VLV

- Independente
- Fragile
- Dipendente



La salute della popolazione anziana residente nel nostro Cantone è complessivamente buona. Da un lato, fino agli 80 anni la dipendenza concerne solo una piccola minoranza – un'esigua minoranza in termini percentuali, ma che tradotta in numeri reali equivale a più di mille persone che necessitano una presa a carico importante. D'altro canto, la vecchiaia non è sinonimo di dipendenza. Raggiungere un'età avanzata significa vivere l'esperienza della fragilità, che si manifesta in modo distinto da persona a persona (i dipendenti sono tutti anche fragili), ma se alcune situazioni sfociano nella dipendenza, questa non s'impone inesorabilmente. Nell'insieme, questi risultati confermano quanto osserva-

to in Svizzera romanda, dove è stato evidenziato un miglioramento delle condizioni di salute della popolazione anziana nel corso degli ultimi trent'anni (Lalive d'Épinay & Cavalli, 2013). Vediamo ora come tutto ciò si ripercuote sul grado di benessere degli ultrasessantacinquenni.

Il grado di benessere della popolazione anziana residente in Ticino

Nella letteratura scientifica attuale, il concetto di benessere si presenta in due distinte accezioni, ciascuna legata a una corrente teorica specifica (Keyes, Shmotkin, & Ryff, 2002). La prima considera il “benessere psicologico” in un approccio della psicologia dello sviluppo che studia la risoluzione di compiti e sfide propri a ciascuna delle tappe della vita. La seconda, più diffusa in gerontologia sociale, s'interessa al “benessere soggettivo” che comprende la soddisfazione di vita – ossia una valutazione personale e a lungo termine della propria esistenza –, la percezione della salute e gli affetti, siano essi positivi o negativi, che esprimono un giudizio sul presente.

In questa sezione, ci interessiamo alla percezione soggettiva del benessere e della qualità di vita. Ispirandoci ai lavori svolti sull'argomento nell'ambito di SWILSOO (Girardin & Spini, 2008; Girardin, Spini, & Ryser, 2008), misuriamo il benessere affettivo sulla base di alcuni indicatori della *Self-Assessing Depression Scale* (Wang, Treul, & Alverno, 1975): provare piacere nelle cose che si fanno, avere fiducia in se stessi o nel futuro per quanto riguarda gli affetti positivi; i sentimenti di solitudine, tristezza, noia e ansia, cui si aggiungono le crisi di pianto per gli affetti negativi. Quello che gli autori di SWILSOO hanno denominato benessere cognitivo (Girardin & Spini, 2008) è valutato attraverso due domande sulla percezione della salute: “Si preoccupa per la sua salute?” (Wang et al., 1975), rispettivamente “Come valuta il suo stato di salute attuale?”, così come sui cinque indicatori della *Satisfaction with Life Scale* (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985). Il fatto di porre l'accento sulla percezione soggettiva del benessere ci ha costretto a escludere, nelle analisi che seguono, i questionari “proxy”.

Negli ultimi decenni, non solo la speranza di vita è aumentata ma i nuovi anziani beneficiano di una migliore forma fisica e mentale, di maggiori riserve cognitive e emotive, di alti livelli di benessere e di plasticità cognitiva, ovvero quell'insieme di procedure utili per compensare le perdite e sfruttare al meglio i guadagni che caratterizzano il processo d'invecchiamento (Baltes & Smith, 2003; vedi anche Marigo et al., 2009). In generale, le persone anziane dimostrano una notevole capacità di adattamento e ricorrono a varie strategie, con l'obiettivo di cambiare la realtà per renderla conforme alle proprie aspettative o, nella misura in cui questi tentativi falliscono, di agire sull'immagine di sé e modificare le aspettative per renderle più realistiche (Heckhausen & Schulz, 1995).

Ad esempio, al fine di relativizzare le perdite nel campo della salute, gli anziani si guardano attorno, osservano i loro coetanei e tendono a confrontarsi con chi sta peggio, con chi soffre di malattie invalidanti. Da questo “confronto sociale verso il basso” (vedi Henchoz, Cavalli, & Girardin, 2008) traggono il sentimento di essere fortunati a beneficiare di una salute, nonostante tutto, ancora accettabile per la loro età. Si trat-

ta di uno dei meccanismi all'origine di quello che è noto in letteratura come il “paradosso del benessere nell'invecchiamento” (Girardin et al., 2008; Kunzmann, Little, & Smith, 2000): con l'avanzare dell'età, il giudizio sulla propria salute e il senso di benessere tendono a mantenersi a livelli relativamente alti, e questo malgrado la salute oggettiva e le capacità cognitive conoscano un declino.

La tabella [T. 3.5] mostra che la maggioranza degli anziani residenti in Ticino ha dei livelli soddisfacenti di benessere, quale che sia la componente considerata. Quasi tutti dichiarano provare piacere nelle cose che fanno (97%) e avere fiducia in se stessi (93%), tre su quattro guardano al futuro con ottimismo (73%). Per quel che concerne gli affetti negativi, le percentuali sono molto più basse: l'ansia colpisce il 17% degli ultrasessantacinquenni, la solitudine il 12%, la noia il 10%, la tristezza il 9% e le crisi di pianto il 7%. Per quanto attiene alla dimensione cognitiva del benessere, più della metà delle persone considera la propria salute come buona o molto buona, per un terzo di esse è fonte di preoccupazione; infine, la maggior parte degli anziani si esprime positivamente sui diversi indicatori con cui è misurata la soddisfazione di vita, anche se, potendo tornare indietro, uno su tre non rifarebbe esattamente le stesse esperienze. Nel complesso, i risultati ottenuti confermano le tendenze osservate in Svizzera romanda (Girardin et al., 2008; Lalive d'Épinay et al., 2000). Rispetto all'indagine di Gerosa (1988), i nuovi anziani ottengono dei risultati migliori sugli affetti positivi, ma sono leggermente più numerosi a soffrire d'ansia e di solitudine.

T. 3.5

Benessere della popolazione anziana residente, in Ticino (in %)

Benessere affettivo ¹	
Affetti positivi	
Ho piacere nelle cose che faccio	97
Ho fiducia in me stesso/a	93
Ho fiducia nel futuro	73
Affetti negativi	
Mi sento ansioso/a, angosciato/a	17
Mi sento un po' solo/a, isolato/a, anche tra amici	12
Trovo che il tempo sia lungo	10
Mi sento triste	9
Ho delle crisi di pianto e voglia di piangere	7
Benessere cognitivo	
Percezione della salute	
Mi preoccupa per la mia salute ¹	33
Valutazione positiva dello stato di salute ²	54
Soddisfazione di vita³	
In generale la mia vita si avvicina ai miei ideali	75
Le mie condizioni di vita sono eccellenti	72
Sono soddisfatto/a della mia vita	85
Fino ad ora ho ottenuto le cose importanti che volevo dalla vita	78
Se potessi vivere la mia vita di nuovo, non cambierei quasi nulla	65

¹ Risposte “spesso” o “sempre”.

² Risposte “buono” o “molto buono”.

³ Risposte da “leggermente d'accordo” a “fortemente d'accordo”.

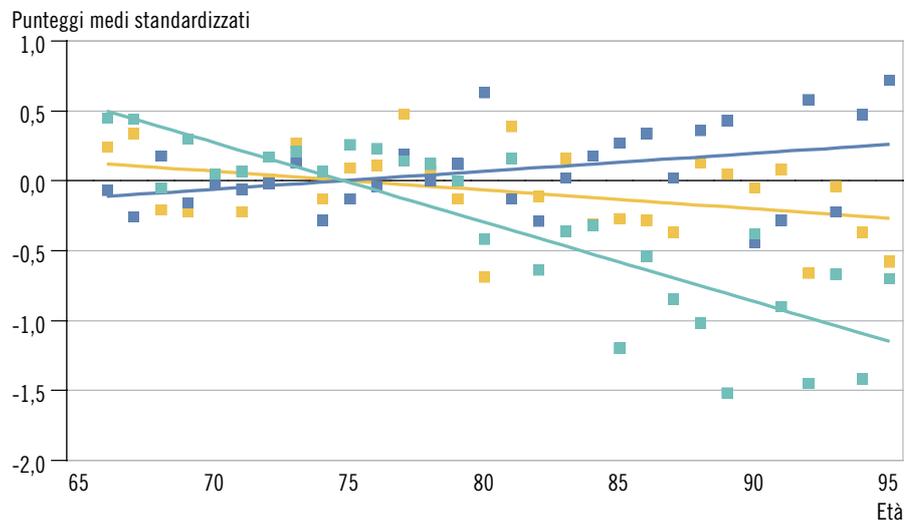
² Al fine di poter confrontare i risultati della figura con quelli pubblicati da Girardin e colleghi (2008, p. 135) non abbiamo considerato la soddisfazione di vita. Le persone di 96 anni ed oltre, presenti in numero ridotto nel campione, sono state escluse dall'analisi.

Con la figura [F. 3.2] andiamo a raffrontare la distribuzione, in funzione dell'età degli individui, del benessere affettivo, della percezione della salute, e infine di una misura più oggettiva della salute, ovvero il numero di deficit sulle cinque dimensioni della fragilità.² La salute oggettiva, non è una sorpresa, si aggrava con l'aumentare dell'età; anche i punteggi medi del benessere affettivo sono migliori tra gli anziani più giovani, ma le differenze sono decisamente meno accentuate; la percezione della salute, dal canto suo, è pressoché la stessa a tutte le età (anzi, riscontriamo dei valori leggermente più elevati tra i grandi anziani). I risultati di VLV confermano quindi il “paradosso del benessere” e sono affini a quelli ottenuti nell'ambito dello studio SWILSOO (Girardin et al., 2008). Un dato, questo, che merita di essere sottolineato, poiché se in Ticino non possiamo seguire l'evoluzione nel tempo di un gruppo di anziani, i colleghi romandi si basano su una ricerca longitudinale protrattasi per un decennio.

F. 3.2

Benessere affettivo, percezione della salute e salute oggettiva secondo l'età
Fonte: VLV

- Benessere affettivo
- Percezione della salute
- Salute oggettiva



Se il grado di benessere varia di poco in funzione dell'età degli individui, delle differenze significative si osservano secondo lo stato di salute [T. 3.6]. Rispetto alle persone indipendenti, gli anziani fragili, e ancor più i dipendenti, presentano dei valori inferiori di benessere affettivo, si preoccupano in maggior misura della loro salute, che valutano in termini più negativi, e sono meno soddisfatti della loro vita. L'unica eccezione è costituita da due degli affetti positivi – provare piacere nelle cose che si fanno e avere fiducia in se stessi –, che non si differenziano in modo significativo nei tre gruppi considerati.

Riassumendo, la popolazione anziana residente in Ticino, nel suo insieme, riporta un buon livello di benessere. I risultati di VLV confermano che la salute declina con l'avanzare dell'età [F. 3.1 e F. 3.2]; i dati attestano altresì l'esistenza di un legame forte tra stato di salute e benessere [T. 3.6]; ciò nonostante, con l'avanzare dell'età, la forbice tra condizione oggettiva e percezione soggettiva si allarga [F. 3.2]. Lungi dal subire apaticamente gli acciacchi della vecchiaia e sprofondare nella depressione, molti anziani fanno prova di grandi capacità di adattamento, flessibilità e resilienza, scegliendo di prendere in mano la loro esistenza per cercare di mantenere o ricostruire una vita quotidiana che abbia senso, che continui a meritare di essere vissuta (vedi Lalive d'Epina & Cavalli, 2013, Cap. 6).

T. 3.6

Benessere (valori medi) della popolazione anziana residente, secondo lo stato di salute, in Ticino

	Indipendente	Fragile	Dipendente	Sig. ¹
Benessere affettivo²				
Affetti positivi				
Ho piacere nelle cose che faccio	2,61	2,49	2,67	n.s.
Ho fiducia in me stesso/a	2,44	2,35	2,31	n.s.
Ho fiducia nel futuro	2,15	1,79	1,40	***
Affetti negativi				
Mi sento ansioso/a, angosciato/a	0,62	1,04	1,06	***
Mi sento un po' solo/a, isolato/a, anche tra amici	0,48	0,77	0,88	**
Trovo che il tempo sia lungo	0,40	0,65	1,29	***
Mi sento triste	0,57	0,92	0,88	***
Ho delle crisi di pianto e voglia di piangere	0,43	0,65	0,42	**
Benessere cognitivo				
Percezione della salute				
Mi preoccupa per la mia salute ²	1,01	1,32	1,82	***
Valutazione dello stato di salute ³	2,26	2,91	3,47	***
Soddisfazione di vita⁴				
In generale la mia vita si avvicina ai miei ideali	5,44	4,85	4,31	***
Le mie condizioni di vita sono eccellenti	5,41	4,58	3,61	***
Sono soddisfatto/a della mia vita	5,80	5,25	4,76	**
Fino ad ora ho ottenuto le cose importanti che volevo dalla vita	5,47	5,06	5,58	**
Se potessi vivere la mia vita di nuovo, non cambierei quasi nulla	5,10	4,25	4,41	***

¹ Test di Kruskal-Wallis. Significatività: n.s. = non significativo; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$.

² Scala da “mai” (0) a “sempre” (3).

³ Scala da “molto buono” (1) a “cattivo” (5).

⁴ Scala da “completamente in disaccordo” (1) a “completamente d'accordo” (7).

Fonte: VLV

Lo scambio di servizi nella popolazione anziana

Porre l'accento, come noi stessi l'abbiamo appena fatto, sulla salute della popolazione di 65 anni ed oltre può contribuire a rafforzare l'immagine dell'anziano come fardello, riducendolo al semplice ruolo di beneficiario di aiuti e cure, e trascurando il suo contributo alla società. Eppure, negli ultimi anni, le ricerche sugli scambi di servizi che coinvolgono delle persone anziane hanno messo in evidenza il loro ruolo nella solidarietà inter- e intra-generazionale (Armi, Guilley, & Lalive d'Épinay, 2008; Attias-Donfut, 1995; Pavalko, 2011).

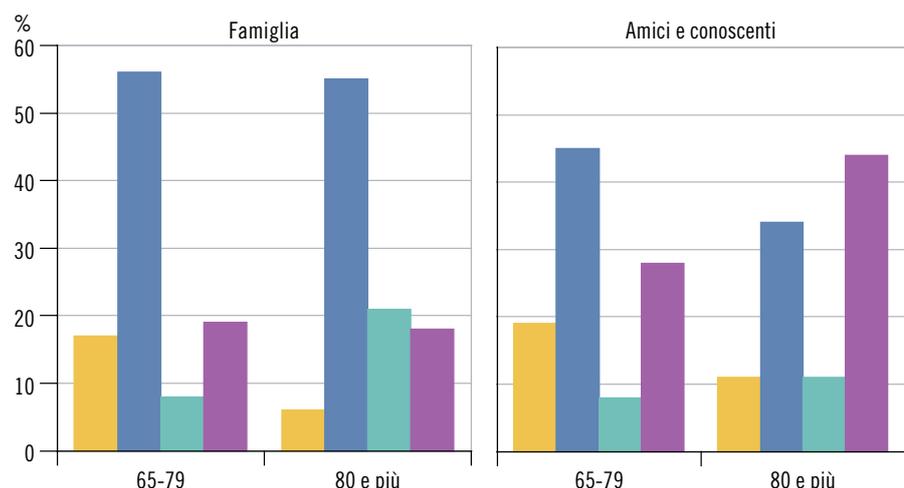
Il tessuto sociale e relazionale degli anziani comprende le cosiddette reti informali (o naturali) – che fanno capo ai familiari, agli amici, ai vicini di casa e ad altri conoscenti – e la rete formale (o professionale) – che annovera l'insieme dei servizi socio-gerontologici pubblici o privati. Il ricorso ai servizi formali è argomento del Cap. 5. Vediamo ora in che misura gli ultrasessantacinquenni residenti in Ticino partecipano ai circuiti di scambio di favori nella cerchia familiare, rispettivamente con amici e conoscenti.

Nell'ambito di VLV, sono state elencate ai partecipanti allo studio delle liste di servizi che si possono rendere a, o ricevere da, persone vicine, siano esse membri della famiglia o amici, conoscenti e vicini, ma senza tener conto dei conviventi. Per ogni prestazione, la persona intervistata è stata chiamata a indicare la frequenza dello scambio scegliendo fra le risposte “mai”, “raramente”, “a volte” o “spesso”. Siccome, in Ticino, le domande sugli aiuti extra-familiari non sono state rivolte ai “proxy”, le analisi che seguono

no riguardano soltanto le persone in grado di rispondere in prima persona all'indagine (campione di 606 persone). Le attività che esaminiamo qui possono essere raggruppate in tre insiemi: i servizi strumentali atti ad aiutare il ricevente nella vita quotidiana (svolgere i lavori domestici, fare la spesa, portare o preparare dei pasti, assistere nella cura dell'igiene personale); quelli di natura relazionale ed emozionale (accompagnare una persona anziana o disabile a fare una passeggiata, a uno spettacolo, al bar o al ristorante, assicurare compagnia e presenza fornendo, ove necessario, sostegno morale e conforto); infine, due tipi di favori più specifici e occasionali (fare delle piccole riparazioni o delle attività di giardinaggio, aiutare a completare la dichiarazione delle imposte piuttosto che di un'assicurazione). Consideriamo i servizi resi o ricevuti con una certa regolarità – risposte “a volte” e “spesso” – e definiamo la posizione di ciascun individuo in un sistema di scambi di favori a seconda che egli sia un donatore – rende almeno un servizio – o un fruitore – riceve almeno un servizio (Lalivie d'Épinay et al., 2000, p. 244). È sufficiente uno sguardo alla figura [F. 3.3] per rendersi conto dell'importante ruolo assunto dagli anziani all'interno delle reti di aiuto informale, un esempio di solidarietà silenziosa e spesso trascurata. Tre giovani anziani su quattro e tre ultraottantenni su cinque elargiscono dei servizi a dei famigliari, di regola un figlio, meno sovente un nipote, un fratello o una sorella (per i più giovani, anche un genitore ancora in vita). Il tutto avviene in un contesto dove la reciprocità domina: sono infatti più della metà gli over 65 a fornire e al tempo stesso ricevere dei servizi. Nella maggior parte dei casi sono i figli (e le figlie!) a rendere dei favori. Coloro che beneficiano di assistenza senza darne sono più numerosi tra i grandi anziani (21%, contro l'8% delle persone di età compresa tra i 65 e i 79 anni). Un'analisi più dettagliata mostra come gli anziani prestino soprattutto dei servizi di natura relazionale: più del 40% dichiarano dedicare del tempo a dei famigliari, assicurando loro conforto e compagnia. I giovani anziani sono pure numerosi a eseguire per conto di altri delle riparazioni o a impegnarsi nelle attività di giardinaggio (38%), a cucinare (36%), a fare le pulizie (24%) o la spesa (29%). Anche per quanto riguarda i servizi ricevuti prevalgono le attività prettamente relazionali: la metà delle persone anziane gode regolarmente della compagnia di parenti, il 42% può contare su di essi per farsi accompagnare a compiere una passeggiata o ad assistere a uno spettacolo. Un numero non indifferente di ultraottantenni riceve degli aiuti per la spesa (39%), per compilare la dichiarazione delle imposte (32%), per le pulizie domestiche (29%) e la preparazione dei pasti (26%).

F. 3.3
Posizione nel sistema di scambi di servizi con i membri della famiglia e con gli amici o i conoscenti
 Fonte: VLV

- Dare
- Dare e ricevere
- Ricevere
- Senza scambi



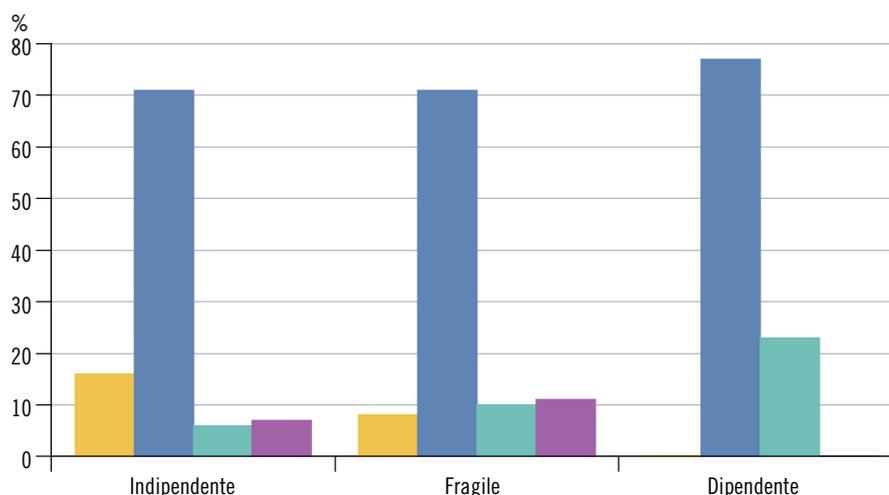
Finora ci siamo concentrati su chi rende e/o riceve dei servizi. Aggiungiamo che un quinto degli anziani si situa al di fuori del sistema di scambi familiari, una proporzione che cresce quando si valutano i servizi informali extra-famigliari, in particolare tra gli ultraottantenni. In questa fascia d'età, il 44% delle persone non dispensa, se non sporadicamente, favori ad amici e conoscenti, né ne fruisce. Due spiegazioni possono essere avanzate: in primo luogo, invecchiando la cerchia degli amici, composta soprattutto da contemporanei, si restringe in seguito ai decessi (Cavalli, Guillet, & Lalive d'Épinay, 2008); in secondo luogo, costretto a far fronte al proprio declino, l'anziano procede gradualmente ad una selezione delle persone care con le quali mantenere i legami più significativi e su cui investire le risorse emotive e cognitive di cui dispone (Carstensen, 1992; Clément & Mantovani, 1999). Detto ciò, la solidarietà con amici e conoscenti costituisce un fenomeno non trascurabile: ad esempio, poco meno della metà degli anziani assicurano loro compagnia e sostegno morale, quasi altrettanti beneficiano a loro volta di questo supporto, un giovane anziano su tre e un quarto degli ultraottantenni si fanno accompagnare per delle escursioni all'esterno del loro domicilio. Se combiniamo le due cerchie (familiare e degli amici), il 92% degli anziani residenti in Ticino è integrato in una rete di scambi di servizi, il 70% fornisce e riceve almeno un aiuto.

F. 3.4

Posizione nel sistema di scambi di servizi con i membri della famiglia o con gli amici e i conoscenti, secondo lo stato di salute

Fonte: VLV

- Dare
- Dare e ricevere
- Ricevere
- Senza scambi



Esaminiamo ora l'impatto della salute sulla posizione degli individui nel sistema [F. 3.4]. I risultati sono a dir poco sorprendenti. A prescindere dallo stato di salute, la stragrande maggioranza degli anziani sono inseriti in un sistema di scambi di servizi basato sulla reciprocità. Le differenze fra persone in buona salute e fragili sono minime, con gli indipendenti che si ritrovano più spesso nella categoria di chi dona senza ricevere (16 contro 8%). I dipendenti si contraddistinguono nella misura in cui tutti fruiscono di aiuti, da parte dei membri della famiglia o, più raramente, da amici e conoscenti. Tre su quattro beneficiano della consueta compagnia di parenti, poco meno della metà possono contare sui famigliari per espletare le pulizie, fare gli acquisti, preparare pranzi e cene, curare l'igiene personale. Il fatto di dipendere dall'aiuto di terzi per alcuni aspetti basilari della vita quotidiana non esclude però la possibilità che la persona anziana possa ancora dare il suo contributo. Questo avviene soprattutto a livello relazionale: la metà dei dipendenti afferma assicurare compagnia e sostegno morale ad

almeno un membro della famiglia, il 38% ad amici, vicini di casa o altri conoscenti.

Si tratta di dati confortanti, che si distanziano da quanto osservato in Svizzera romanda (Armi et al., 2008; Lalive d'Épinay et al., 2000, Cap. 7), ma che necessitano di essere ulteriormente approfonditi.³ Vi leggiamo fra le righe la volontà dell'anziano, nonostante una salute sempre più debole e l'accumulo di ostacoli (pensiamo solo alle limitazioni nella mobilità o al rischio crescente di confinamento al proprio domicilio), di battersi con tutti i mezzi a sua disposizione per non doversi rassegnare a un ruolo passivo, ricevere senza più dare. L'alto numero di fragili e dipendenti che continuano a elargire dei servizi lascia supporre che vogliono preservare il più possibile il loro status di donatore.

Comportandosi in questo modo, l'anziano si rende utile al proprio *entourage* ma, più di ogni altra cosa, fa un favore a se stesso. Fragilità e dipendenza rischiano di compromettere la capacità di rendersi utile, mettono in pericolo l'attitudine alla reciprocità. Chi vede annichilita la possibilità di prestare dei servizi lo vive in modo doloroso, poiché, come dimostrato da Mauss (1923-24) nella sua teoria del dono, il fatto di donare avvalorava la condizione di soggetto di un individuo, mentre il fatto di poter soltanto ricevere senza poter a propria volta offrire riduce la persona allo stato di oggetto (vedi anche Lalive d'Épinay, 2010). I dati di VLV-Ticino sembrano andare in questa direzione: infatti, chi fruisce di servizi senza fornirne alcuno è meno soddisfatto della propria vita e presenta un grado di benessere affettivo inferiore.

³ Non disponiamo di un numero sufficiente di persone dipendenti (anche perché i "proxy" non sono qui inclusi) per poter procedere ad un'analisi dettagliata dei componenti di questo gruppo.

Bibliografia

Armi, F., Guilley, E., & Lalive d'Épinay, C. (2008). Entraide et recours aux services. In C. Lalive d'Épinay & D. Spini (Eds.), *Les années fragiles. La vie au-delà de quatre-vingts ans* (pp. 209-246). Québec: Les Presses de l'Université Laval.

Attias-Donfut, C. (Ed.). (1995). *Les solidarités entre générations. Vieillesse, familles, Etat*. Paris: Nathan.

Baltes, P. B., & Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, 49, 123-135.

Bertini, L., Biaggi, A., Masotti, B., Meli, G., Mustacchi, C., Nussio, M., & Poletti, F. (2012). *Beanza. Benessere e qualità di vita negli anziani di oggi: un approccio autobiografico*. Manno: Dipartimento sanità, Dipartimento scienze aziendali e sociali, Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana.

Borioli, M. (2013). Verso un atlante comunale dell'invecchiamento. Dal cantone ai distretti. *Extra Dati*, XIII(2), 1-17.

Carlevaro, T. (1999). *Ottant'anni ed oltre. Uno studio epidemiologico medico e assistenziale riguardante il Cantone Ticino*. Lugano: Pro Senectute Ticino e Moesano.

- Carstensen, L. L. (1992). Social and emotional patterns in adulthood: Support for socioemotional selectivity theory. *Psychology and Aging*, 7(3), 331-338.
- Cavalli, S. (2012). *Trajectoires de vie dans la grande vieillesse. Rester chez soi ou s'installer en institution?* Chêne-Bourg: Georg.
- Cavalli, S., Dasoki, N., & Rosciano, A. (2012). Vivre/Leben/Vivere. Uno studio sulle condizioni di vita e di salute degli over 65. *Argomenti*, www.ti.ch/argomenti, 8 novembre 2011.
- Cavalli, S., Guillet, L. A., & Lalive d'Épinay, C. J. (2008). The death of a close relative or friend: Impact on health and relationships. In E. Guillely & C. J. Lalive d'Épinay (Eds.), *The closing chapters of long lives: Results from the 10-year SWILSOO study on the oldest old* (pp. 65-82). New York: Nova Science.
- Cavalli, S., & Lalive d'Épinay, C. (2008). L'identification et l'évaluation des changements au cours de la vie adulte. *Swiss Journal of Sociology*, 34(3), 453-472.
- Clément, S., & Mantovani, J. (1999). Les déprises en fin de parcours de vie. Les toutes dernières années de la vie. *Gérontologie et Société*, 90, 95-108.
- Crivelli, R., Ardia, M., Bervini, R., Cattaneo, D., Caiata-Olgiati, G., Dozio, G. C., ... Piatti, F. (2010). *Coabitati-Ti. Concetto di abitazioni per anziani in Ticino*. Manno: Scuola universitaria e professionale della Svizzera italiana.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.
- Egloff, M. (2012). *Nuovi orizzonti per Pro Senectute Ticino e Moesano*. Mendrisio: Pro Senectute Ticino e Moesano.
- Freedman, D., Thornton, A., Camburn, D., Alwin, D. F., & Young-DeMarco, L. (1988). The Life History Calendar: A technique for collecting retrospective data. *Sociological Methodology*, 18, 37-68.
- Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J. D., Newman, A. B., Hirsch, C. H., Gottdiener, J. S., . . . McBurnie, M. A. (2001). Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 56A(3), M146-M156.
- Galli, E., & Padovani, G. (2000). *La memoria degli anziani ticinesi alla fine del millennio*. Bellinzona: Salvioni.
- Gerosa, E. (1988). *La popolazione anziana del Canton Ticino. Un'indagine sui bisogni e sui modi di vita*. Milano: Franco Angeli.

Gianocca, C., Quadranti, A., & Quaglia, J. (1998). *Residenti in case per anziani. Risultati del rilevamento sociodemografico degli ospiti di case per anziani 1988-1996*. Bellinzona: Ufficio di statistica.

Girardin, M., & Spini, D. (2008). Fragilité, perception de la santé et bien-être. In C. Lalive d'Épinay & D. Spini (Eds.), *Les années fragiles. La vie au-delà de quatre-vingts ans* (pp. 281-308). Québec: Les Presses de l'Université Laval.

Girardin, M., Spini, D., & Ryser, V.-A. (2008). The paradox of well-being in later life: Effectiveness of downward social comparison during the frailty process. In E. Guillely & C. J. Lalive d'Épinay (Eds.), *The closing chapters of long lives: Results from the 10-year SWILSOO study on the oldest old* (pp. 129-142). New York: Nova Science.

Heckhausen, J., & Schulz, R. (1995). A lifespan theory of control. *Psychological Review*, *100*(2), 284-304.

Henchoz, K., Cavalli, S., & Girardin, M. (2008). Perception de la santé et comparaison sociale dans le grand âge. *Sciences Sociales et Santé*, *26*(3), 47-72. doi: 10.1684/sss.2008.0303.

Kapp, M. B. (1995). Proxy decision making. In G. L. Maddox (Ed.), *The encyclopedia of aging (2nd edition)* (pp. 771-772). New York: Springer.

Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A., & Jaffe, M. W. (1963). Studies of illness in the aged. The index of ADL: A standardized measure of biological and psychological function. *JAMA*, *185*(12), 914-919.

Keyes, C. L., Shmotkin, D., & Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, *82*(6), 1007-1022.

Kunzmann, U., Little, T. D., & Smith, J. (2000). Is age-related stability of subjective well-being a paradox? Cross-sectional and longitudinal evidence from the Berlin Aging Study. *Psychology and Aging*, *15*(3), 511-526.

Lalive d'Épinay, C. (2010). L'anziano quale cittadino. Responsabilità e solidarietà nell'età avanzata. *Quaderni Coscienza Svizzera*, *30*, 51-68.

Lalive d'Épinay, C., Bickel, J.-F., Maystre, C., & Vollenwyder, N. (2000). *Vieillesse au fil du temps: 1979-1994. Une révolution tranquille*. Lausanne: Réalités sociales.

Lalive d'Épinay, C., & Cavalli, S. (2013). *Le quatrième âge ou la dernière étape de la vie*. Lausanne: Presses polytechniques et universitaires romandes, Coll. Le savoir suisse.

Lalivé d'Épinay, C., & Spini, D. (Eds.). (2008). *Les années fragiles. La vie au-delà de quatre-vingts ans*. Québec: Les Presses de l'Université Laval.

Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 9, 179-186.

Lomazzi, L. (2012). *Rilevazione della soddisfazione e della qualità percepita nelle case per anziani: il punto di vista dei residenti e delle persone a loro vicine*. Manno: Dipartimento scienze aziendali e sociali, Dipartimento sanità, Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana.

Ludwig, C., Cavalli, S., & Oris, M. (2014). 'Vivre / Leben / Vivere': An interdisciplinary survey addressing progress and inequalities of aging over the past 30 years in Switzerland. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 59(2), 240-248.

Marigo, C., Borella, E., De Beni, R., Caprara, M., Fernández-Ballesteros, R., Grano, C., & Lucidi, F. (2009). Invecchiamento di successo: vivere a lungo, vivere bene. In R. De Beni (Ed.), *Psicologia dell'invecchiamento* (pp. 233-258). Bologna: Il Mulino.

Mauss, M. (1923-24). Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques. *L'Année sociologique, Nouvelle série, Tome 1*, 30-186.

Moretti-Varile, T. (1996). *Solitudine no... ma tristezza. Vissuti ed esperienze raccontate da un gruppo di vedove*. Giubiasco: Associazione Ticinese Terza Età.

Pavalko, E. K. (2011). Caregiving and the life course: Connecting the personal and the public. In R. A. Settersten & J. L. Angel (Eds.), *Handbook of sociology of aging* (pp. 603-616). New York: Springer.

Pezzati, R., Crivelli, R., Ardia, M., Jelmini, M., Marrocco, J., Sargenti, C., Tamagni, B. (2011). *VI-VES: Vivere meglio vestendo bene*. Manno: Dipartimento sanità, Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana.

Rosciano, A., Dasoki, N., Cavalli, S., & Dus, D. (2012). Vivre/Leben/Vivere. Uno studio interdisciplinare sulle condizioni di vita degli ultrasessantacinquenni in Svizzera, *Dati - statistiche e società*, XII(1), 114-117.

Sauvain-Dugerdil, C. (2005). Etapes de la vie familiale et modes de résidence. In P. Wanner, C. Sauvain-Dugerdil, E. Guillely & C. Hussy (Eds.), *Âges et générations. La vie après 50 ans en Suisse* (pp. 35-54). Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.

Sauvain-Dugerdil, C., Kalmykova, N., Gu, H. G., Ritschard, G., Olszak, M., & Hagmann, H.-M. (1997). Vivre sa vieillesse en Suisse. Les transformations des modes de résidence des personnes âgées. *European Journal of Population*, 13, 169-212.

Spini, D., Ghisletta, P., Guillely, E., & Lalive d'Épinay, C. J. (2007). Frail elderly. In J. E. Birren (Ed.), *Encyclopedia of gerontology. Age, aging, and the aged (Vol. 1)* (pp. 572-579). Oxford: Elsevier.

Tomada, A., Quaglia, J., & Casabianca, A. (2011). Lo stato di salute delle persone anziane in istituzioni in Ticino (prima parte). *Dati*, 1, 36-45.

Torricelli, G. P., Garlandini, S., & Mombelli, G. (2014). *Lo sviluppo territoriale nel Cantone Ticino 2013-14*. Bellinzona-Mendrisio: Dipartimento del territorio, Università della Svizzera italiana.

Wang, R. I., Treul, S. R., & Alverno, L. (1975). A brief self-assessing depression scale. *The Journal of Clinical Pharmacology*, 15, 163-167.

4. TERZA ETÀ E VULNERABILITÀ

Stefano Cavalli

Centro competenze anziani, Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale,
Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana

Daniela Dus

Facoltà di economia, Università della Svizzera italiana

Nel corso degli ultimi decenni, le condizioni di vita e di salute delle persone anziane sono sensibilmente migliorate (per la Svizzera, vedi Lalive d'Epina y, Bickel, Maystre, & Vollenwyder, 2000; Lalive d'Epina y & Cavalli, 2013). Al tempo stesso, abbiamo assistito all'emergere della cosiddetta "terza età" (Laslett, 1992 [1989]), frutto di una progressiva dissociazione tra l'uscita dal lavoro e il momento in cui si entra nella vecchiaia, o "quarta età". Ai giorni nostri, la terza età si presenta come una nuova fase della vita ricca di potenzialità, mentre la quarta età è caratterizzata da varie forme di fragilizzazione (Lalive d'Epina y & Cavalli, 2013; Lalive d'Epina y & Spini, 2008). Come definire e delimitare queste due tappe della vita resta controverso (vedi Cap. 1). Il rischio è di considerare tutti i giovani pensionati in buona salute, attivi e desiderosi di approfittare di quanto la vita e il mondo moderno offrono loro e di contrapporli a dei grandi anziani affetti da poli-patologie e confinati ai margini della società (Baltes & Smith, 2003).

La ricerca in geriatria e in gerontologia tende sempre più a focalizzarsi sugli ultraottantenni: le loro condizioni di salute, i loro bisogni e le differenti forme di presa a carico delle situazioni di fragilità e dipendenza (vedi Cap. 5). Dal canto loro, i servizi cantonali preposti alla pianificazione delle politiche in favore degli anziani hanno concentrato i loro sforzi sugli aspetti sanitari e, pertanto, sulle necessità della quarta età (servizi di assistenza e cura a domicilio e case per anziani *in primis*).

In questo capitolo invece, sulla base dei dati di VLV (per una presentazione della ricerca, vedi Cap. 3), ci interessiamo ai bisogni delle persone di età compresa tra i 65 e i 79 anni residenti in Ticino. Come illustrato nel capitolo precedente, la maggior parte degli intervistati di questa fascia d'età è pienamente autonoma e in buona salute, i casi di dipendenza (incapacità a svolgere da soli le attività di base della vita quotidiana) sono assai rari, eppure una persona su cinque risulta essere fragile [T. 3.4]. In che misura i problemi di salute dei giovani anziani si coniugano con altre forme di vulnerabilità, come la precarietà economica e l'isolamento sociale? Quali sono i gruppi della popolazione che incorrono in un rischio maggiore? Dopo aver quantificato il fenomeno e averlo trattato, par quanto possibile, da un punto di vista oggettivo, ci interesseremo alla percezione soggettiva della vulnerabilità nella terza età e incroceremo questi due sguardi, quello dell'osservatore esterno che si basa su dati di fatto e quello dei giovani anziani chiamati a interpretare la loro situazione. I dati presentati qui si riferiscono a 330 giovani anziani in grado di rispondere personalmente ai questionari e che vivono a domicilio. Sono quindi state escluse 17 persone residenti in casa per anziani o di cui abbiamo raccolto le informazioni attraverso un "proxy" (un familiare o un conoscente stretto).

Le dimensioni della vulnerabilità

In una società dove si diffondono rischi e insicurezze (Beck, 2000 [1986]) e i percorsi di vita diventano imprevedibili e destrutturati (Cavalli, 2007), la vulnerabilità è una preoccupazione che concerne un numero sempre maggiore di individui. Negli ultimi anni, la comunità scientifica ha prestato un'attenzione crescente a questo tema. Malgrado ciò, ad oggi non esiste una definizione chiara e condivisa della vulnera-

bilità. Spini e colleghi la definiscono come una condizione caratterizzata dalla carenza di risorse – siano esse biologiche, sociali o psicologiche – che, in un contesto specifico, espongono degli individui, o dei gruppi di individui, al rischio di sperimentare le conseguenze negative di eventi avversi, senza riuscire a farvi fronte in modo efficace (Spini, Hanappi, Bernardi, Oris, & Bickel, 2013). La vulnerabilità può essere intesa sia come uno stato, una condizione effettiva del presente, sia a come un processo, esplicito o latente, risultato di un progressivo indebolimento o di un accumulo di svantaggi nel corso della vita. Essa dipende in parte dalle risorse e caratteristiche individuali, ma anche dal contesto socio-economico di appartenenza e dalla rete familiare e amicale in cui si è inseriti. Si tratta inoltre di un concetto interdisciplinare, diversamente da quelli di povertà, isolamento o esclusione sociale propri alla sociologia, e da quelli di stress o depressione in voga in psicologia. Nel campo gerontologico, si privilegia la nozione di fragilità che pone l'accento sul decadimento della salute psico-fisica (Fried et al., 2001; Spini, Ghisletta, Guilley, & Lalive d'Epinay, 2007; vedi anche Cap. 3), benché alcuni autori, in particolare britannici, facciano ricorso al termine di vulnerabilità a proposito delle persone anziane che non dispongono più di riserve sufficienti per affrontare con successo le sfide della vecchiaia (e.g., Grundy, 2006).

In questo studio consideriamo tre dimensioni della vulnerabilità nella terza età, che riguardano rispettivamente lo stato di salute, la situazione economica e l'inserimento relazionale. La costruzione dell'indicatore sullo stato di salute, ripreso da Lalive d'Epinay e dalla sua équipe (Lalive d'Epinay & Spini, 2008), è stata descritta in modo dettagliato nel Cap. 3. Consideriamo come vulnerabili le persone dipendenti e quelle fragili. Come lo indica la tabella [T. 4.1], la maggior parte dei giovani anziani residenti nel Cantone sono indipendenti, ovvero possono svolgere da soli e senza difficoltà le attività di base della vita quotidiana (vestirsi, mangiare, curare la propria igiene personale, alzarsi, spostarsi all'interno della propria abitazione) e presentano dei problemi in al massimo una delle cinque dimensioni della fragilità (mobilità, capacità sensoriali, problemi fisici, energia e memoria). Solo l'1% delle persone residenti in Ticino e di età compresa tra i 65 e i 79 anni è dipendente dall'aiuto di terzi per compiere i gesti essenziali della vita quotidiana (non dobbiamo però scordare che ciò corrisponde comunque a più di cinquecento persone bisognose di cure e assistenza). Infine, secondo la nostra classificazione, poco meno di un giovane anziano ticinese su quattro (23%) è vulnerabile dal punto di vista della salute.

T. 4.1

Stato di salute, situazione economica e inserimento relazionale delle persone di 65-79 anni residenti in Ticino (% in colonna)

	Stato di salute		Situazione economica		Inserimento relazionale
Indipendenti	77	Comfort	78	Inserimento composito	70
Fragili	22	Precarietà	16	Inserimento limitato	10
Dipendenti	1	Povertà	6	Precarietà	19
				Isolamento	1
Totale	100	Totale	100	Totale	100

Per determinare la condizione economica in cui versano gli anziani si è fatto ricorso a tre indicatori: il reddito mensile lordo del nucleo familiare, il patrimonio e il fatto di essere proprietario o meno della propria abitazione. Ispirandoci a lavori precedenti (Lalivè d'Épinay et al., 2000, pp. 69-70; Lalivè d'Épinay & Spini, 2008, p. 86), abbiamo combinato tra loro queste tre informazioni al fine di individuare in particolare modo le persone con mezzi modesti: nella fascia di povertà si trovano gli anziani con un reddito individuale mensile lordo inferiore a 2.400 franchi (3.600 per la coppia) – una soglia vicina alla rendita massima AVS –, che non detengono una casa di proprietà e con un patrimonio inferiore ai 60.000 franchi; sono precari gli individui che percepiscono un reddito mensile inferiore ai 2.400 franchi (3.600 per la coppia) ma possiedono un'abitazione o un patrimonio superiore ai 60.000 franchi, oppure coloro con un reddito mensile compreso tra i 2.400 e i 3.600 franchi (tra i 3.600 e i 4.800 per la coppia) che non hanno proprietà immobiliari e dispongono di un patrimonio inferiore ai 150.000 franchi. Questi anziani sono ritenuti vulnerabili dal punto di vista economico. Affrontare la questione delle risorse finanziarie nel corso di un'intervista è sempre piuttosto delicato. Nel nostro studio, un partecipante su cinque si è rifiutato di indicarci il proprio reddito; una riluttanza che non sembra legata all'ammontare delle entrate, se si considera che la proporzione di risposte mancanti non muta secondo il livello di istruzione. La grande maggioranza dei giovani anziani si trova in una situazione di comfort economico. Malgrado ciò, il 6% delle persone di età compresa tra i 65 e i 79 anni vive in una condizione di povertà e il 16% di precarietà. Si tratta comunque di percentuali più basse rispetto a quanto osservato nella Svizzera francese a metà degli anni novanta (Lalivè d'Épinay et al., 2000) e, soprattutto, se raffrontate ai dati dell'indagine realizzata in Ticino nel 1982 (Gerosa, 1988), quando la metà della popolazione anziana viveva con meno di 960.- fr. al mese, un importo inferiore alla rendita massima AVS dell'epoca.¹ Il tutto a riprova del sensibile miglioramento della situazione economica dei pensionati negli ultimi decenni (Wanner & Gabadinho, 2008), dovuto in buona parte all'estensione della previdenza professionale (secondo pilastro). Ciò non toglie che reddito e fortuna sono inegualmente ripartiti nella popolazione anziana e, come lo confermano i nostri dati, i pensionati sono lungi dall'essere tutti benestanti (Pilgram & Seifert, 2009; vedi anche Cap. 2).

Per quanto riguarda gli aspetti relazionali abbiamo innanzitutto valutato l'intensità dei contatti – visite ricevute, visite rese e conversazioni telefoniche – con i membri della famiglia da un lato, con gli amici e i conoscenti dall'altro.² In un secondo momento, abbiamo combinato questi due indicatori con il fatto di vivere solo/a o di condividere l'abitazione con una o più persone (vedi anche Bickel & Girardin, 2008). Ciò ci ha permesso di circoscrivere quattro situazioni. L'isolamento, o disinserimento, è caratterizzato dal fatto di vivere soli e dall'assenza o quasi di vita familiare e amicale. Reputiamo precari dal punto di vista relazionale gli anziani che vivono soli e hanno dei contatti nulli o deboli con una rete e medi con l'altra, così come le persone che coabitano (di regola con il coniuge) ma non hanno altre forme di sociabilità o al massimo dei contatti medi con una sola delle due reti. Questi primi due

¹ Se, come Gerosa, consideriamo l'insieme degli ultrasessantacinquenni e non solo i giovani anziani a domicilio, la proporzione di persone povere si situa al 9% e quella dei precari al 18%.

² Le risposte a ogni domanda sono state codificate nel modo seguente: "Mai o qualche volta l'anno" = 0, "Almeno una volta al mese" = 1, "Almeno una volta a settimana" = 2, "Tutti i giorni o quasi" = 3. Su questa base, abbiamo calcolato degli score sommando la frequenza dei contatti familiari, rispettivamente amicali. Abbiamo infine definito tre livelli di sociabilità: nulla o debole (0 o 1 punto), media (da 2 a 4 punti) e forte (da 5 a 9 punti).

gruppi sono considerati come vulnerabili. I rimanenti anziani beneficiano di un inserimento relazionale, limitato o composito nel caso abbiano contatti medio-forti sia in ambito familiare, sia amicale.

I casi d'isolamento completo costituiscono un'eccezione (1%) e la maggioranza dei giovani anziani conduce una vita relazionale ricca e variegata. Tuttavia, come per la salute e la situazione finanziaria, circa un quinto delle persone di età compresa tra i 65 e i 79 anni può essere considerato come vulnerabile. In effetti, il 19% dei giovani anziani ha un inserimento relazionale precario; questa fetta della popolazione, che comprende anche dei coniugi che non hanno contatti al di fuori della coppia, costituisce un gruppo a rischio d'isolamento. Aggiungiamo che, contrariamente ad alcuni luoghi comuni secondo cui i legami famigliari sarebbero in declino e le persone anziane marginalizzate, i risultati di VLV si avvicinano di molto alla situazione descritta da Gerosa trent'anni fa (1988, Cap. 8).

Da questo quadro emerge che la maggioranza dei giovani anziani residenti in Ticino gode di buona salute, non presenta gravi problemi economico-finanziari e beneficia di una rete relazionale solida. Ma se i casi di dipendenza funzionale, povertà ed estremo isolamento sono rari, per ogni dimensione analizzata pressoché un quinto dei membri di questa fascia della popolazione è da ritenersi vulnerabile. Delle persone che, un domani e a fronte di eventi avversi, rischiano di ritrovarsi in situazioni di non autosufficienza, di notevole disagio economico o di esclusione sociale.

In che misura si tratta delle stesse persone, che di conseguenza accumulano più difficoltà di diversa natura? In effetti, un anziano può essere vulnerabile su una sola dimensione oppure più di una. Vediamo quindi come si coniugano tra loro le diverse forme di vulnerabilità [F. 4.1].

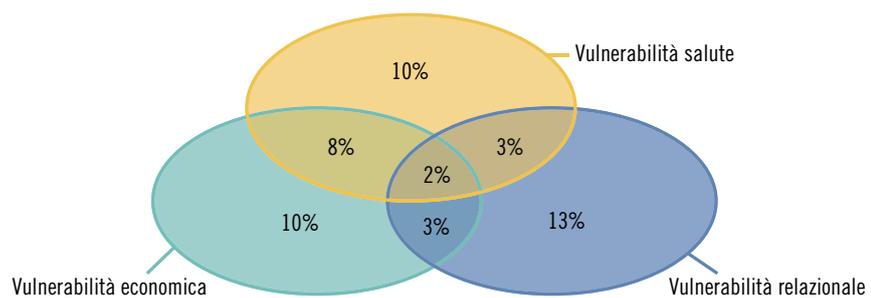
F. 4.1

Relazione tra le tre dimensioni della vulnerabilità nelle persone di 65-79 anni residenti in Ticino (%)

Fonte: VLV

Nota: Sono esclusi l'unico individuo con dati mancanti su due dimensioni e i 62 con dati mancanti per quanto riguarda la vulnerabilità economica. Includendo questi ultimi si otterrebbe una distribuzione quasi identica a quella presentata.

Non vulnerabili = 51%



La metà dei residenti in Ticino di età compresa tra i 65 e i 79 anni sono indipendenti, dispongono di mezzi finanziari sufficienti e sono ben inseriti dal punto di vista relazionale. Il rovescio della medaglia è che quasi un giovane anziano su due è vulnerabile in almeno una delle tre dimensioni considerate. Due volte su tre si tratta di una vulnerabilità unidimensionale, nel terzo restante si accumulano due tipi di vulnerabilità e solo in casi eccezionali tutte e tre. Sono soprattutto i problemi nelle sfere della salute ed economica ad andare di pari passo, un risultato che non sorprende dato che, anche in una realtà come

quella ticinese che garantisce a tutta la popolazione un accesso equo ai servizi medico-sanitari, la salute dipende in larga parte dalla condizione socio-economica individuale (Domenighetti, Quaglia, & Inderwildi Bonivento, 2000).

Vulnerabilità e caratteristiche socio-demografiche

È emerso che, per ogni dimensione, all'incirca un giovane anziano su cinque è vulnerabile. Vediamo ora se e in quale misura questa proporzione varia in funzione di alcune caratteristiche socio-demografiche. Al fine di agevolare la comprensione dei risultati, si è scelto di presentarli in forma grafica; la tabella posta in allegato fornisce comunque al lettore interessato le cifre nel dettaglio. Come vedremo nel corso delle prossime pagine, la natura delle differenze, qualora ce ne siano, varia secondo la dimensione della vulnerabilità considerata.

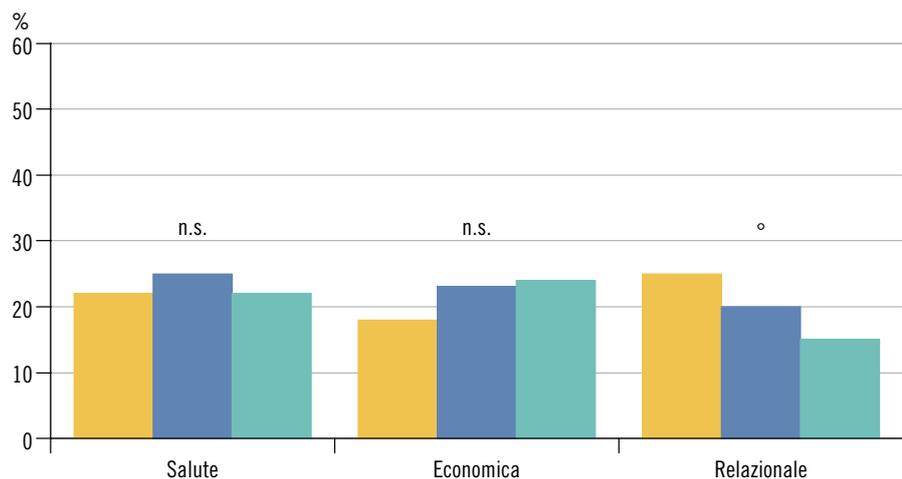
La figura [F. 4.2] mostra che i membri delle tre classi di età quinquennali – 65-69, 70-74 e 75-79 anni – non si differenziano in modo significativo, se non per i più giovani (65-69 anni) tendono ad essere un po' più vulnerabili dal punto di vista relazionale e meno da quello economico.

F. 4.2

Proporzione (%) di persone vulnerabili, sulle tre dimensioni analizzate, per classi d'età quinquennali
Fonte: VLV

- 65-69
- 70-74
- 75-79

Nota: Test Chi-2. Significatività:
n.s. = non significativo; ° $p \leq 0,100$.



Ben diverse sono le distribuzioni per genere [F. 4.3]: a fronte dell'assenza di differenze nell'ambito della salute, la percentuale di donne vulnerabili dal punto di vista economico è doppia rispetto a quella degli uomini, tra i quali invece la vulnerabilità relazionale è assai più diffusa. Delle analisi supplementari rivelano che se le donne si trovano più spesso in una situazione di precarietà o povertà, ciò è in gran parte dovuto alla loro biografia socio-professionale e coniugale: le donne hanno di solito svolto delle attività meno retribuite e le loro carriere sono contraddistinte da interruzioni più frequenti; inoltre, incorrono in un rischio maggiore di vedovanza (due fattori, la professione e lo stato civile, il cui effetto sarà discusso in seguito).

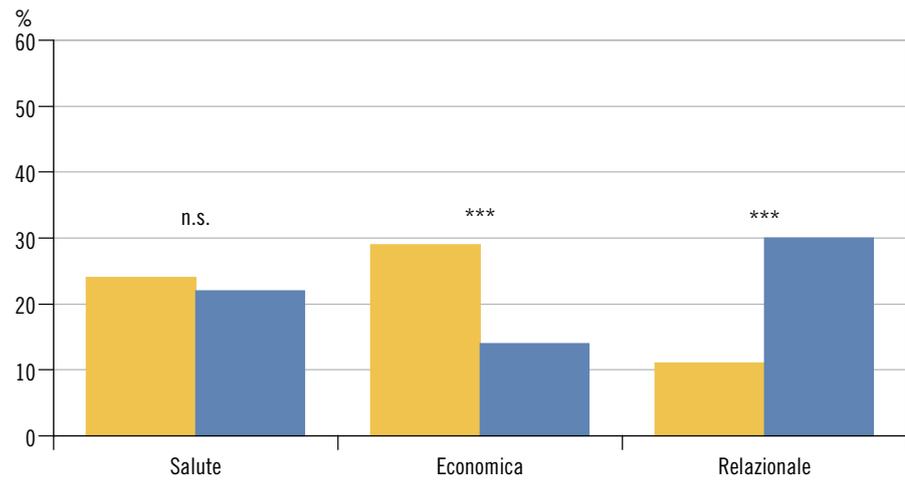
F. 4.3

Proporzione (%) di persone vulnerabili, sulle tre dimensioni analizzate, per genere

Fonte: VLV

■ Donne
■ Uomini

Nota: Test Chi-2. Significatività:
n.s. = non significativo; *** $p \leq 0,001$.



Dal canto suo, il legame tra genere e vulnerabilità relazionale non dipende da variabili quali lo stato civile, il livello educativo o la professione. Nemmeno l'ipotesi che gli uomini, una volta in pensione, abbiano lasciato alle spalle le amicizie intrecciate per lo più in ambiente lavorativo trova conferma, visto che non presentano una maggiore scarsità relazionale nelle amicizie rispetto alla famiglia e che non vi sono differenze tra uomini professionalmente attivi e pensionati. Un legame, quello tra genere e sociabilità nella terza età, che non trova consenso in letteratura: se per alcuni le donne anziane incorrono in un rischio maggiore d'isolamento (Wenger, Davies, Shahtahmasebi, & Scott, 1996), le ricerche condotte in Svizzera romanda indicano che queste hanno una vita relazionale più densa (Lalive d'Epina y et al., 2000, Cap. 6), in particolare grazie all'abilità che alcune di loro hanno ad intrecciare e mantenere le relazioni amicali anche in età avanzata (Carr & Moorman, 2011).

Le traiettorie formative [F. 4.4] e lavorative [F. 4.5] sono associate a due dimensioni della vulnerabilità – salute ed economica, con delle percentuali maggiori di vulnerabili tra le persone che hanno frequentato solo le scuole dell'obbligo e che hanno esercitato delle professioni manuali – mentre non si osserva nessuna differenza a livello relazionale. Il grado di istruzione e la stratificazione professionale sono fonte di importanti disparità per quanto attiene la situazione economica e la fragilità dell'anziano, ma anche, più in generale, la sua aspettativa di vita (Schumacher & Vilpert, 2011). Le disuguaglianze sociali nella salute sono ben documentate sia per quanto riguarda i giovani che i grandi anziani (Enroth, Raitanen, Hervonen, & Jylhä, 2013; Frytak, Harley, & Finch, 2003; Tognetti Bordogna, 2007), e sembrerebbero perfino aumentare con l'età, come conseguenza dell'accumularsi di vantaggi e svantaggi nel corso della vita (Dannefer, 2003; Ferraro & Kelley-Moore, 2003; Ferraro, Pylypiv Shippee, & Schafer, 2009).

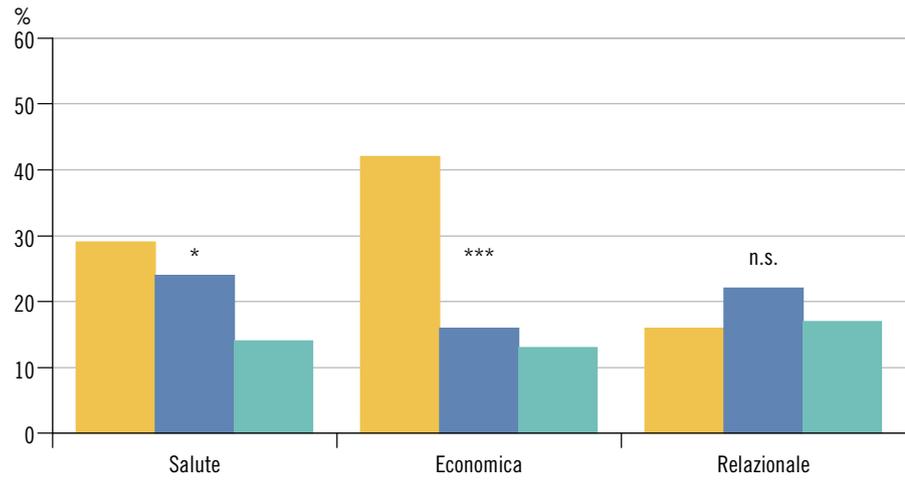
F. 4.4

Proporzione (%) di persone vulnerabili, sulle tre dimensioni analizzate, per livello di formazione

Fonte: VLV

- Scuola dell'obbligo
- Formazione secondaria
- Formazione superiore

Nota: Test Chi-2. Significatività: n.s. = non significativo; * $p \leq 0,050$; *** $p \leq 0,001$.



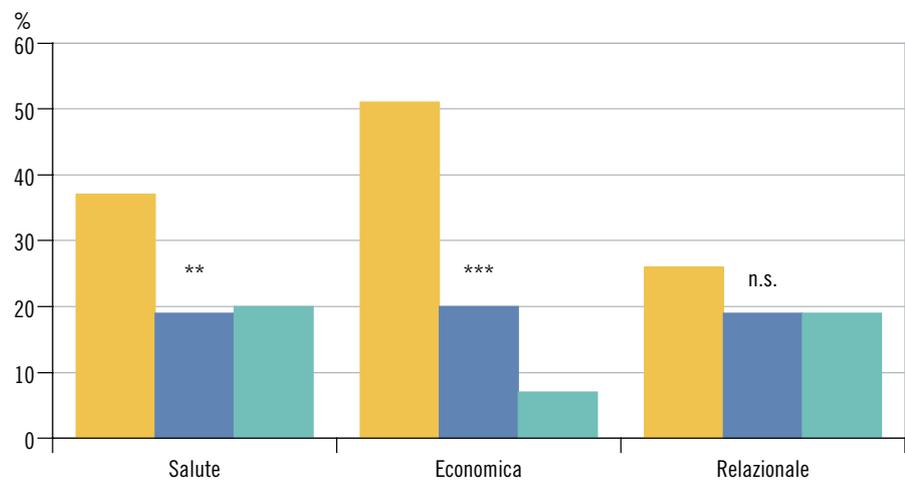
F. 4.5

Proporzione (%) di persone vulnerabili, sulle tre dimensioni analizzate, per statuto professionale

Fonte: VLV

- Basso
- Medio
- Elevato

Nota: Test Chi-2. Significatività: n.s. = non significativo; ** $p \leq 0,010$; *** $p \leq 0,001$.



Per le persone sposate, divorziate e vedove, si considera la più elevata tra le ultime professioni dei due coniugi.

Tra educazione e statuto professionale vi è una correlazione – chi ha studiato ha più probabilità di aver esercitato una professione prestigiosa e meglio remunerata – e un esame approfondito mostra che tra i due fattori è il secondo a determinare maggiormente il rischio di vulnerabilità economica e, soprattutto, di fragilità. Detto altrimenti, se analizziamo congiuntamente i due effetti, più che la posizione occupata al momento dell'entrata nell'età adulta è quella assunta nel corso della vita lavorativa a rivelarsi decisiva. Aggiungiamo che le persone che continuano a esercitare un'attività professionale sono meno vulnerabili in termini di salute ed economici rispetto ai pensionati (vedi tabella in allegato).

La zona di residenza è associata al rischio di essere vulnerabili a livello economico [F. 4.6]. In effetti, la proporzione di persone anziane che vivono in condizioni di povertà o di precarietà è significativamente maggiore nei grandi centri del Cantone (Bellinzona, Chiasso-Mendrisio, Locarno e Lugano), in particolare rispetto agli altri comuni dei suddetti agglomerati.

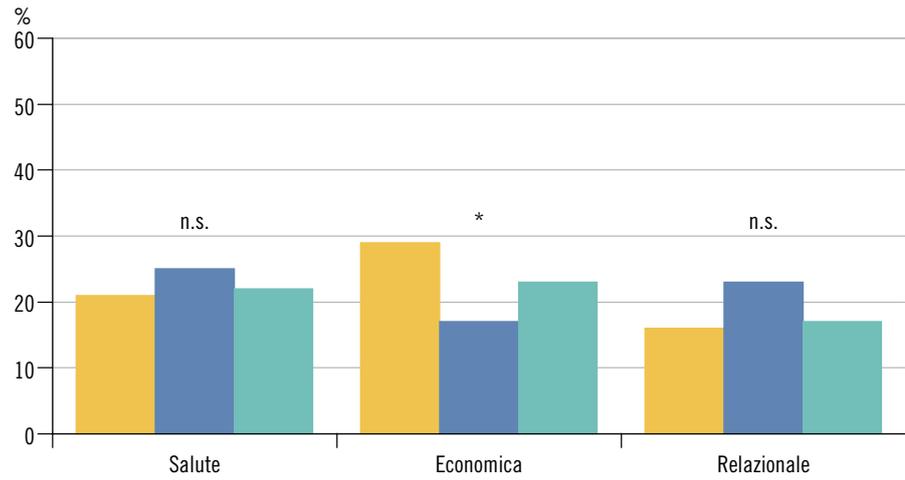
F. 4.6

Proporzione (%) di persone vulnerabili, sulle tre dimensioni analizzate, per zona di residenza

Fonte: VLV

- Urbana
- Intermedia
- Periferica

Nota: Test Chi-2. Significatività: n.s. = non significativo; * $p \leq 0,050$.



Le persone con un passato migratorio che una volta giunte all'età del pensionamento decidono di restare in Svizzera beneficiano di condizioni di vita e di salute peggiori rispetto alla popolazione autoctona (Bolzman, 2012). La figura [F. 4.7] mostra che, in confronto ai detentori del passaporto rossocrociato, le persone di nazionalità italiana sono tendenzialmente più numerose a trovarsi in una situazione di fragilità. Ma le differenze sono notevoli soprattutto dal lato finanziario: la maggioranza dei giovani anziani di cittadinanza italiana (55%) vive in condizioni di precarietà o di povertà, una proporzione tre volte superiore che tra gli svizzeri (18%). Non è però la nazionalità in quanto tale a porre queste persone in una situazione di disagio, bensì il loro statuto socio-professionale: se tanti italiani immigrati in Ticino, di età compresa tra i 65 e i 79 anni, sono vulnerabili dal punto di vista economico è perché la maggior parte di essi non è andata oltre le scuole dell'obbligo e ha svolto delle professioni manuali, spesso meno retribuite rispetto alla media.

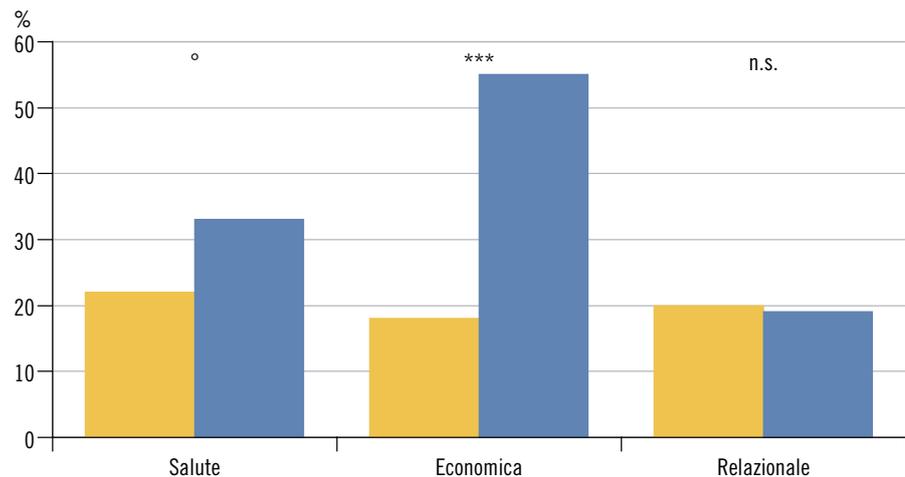
F. 4.7

Proporzione (%) di persone vulnerabili, sulle tre dimensioni analizzate, per nazionalità

Fonte: VLV

- Svizzera
- Italiana

Nota: Test Chi-2. Significatività: n.s. = non significativo; ° $p \leq 0,100$; *** $p \leq 0,001$.



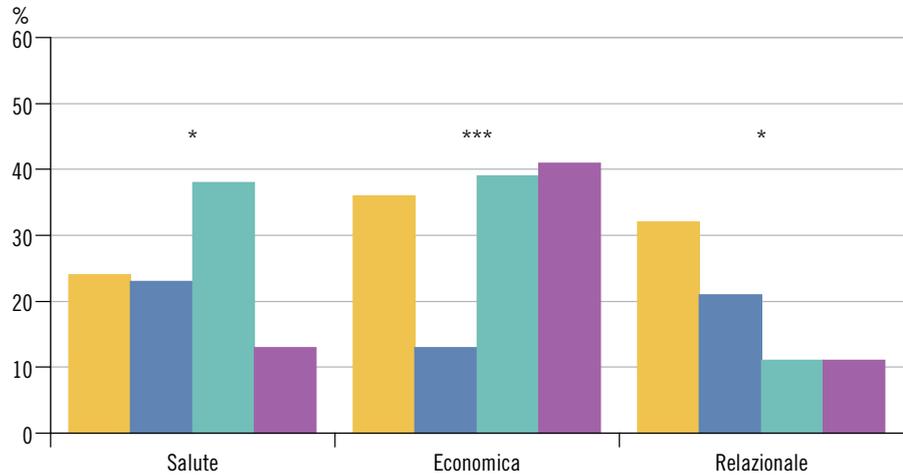
Per ciò che concerne lo stato civile [F. 4.8], separati e divorziati convivono più spesso con la fragilità, il matrimonio sembra salvaguardare l'anziano dalla vulnerabilità economica, mentre nubili e celibi incorrono in un rischio maggiore d'isolamento. Particolarmente interessanti sono i dati riguardanti i vedovi e le vedove, sovente vulnerabili dal punto di vista finanziario ma in gran parte risparmiati da fragilità e isolamento. Dalla

letteratura si evince che la perdita del coniuge ha un impatto negativo sul benessere senza però modificare la salute fisica (Lalive d’Epinay, Cavalli, & Guillet, 2009-10; Sasson & Umberson, 2014), e che familiari e amici aumentano visite e sostegno in caso di vedovanza, a corto ma anche a medio termine (Lalive d’Epinay et al., 2009-10; Utz, Swenson, Caserta, Lund, & deVries, 2014).

F. 4.8
Proporzione (%) di persone vulnerabili, sulle tre dimensioni analizzate, per stato civile
 Fonte: VLV

- Celibe/nubile
- Sposato
- Separato/divorziato
- Vedovo

Nota: Test Chi-2. Significatività:
 * $p \leq 0,050$; *** $p \leq 0,001$.

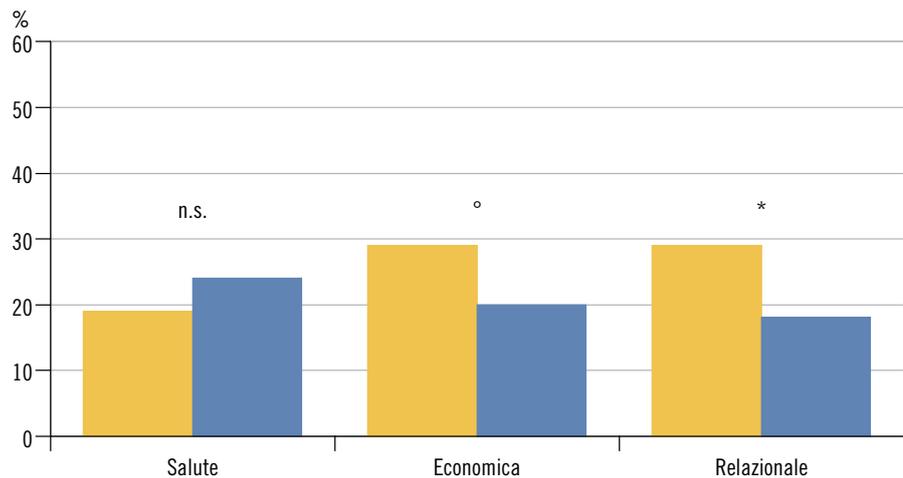


La presenza di figli [F. 4.9] e, ancor più, di nipoti (nel senso di abiatici) [F. 4.10] protegge il giovane anziano dal rischio d’isolamento. Al contrario, la vulnerabilità relazionale è più diffusa tra chi ha almeno un fratello o una sorella in vita [F. 4.11]. Non c’è invece nessun nesso tra risorse familiari e vulnerabilità negli ambiti della salute ed economico, se non che le persone senza figli sono un po’ più numerose a dover far fronte a una situazione di povertà o di precarietà.

F. 4.9
Proporzione (%) di persone vulnerabili, sulle tre dimensioni analizzate, a seconda che abbiano o no almeno un figlio
 Fonte: VLV

- Nessun figlio
- Almeno un figlio

Nota: Test Chi-2. Significatività:
 n.s. = non significativo; ° $p \leq 0,100$;
 * $p \leq 0,050$.



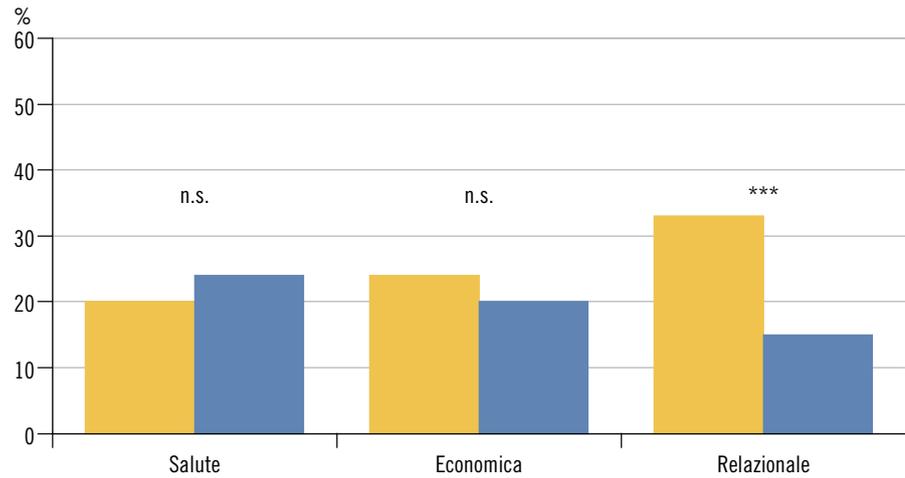
F. 4.10

Proporzione (%) di persone vulnerabili, sulle tre dimensioni analizzate, a seconda che abbiano o no almeno un nipote

Fonte: VLV

- Nessun nipote
- Almeno un nipote

Nota: Test Chi-2. Significatività: n.s. = non significativo; *** p ≤ 0,001.



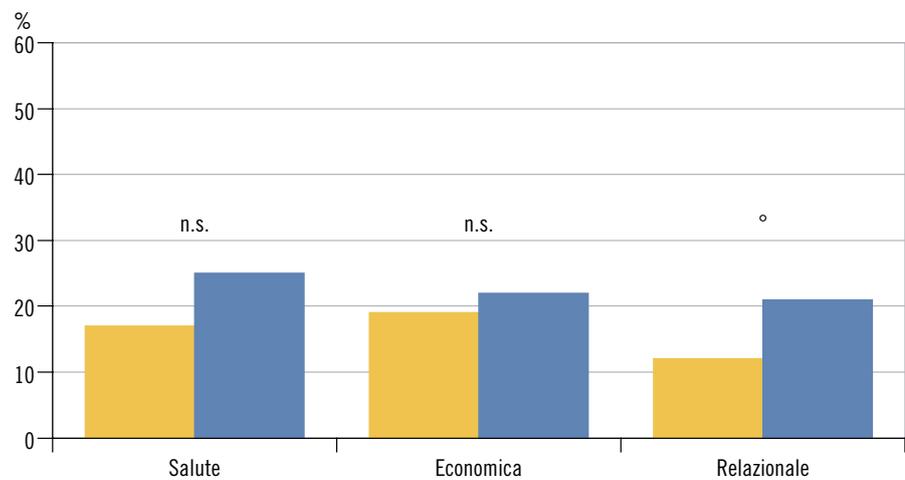
F. 4.11

Proporzione (%) di persone vulnerabili, sulle tre dimensioni analizzate, a seconda che abbiano o no almeno un fratello o una sorella

Fonte: VLV

- Nessun fratello/sorella
- Almeno un fratello/sorella

Nota: Test Chi-2. Significatività: n.s. = non significativo; ° p ≤ 0,100.



In sintesi, gli anziani fragili si contano con maggior frequenza tra le persone che detengono un livello d’istruzione e uno statuto professionale bassi, che non esercitano più un’attività lavorativa retribuita, che sono separate o divorziate. Si trovano più sovente in una condizione di vulnerabilità economica le donne, chi ha frequentato solo le scuole dell’obbligo e ha svolto delle professioni manuali, le persone che vivono nei centri urbani, quelle di nazionalità italiana e quelle non (più) sposate. L’isolamento sociale concerne in maggior misura gli uomini, i celibi e le nubili, così come chi non ha figli e nipoti.

La percezione soggettiva della vulnerabilità

In questa sezione andiamo ad analizzare le tre dimensioni della vulnerabilità da un punto di vista soggettivo: come percepiscono, i giovani anziani, la propria salute, rispettivamente la propria condizione economica e relazionale? A questo scopo sono state esaminate tre variabili, ossia la valutazione soggettiva dello stato di salute attuale, la capacità di arrivare a fine mese, e da ultimo il sentimento di solitudine [T. 4.2]. La maggior parte (57%) dei 65-79enni residenti in Ticino valuta il proprio stato di salute come “buono” o “molto buono”, un terzo (34%) lo giudica “soddisfacente” e una persona su dieci (9%) attesta un livello “insoddisfacente” o addirittura “pessimo”. Quattro giovani anziani su cinque (79%) asseriscono di arrivare alla fine del mese “facilmente” o “abbastanza facilmente”, tenendo conto del reddito mensile del loro

nucleo familiare. Infine, la stragrande maggioranza (90%) delle persone di età compresa tra i 65 e i 79 anni afferma di non sentirsi sola (risposte “mai” e “raramente”).

T. 4.2

Percezione stato di salute, capacità ad arrivare a fine mese e sentimento di solitudine tra le persone di 65-79 anni residenti in Ticino (% in colonna)

Percezione stato di salute		Capacità ad arrivare a fine mese		Sentimento di solitudine	
Molto buona/buona	57	Facilmente/abbastanza facilmente	79	Mai/raramente	90
Soddisfacente	34	Abbastanza/molto difficilmente	21	Spesso/sempr	10
Insoddisfacente/pessima	9				
Totale	100	Totale	100	Totale	100

Fonte: VLV

Vediamo ora se e in che misura queste valutazioni soggettive si discostano dalla realtà che abbiamo descritto attraverso degli indicatori che si pretendono più oggettivi. Cominciamo dalla salute e rammentiamo alcune evidenze che s’incontrano in letteratura. La salute percepita è fortemente correlata a delle misure quali la salute funzionale, fisica o mentale (Idler, Hudson, & Leventhal, 1999; Pinquart, 2001). Tuttavia, la percezione della salute non appare come l’espressione meccanica dello stato di salute oggettivo, in particolare in età avanzata (vedi Cap. 3). Gli anziani tendono a sopravvalutare il loro stato di salute (Schoenmaeckers, 2013), e questo poiché dimenticano o relativizzano alcuni problemi e malattie, considerati come attributi normali dell’invecchiamento – “tenendo conto della mia età posso dire che...” – o ridimensionati alla luce di quanto osservato attorno a sé – “se mi confronto con... devo riconoscere che...” (per un approfondimento, vedi: Girardin, Spini, & Ryser, 2008; Henchoz, Cavalli, & Girardin, 2008).

La figura [F. 4.12] mostra che le persone fragili (vulnerabili) forniscono un’immagine decisamente più negativa della loro salute rispetto alle persone indipendenti (non vulnerabili). Detto ciò, quasi una persona vulnerabile su quattro (23%) si dichiara in buona salute e più della metà (55%) la considera comunque soddisfacente. Il ricorso al “confronto sociale verso il basso” (Henchoz et al., 2008) sembra avere effetto: il 42% delle persone fragili che si dice in buona salute ritiene di stare meglio rispetto alle persone della propria età (il rimanente 58% risponde “identico”); una percentuale che scende al 28% tra coloro che valutano la propria situazione come soddisfacente, mentre due terzi dei fragili che si definiscono in cattiva salute sono convinti di stare peggio dei loro coetanei (e nessuno meglio).

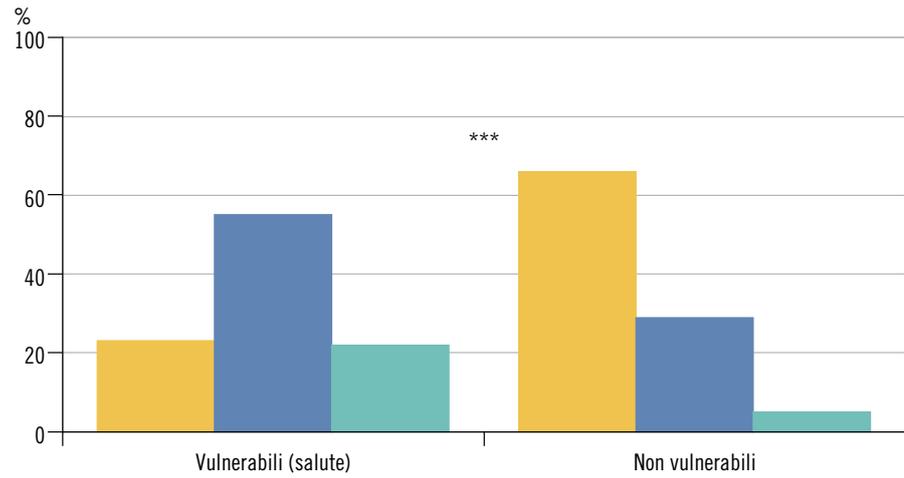
F. 4.12

Percezione della salute (%) tra le persone vulnerabili e non nell'ambito della salute

Fonte: VLV

- Molto buona/buona
- Soddisfacente
- Insoddisfacente/pessima

Nota: Test Chi-2. Significatività: *** $p \leq 0,001$.



Se volgiamo il nostro sguardo verso le persone non vulnerabili, notiamo che la maggior parte di esse (66%) riconosce di essere in buona o ottima salute, ancorché vi sia un 5% di giovani anziani indipendenti che giudica il proprio stato di salute come insoddisfacente o pessimo. Si tratta di persone che mostrano i primi segni della fragilità, ovvero che soffrono di problemi in una delle cinque dimensioni che la compongono, il più sovente spossatezza e mancanza di appetito.

La relazione tra la vulnerabilità economica e il sentimento di non riuscire ad arrivare alla fine del mese è ancor più netta [F. 4.13]. La quasi totalità (91%) delle persone non vulnerabili dal punto di vista economico non avverte particolari difficoltà a far quadrare i conti. Da notare che non di rado chi confessa di faticare beneficia di prestazioni complementari dell'AVS (o dell'AI): se gli aiuti dello Stato permettono di farli uscire dalla povertà, la percezione soggettiva rimane gravata dalle ristrettezze. Tra i giovani anziani vulnerabili, che si trovano pertanto in una situazione di povertà o di precarietà, due terzi stentano ad arrivare alla fine del mese, ma uno su tre non segnala problemi. Difficile sapere se si tratta di persone che si accontentano del poco di cui dispongono, che negano di trovarsi in una condizione di cui si vergognano o che cercano di fornire una risposta accettabile dal punto di vista della desiderabilità sociale. Si tratta comunque di un risultato interessante e che può essere letto in chiave positiva, se è vero che la povertà soggettiva è fortemente correlata con un deterioramento della qualità di vita (Adena & Myck, 2013).

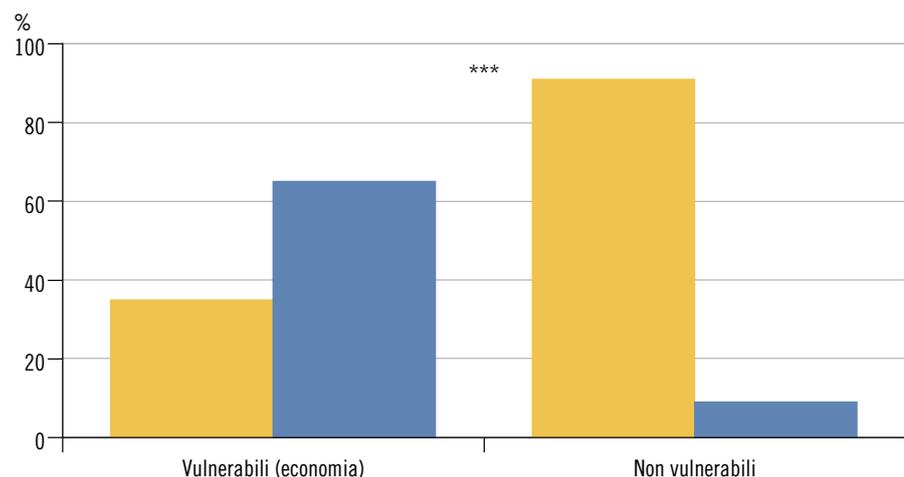
F. 4.13

Capacità ad arrivare a fine mese (%) tra le persone vulnerabili e non in ambito economico

Fonte: VLV

- Facilmente/abbastanza facilmente
- Abbastanza/molto difficilmente

Nota: Test Chi-2. Significatività: *** $p \leq 0,001$.



Non c'è invece alcun legame tra isolamento e sentimento di solitudine [F. 4.14]. Che siano vulnerabili in ambito relazionale o meno, nove giovani anziani su dieci non si sentono soli. A dire il vero, non si tratta propriamente di una sorpresa, come lo testimonia la vasta letteratura sulla distinzione tra isolamento sociale e la solitudine (vedi: Utz et al., 2014; Weiss, 1973; Wenger et al., 1996). L'isolamento sociale si riferisce a una situazione oggettiva, vale a dire avere pochi contatti con altre persone ("essere soli"). La solitudine è un sentimento che riflette uno stato soggettivo, che deriva dal modo in cui viene percepita e vissuta una mancanza o perdita di compagnia ("sentirsi soli"). Un individuo che è isolato, o si isola, non per forza si sente solo; al tempo stesso, ci si può sentire soli anche se fisicamente attornati da altre persone.

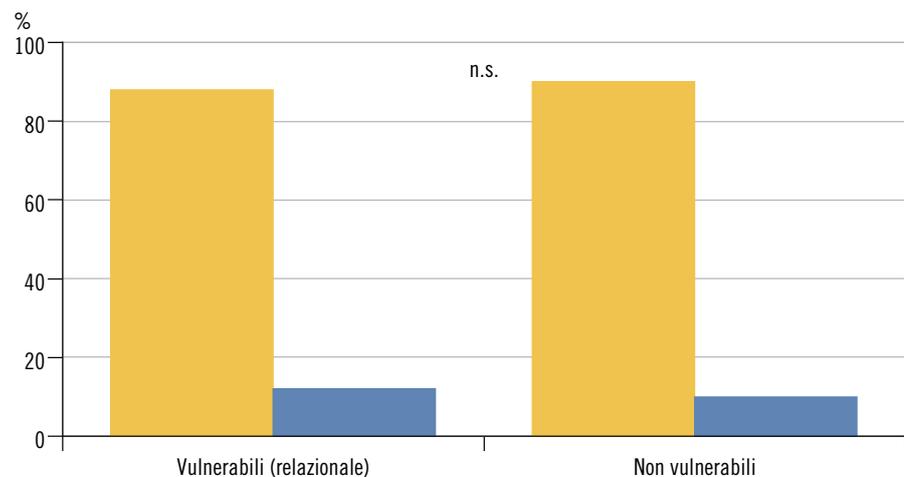
F. 4.14

Sentimento di solitudine (%) tra le persone vulnerabili e non in ambito relazionale

Fonte: VLV

- Mai/raramente
- Spesso/sempre

Nota: Test Chi-2. Significatività:
n.s. = non significativo.



L'isolamento sociale e la solitudine sono stati a lungo identificati come problemi connessi con la vecchiaia, ma diversi studi hanno dimostrato che la loro prevalenza è spesso sopravvalutata. Inoltre, i due fenomeni non sono direttamente correlati e i fattori scatenanti non sono per forza gli stessi (Wenger et al., 1996). Il sentimento di solitudine può essere associato a degli eventi avversi come la perdita di persone care (Lalivè d'Épinay et al., 2009-10), al grado di vicinanza emotiva a familiari e amici (Carstensen, 1991; Mullins & Mushel, 1992), ma anche a problemi di salute e all'incapacità di far fronte alle difficoltà della vita quotidiana senza trovare un aiuto adeguato nella propria sfera relazionale (Cavalli, 2012; Lalivè d'Épinay, 1992).

Torniamo, grazie ai dati di VLV, alla situazione ticinese. Delle analisi supplementari mostrano che la solitudine è più frequente tra i giovani anziani che non possono contare sulla presenza del coniuge (17%) rispetto agli sposati (7%), tra quelli di nazionalità italiana (24%) piuttosto che tra i possessori del passaporto rossocrociato (9%), tra chi ha uno statuto professionale basso (15%) rispetto a quadri superiori e dirigenti (6%); in aggiunta, avere dei figli e dei nipoti contribuisce ad arginare il rischio di solitudine. Ancor più interessante: se da un lato sentimento di solitudine e isolamento sociale non sono correlati, dall'altro c'è un legame significativo tra la solitudine e le altre due forme di vulnerabilità qui considerate. Il 19% dei giovani anziani fragili dice di sentirsi spesso o sempre solo, a fronte di un 8% degli indipendenti. Tra le persone

che si trovano in situazione di povertà o di precarietà, il 20% soffre di solitudine, proporzione che scende al 6% tra chi non è vulnerabile dal lato economico.

Vulnerabilità nella terza età: quali risposte?

In Ticino, le persone che da poco hanno varcato la soglia dell'anzianità godono per lo più di buone condizioni psico-fisiche, economiche e relazionali. Malgrado ciò, circa la metà dei 65-79enni è vulnerabile su almeno una delle tre dimensioni esaminate. Un dato che deve far riflettere e che, qualora ce ne fosse bisogno, ci ricorda che, se le condizioni di vita e di salute nella terza età sono sensibilmente migliorate nel corso degli ultimi decenni, non dobbiamo descrivere questa fase della vita in modo caricaturale, mettendo in risalto soltanto gli aspetti positivi e sottacendo le difficoltà e le "prove" (nel senso di "épreuve": Caradec, 2007) cui anche il giovane anziano è confrontato. Con il rischio, oltretutto, di colpevolizzare chi manifesta alcune debolezze e non rientra nel modello dominante, e a volte distorto, di "invecchiamento di successo". In questo capitolo abbiamo tratteggiato le varie forme della vulnerabilità nella terza età, individuando la persistenza d'importanti disuguaglianze sociali, e esplorando la relazione tra condizione oggettiva e vulnerabilità percepita. Il passo successivo potrebbe essere valutare l'esistenza di risposte adeguate a tali bisogni, che se trascurati rischiano un domani di sfociare in problemi ben più gravi. Il rischio è, infatti, che ci si concentri quasi esclusivamente sulle persone in situazioni estreme, sulle necessità della quarta età, quando invece trarremmo vantaggio dall'esame dei percorsi di vita nel loro insieme e nella loro complessità, così come dal ricorso a delle diagnosi precoci, ad esempio nel caso della fragilità.

In che misura i servizi di aiuto e cure a domicilio (reti formali) da un lato, i familiari, gli amici o altri conoscenti (reti informali) dall'altro, si prendono carico dei bisogni dei giovani anziani fragili? Il 33% delle persone vulnerabili nell'ambito della salute riceve degli aiuti formali, il 45% è sorretto dalla rete familiare e amicale. Se combiniamo i due tipi di supporti, la percentuale sale al 59%. Il 41% restante non è abbandonato a se stesso ma, con una sola eccezione, può contare sulla presenza costante di un convivente, di regola il coniuge. Coniuge che ricopre quindi un ruolo fondamentale per far fronte alla fragilità nella terza età. Ma se due giovani anziani su tre sono sposati, meno di due ultraottantenni su cinque lo sono (vedi Cap. 3, [T. 3.2]). Ecco allora che, soprattutto nella quarta età, diventa imprescindibile l'intervento dei figli o di altri familiari, ma anche dei servizi professionali (vedi Cap. 5).³

Che dire delle risposte alla vulnerabilità economica e relazionale? Le persone che versano in difficili condizioni finanziarie ricevono un sostegno adeguato da parte dello Stato (prestazioni complementari, aiuti cantonali e comunali) o da organizzazioni private e religiose? Possono fare affidamento sulla solidarietà familiare? Non è semplice affrontare questi quesiti e i nostri dati non ci vengono in aiuto. Prendiamo l'esempio delle prestazioni complementari dell'AVS, che essendo parte delle risorse finanziarie di cui dispone l'anziano sono utilizzate per calcolare il suo reddito: il 79% delle persone vulnerabili a livello economico non ne riceve; nel contempo, alcune persone non riescono ad uscire dalla

³ È pure interessante constatare come un numero non indifferente di persone in buona salute benefici di aiuti formali (17%) o informali (37%). In apparenza una contraddizione, ma si tratta soprattutto di aiuti domestici.

precarietà sebbene ne usufruiscano. Ancor più complesso valutare le risposte all'isolamento sociale. Ci siamo basati sull'assenza o scarsità di contatti sociali per definire gli anziani isolati, di conseguenza non possiamo certo prendere in considerazione la sociabilità di queste persone per giudicare il sostegno fornito da amici e familiari. A livello della collettività, se una miriade di servizi sono stati istituiti per lenire i problemi legati alla fragilità, se delle leggi permettono alle persone che ne hanno diritto poiché indigenti di richiedere degli aiuti finanziari, è più arduo intervenire in caso di vulnerabilità relazionale. Quali servizi andrebbero sviluppati? Varie iniziative interessanti sono state prese sia dalle associazioni che si occupano di anziani, quali ATTE e Pro Senectute, sia a livello cantonale o locale. Pensiamo, ad esempio, all'introduzione della figura del custode sociale, presente sul territorio e che in caso di necessità può fungere da sentinella. Rimane però una questione di fondo: presso quali persone e a partire da che momento intervenire? Se possiamo trarre un insegnamento dai nostri risultati, diremmo di prestare sì attenzione ai casi d'isolamento sociale ma anche, e forse soprattutto, a quei frangenti in cui il sentimento di solitudine prende il sopravvento. Come abbiamo visto, non è per forza presso le persone sole che troviamo le situazioni più delicate. Spesso l'anziano è contento di vivere solo, lo preferisce all'eventualità di un trasferimento in Casa per Anziani, ne fa un principio di autonomia e indipendenza. Quando però l'essere solo da scelta diventa costrizione – “non posso uscire di casa come e quando lo desidero, visitare degli amici, svolgere delle attività in società” –, quando si somma a restrizioni finanziarie, quando la fragilità rende lenti e difficoltosi, a volte anche rischiosi, dei gesti fin qui banali, ecco che la solitudine può diventare un peso insopportabile e l'anziano necessita di un supporto dei suoi cari, di volontari o di figure professionali.

Bibliografia

Adena, M., & Myck, M. (2013). Poverty and transitions in key areas of quality of life. In A. Börsch-Supan, M. Brandt, H. Litwin & G. Weber (Eds.), *Active ageing and solidarity between generations in Europe. First results from SHARE after the economic crisis* (pp. 55-73). Berlin: De Gruyter.

Baltes, P. B., & Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, 49, 123-135.

Beck, U. (2000). *La società del rischio. Verso una seconda modernità*. Roma: Carocci. (Originale tedesco, 1986)

Bickel, J.-F., & Girardin, M. (2008). Vie familiale et relationnelle. In C. Lalive d'Épinay & D. Spini (Eds.), *Les années fragiles. La vie au-delà de quatre-vingts ans* (pp. 171-208). Québec: Les Presses de l'Université Laval.

Bolzmann, C. (2012). Democratization of ageing: Also a reality for elderly immigrants? *European Journal of Social Work*, 15(1), 97-113.

- Caradec, V. (2007). L'épreuve du grand âge. *Retraite et société*, 52, 11-37.
- Carr, D., & Moorman, S. M. (2011). Social relations and aging. In R. A. Settersten & J. L. Angel (Eds.), *Handbook of sociology of aging* (pp. 145-160). New York: Springer.
- Carstensen, L. L. (1991). Selectivity theory: Social activity in life-span context. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 11, 195-217.
- Cavalli, S. (2007). Modèle de parcours de vie et individualisation: un état du débat. *Gérontologie et Société*, 123, 55-69.
- Cavalli, S. (2012). *Trajectoires de vie dans la grande vieillesse. Rester chez soi ou s'installer en institution?* Chêne-Bourg: Georg.
- Dannefer, D. (2003). Cumulative advantage/disadvantage and the life course: Cross-fertilizing age and social science theory. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 58B(6), S327-S337.
- Domenighetti, G., Quaglia, G., & Inderwildi Bonivento, L. (2000). *I determinanti eco-socio-economici della salute. Una prima analisi concernente il Cantone Ticino*. Bellinzona: Dipartimento delle opere sociali, Sezione sanitaria.
- Enroth, L., Raitanen, J., Hervonen, A., & Jylhä, M. (2013). Do socioeconomic health differences persist in nonagenarians? *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 68(5), 837-847.
- Ferraro, K. F., & Kelley-Moore, J. A. (2003). Cumulative disadvantage and health: Long term consequences of obesity? *American Sociological Review*, 68(5), 707-729.
- Ferraro, K. F., Pylypiv Shippee, T., & Schafer, M. H. (2009). Cumulative inequality theory for research on aging and the life course. In V. L. Bengtson, D. Gans, N. M. Putney & M. Silverstein (Eds.), *Handbook of theories of aging (2nd edition)* (pp. 413-433). New York: Springer.
- Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J. D., Newman, A. B., Hirsch, C. H., Gottdiener, J. S., . . . McBurnie, M. A. (2001). Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 56A(3), M146-M156.
- Frytak, J. R., Harley, C. R., & Finch, M. D. (2003). Socioeconomic status and health over the life course. Capital as a unifying concept. In J. T. Mortimer & L. Shanahan (Eds.), *Handbook of the life course* (pp. 623-643). New York: Kluwer.
- Gerosa, E. (1988). *La popolazione anziana del Canton Ticino. Un'indagine sui bisogni e sui modi di vita*. Milano: Franco Angeli.

Girardin, M., Spini, D., & Ryser, V.-A. (2008). The paradox of well-being in later life: Effectiveness of downward social comparison during the frailty process. In E. Guillely & C. J. Lalive d'Épinay (Eds.), *The closing chapters of long lives: Results from the 10-year SWILSOO study on the oldest old* (pp. 129-142). New York: Nova Science.

Grundy, E. (2006). Ageing and vulnerable elderly people: European perspectives. *Ageing and Society*, 26(1), 105-134.

Henchoz, K., Cavalli, S., & Girardin, M. (2008). Health perception and health status in advanced old age: A paradox of association. *Journal of Aging Studies*, 22(3), 282-290.

Idler, E. L., Hudson, S. V., & Leventhal, H. (1999). The meanings of self-ratings of health: A qualitative and quantitative approach. *Research on Aging*, 21(3), 458-476.

Lalive d'Épinay, C. (1992). La solitude: un défi à l'analyse sociologique. In Groupe "Sol" de l'Université du 3e âge - Genève (Ed.), *La solitude, ça s'apprend! L'expérience du veuvage racontée par celles qui la vivent* (pp. 159-173). Genève: Georg.

Lalive d'Épinay, C., Bickel, J.-F., Maystre, C., & Vollenwyder, N. (2000). *Vieillesse au fil du temps: 1979-1994. Une révolution tranquille*. Lausanne: Réalités sociales.

Lalive d'Épinay, C., & Cavalli, S. (2013). *Le quatrième âge ou la dernière étape de la vie*. Lausanne: Presses polytechniques et universitaires romandes, Coll. Le savoir suisse.

Lalive d'Épinay, C., Cavalli, S., & Guillet, L. A. (2009-10). Bereavement in very old age: Impact on health and relationships. *Omega: Journal of Death and Dying*, 60(4), 301-325.

Lalive d'Épinay, C., & Spini, D. (Eds.). (2008). *Les années fragiles. La vie au-delà de quatre-vingts ans*. Québec: Les Presses de l'Université Laval.

Laslett, P. (1992). *Una nuova mappa della vita. L'emergere della terza età*. Bologna: Il Mulino. (Originale inglese, 1989).

Mullins, L. C., & Mushel, M. (1992). The existence and emotional closeness of relationships with children, friends, and spouses. The effect on loneliness among older persons. *Research on Aging*, 14(4), 448-470.

Pilgram, A., & Seifert, K. (2009). *Vivre avec peu de moyens. La pauvreté des personnes âgées en Suisse*. Zurich: Pro Senectute.

Pinquart, M. (2001). Correlates of subjective health in older adults: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 16(3), 414-426.

Sasson, I., & Umberson, D. J. (2014). Widowhood and depression: New light on gender differences, selection, and psychological adjustment. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 69B(1), 135-145.

Schoenmaeckers, J. (2013). Filling in the gap: how to explain the divergence between subjective and objective health measures. In A. Börsch-Supan, M. Brandt, H. Litwin & G. Weber (Eds.), *Active ageing and solidarity between generations in Europe. First results from SHARE after the economic crisis* (pp. 187-197). Berlin: De Gruyter.

Schumacher, R., & Vilpert, S. (2011). Gender differences in social mortality differentials in Switzerland (1990-2005). *Demographic Research*, 25(8), 285-310.

Spini, D., Ghisletta, P., Guilley, E., & Lalive d'Epina, C. J. (2007). Frail elderly. In J. E. Birren (Ed.), *Encyclopedia of gerontology. Age, aging, and the aged (Vol. 1)* (pp. 572-579). Oxford: Elsevier.

Spini, D., Hanappi, D., Bernardi, L., Oris, M., & Bickel, J.-F. (2013). Vulnerability across the life course: A theoretical framework and research directions. *LIVES Working Paper*, 27.

Tognetti Bordogna, M. (Ed.). (2007). *I grandi anziani tra definizione sociale e salute*. Milano: Franco Angeli.

Utz, R. L., Swenson, K. L., Caserta, M., Lund, D., & deVries, B. (2014). Feeling lonely versus being alone: Loneliness and social support among recently bereaved persons. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 69B(1), 85-94.

Wanner, P., & Gabadinho, A. (2008). *La situation économique des actifs et des retraités*. Berne: OFAS.

Weiss, R. S. (1973). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. Cambridge: MIT Press.

Wenger, G. C., Davies, R., Shahtahmasebi, S., & Scott, A. (1996). Social isolation and loneliness in old age: Review and model refinement. *Ageing and Society*, 16, 333-358.

Allegato

Proporzione (%) di persone vulnerabili, sulle tre dimensioni analizzate, a seconda delle loro caratteristiche socio-demografiche

Caratteristiche		Salute		Economica		Relazionale	
		%	Sig.	%	Sig.	%	Sig.
Classe d'età	65-69 anni	22	n.s.	18	n.s.	25	°
	70-74 anni	25		23		20	
	75-79 anni	22		24		15	
Genere	Donne	24	n.s.	29	***	11	***
	Uomini	22		14		30	
Formazione	Scuole dell'obbligo	29	*	42	***	16	n.s.
	Form. secondaria	24		16		22	
	Form. superiore	14		13		17	
Statuto professionale ¹	Basso	37	**	51	***	26	n.s.
	Medio	19		20		19	
	Elevato	20		7		19	
Professionalmente attivo	No	25	**	23	°	20	n.s.
	Sì	9		13		19	
Zona di residenza	Urbana	21	n.s.	29	*	16	n.s.
	Intermedia	25		17		23	
	Periferica	22		23		17	
Nazionalità ²	Svizzera	22	°	18	***	20	n.s.
	Italiana	33		55		19	
Stato civile	Celibe/nubile	24	*	36	***	32	*
	Sposato	23		13		21	
	Separato/divorziato	38		39		11	
	Vedovo	13		41		11	
Ha figli	No	19	n.s.	29	°	29	*
	Sì	24		20		18	
Ha nipoti	No	20	n.s.	24	n.s.	33	***
	Sì	24		20		15	
Ha fratelli/sorelle	No	17	n.s.	19	n.s.	12	°
	Sì	25		22		21	

Test Chi-2. Significatività: n.s. = non significativo; ° $p \leq 0,100$; * $p \leq 0,050$; ** $p \leq 0,010$; *** $p \leq 0,001$.

¹ Per le persone sposate, divorziate e vedove, si considera la più elevata tra le ultime professioni dei due coniugi.

² Le persone con doppia nazionalità sono considerate svizzere.

Fonte: VLV

5. IL RICORSO AI SERVIZI DOMICILIARI E IL RUOLO DELLA FAMIGLIA NELLA QUARTA ETÀ

Barbara Masotti

Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale, Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana

Michel Oris

PNR LIVES, Università di Losanna e di Ginevra e CIGEV, Università di Ginevra

Di fronte a una vecchiaia sempre più lunga e diversificata, in Svizzera, come in altri paesi occidentali, il ricorso ai servizi di assistenza e cura a domicilio costituisce una realtà diffusa (Höpflinger, Bayer-Oglesby & Zumbrunn, 2011; Ufficio federale di statistica, 2013). Se il trasferimento in casa per anziani giunge per molti il più tardi possibile – e spesso negli ultimissimi anni di vita (Cavalli, 2012) –, la possibilità di appoggiarsi a determinati servizi può infatti contribuire a garantire la permanenza a casa propria quando non si è più in grado di svolgere, in modo indipendente, una o più attività della vita quotidiana.

Oltre a rispondere al desiderio della maggior parte degli anziani, il mantenimento a domicilio è del resto una priorità politica del Paese in materia di vecchiaia da ormai una quindicina d'anni; una politica i cui obiettivi principali sono quelli di favorire l'autonomia della persona all'interno del proprio contesto familiare e, nel contempo, di contenere i costi della salute evitando trasferimenti inappropriati in strutture ospedaliere e residenziali (Hagmann & Fragnière, 1997). In linea con questo orientamento, il Ticino, così come altri Cantoni, ha attuato tutta una serie di misure volte a potenziare, organizzare e regolamentare l'offerta di prestazioni in questo settore.

Basandosi sui dati raccolti all'interno dell'indagine VLV (vedi Cap. 3), l'obiettivo di questo capitolo è quello di misurare e descrivere l'ampiezza e le peculiarità del fenomeno nel nostro Cantone, analizzando in primo luogo il ricorso ai servizi domiciliari da parte degli ultraottantenni che vivono a domicilio (dimensione del campione: 290 individui) e considerando poi la relazione tra gli stessi aiuti formali e il ruolo della famiglia quale fonte di aiuto informale^{1,2}.

Quanti e quali anziani oggi si appoggiano a questi servizi? Cosa li porta a richiedere un supporto esterno e cosa permette invece ad altri di continuare a vivere a casa propria senza averne bisogno? Esistono differenze tra le varie tipologie di aiuti presenti sul territorio (assistenza di tipo domestico-familiare, cure e servizi di appoggio)? Quanto conta la presenza o meno di una propria cerchia familiare e che tipo di relazione esiste tra le due reti di aiuto, quella informale e quella formale? E ancora, questi sostegni raggiungono chi ne ha bisogno indipendentemente dalle disuguaglianze sociali?

¹ Con “aiuti informali” ci si riferisce al supporto fornito dalla famiglia, dagli amici o da conoscenti. Gli “aiuti formali” sono invece gli aiuti forniti da organizzazioni pubbliche e private o di volontariato. Essi comprendono sia i servizi a domicilio, sia gli aiuti forniti all'interno di istituti specifici.

² I risultati presentati in questo capitolo provengono più particolarmente da una tesi di dottorato sul tema (Masotti, *in corso*) condotta presso l'Università di Ginevra sotto la direzione dei Professori Michel Oris (Università di Ginevra) e Fulvio Poletti (Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana).

Il ricorso alla rete formale: una specificità della quarta età

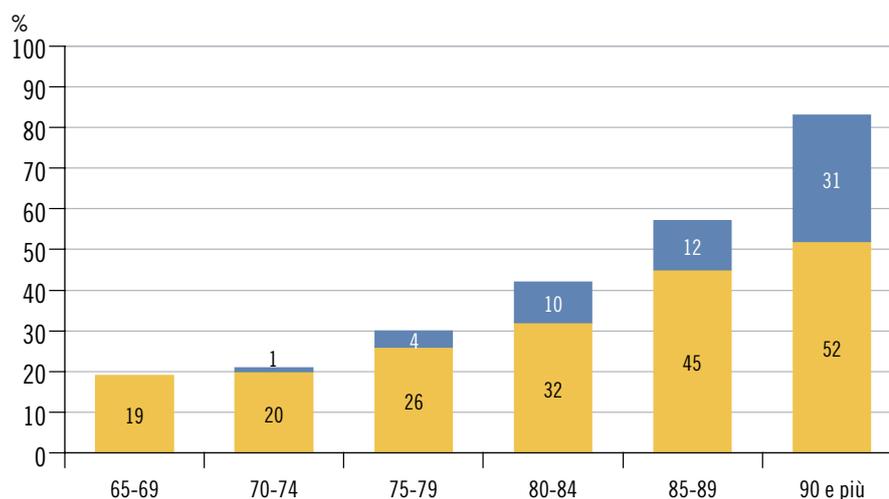
Più si avanza con l'età, più il rischio di sviluppare dei problemi di salute quotidiani, e di conseguenza dei bisogni ai quali si deve in un modo o nell'altro rispondere, è grande. Confrontando lo stato di salute della popolazione ticinese secondo i diversi gruppi di età, nel Capitolo 3 abbiamo visto come con l'avanzare dell'età, e in particolar modo a partire dalla soglia degli 80 anni, la presenza di persone indipendenti lascia via via spazio alle persone fragili e, dopo i 90 anni, a quelle dipendenti. Il ricorso alla rete formale in generale, e quindi sia ai servizi domiciliari sia agli aiuti percepiti all'interno delle case per anziani, rispecchia questa tendenza [F. 5.1]. Passando da un gruppo di età al successivo, infatti, il numero di chi beneficia di un'assistenza formale risulta maggiore. In particolare, è tra gli ultraottantenni che il ricorso agli aiuti è più importante. Inoltre, se fino ai 90 anni l'essenziale degli aiuti è fornito a domicilio, oltre questa soglia all'incirca due quinti di chi è aiutato lo è nel contesto di una casa per anziani.

F. 5.1

Il ricorso alla rete formale (servizi domiciliari e case per anziani) secondo l'età

Fonte: VLV

- Beneficiari dei servizi a domicilio
- Residenti in case per anziani



Considerando lo stato di salute, i grafici della figura [F. 5.2] permettono di individuare importanti differenze tra chi vive a domicilio senza beneficiare dell'aiuto dei servizi (a), chi al contrario è aiutato da quest'ultimi a casa propria (b) e chi invece lo è all'interno di una casa per anziani (c). Tra i non beneficiari, se la maggioranza è indipendente, dopo gli 85 anni la presenza di fragili, e meno frequentemente di dipendenti, risulta più evidente. Al contrario, tra chi riceve i servizi a domicilio, la presenza di persone fragili e dipendenti è in generale maggiore ed è nettamente prevalente dopo gli 80 anni. Tranne qualche eccezione³, la maggior parte dei residenti in casa per anziani è infine fragile e soprattutto dipendente (vedi anche Cavalli, 2012).

Oltre a sottolineare un ricorso maggiore con l'arrivo della cosiddetta "quarta età", la cui soglia è comunemente posta a 80 anni, le tendenze presentate suggeriscono l'esistenza di un legame tra gli aiuti formali e lo stato di salute. È verosimile presupporre che, nella quarta età in particolare, un eventuale ricorso agli aiuti sia più direttamente legato alle naturali conseguenze dell'invecchiamento, e meno alla presenza di deficit o di malattie specifiche o, ancora, a un ricorso legato a un'abitudine presente già da molti anni, come può essere quella dell'affiancamento di personale domestico per la gestione corrente della propria abitazione. Al fine di osservare la realtà del ricorso ai servizi formali esistenti in Ticino quale misura indirizzata al mantenimento a domicilio, le analisi presentate nelle prossime pagine si concentreranno sugli anziani di 80 anni e oltre che vivono a casa propria (290 individui). Grazie alla procedura "proxy" (vedi Cap. 3), sono altresì rappresentati gli anziani non in grado di rispondere al questionario in ragione di determinati disturbi cognitivi; una fetta importante se consideriamo che quest'ultimi rappresentano all'incirca il 18% (51 individui) della popolazione considerata.

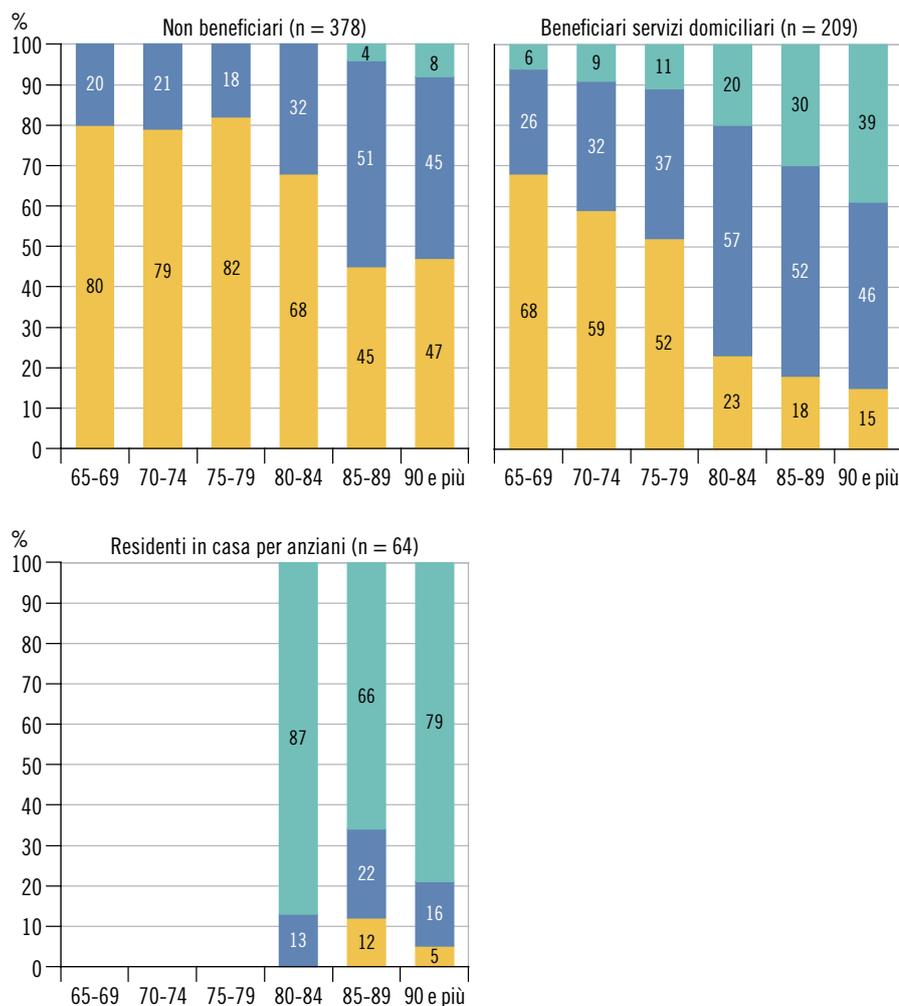
³ La presenza di alcune persone indipendenti tra i residenti più anziani è in parte una questione di tipo storico-generazionale. È infatti possibile che l'entrata in istituto di queste persone appartenenti oggi alle fasce d'età più avanzate corrisponda a un'epoca in cui la tendenza attuale a ritardare il più possibile il trasferimento in istituto e a promuovere il mantenimento a domicilio il più a lungo possibile non era ancora così diffusa. Più di oggi, i trasferimenti dal domicilio in casa anziani potevano allora avvenire anche in assenza di una dipendenza funzionale.

F. 5.2

Stato di salute, secondo l'età, tra non beneficiari, beneficiari dei servizi domiciliari e residenti in casa per anziani

Fonte: VLV

- Indipendente
- Fragile
- Dipendente



L'utilizzo degli aiuti domiciliari tra assistenza domestica, cure e servizi di appoggio: una prima fotografia

In che misura gli ultraottantenni che vivono a domicilio ricorrono ad aiuti di tipo formale? Attraverso una lista di servizi, ai partecipanti dell'inchiesta VLV è stato chiesto con che frequenza avessero ricevuto, nei tre mesi precedenti la somministrazione del questionario, l'aiuto di ciascuno di essi.

I servizi citati, d'interesse pubblico, privato o di natura volontaria, rispecchiano grossomodo l'offerta esistente sul territorio. La tabella [T. 5.1] ne illustra il ricorso suddividendoli in tre insiemi di prestazioni: l'assistenza di tipo domestico-familiare, le cure a domicilio e, infine, i servizi di appoggio.

Per quanto attiene alla prima categoria di aiuti, vi ritroviamo essenzialmente l'accompagnamento nella gestione delle attività di base della vita quotidiana (lavarsi, mangiare, alzarsi/sdraiarsi, vestirsi/svestirsi, spostarsi all'interno della propria abitazione) e nello svolgimento di mansioni specifiche legate all'economia domestica (fare il bucato, spolverare, rifare il letto, riordinare, stirare). Si tratta di prestazioni che sono fornite dai servizi di assistenza e cura a domicilio (di interesse pubblico o privato)⁴, ma anche da personale privato come le collaboratrici domestiche e le badanti (Solcà et al., 2013; Tognetti Bordogna, 2011) le quali, spesso convivendo con la persona, garantiscono un'assistenza continua. Le cure a domicilio, garantite anch'esse dai servizi come pure dagli infermieri indipendenti, ricoprono ambiti più specificatamente di tipo sanitario che vanno dall'assistenza nell'igiene

⁴ A fianco dei sei Servizi di assistenza e cura a domicilio (SACD) riconosciuti a livello cantonale e attribuiti ai singoli comprensori (Luganese, Malcantone e Veduggio, Mendrisiotto e Basso Ceresio, Tre Valli, Locarnese e Valle Maggia, Bellinzonese), in Ticino sono presenti una ventina di servizi privati, di cui la maggioranza ha sede nel Sottoceneri.

personale al controllo dei parametri vitali, dalla preparazione e somministrazione dei medicinali alle medicazioni e ai bendaggi. In questo sottoinsieme includiamo anche le cure di tipo riabilitativo prestate da fisioterapisti ed ergoterapisti in modo indipendente o per conto di una struttura ospedaliera. I servizi di appoggio, infine, si distinguono dagli altri gruppi di servizi in quanto, pur favorendone il mantenimento a domicilio, non prevedono un'assistenza diretta alla persona all'interno del suo spazio di vita. Vi ritroviamo i servizi di distribuzione pasti, le consulenze sociali inerenti ad esempio l'accesso ai servizi esistenti e i possibili sussidi, i centri diurni terapeutici e, infine, altri aiuti offerti da volontari di organizzazioni come Pro Senectute (Duvoisin et al., 2012; Egloff, 2012), Croce Rossa o altri ancora, i quali solitamente riguardano il trasporto e l'accompagnamento dal domicilio ai servizi di tipo medico-ospedaliero, associativi, o commerciali.

Per quanto riguarda l'onere di queste prestazioni, le cure medico-sanitarie sono generalmente coperte dall'assicurazione malattia di base. Le altre prestazioni invece, quando si rifanno agli enti riconosciuti ai sensi della Legge sull'assistenza e cura a domicilio (LACD) e quindi ai servizi di assistenza e cura a domicilio di interesse pubblico (SACD) e ai servizi di appoggio, sono a carico dell'utente proporzionalmente al suo reddito e secondo il tariffario di tali servizi. Quest'ultimi possono inoltre essere in parte coperti da assicurazioni complementari private. Tra le misure adottate dal Cantone segnaliamo che vi sono pure dei sussidi, i quali si indirizzano più particolarmente alle persone con reddito modesto e fortemente dipendenti dalla presenza costante di familiari e terzi. Si tratta dei cosiddetti "aiuti diretti".⁵

⁵ Per maggiori informazioni sulle misure adottate dal Cantone nell'ottica di favorire il mantenimento a domicilio consultare il sito dell'Ufficio degli anziani e delle cure a domicilio (UACD) del Dipartimento della sanità e della socialità del Canton Ticino (<http://www4.ti.ch/dss/dasf/uacd/ufficio/>).

T. 5.1

Natura e frequenza dell'utilizzo dei servizi domiciliari tra gli ultraottantenni (in %)

	Mai o quasi mai	Una volta al mese/ogni 15 giorni	Circa una volta a settimana	Tutti i giorni o quasi	Totale dei beneficiari
Assistenza domestica/familiare	63	7	20	10	37
Servizio di aiuto domestico e/o aiuto familiare	76	4	13	7	24
Domestico(a) e/o badante	80	3	11	6	20
Cure	77	2	12	9	23
Cure a domicilio e/o Infermiere(a) indipendente	81	2	9	8	19
Fisioterapia e/o ergoterapia	90	2	7	1	10
Servizi di appoggio	88	–	4	8	12
Pasti a domicilio	92	–	2	6	8
Volontari (trasporto)	95	–	1	4	5
Consulenza sociale	98	2	–	–	2
Centro diurno terapeutico	98	–	1	1	2
Almeno un servizio	54	7	20	19	46

Fonte: VLV

Dalla tabella [T. 5.1] emerge innanzitutto come quasi la metà (il 46%) degli ultraottantenni che vivono a domicilio riceve il supporto di almeno uno dei servizi citati, nella maggior parte dei casi con una frequenza almeno settimanale.

L'assistenza di tipo domestico/familiare è la più richiesta e riguarda, in misura quasi equivalente, le prestazioni fornite dal personale specializ-

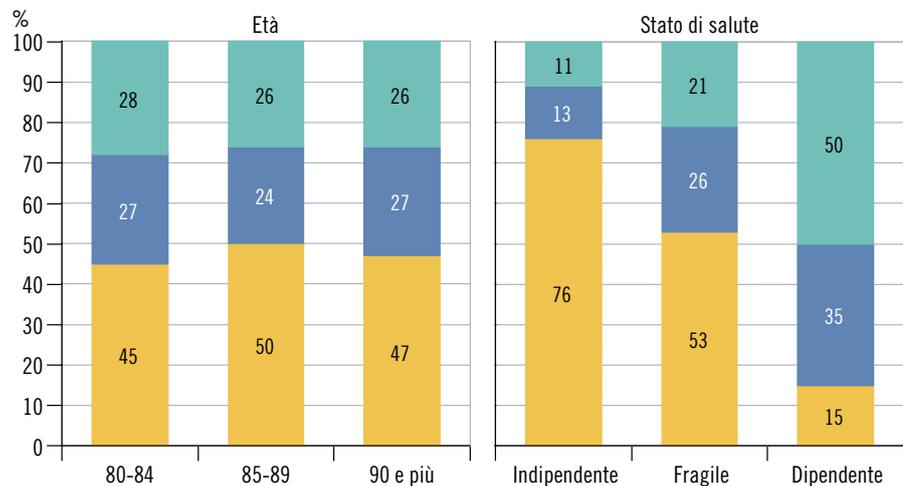
zato dei servizi di assistenza e cura a domicilio e quelle di domestiche private e/o badanti. Per quanto riguarda invece le cure, vi si appoggia all'incirca una persona su quattro e i servizi più sollecitati sono quelli di tipo infermieristico.

Tra i servizi di appoggio, richiesti da un ultraottantenne su otto, i più utilizzati sono i pasti a domicilio e gli aiuti, quali il trasporto, prestati dai volontari.

All'incirca la metà di chi beneficia di questi supporti – assistenza, cure o servizi di appoggio – ricorre a più prestazioni contemporaneamente. La combinazione più frequente associa le cure agli aiuti domestici, i quali al contrario sono spesso sollecitati quale unica prestazione. Il numero di aiuti è maggiore passando da uno stato di salute all'altro, restando invece costante nel confronto tra le fasce d'età [F. 5.3]. In particolare, i beneficiari dipendenti sono nettamente più numerosi: l'85% riceve più di un aiuto, e nel 50% dei casi riceve tre o più aiuti contemporaneamente.

F. 5.3
Numero di aiuti ricevuti tra i beneficiari (n=140) secondo il gruppo di età e lo stato di salute
 Fonte: VLV

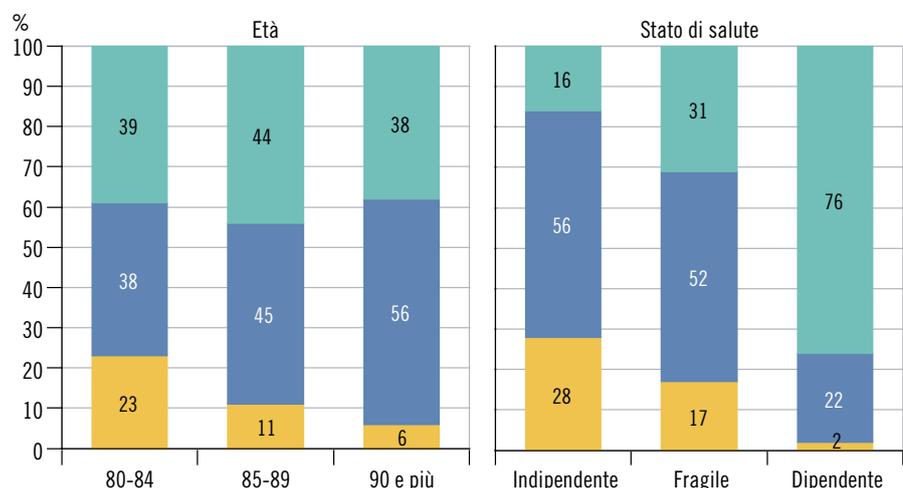
- Un aiuto
- Due aiuti
- Tre o più aiuti



Lo stesso si può dire rispetto alla frequenza di utilizzo degli aiuti [F. 5.4]. Se quest'ultima aumenta proporzionalmente mano a mano che ci si inoltra nella dipendenza, il confronto tra età non sottolinea differenze altrettanto incisive. Vediamo in particolare come tra i dipendenti l'utilizzo prevalente sia quello di un aiuto una volta al giorno.

F. 5.4
Frequenza degli aiuti ricevuti tra i beneficiari (n=140) secondo il gruppo di età e lo stato di salute
 Fonte: VLV

- Almeno un aiuto una volta al mese/ogni 15 gg
- Almeno un aiuto una volta a settimana
- Almeno un aiuto tutti i giorni o quasi



**I beneficiari dei servizi:
le caratteristiche
principali e i fattori
determinanti il ricorso**

L'allegato a p. 108 riprende i risultati di analisi bivariate in cui si osserva il legame tra il ricorso agli aiuti – in generale e per le tre categorie di prestazione – e le diverse caratteristiche della popolazione: quelle di tipo socio-demografico, quelle riguardanti la situazione familiare e, infine, i diversi indicatori della salute. Senza voler entrare nel dettaglio di questi risultati, ci limiteremo in questa sede a riprendere sommariamente le caratteristiche principali e distintive di quegli anziani che si appoggiano ai servizi. Il fine è poi quello di tornare ad approfondire determinati fattori una volta testato, attraverso analisi multivariate, il legame esistente tra di essi.

Ad essere maggiormente rappresentate tra i beneficiari sono, per quanto riguarda le caratteristiche socio-demografiche, le donne, le persone appartenenti ai gruppi di età più avanzati e ad uno statuto socio-economico piuttosto basso.⁶ Sorprende invece che non vi siano differenze significative tra chi vive in aree periferiche e chi invece in aree urbane; un dato che, al di là della possibile influenza di differenze culturali, evidenzia la capillarità dei servizi sul territorio ticinese.

Per quanto riguarda l'*entourage* familiare, se chi non si è sposato, chi vive solo e chi non ha figli è più spesso supportato dai servizi domestici e dai servizi d'appoggio, lo stesso non è riscontrabile per quanto riguarda le cure. Seppur di minor importanza, vi è una differenza anche tra chi ha contatti diretti frequenti con i propri cari (visite almeno settimanali da parte loro) e chi non li ha. Quest'ultimi sono più spesso supportati da aiuti formali, in particolare di tipo domestico. Il fatto di avere o meno dei fratelli e sorelle o nipoti di discendenza diretta non genera invece differenze significative.

Infine, in linea con quanto visto precedentemente, la salute funzionale origina differenze importanti: la dipendenza coincide nel 93% di casi con il ricorso ad almeno un servizio. In particolare, la differenza più grande tra indipendenti e dipendenti si riscontra nel ricorso alle cure. Differenze importanti e maggiori per quanto riguarda le cure emergono pure rispetto alla gestione delle attività strumentali (*Instrumental Activities of Daily Living*), ovvero quei gesti della vita quotidiana che riguardano la gestione della vita domestica e richiedono maggiore indipendenza, fisica e cognitiva. Anche i fragili, rispetto agli indipendenti, sono maggiormente rappresentati tra i beneficiari degli aiuti formali e, soprattutto, tra chi ricorre alle cure. Le differenze più rilevanti riguardano la presenza di limitazioni in termini di mobilità e di energia. La percentuale di beneficiari è infine significativamente più elevata, in particolar modo nuovamente tra chi si appoggia alle cure medico-sanitarie, tra chi presenta difficoltà cognitive così come tra chi soffre di malattie o ha subito eventi quali cadute e ricoveri o, ancora, risente delle conseguenze di interventi o incidenti.

In estrema sintesi, il quadro che ne emerge è quello di un'utenza caratterizzata, oltre che da una salute fragile, da determinate vulnerabilità di status e in termini di *entourage* familiare.

Come anticipato, nelle prossime analisi entreranno maggiormente in merito nella discussione degli aspetti emersi chiedendoci quali di questi, una volta considerati insieme, costituiscono dei fattori determinanti che influiscono sul ricorso agli aiuti formali.

⁶ La differenza di genere nell'utilizzo degli aiuti è più marcata rispetto all'assistenza domestica, mentre per quanto riguarda lo status socio-economico, le differenze in termini di formazione e di professione sono significativamente maggiori nel ricorso alle cure e quelle di reddito nel ricorso agli aiuti domestici.

In linea con quanto visto fin qui, gli studi condotti in Svizzera sull'utilizzo dei servizi a domicilio tra le persone anziane convergono sull'importanza di un'analisi del fenomeno che tenga conto, insieme alla salute, della cerchia familiare e sociale della persona così come delle caratteristiche socio-demografiche che la distinguono (Armi, Guilley & Lalive d'Épinay, 2008; Höpflinger et al., 2011; Lalive d'Épinay, Bickel, Maystre & Vollenwyder, 2000). Attraverso delle regressioni logistiche⁷ abbiamo quindi preso in considerazione queste dimensioni misurandone l'effetto sul ricorso agli aiuti in generale e sulle tre tipologie di prestazioni (assistenza domestica-familiare, cure, servizi di appoggio). Nella tabella [T. 5.2] figurano unicamente quelle variabili indipendenti che, una volta testate nell'insieme, mantengono una significatività su almeno una delle quattro variabili dipendenti su cui è misurato l'effetto.

Concentrandoci inizialmente sul ricorso agli aiuti in generale, possiamo individuare tre insiemi di fattori significativamente determinanti: la progressiva perdita di autonomia nell'esercizio delle attività della vita quotidiana (di base e strumentali), l'aver vissuto eventi quali le cadute e le ospedalizzazioni e, infine, caratteristiche più strutturali quali l'età e il fatto di vivere soli [F. 5.6].

⁷ Il metodo della regressione logistica (Cox & Snell, 1989; Hosmer & Lemeshow, 1989) misura la probabilità di presentare un dato stato in funzione di diverse caratteristiche individuali. Nella tabella dei risultati i parametri sono espressi sotto forma esponenziale. Questi valori esprimono un "odds ratio" (O.R.). Il valore dell'O.R. è sempre positivo, inferiore o superiore a 1 secondo il senso della relazione tra le variabili (modalità) studiate. Vedi esempi di lettera nella tabella T. 5.2.

T. 5.2

Fattori determinanti del ricorso ai servizi domiciliari e secondo la tipologia di prestazione (risultati regressioni logistiche)

		Ricorso ai servizi domiciliari ¹	Ricorso all'assistenza domestica-familiare ¹	Ricorso alle cure ¹	Ricorso ai servizi di appoggio ¹
Genere	Donne	1	1	1	1
	Uomini	0,524	0,498 *	0,430	1,038
Età		1,186 ***	1,092 *	1,143 **	1,105 *
Economia domestica	Vive solo/a	1	1	1	1
	Convive	0,446 *	0,606	1,120	0,314 *
Visite dei famigliari	Rare o inesistenti	1	1	1	1
	Frequenti	0,532	0,482 *	0,655	1,258
ADL - limitazioni (score) ²		1,238 *	1,044	1,371 **	1,168
IADL - limitazioni (score) ³		1,125 **	1,087 *	1,117 **	0,999
Mobilità	Assenza di limitazioni	1	1	1	1
	Presenza di limitazioni	1,878	2,208 *	2,738 *	2,221
Energia	Assenza di limitazioni	1	1	1	1
	Presenza di limitazioni	1,421	1,044	0,938	3,568 **
Cadute	Nessuna	1	1	1	1
	Una o più	1,984 *	1,456	3,381 **	1,159
Ospedalizzazioni	Nessuna	1	1	1	1
	Una o più	2,808 **	1,113	2,930 **	2,759 *
Chi Square		129,18 ***	68,79 ***	134,68 ***	49,19 ***

Esempio di lettura 1 (variabile categoriale): l'odds ratio di 0,498 per la categoria "uomini" della variabile "genere" (seconda riga della seconda colonna) indica che, rispetto alle donne, gli uomini hanno circa il 50% ($1-0,498=0,47$) in meno di probabilità, di ricevere aiuti formali di tipo domestico/famigliare.

Esempio di lettura 2 (variabile numerica): un odds ratio di 1.186 per la variabile "età" (seconda riga della prima colonna) significa che ogni anno in più aumenta la probabilità di ricevere aiuti di tipo formale del 19%.

* = sig. $\leq 0,05$; ** = sig. $\leq 0,01$; *** = sig. $\leq 0,001$.

¹ Per ognuna delle categorie considerate (servizi domiciliari, assistenza domestica, cure, servizi d'appoggio) il ricorso si riferisce all'utilizzo di almeno una delle prestazioni in esse contenute.

² Lo score delle attività di base della vita quotidiana va da 0 a 10 e risulta dalla somma delle categorie "indipendente" (lo fa da solo/a senza troppe difficoltà), "in difficoltà" (lo fa da solo/a, ma con difficoltà), "dipendente" (non può farlo da solo/a) per ognuna delle cinque ADL.

³ Lo score delle attività strumentali della vita quotidiana va da 0 a 16 e risulta dalla somma delle categorie "indipendente", "con aiuto", "dipendente" per ognuna delle otto IADL considerate.

Per quanto riguarda la salute, gli indicatori che contemporaneamente mantengono un effetto discriminante sono quindi il livello di dipendenza funzionale e nelle attività strumentali della vita domestica. Ogni limitazione in più nel compiere le cinque attività di base (ADL) aumenta la probabilità di ricorrere ad aiuti esterni del 24% (OR = 1,238*), mentre ogni limitazione in più nelle otto attività strumentali (IADL) incide del 12% (OR = 1,125**). Analisi più specifiche sulle attività in questione hanno mostrato un effetto particolarmente importante relativo alla cura della propria igiene personale e agli spostamenti da una stanza all'altra per quanto riguarda le attività di base, mentre nelle attività strumentali ritroviamo, in ordine di importanza, le pulizie domestiche, la preparazione dei pasti, l'assunzione delle medicine.

La presenza di disturbi di tipo cognitivo, il fatto di soffrire di malattie o delle conseguenze di incidenti e/o di operazioni non hanno invece un effetto discriminante significativo dopo aver testato il livello di dipendenza funzionale. Questo può significare che se chi rientra in questo tipo di casistica ha più probabilità di ricorrere ai servizi è perché è dipendente a livello funzionale. Ancora però, questo stesso effetto, o meglio questa mancanza di effetto, può ricondursi alla maggiore probabilità, in specifiche condizioni e soprattutto in età avanzata, di optare piuttosto per un contesto d'aiuto istituzionalizzato.

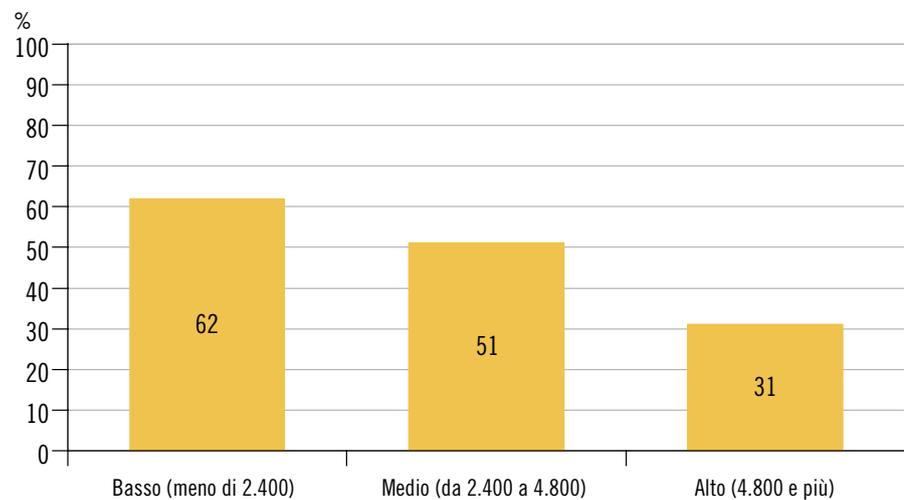
Lo stesso non si può dire per le cadute (OR = 1,984*) e le ospedalizzazioni (OR = 2,808**) il cui effetto rimane particolarmente importante anche dopo aver considerato la salute funzionale. Si tratta peraltro di eventi scatenanti che possono portare, oltre che a conseguenze fisiche più o meno importanti, alla presa di coscienza di un equilibrio ormai fragile suscitando nella persona e nei suoi cari un senso di insicurezza rispetto al futuro e alla paura di una sostanziale diminuzione della propria indipendenza quotidiana. Se le cadute predicano una debolezza fisica e la riduzione della propria mobilità, segnaliamo che il 32% degli ultraottantenni che hanno risposto direttamente al questionario ($n=239$) dichiara di aver ridotto i propri spostamenti e le proprie attività per paura di cadere. Per quanto riguarda i ricoveri in ospedale inoltre, sappiamo come spesso è proprio per permettere un rientro a casa sicuro dopo una situazione di pericolo che vengono mobilitati, grazie anche alla mediazione del personale medico e ospedaliero, determinati supporti domiciliari.

Passando all'età, se il suo effetto rimane significativo (OR = 1,186***) anche dopo aver introdotto nel modello i diversi fattori legati alla salute, questo dimostra che quest'ultima non copre tutti gli effetti dell'invecchiamento e che, verosimilmente, e ancor più nella quarta età, il solo fatto di avere anni in più porta l'anziano o i propri cari a considerare il ricorso a determinati servizi come un'alternativa auspicabile o addirittura normale.

L'effetto del genere, così come quello dello statuto socioeconomico, invece, scompaiono una volta considerata la salute funzionale. Se quindi gli uomini hanno meno probabilità di ricorrere agli aiuti rispetto alle donne, questo è perché quest'ultime, vivendo più a lungo, sono più suscettibili di giungere a un'età in cui determinati bisogni in termini di cure e di aiuti si fanno sentire con più forza. Il cosiddetto *gender*

paradox – secondo il quale le donne vivono più a lungo ma gli uomini godono di una salute migliore – è per altro confermato dai dati VLV: dopo i 75 anni e quindi con l'avanzamento nella quarta età, le donne sono maggiormente esposte al rischio di entrare nella dipendenza (Lalive d'Épinay & Cavalli, 2013: 49-53). Anche l'utilizzo maggiore degli aiuti da parte delle persone con uno statuto socioeconomico più basso, rappresentato attraverso il reddito nella figura [F.5.5], può ricollegarsi alla maggiore probabilità di queste persone di ritrovarsi nella quarta età in minor salute rispetto a chi ha uno statuto elevato (Lalive d'Épinay & Cavalli, 2013: 55-57). Il risultato è pure indicativo di un sistema il quale considera normale, in presenza di determinati bisogni di salute, mettere a disposizione aiuti più o meno sovvenzionati secondo le risorse economiche di cui si dispone. Un sistema quindi che, passando dalla salute, tende ad “assorbire” le disuguaglianze sociali esistenti.

F. 5.5
Prevalenza di beneficiari secondo
il livello di reddito
Fonte: VLV



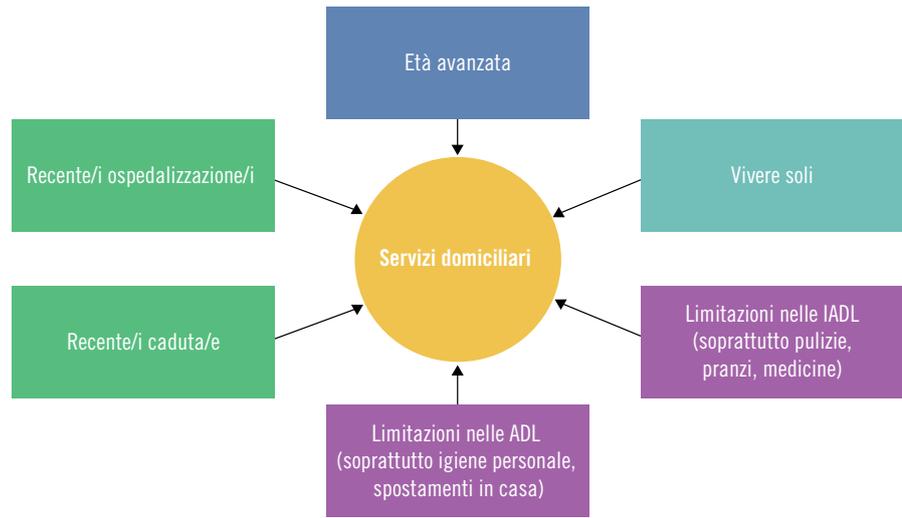
Sorprende infine non individuare, ad eccezione della composizione dell'economia domestica, l'incidenza di variabili legate alla rete familiare. Se chi convive con qualcuno (più spesso il coniuge) ha il 55% in meno di probabilità di ricorrere ad uno dei servizi citati ($OR = 0,446^*$), il fatto di avere o meno dei figli così come dei contatti diretti (visite) frequenti con essi o con altri parenti che vivono al di fuori delle proprie mura domestiche non costituisce un fattore determinante. Questo risultato da un lato ci riporta al ruolo della convivenza quale spazio di mutuo aiuto importante nella quarta età, tanto più esplicito nel caso dei coniugi (vedi anche Lalive d'Épinay et al., 2000), dall'altro ci interroga sui legami intergenerazionali e sul ruolo della famiglia in senso più ampio quale fonte di aiuto nell'invecchiamento; un aspetto su cui ci soffermeremo in seguito.

A pari grado di autonomia, ad avere maggiori probabilità di ricorrere ai servizi domiciliari è chi ha un'età più avanzata, chi ha subito incidenti quali una caduta o è stato di recente ricoverato in ospedale e, infine, chi vive solo e non può quindi beneficiare del supporto di una persona convivente.

F. 5.6

Ricorrere ai servizi – sintesi dei fattori determinanti

Fonte: VLV



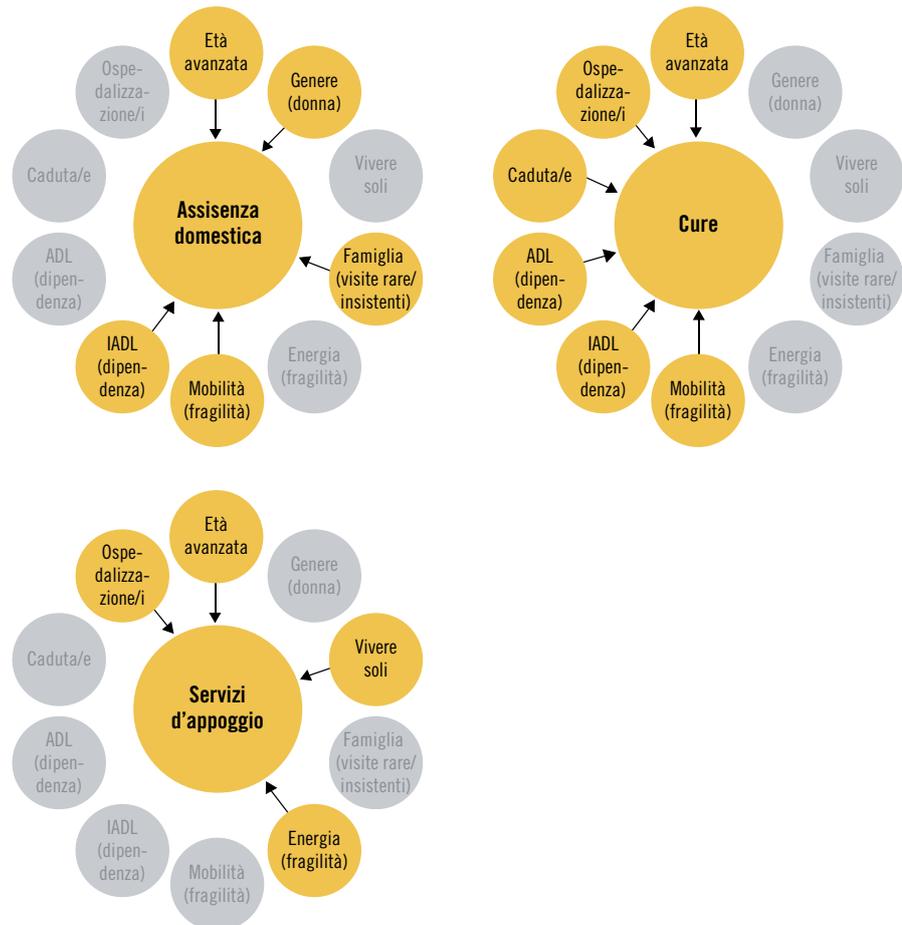
Il confronto tra assistenza domestica, cure e servizi di appoggio

Il paragone tra le tre tipologie di servizi – schematizzato attraverso la figura [F. 5.7] – mette in luce alcune differenze e similitudini su ciò che ne determina o meno il ricorso. Si tratta per lo più di sfumature che suggeriscono l'esistenza di bisogni più o meno diversi in termini di salute ma anche di condizioni di vita in senso più ampio.

F. 5.7

Ricorrere ai servizi – le differenze secondo il tipo di prestazione

Fonte: VLV



Il ricorso all'assistenza di tipo domestico o familiare presuppone bisogni i quali non riguardano in primo luogo la salute funzionale ma toccano una fragilità espressa nell'esistenza di limiti per quanto concerne gli spostamenti fuori casa e il fatto di salire/scendere le scale (mobilità; OR = 2,208*) come pure il grado di difficoltà/dipendenza nella gestione di attività più strumentali quali quelle legate alla gestione dell'economia domestica (OR = 1,087*). In questo caso a fare la differenza vi sono caratteristiche come il genere e la presenza di contatti di tipo diretto con altri membri della famiglia. Rispetto alle donne, gli uomini hanno il 50% in meno di probabilità di ricorrere a questo genere di aiuti (0,498*); una specificità che è forse da ricondurre alla tradizionale divisione dei ruoli all'interno della coppia e, in particolare, alla gestione della casa quale mansione tipicamente femminile, soprattutto per quanto riguarda quelle generazioni che oggi si trovano nella quarta età (vedi Stuckelberger & Höpflinger, 1996): se spesso l'uomo può contare sulla coniuge per le mansioni legate alla vita domestica, lo stesso è meno probabile per la donna, la quale, per altro, più frequentemente si ritrova a vivere sola, più anziana e in minor salute. Inoltre, chi riceve le visite dei propri cari con una certa frequenza (almeno una volta a settimana) è protetto dal "rischio" di appoggiarsi a risorse formali nella gestione dell'economia domestica (OR = 0,482*). Al contrario, chi non è regolarmente in contatto con la propria famiglia ha maggiori probabilità di ricorrere ai servizi formali per quanto riguarda l'assistenza in determinate mansioni di tipo domestico.

Lo stesso non si può dire invece rispetto al ricorso alle cure, dove i bisogni in termini di salute sono maggiori: alle limitazioni nella mobilità (OR = 2,738*) e nelle attività strumentali (OR = 1,117**) si aggiungono quelle a livello di attività di base della vita quotidiana (OR = 1,371**) così come l'incidenza di eventi scatenanti quali le cadute (OR = 3,381**) e le ospedalizzazioni (OR = 2,930**). Proprio perché tali bisogni necessitano delle risposte più specialistiche rispetto a quelli di gestione della casa, il ricorso alle cure non è determinato dal fatto di vivere soli o di non avere dei contatti con i propri cari. In linea con questo risultato, gli studi condotti in Svizzera sull'argomento hanno sottolineato come gli anziani sono aiutati da un coniuge, dai figli o da altri familiari, soprattutto per quanto riguarda i compiti di tipo domestico. Al contrario, le cure più specifiche sono normalmente delegate ai professionisti (Armi et al., 2008; Höpflinger et al., 2011; Lalive d'Épinay et al., 2000).

A determinare il ricorso ai servizi di appoggio vi sono invece, per quanto riguarda la salute, la presenza di una certa fragilità a livello di energia (OR = 3,568**) e il fatto di aver subito un'ospedalizzazione nell'ultimo anno (OR = 2,759*). Si tratta del resto di condizioni che possono portare la persona, a prescindere dal suo grado di autonomia, a rivolgersi a servizi, quali i pasti a domicilio, che possano darle quell'aiuto in più per esempio risparmiandole l'affaticamento ulteriore di stare in piedi a lungo. A queste condizioni, che possiamo definire "meno pesanti" rispetto all'esistenza di limitazioni funzionali, il fatto di viver soli, e quindi di non potersi appoggiare alla presenza e all'eventuale aiuto del proprio convivente, costituisce allora il fattore discriminante (chi vive con qualcuno ha il 70% in meno di probabilità di ricorrere ai servizi di appoggio; OR = 0,314*).

Quanto infine all'età, il suo effetto rimane significativamente determinante per tutte e tre le tipologie di prestazioni ed è maggiormente incisivo per quanto riguarda l'intervento del personale sanitario (OR = 1,143**). Come già sollevato in precedenza, l'avanzare dell'età può portare gli attori coinvolti a considerare il ricorso agli aiuti formali come una conseguenza naturale, una risposta a un bisogno di maggiore sicurezza di fronte all'inesorabilità dell'invecchiamento. Se pensiamo ad esempio al controllo dei parametri vitali – una prestazione peraltro tipicamente di competenza dei servizi di cure a domicilio – questa ipotesi appare realistica e può essere ricollegata, al di là dell'esistenza di problemi di salute, a un'esigenza di accertamenti regolari tanto più grande con l'aumentare dell'età della persona e, di conseguenza, degli anni trascorsi al domicilio.

Ma vediamo ora più da vicino il tipo di contributo offerto dalla famiglia, e come quest'ultima interagisce con la rete d'aiuto formale.

Il ruolo della famiglia tra aiuti informali e aiuti formali. L'importanza della relazione

Il ruolo della cerchia informale nell'aiuto all'anziano è molto studiato in letteratura. Spesso gli studi esistenti si sono focalizzati sulla complessità e le sfide personali cui sono confrontati i fornitori di cure (*caregiver*) informali (coniugi, parenti più o meno diretti, amici o conoscenti) nel trovarsi divisi tra il ruolo di cura, quello genitoriale e coniugale così come tutto quanto riguarda la sfera professionale. Una parte di questi studi si è più specificatamente dedicata a comprendere la gestione delle difficili decisioni del *caregiving* a livello familiare e individuale⁸; un'altra, la più ampia, si è invece chinata sulle conseguenze dell'accudimento dei propri cari sui *caregiver* familiari: degli effetti che si ripercuotono sul loro benessere psichico e psicologico, come pure a livello economico⁹ (Pavalko, 2011: 607-612). Altre ricerche si sono più particolarmente interessate all'interazione tra le due reti, quella formale e quella informale, nell'assistenza all'anziano. Il quesito alla base di tali studi è se tra le due tipologie di supporti esista una dinamica di sostituzione, in cui i servizi di tipo formale subentrano alla rete informale, o piuttosto una complementarità. Quest'ultima tesi trova un ampio riscontro anche negli studi effettuati in Svizzera sull'argomento (Armi et al., 2008; Höpflinger et al., 2011; Lalive d'Épinay et al., 2000) e sostiene che, quando la famiglia non riesce più a rispondere in maniera sufficiente o adeguata ai bisogni dell'anziano, il supporto professionale interviene rafforzandone il ruolo ma non rimpiazzandola. Con l'invecchiamento e l'accumularsi di difficoltà funzionali, la famiglia rimane la principale fonte d'aiuto e solo raramente la rete formale interviene in assenza di quest'ultima.

Ma cosa emerge dai nostri dati per quanto riguarda il contesto ticinese? Di seguito approfondiamo il ruolo della cerchia informale e il tipo di supporto che può offrire all'anziano, in sostituzione o in complementarità alla rete formale. Lo faremo soffermandoci unicamente sulla famiglia, in quanto le informazioni su amici, vicini e conoscenti in Ticino sono state raccolte unicamente presso chi ha risposto direttamente al questionario. A questo proposito segnaliamo che, quando è presente, l'aiuto extra-familiare è marginale e solo raramente sostituisce una rete familiare deficitaria. Inoltre, difficilmente l'apporto degli amici supera la soglia di casa,

⁸ Gli studi legati alla teoria della scelta razionale (*rational choice theory*) evidenziano quanto la scelta del familiare che accudirà il proprio caro bisognoso sia influenzata dagli investimenti emotivi e finanziari che essa comporta. La teoria del genere (*gender theory*) sottolinea invece le differenze tra i sessi nelle quantità e nella tipologia di aiuto fornite (Pavalko, 2011: 607-612).

⁹ La teoria dello stress (*stress theory*) ha influito in modo importante sulla produzione degli studi legati alle conseguenze personali del *caregiving* informale. Nella comprensione di quest'ultime hanno però un ruolo importante anche la teoria dei ruoli (*role theory*) così come quella del genere.

limitandosi più spesso a servizi svolti al di fuori del domicilio, quali le spese o il disbrigo di pratiche amministrative (Armi et al., 2008).

Come per gli aiuti di tipo formale (vedi [T. 5.1]), ai partecipanti dell'inchiesta è stato chiesto con quale frequenza ricevessero determinati servizi da parte dei membri della famiglia (ad eccezione della persona convivente la quale tuttavia, come già specificato in precedenza, costituisce per definizione una fonte d'aiuto importantissima). Nella tabella [T. 5.3] i servizi in questione sono raggruppati attraverso due grandi insiemi: gli aiuti cosiddetti strumentali e quelli di tipo relazionale. Più paragonabili ai supporti formali visti in precedenza, gli aiuti informali strumentali comprendono gli aiuti nella gestione dell'economia domestica (pulizie, preparazione pasti, spesa), le cure a livello di igiene personale e altre mansioni più specifiche e occasionali come le pratiche amministrative o altri lavori di manutenzione (riparazioni, giardinaggio, bricolage). Gli aiuti relazionali sono quei supporti di tipo affettivo che passano attraverso la semplice presenza e la compagnia alla persona, l'interessamento e l'apporto di un sostegno morale o, ancora, l'accompagnarla a fare una passeggiata o a prendere un caffè fuori casa.

Tra i famigliari non conviventi che prestano questi aiuti agli intervistati troviamo per lo più i figli, e soprattutto le figlie, così come i rispettivi coniugi (generi e nuore). Meno frequentemente vi sono i nipoti e i fratelli o sorelle.

T. 5.3

Gli aiuti informali ricevuti dai familiari (ad eccezione del/della convivente)

	Totale dei beneficiari (in %) ¹
Aiuti strumentali	
Aiuti domestici	54
Pulizie	34
Preparazione pasti	32
Spesa	45
Cure (igiene personale)	15
Altri aiuti	51
Faccende amministrative	38
Riparazioni/giardinaggio/bricolage	34
Almeno un aiuto strumentale	66
Aiuti relazionali	
Compagnia/sostegno morale	59
Passeggiate, bar o ristorante	45
Almeno un aiuto relazionale	65
Almeno un aiuto informale	76

¹ Sono considerati beneficiari le persone che dichiarano di ricevere questi supporti "a volte" o "spesso". Oltre a chi dichiara di non ricevere mai questi aiuti, sono escluse quelle persone che affermano di usufruirne "raramente".

Fonte: VLV

Tre ultraottantenni su quattro ricevono almeno un aiuto da parte dei famigliari non conviventi, sia esso di tipo strumentale e/o relazionale. Analisi comparative evidenziano, seppur senza grandi differenze, un ricorso maggiore agli aiuti familiari tra chi convive (78%) rispetto a chi vive solo (73%), come pure tra chi ha figli (78%) rispetto a chi non li ha (62%).

Per quanto riguarda gli aiuti strumentali, tra le mansioni in cui si è più aiutati dalla famiglia vi sono la spesa (45%) e il disbrigo delle pratiche amministrative (38%); due attività la cui gestione da parte di familiari non conviventi richiede un impegno più occasionale e specifico rispetto ad altre quali la preparazione dei pasti o le pulizie domestiche. Dal canto loro le cure, limitandosi in questo caso all'assistenza nell'igiene personale, sono affidate alla famiglia da una proporzione più esigua (15%). Il ricorso minore ai familiari per questo tipo di assistenza è verosimilmente legato, oltre che alla specificità di un atto più tipicamente di competenza professionale, alla presenza minore nel campione di persone dipendenti in questa attività rispetto alle persone ancora in grado di svolgerla in modo autonomo.

La presenza di beneficiari è invece maggiore considerando gli aiuti di tipo relazionale (65%), in particolar modo la compagnia e il supporto morale (59%).

In precedenza abbiamo visto che la percentuale di chi beneficia di aiuti formali varia secondo lo stato di salute, con una presenza nettamente maggiore tra i dipendenti (93%) e tra i fragili (53%) rispetto agli indipendenti (22%). Gli aiuti informali non rispecchiano la stessa logica o quantomeno ritroviamo una particolarità tra le persone fragili. Osserviamo infatti che se la parte di chi è supportato dalla famiglia è già molto importante tra gli indipendenti (78%) ed è preponderante tra i dipendenti (92%), la stessa rappresenta una percentuale minore tra chi è fragile (68%); una tendenza che da ulteriori analisi si riscontra indipendentemente dalla composizione dell'economia domestica e dalla presenza di figli. Si può ipotizzare una difficoltà maggiore di richiedere e/o accettare l'aiuto dei cari da parte dell'anziano fragile rispetto a quello indipendente, il quale è per altro maggiormente inserito in un sistema di scambio in cui lui stesso rende servizi ai propri cari traendone beneficio in termini di senso di utilità (cf. Cap. 3). Parlando di "ambivalenza intergenerazionale" Widmer e Lüscher (2011) sottolineano come la responsabilità familiare è per altro rimessa in questione quando, in particolare nei periodi di transizione della vita quali possono essere l'arrivo della fragilità e della dipendenza, essa è confrontata nel vissuto dei membri della famiglia così come in quello della persona anziana con altre norme e valori quali in particolare quello dell'autonomia individuale.

Guardiamo allora cosa accade considerando l'interazione della rete informale con quella formale.

La figura [F. 5.8] illustra i seguenti scenari secondo lo stato di salute: l'assenza di aiuti da ambedue le parti (rete formale e informale), l'intervento dei servizi formali quale unico contributo, quello della famiglia sola e, infine, la presenza di aiuti provenienti da entrambe le reti. I due grafici rappresentati si distinguono nel considerare quali aiuti informali unicamente gli aiuti strumentali (a) o quelli relazionali (b).

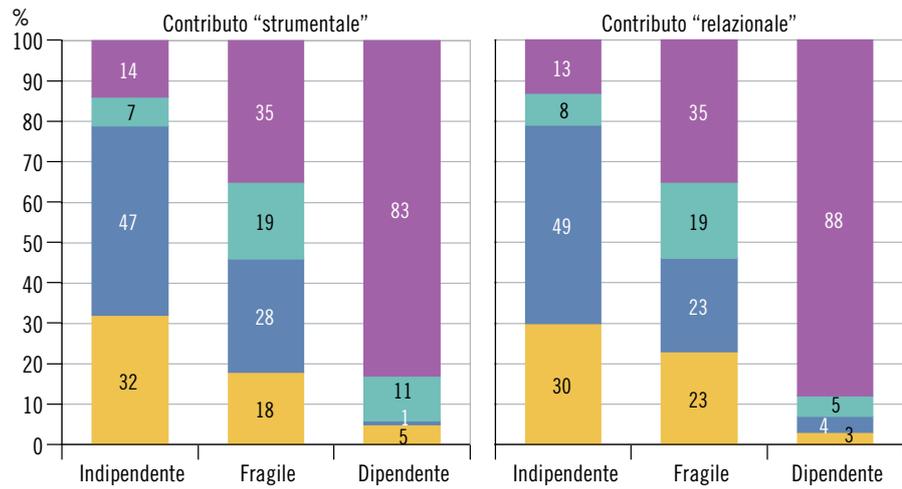
All'incirca la metà degli indipendenti si appoggia alla rete informale quale unica fonte di aiuto, mentre l'altra metà si divide tra gli altri scenari, più spesso quello della non ricezione di alcun tipo di aiuto. Con l'arrivo della fragilità, e soprattutto della dipendenza, la parte di aiuti informali è più presente in associazione al ricorso di servizi di tipo formale; così come è maggiormente rilevante la percentuale di chi si appoggia unica-

F. 5.8

L'interazione tra rete formale e rete informale familiare secondo lo stato di salute. Confronto tra contributo "strumentale" e contributo "relazionale"

Fonte: VLV

- Nessun aiuto
- Solo aiuti informali
- Solo aiuti formali
- Aiuti informali e aiuti formali



mente a quest'ultimi. Tra i dipendenti, invece, a designarsi quale scenario prevalente è più chiaramente quello di una complementarità tra le due reti, ancor più se, al posto degli aiuti strumentali, consideriamo gli aiuti relazionali quale contributo della rete familiare.

Più presenti tra gli indipendenti, in situazione di fragilità, i familiari tendono a delegare maggiormente alcune mansioni puntuali, mentre in situazione di dipendenza il loro ruolo si definisce in modo più chiaro e proprio, per lo più, in complementarità con l'intervento dei servizi formali; una complementarità in cui è possibile scorgere, in linea con l'emergere di bisogni sempre più specifici, l'espressione di una divisione dei compiti maggiormente definita. Se i professionisti vengono interpellati in modo importante nell'assistenza e nella cura dell'anziano, i familiari fanno la loro parte attraverso aiuti strumentali o, ancora più frequentemente, attraverso un ruolo relazionale. Quest'ultimo può per altro esprimersi in una sorta di monitoraggio, nell'assicurarsi che l'anziano beneficia degli aiuti di cui ha bisogno e senza quindi occuparsene direttamente.

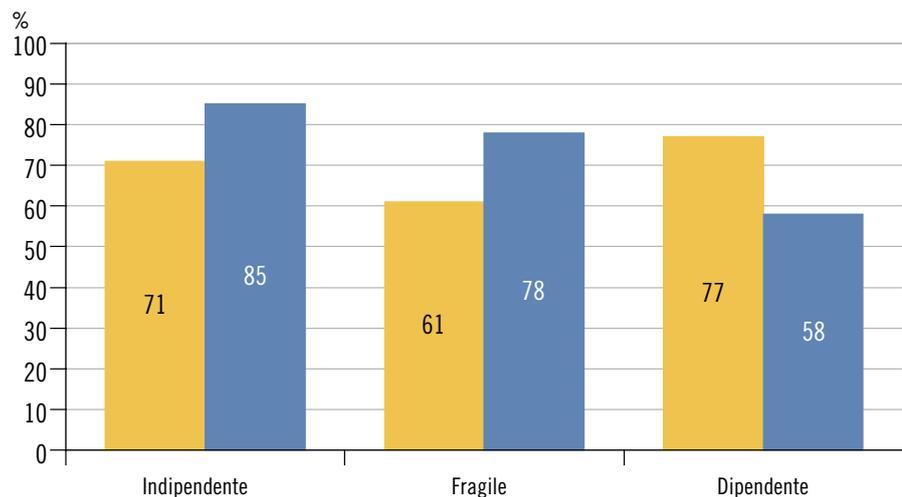
Questo tipo di complementarità è del resto più coerente con le esigenze della famiglia moderna, dove il legame di tipo affettivo resta una priorità e l'autonomia e l'intimità di ognuno sono aspetti da preservare. La sua espressione ideale è quella di un'"intimità a distanza" (Rosenmayr & Köckeis, 1963) in cui questo ruolo di monitoraggio da parte dei familiari avviene vivendo altrove, e quindi preservando l'indipendenza e l'autonomia di ognuno.

F. 5.9

Contatti frequenti (diretti e indiretti) con i familiari secondo lo stato di salute

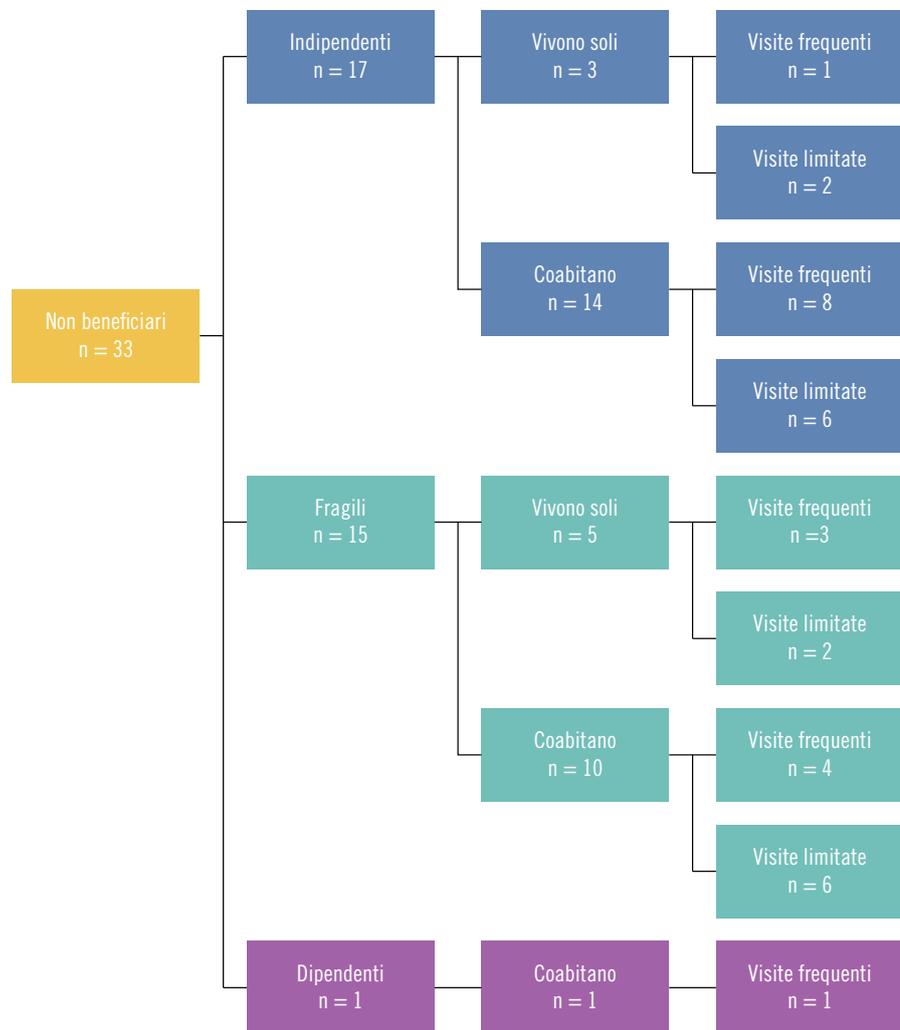
Fonte: VLV

- Visite
- Telefonate



A sostegno di questa tesi constatiamo che l’arrivo della dipendenza coincide con un numero maggiore di visite di una certa frequenza (settimanali o quotidiane) da parte dei parenti [F. 5.9]; visite che tra i dipendenti sembrano peraltro prendere il posto di contatti più indiretti quali le telefonate, il cui minor numero tra i dipendenti può a sua volta essere legato alla maggior presenza, in questo gruppo di anziani, di difficoltà nell’utilizzo del telefono a causa di problemi cognitivi o difficoltà uditive. Segnaliamo inoltre che, anche tra i dipendenti che ricevono unicamente aiuti di tipo formale, un’ampia maggioranza (83%) riceve regolarmente in visita i propri cari. Di nuovo però, lo stesso è riscontrabile solo in minor misura tra i fragili. Tornando ai dati della figura precedente [F. 5.8], cosa possiamo dire, infine, di quegli anziani che non ricevono alcun tipo di aiuto, né informale né formale benché presentino sintomi di fragilità o limitazioni nelle attività della vita quotidiana? Si può parlare di bisogni inevasi? Come evidenziato nella figura [F. 5.10], uno solo è dipendente ma può contare sulla presenza e l’appoggio di un convivente, così come quella dei famigliari che rendono loro visita in modo frequente. Tra le persone fragili, invece, se due terzi di loro coabitano, tra i cinque rimanenti vi sono due persone che non beneficiano di visite regolari da parte di famigliari. Anche in questi due casi non possiamo però concludere di essere di fronte a una situazione di bisogni inevasi o di isolamento. Se è vero che si tratta di persone fragili, i deficit per i quali possono essere definiti tali (cf. Cap. 3) sono minori in quanto riguardano la presenza di problemi di memoria (non tali da com-

F. 5.10
I “non beneficiari” secondo lo stato di salute, la composizione dell’economia domestica e le visite da parte dei familiari
 Fonte: VLV



promettere le capacità cognitive), il poco appetito in un caso e, nell'altro, la presenza di dolori locali e limitati ad un periodo di tempo. Queste limitazioni non compromettono del resto la gestione indipendente delle attività di base e strumentali le quali sono da loro gestite senza particolari difficoltà. Entrambi le persone, infine, hanno figli con i quali, seppur non vedendosi regolarmente, hanno contatti telefonici giornalieri.

Il ricorso ai servizi domiciliari. L'influenza del grado di autonomia e la latenza della fragilità

In questo capitolo ci siamo interrogati sul ricorso ai servizi domiciliari tra gli anziani ticinesi e, nello specifico, tra gli ultraottantenni; una fascia di età in cui, in linea con uno stato di salute prevalentemente fragile o dipendente, il sostegno dei servizi si presenta più frequentemente quale premessa alla permanenza a domicilio il più a lungo possibile. Oltre a delineare alcune tendenze rispetto alla realtà degli aiuti di tipo formale, i dati VLV ci hanno permesso di approfondire il ruolo della rete informale, costituita dalla famiglia, e la relazione esistente tra gli uni e l'altra nel supportare l'anziano a casa propria.

Innanzitutto, in linea con le ben conosciute tendenze demografiche (cf. Cap. 2) e una politica orientata al mantenimento a domicilio, sottolineiamo come all'incirca la metà ricorre al supporto di aiuti esterni. Un ricorso che si rifà in particolar modo all'assistenza domestica familiare, per poi passare alle cure più specialistiche e, infine, ai cosiddetti "servizi di appoggio". Il numero di servizi mobilizzati, così come la frequenza di utilizzo, sono significativamente più elevati tra le persone fragili e dipendenti e la configurazione più comune è quella che associa le cure all'assistenza domestica. Coerentemente con l'obiettivo ultimo di questi servizi di favorire l'autonomia dell'anziano a domicilio, la presenza e l'accumulo di limitazioni nelle attività di base e strumentali della vita quotidiana esercitano un importante potere discriminante sul ricorso agli aiuti formali; un effetto neutralizzante non solo delle differenze di genere, ma anche di quelle in termini di reddito sottolineando le peculiarità di un sistema il quale considera normale, in presenza di determinati bisogni di salute, la messa a disposizione di determinate prestazioni, più o meno sovvenzionate a seconda della casistica. A condizioni di salute uguali, inoltre, il fatto di aver recentemente vissuto eventi dalle conseguenze fisiche e psicologiche limitanti quali le cadute e i ricoveri in ospedale, espone a un maggiore "rischio" di utilizzo dei servizi. Lo stesso lo si può dire per gli anziani che vivono soli i quali, indipendentemente dalla presenza di una cerchia familiare, non beneficiando dell'importante aiuto che una convivenza sottintende, hanno maggiori probabilità di rifarsi ad aiuti esterni.

È altresì interessante notare come l'età mantenga un effetto determinante anche dopo aver considerato i diversi fattori legati alla salute, come a dimostrare che, indipendentemente dalla salute, il trascorrere degli anni porti nella quarta età a considerare il ricorso a determinati servizi come un'alternativa auspicabile o addirittura normale.

L'insieme dei fattori che definiscono il ricorso agli aiuti formali varia poi secondo la tipologia di servizi considerati, evidenziando l'esistenza di bisogni diversi in termini di salute ma anche l'importanza del ruolo della famiglia in certe circostanze. Se a predire le cure vi è innanzitutto l'accumulo di limitazioni nell'attività di base della vita quotidiana, così come il ricorrere di even-

ti debilitanti quali i ricoveri in ospedale e le cadute, nel caso dell'assistenza di tipo domestico i bisogni in termini di salute sono meno incisivi ma conta anche l'assenza di un contatto diretto frequente con i propri cari.

Dal canto suo, con il deterioramento della salute e l'emergere di bisogni più specifici, il ruolo della famiglia tende a ridefinirsi delegando ai servizi determinate mansioni ma pur sempre mantenendo, quando possibile, un ruolo concreto rispetto a determinati compiti di gestione corrente così come un importante supporto di tipo relazionale; un supporto che può esprimersi attraverso aiuti affettivi o più in generale attraverso il mantenimento di un contatto diretto con la persona. Garantendo un monitoraggio a distanza, così definita la relazione di aiuto permette di preservare l'autonomia e l'intimità di entrambi le parti.

In linea con la forte medicalizzazione dei servizi, le analisi hanno illustrato una risposta dei servizi esistenti sul territorio in relazione a bisogni legati in particolar modo alla perdita di autonomia nelle attività della vita quotidiana e a determinati aspetti quali un'energia limitata, le difficoltà nella mobilità, le cadute e le ospedalizzazioni; dei bisogni importanti e specifici che da una parte coprono determinate disuguaglianze sociali e che dall'altra vanno di pari passo con una maggiore definizione del ruolo assunto dalla famiglia nei confronti del proprio congiunto bisognoso.

Meno chiaro è però il caso di chi, magari più indipendente nelle attività di base della vita quotidiana, presenta altri indici di fragilità non meno importanti. Inoltre, se tra i dipendenti insieme alle risorse formali vi è una certa attivazione della rete informale, tra i fragili non esiste una tendenza prevalente per quanto riguarda le configurazioni di aiuto; un dato che può essere interpretato come l'emergenza di un'"ambivalenza" maggiore nei rapporti intergenerazionali (Widmer & Lüscher, 2011) quando, di fronte all'emergere di determinati bisogni della persona anziana, seppur non ancora attribuibili alla dipendenza, la solidarietà familiare è messa in discussione dall'irrinunciabile bisogno di autonomia. Tornando al ricorso agli aiuti formali, è legittimo interrogarsi sul "non ricorso" in condizione di fragilità. Si tratta – per riprendere i concetti approfonditi da Warin (2012) – di una mancanza di conoscenza dell'offerta di servizi esistente, di una "non domanda" nonostante l'offerta sia invece conosciuta o, ancora, di una richiesta a cui non si è dato seguito? Tutti gli scenari sono evidentemente possibili, a cominciare dall'accesso all'informazione; accesso che può risultare meno immediato, ma anche meno richiesto, tra le persone dallo stato di salute fragile rispetto a chi, a seguito di un'autonomia compromessa, viene informato dal personale medico o da quello socio-assistenziale sulle alternative esistenti e sul loro funzionamento. Anche la questione economica può ostacolare o scoraggiare l'accesso a determinati aiuti. Pensiamo in particolare ai servizi di tipo domestico così come a determinati servizi di appoggio i quali, a differenza delle cure che sono generalmente coperte dall'assicurazione malattia di base, sono a carico dell'utente.

Dietro a una "non domanda" invece, vi possono essere meccanismi più complessi quali la difficoltà nel riconoscersi quale persona bisognosa di aiuto o, ancora, proprio il timore di allontanare, con l'emergere di bisogni specifici, dei familiari nei confronti dei quali, nel contempo, non si vorrebbe diventare un peso.¹⁰

¹⁰ Le percezioni e i vissuti legati al non ricorso agli aiuti formali sono approfonditi nella parte qualitativa della ricerca di dottorato su cui si basano i risultati qui presentati (Masotti, *in corso*).

Bibliografia

Armi, F., Guilley, E., Lalive d'Épinay, C. (2008). Entraide et recours aux services. In C. Lalive d'Épinay & D. Spini (Eds.), *Les années fragiles. La vie au-delà de quatre-vingts ans* (pp. 209-246). Québec: Les Presses de l'Université Laval.

Cavalli, S. (2012). *Trajectoires de vie dans la grande vieillesse. Rester chez soi ou s'installer en institution?* Genève: Georg.

Duvoisin, A., Baeriswyl, M., Oris, M., Perrig-Chiello, P., Bickel, J.F. (2012). *Pro Senectute: visibilité et usages d'une association bientôt centenaire. Au service des vulnérables?* Genève: CIGEV.

Egloff, M. (2012). *Nuovi orizzonti per Pro Senectute Ticino e Moesano*, Mendrisio: Pro Senectute Ticino e Moesano.

Hagmann, H.-M., & Fragnière, J.-P. (Eds). (1997). *Maintien à domicile. Le temps de l'affirmation*, Lausanne: Réalités sociales.

Höpflinger, F., Bayer-Oglesby, L., Zumbrunn, A. (2011). *La dépendance des personnes âgées et les soins de longue durée. Scénarios actualisés pour la Suisse*, Berne: Cahiers de l'Observatoire suisse de la santé.

Katz, S., Ford, A.B., Moskowitz, R.W., Jackson, B.A., Jaffe, M.W. (1963). Studies of illness in the aged. The index of ADL: A standardized measure of biological and psychological function. *JAMA*, 185(12), 914-919.

Lalive d'Épinay, C., Bickel, J.-F., Maystre, C., Vollenwyder, N. (2000). Les personnes âgées au service de leur entourage et l'aide aux personnes âgées. In *Vieillesse au fil du temps: 1979-1994. Une révolution tranquille* (pp. 235-259). Lausanne: Réalités sociales.

Lalive d'Épinay, C., & Spini, D. (Eds). (2008). *Les années fragiles: la vie au-delà de quatre-vingts ans*. Québec: Les Presses de l'Université de Laval.

Lalive d'Épinay, C., & Cavalli, S. (2013). *Le quatrième âge ou la dernière étape de la vie*. Lausanne: Presses polytechniques et universitaires romandes, Coll. Le savoir suisse.

Lawton, M.P., & Brody, E.M. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9: 179-185.

Masotti, B. (in corso). *Transitions au grand âge. Une étude des bénéficiaires des aides et des soins à domicile au Tessin*, Tesi di dottorato in Socioeconomia, Università di Ginevra.

Pavalko, E.K. (2011). Caregiving and the life course: Connecting the personal and the public. In R.A. Settersten R.A. & J.L. Angel (Eds). *Handbook of sociology of aging* (pp. 603-616). New York: Springer.

Rosenmayr, L., & Köckeis, E. (1963). Propositions for a sociological theory of aging and the family. *International Social Science Journal*, 15: 410-426.

Solcà, P., Testa-Mader, A., Lepori Sergi, A., Colubriale Carone, A., Cavadini, P. (2013). *Migranti transnazionali e lavoro di cura*, Manno: Dipartimento scienze aziendali e sociali SUPSI.

Stuckelberger, A., & Höpflinger, F. (1996). Les défis de l'aide au masculin et au féminin. In *Vieillesse différentiel, hommes et femmes: dossier de recherche* (pp. 141-150). Zürich: Editions Seismo.

Tognetti Bordogna, M. (2011). Le badanti: accesso e uso del welfare sanitario per sé e per il badato. In T. Caponio, F. Giordano, B. Manetti, L. Ricaldone (Eds). *World Wid Women, Globalizzazione, Generi, Linguaggi* (pp. 39-50), Torino: Centro Intedisciplinare di Ricerca e Studi delle Donne.

Ufficio federale di statistica. (2013). *Statistique de l'aide et des soins à domicile. Résultats 2012: chiffres et tendances*, Neuchâtel: UST.

Warin, P. (2012). Parcours sociaux et possibilités de ruptures avec le social institué. In S. Ertul, J.-P. Melchior & P. Warin (Eds). *Les parcours sociaux à l'épreuve des politiques publiques* (pp. 175-185). Rennes: Presses Universitaires de Rennes.

Widmer, E., & Lüscher, K. (2011). Les relations intergénérationnelles au prisme de l'ambivalence et des configurations familiales. *Recherches familiales*, 1(8): 49-60.

Allegato

I beneficiari dei servizi secondo le loro caratteristiche socio-demografiche (in %)

		Ricorso ai servizi domiciliari ¹	Ricorso all'assistenza domestica ¹	Ricorso alle cure ¹	Ricorso ai servizi di appoggio ¹
Genere	Donne	53 *	46 **	25	14
	Uomini	33	22	18	9
Classe di età	80-84 anni	35 ***	31 ***	16 ***	8 *
	85-89 anni	50	38	26	16
	90 e più anni	75	59	40	20
Livello di formazione	Scuole dell'obbligo	56	41	36 ***	16
	Professionale	40	34	17	10
	Superiore	32	32	6	8
Professione ²	Bassa	46	33	26 **	22 *
	Media	46	37	25	8
	Elevata	41	36	7	6
Reddito individuale ³	Basso (meno di 2.400)	62 **	50 *	25	22 *
	Medio (da 2.400 a 4.800)	51	42	32	12
	Elevato (4.800 e più)	31	21	21	5
Zona di residenza	Urbana	50	38	32	16
	Intermedia	42	36	15	10
	Periferica	49	41	36	11

I beneficiari dei servizi secondo la loro situazione familiare (in %)

		Ricorso ai servizi domiciliari ¹	Ricorso all'assistenza domestica ¹	Ricorso alle cure ¹	Ricorso ai servizi di appoggio ¹
Stato civile	Celibe/nubile	65 *	59 *	21	28
	Sposato/a	37	28	23	9
	Separato/a o divorziato/a	61	46	27	17
	Vedovo/a	50	41	22	12
Economia domestica	Vive solo/a	50	42	15	16
	Convive	42	33	28	9
Figli	Ha figli	43	34 *	21	9
	Non ha figli	62	57	30	29
Nipoti	Ha nipoti (abiatici)	43	35	22	9
	Non ha nipoti	53	44	24	21
Fratelli/sorelle	Ha fratelli/sorelle	42	37	20	13
	Non ha fratelli/sorelle	51	35	28	9
Visite dei familiari	Frequenti ⁴	42	34	22	12
	Rare o inesistenti	48	39	24	12

* = sig. ≤ 0,05; ** = sig. ≤ 0,01; *** = sig. ≤ 0,001.

¹ Per ognuna delle categorie considerate (servizi domiciliari, assistenza domestica, cure, servizi d'appoggio) il ricorso si riferisce all'utilizzo di almeno una delle prestazioni in esse contenute.

² Per le persone sposate, divorziate e vedove, si considera la più elevata tra le ultime professioni dei due coniugi. Bassa: agricoltori, professioni manuali. Media: professioni intermedie, impiegati, ecc. Elevata: dirigenti, liberi professionisti, professioni intellettuali.

³ Alla domanda sul reddito percepito, il 23% non ha dato una risposta. La riluttanza è tuttavia verosimilmente indipendente dall'ammontare delle entrate in quanto la proporzione di risposte mancanti è piuttosto simile se consideriamo il livello di istruzione.

⁴ Con "frequenti" si intende visite di almeno una volta a settimana.

Fonte: VLV

I beneficiari dei servizi secondo la loro salute

		Ricorso ai servizi domiciliari ¹	Ricorso all'assistenza domestica ¹	Ricorso alle cure ¹	Ricorso ai servizi di appoggio ¹
Salute funzionale (ADL ²)	Indipendenti	30 ***	26 ***	6 ***	5 ***
	In difficoltà	63	45	38	23
	Dipendenti	93	76	81	29
IADL ²	Indipendenti	28 ***	24 **	3 ***	7
	Con aiuto	44	38	13	9
	Dipendenti	62	48	45	19
Mobilità	Presenza di limitazioni	69 ***	56 ***	43 ***	22 ***
	Assenza di limitazioni	28	23	7	4
Energia	Presenza di limitazioni	60 ***	47 *	32 *	21 ***
	Assenza di limitazioni	32	27	13	3
Capacità sensoriali	Presenza di limitazioni	55 **	42	28 *	16
	Assenza di limitazioni	37	33	18	7
Problemi fisici	Presenza	62 **	49	40 **	16
	Assenza	36	29	15	9
Problemi di memoria	Presenza	58 *	47	33 *	21 *
	Assenza	41	33	18	8
Utilizzo del telefono	Indipendente	41 ***	35	18 ***	12
	Con aiuto	40	32	26	0
	Dipendente	95	62	71	19
Modalità di risposta al questionario	Indipendente (Ego)	39 ***	32 ***	15 ***	8 ***
	Dipendente (Proxy)	86	67	69	33
Cadute	Una o più	68 ***	56 **	45 ***	20
	Nessuna	35	28	11	8
Ospedalizzazioni	Una o più	63 **	47	40 ***	20
	Nessuna	37	33	15	8
Malattia/-e	Presenza	61 **	47	39 ***	21 **
	Assenza	35	30	11	5
Conseguenze operazioni/incidenti	Presenza	56 *	39	36	11
	Assenza	41	35	18	12

* = sig. ≤ 0,05; ** = sig. ≤ 0,01; *** = sig. ≤ 0,001.

¹ Per ognuna delle categorie considerate (servizi domiciliari, assistenza domestica, cure, servizi d'appoggio) il ricorso si riferisce all'utilizzo di almeno una delle prestazioni in esse contenute.

² È indipendente nelle ADL e nelle IADL chi è in grado di svolgere solo e senza alcun tipo di aiuto tutte le relative attività. In difficoltà è chi può svolgere tutte le attività solo ma necessita di aiuto per almeno una di queste, mentre è dipendente chi non può svolgere da solo una o più attività.

Fonte: VLV

6. BADARE AI NIPOTI

Francesco Giudici
Ufficio di statistica

¹ Si parla in questo capitolo unicamente di nipoti abiativi, ovvero dei nipoti dei nonni, da non confondere con i nipoti di zii.

La cura dei nipoti¹ rappresenta una forma di scambio intergenerazionale sempre più diffusa tra le famiglie contemporanee. Il sostegno da parte dei nonni fornisce un'alternativa valida e attraente in termini di costi e di flessibilità negli orari rispetto ad altre forme di custodia della prima infanzia, come i nidi o le mamme diurne. Infatti, quando è presente, l'appoggio dei nonni favorisce una maggiore partecipazione delle madri al mercato del lavoro (Gray, 2005; Garcia-Morán e Kuehn, 2012). In un contesto dove la speranza di vita in buona salute è in costante aumento e dove sempre più donne e sempre più madri sono attive sul mercato del lavoro, il coinvolgimento dei nonni nella cura dei nipoti è da considerarsi come una pratica che va ben oltre gli interessi e gli scambi tra famigliari, e con importanti riscontri sia sull'economia di mercato che sulla coesione sociale (Esping-Andersen, 2011; Attias-Donfut, Ogg e Wolf, 2005).

Questo capitolo propone di studiare il fenomeno in quattro parti. Nella prima parte spiegheremo perché, basandoci sullo studio realizzato da Gray nel 2005 in Gran Bretagna, si possa ipotizzare un aumento di nonni "attivi" nei paesi occidentali con una bassa natalità e una speranza di vita sempre più elevata. Con i dati della ricerca VLV, ci addenteremo poi nella realtà ticinese per misurare l'ampiezza del fenomeno e stabilire un confronto con altri cantoni e con altre cifre rilevate a livello nazionale. Nella terza parte saranno identificati i nonni ticinesi che, più di altri, offrono questo tipo di supporto. Infine cercheremo di stabilire se anche in Ticino la cura dei nipoti da parte dei nonni è associata a una maggiore partecipazione dei loro figli e soprattutto delle loro figlie al mercato del lavoro.

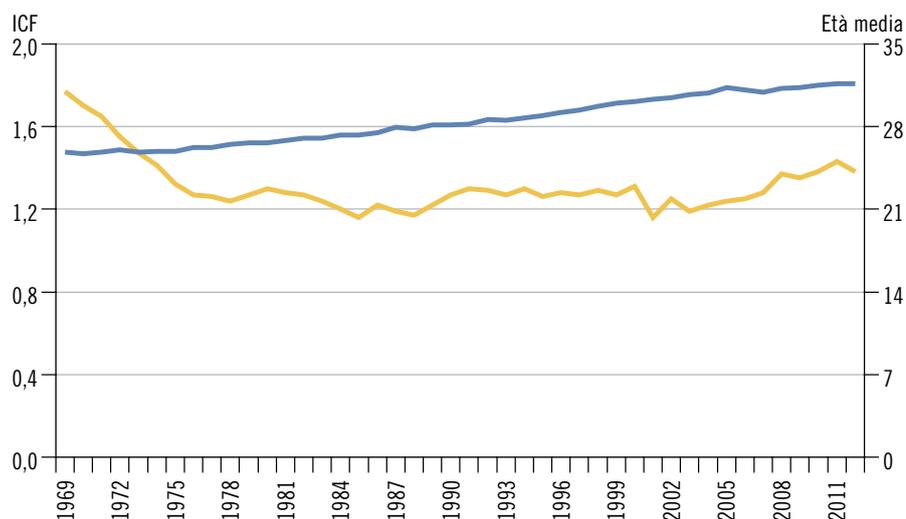
Un fenomeno in crescita

Sebbene non esistano dati per misurare l'evoluzione storica nelle modalità e nella frequenza con cui i nonni si occupano dei nipoti, è possibile fare alcune deduzioni basandosi sulle recenti tendenze di ordine socio-demografico. Un interessante studio condotto in Gran Bretagna da Gray (2005) sulle forme di custodia informali suggerisce che viviamo in un periodo storico dove le probabilità per un bambino di avere almeno un nonno di età inferiore ai 70 anni in buona salute sono oggi più che mai elevate. Una prima spiegazione deriva dal fatto che la speranza di vita è in continuo aumento, ciò che porta a una maggiore probabilità di vivere fino ai 70 anni in buona salute. Secondariamente, le donne che oggi diventano madri sono nate perlopiù negli anni '70 e '80, periodo in cui l'età alla nascita del primo figlio era storicamente molto bassa. Questo fa sì che i bambini nati oggi abbiano dei nonni più giovani in confronto alle generazioni precedenti. Inoltre, il numero di figli messi al mondo per ogni donna è oggi più basso rispetto al passato, ciò che porta i nonni a focalizzare la loro attenzione e il loro tempo libero su un minor numero di nipoti. In Ticino queste tendenze, ovvero l'aumento dell'età media delle donne alla nascita del primo figlio e la diminuzione del numero di figli per donna, trovano il loro riscontro come mostrano i dati rappresentati nella figura [F. 6.1].

F. 6.1

Indice congiunturale di fecondità (ICF) e età media delle madre alla nascita del primo figlio, in Ticino
Fonte: VLV

■ ICF
■ Età media della madre alla nascita del primo figlio



Un'altra tendenza relativamente recente, e indirettamente legata alla cura dei nipoti da parte dei nonni, riguarda la presenza sempre più marcata delle donne sul mercato del lavoro e in particolare quella delle madri. Gray (2005) dimostra che in Gran Bretagna, in passato, la cura dei nipoti garantiva più tempo libero ai genitori per attività di svago, mentre oggi essa permette alle madri di rimanere professionalmente attive. In Svizzera, la presenza delle mamme sul mercato del lavoro è pure in netto aumento; la percentuale di madri con figli minori di 25 anni non professionalmente attive si è praticamente dimezzata negli ultimi 20 anni, passando da 39,7% nel 1992 a 21,1% nel 2013 (UST). L'entrata massiccia delle donne sul mercato del lavoro ha quindi contribuito a una progressiva mutazione nel supporto fornito dai nonni, sostengo che si sostituisce e si aggiunge oramai ad altre forme di custodia formali (Gray, 2005). Il combinarsi di questi fattori sociodemografici, sviluppatosi in Ticino così come nella maggior parte dei paesi occidentali, (l'aumento della speranza di vita, l'aumento dell'età della donna alla nascita del primo figlio, la diminuzione del numero di figli per donna e l'aumento della partecipazione delle madri al mercato del lavoro) portano a ipotizzare che oggi i nonni siano più attivi nella cura dei nipoti. Come vedremo, però, non tutti i nonni sono coinvolti allo stesso modo.

Frequenza nella cura dei nipoti in Ticino

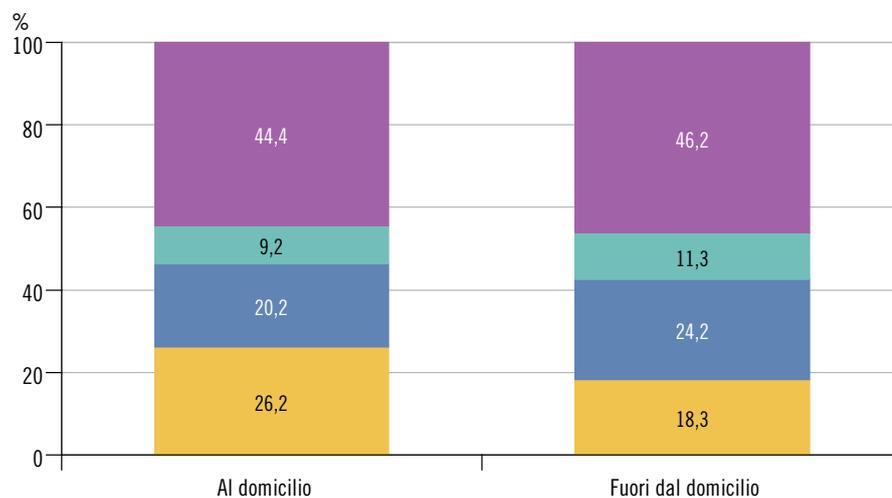
Al fine di focalizzarci unicamente sui nonni, ovvero su quelle persone i cui figli hanno a loro volta messo al mondo dei figli, è stata operata un'ulteriore selezione nel campione ticinese dell'inchiesta VLV (descritta nel Cap. 3). Basandoci sulla domanda "Avete dei nipoti?" abbiamo selezionato dal campione iniziale di 709 individui un sottocampione composto da 489 nonni. È importante ricordare qui che l'inchiesta comprende unicamente individui di 65 anni e più. I nonni più giovani, e quindi quelli maggiormente attivi professionalmente, sono di fatto esclusi dalle nostre analisi. Una volta operata questa selezione, ci siamo concentrati su due domande che permettono di misurare la frequenza nella cura di bambini con i quali, come riportato dal questionario, "si hanno legami familiari senza convivenza"². La prima domanda s'interessa alla frequenza nella cura dei nipoti al domicilio (il proprio o quello dei nipoti): "Potreste dirmi con che frequenza ren-

² Partendo da questa definizione presupponiamo che, salvo casi particolari, si tratti di una relazione nonno-nipote o pronipote.

de i seguenti servizi: tenere dei bambini piccoli, far fare loro i compiti?” La seconda riguarda la cura dei nipoti al di fuori del domicilio: “Con che frequenza va a fare una passeggiata, ad uno spettacolo, al ristorante con i bambini?”. Le possibili risposte a entrambe le domande sono: “mai”, “raramente”, “ogni tanto” e “spesso”.

F. 6.2
Cura dei nipoti (in %) al e fuori dal domicilio
Fonte: VLV

- Spesso
- Ogni tanto
- Raramente
- Mai

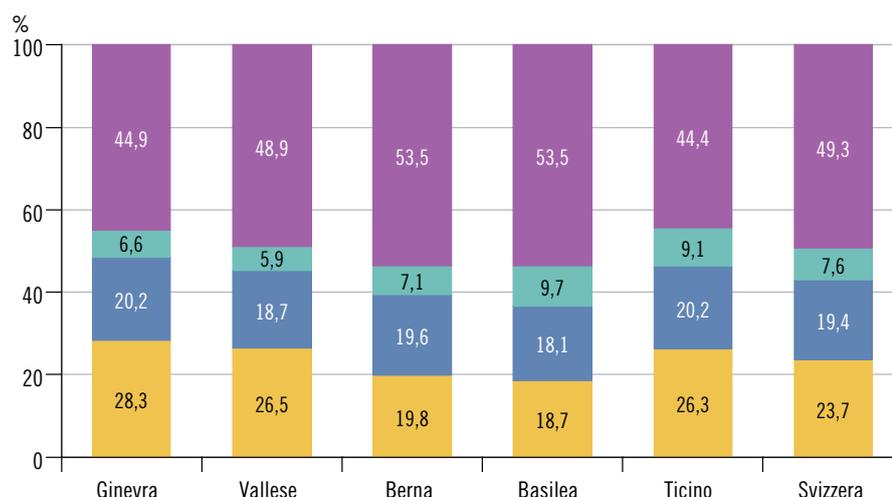


La cura dei nipoti all’esterno o all’interno del domicilio coinvolge un numero importante di nonni: per esempio, un nonno su quattro dice di occuparsi spesso del nipote al domicilio. Se si sommano le risposte “spesso”, “ogni tanto” e “raramente”, il 56% dei nonni dice di essersi occupato dei nipoti al domicilio e il 54% fuori dal domicilio [F. 6.2].

A titolo di confronto, è interessante capire come si posiziona il Ticino rispetto agli altri cantoni inclusi nell’inchiesta VLV (Berna, Vallese, Basilea e Ginevra). La figura [F. 6.3] mostra che la frequenza nella cura dei nipoti a domicilio è significativamente diversa tra i cantoni considerati nella ricerca (Phi = 0,11**).

F. 6.3
Cura dei nipoti al domicilio in Svizzera e nei Cantoni dell’inchiesta
Fonte: VLV

- Spesso
- Ogni tanto
- Raramente
- Mai



Sebbene le differenze non siano clamorose, Ticino, Ginevra e Vallese si distinguono dagli altri cantoni per un maggior impegno dei nonni nella cura dei nipoti: la percentuale di nonni che non si sono mai occupati dei nipoti è la più bassa mentre la percentuale di quelli che se ne sono occupati spesso è la più alta. Le ragioni all’origine di queste differen-

ze possono essere ricercate nei numerosi fattori di ordine strutturale, come la disponibilità dei servizi di custodia per la prima infanzia e la loro attrattività in termini di costi e di flessibilità negli orari, o anche nella diversità di strategie educative che i genitori auspicano per i loro bambini e di conciliazione tra lavoro e famiglia. Anche la presenza di una popolazione anziana più importante e/o più propensa alla cura dei nipoti può essere un fattore di influenza. Da questo punto di vista Ticino, Vallese e Ginevra sembrano avvicinarsi, in un confronto con il resto della Svizzera, a un modello di Welfare “familistico” tipico di paesi del Sud come l’Italia e la Spagna, dove la famiglia (ristretta e allargata) svolge un ruolo fondamentale nel supporto fornito ai suoi membri.

I dati dell’inchiesta Europea SHARE (Survey on Health, Aging, and Retirement in Europe) permettono di fare un confronto con i dati VLV a livello nazionale. Secondo i dati della prima fase dell’inchiesta in Svizzera il 32% delle nonne e il 25% dei nonni si occupa dei nipoti almeno una volta a settimana (Hank & Buber, 2009). Dai dati della seconda inchiesta panel di SHARE in Svizzera risulta che più del 40% dei nonni si occupa settimanalmente dei nipoti (Garcia-Morán & Kuehn, 2012). Come visto, nell’inchiesta VLV la domanda sulla frequenza è stata formulata in modo diverso: se si raggruppano le risposte “spesso”, “ogni tanto” e “raramente” il 51% dei nonni a livello svizzero dice occuparsi dei nipoti [F. 6.3]. Sebbene SHARE e VLV misurino l’impegno dei nonni con domande diverse possiamo dire dal confronto che in Svizzera da quattro a cinque nonni su dieci si occupano regolarmente dei nipoti.

Chi sono i nonni curanti?

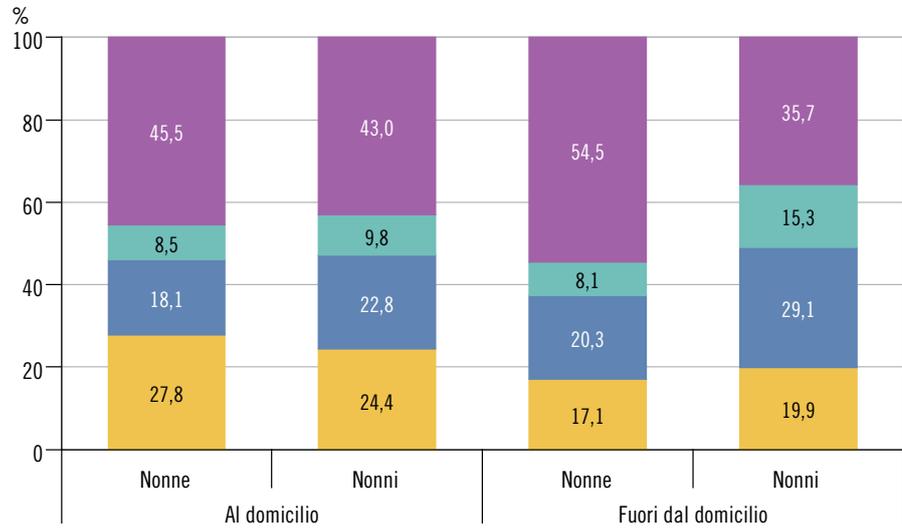
Tra i nonni ticinesi quali sono quelli che, più di altri, si occupano dei loro nipoti? Quali sono quelli che, come suggeriscono Silverstein & Marengo (2001), “attivano” più di altri il ruolo di nonno e hanno interazioni più frequenti con i nipoti? Sono più spesso gli uomini o le donne, gli anziani di terza o di quarta età, i nonni vicini o quelli lontani, con un livello di formazione superiore o inferiore? L’inchiesta VLV permette di interessarsi alla cura dei nipoti prendendo in considerazione diverse caratteristiche dei nonni come il sesso, l’età, il livello di formazione, il reddito individuale, la distanza geografica con i nipoti, lo stato di salute funzionale, lo statuto sul mercato del lavoro e l’ultima professione svolta. La tabella dell’Allegato (a pag. 127) permette di confrontare la popolazione ultra65enne dei nonni con quella dei non-nnonni; il confronto rivela che non vi sono differenze significative nelle variabili elencate qui sopra tra le due popolazioni.

In primo luogo ci si può chiedere se vi siano differenze nella cura dei nipoti da parte dei nonni e delle nonne. Alcuni studi mostrano come siano più spesso le nonne ad occuparsi dei nipoti rispetto ai nonni (Attias-Donfut et al., 2005; Silverstein & Marengo, 2001) mentre altri ritengono che il tipo di servizio offerto e la qualità del tempo trascorso insieme sia semplicemente diverso (Guzman, 2004). Un confronto tra nonne e nonni con i dati VLV [F. 6.4] mostra che non vi sono differenze per quel che riguarda la frequenza nella cura dei nipoti al domicilio. Vi è invece una differenza significativa ($\Phi = 0,19^{**}$) per quel che riguarda le attività con i nipoti esterne al domicilio: il 64% dei nonni

contro solo il 57% delle nonne ticinesi accompagna i nipoti a passegiare da “ogni tanto” a “spesso”. Contrariamente ai risultati di altri studi, quindi, i nonni ticinesi si occupano dei nipoti all’interno del domicilio in egual misura rispetto alle nonne, inoltre essi sono più attivi per quel che riguarda le uscite pubbliche.

F. 6.4
Cura dei nipoti in funzione del sesso
Fonte: VLV

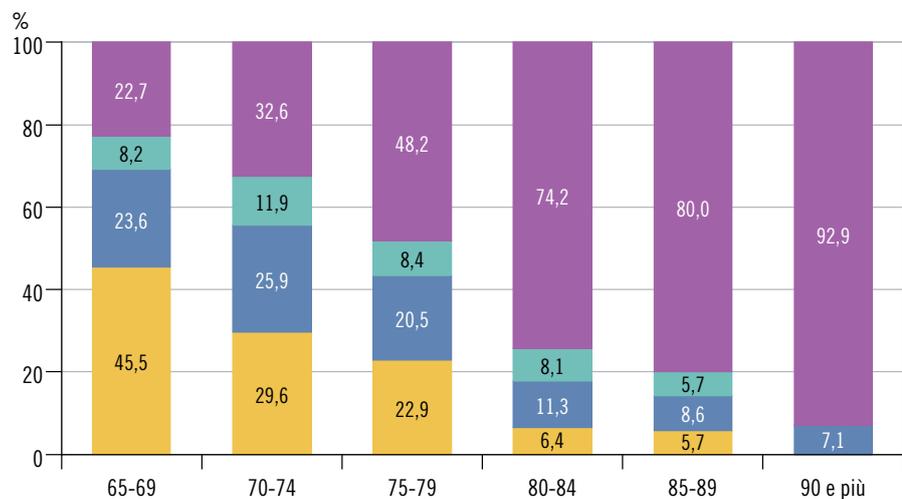
- Spesso
- Ogni tanto
- Raramente
- Mai



L’età dei nonni è un importante fattore nel determinare la frequenza nella cura dei nipoti. I dati mostrano che più aumenta l’età meno i nonni curano i nipoti (Phi = 0,46** al domicilio e Phi = 0,48** per la cura al di fuori del domicilio). Nella figura [F. 6.5] possiamo vedere che tra i nonni di età compresa tra i 65 e i 69 anni il 77% si occupa dei nipoti al domicilio con frequenze che vanno da “raramente” a “spesso”, mentre solo 7% degli ultranovantenni se ne occupa “ogni tanto”. Questo dato può voler dire che, da una parte, i nonni più anziani non hanno le risorse necessarie per prendersi cura dei nipoti. D’altra parte i nonni più anziani hanno solitamente nipoti più grandi che non necessitano di cure (Silverstein & Marengo, 2001).

F. 6.5
Cura dei nipoti al domicilio in funzione dell’età
Fonte: VLV

- Spesso
- Ogni tanto
- Raramente
- Mai



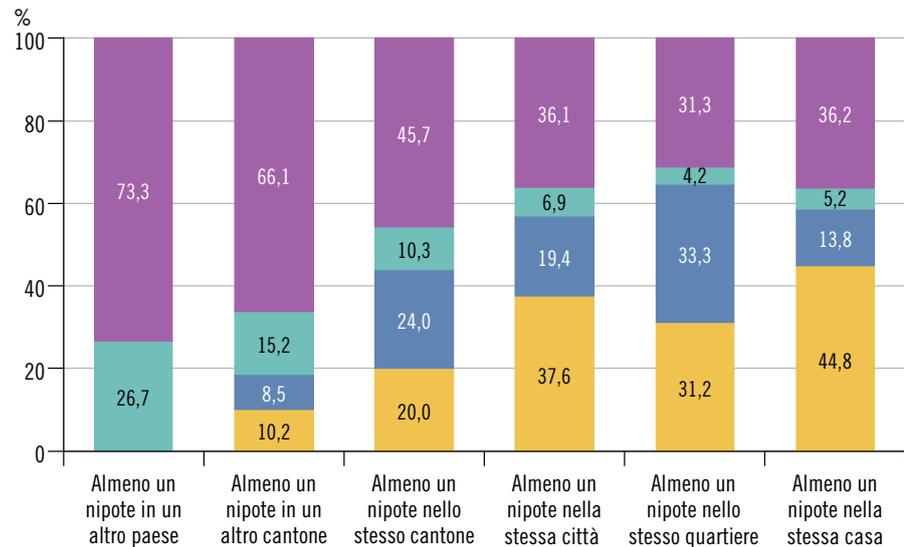
La prossimità geografica è un altro fattore capace di avere un'influenza determinante; gli studi che si interessano a questo fattore, come quello di Baydar & Brooks-Gunn (1998) e di Guzman (2004), constatano generalmente che la vicinanza geografica porta ad un maggior coinvolgimento dei nonni nella cura dei nipoti. La distanza geografica tra nipoti e nonni è misurata nell'inchiesta VLV chiedendo a quest'ultimi se almeno uno dei loro nipoti abita nella stessa casa, nello stesso quartiere, nella stessa città, nello stesso cantone, in un altro cantone o in un altro paese.

F. 6.6

Distanza dai nonni e cura dei nipoti al domicilio

Fonte: VLV

- Spesso
- Ogni tanto
- Raramente
- Mai



La figura [F. 6.6] conferma l'importanza della prossimità geografica come determinante per la cura dei nipoti: più i nonni sono vicini, più essi sono coinvolti nella cura dei nipoti, sia all'interno (Phi = 0,37**) che all'esterno del domicilio (non rappresentato nella figura, Phi = 0,29**). È interessante notare come tra i nonni che abitano nella stessa casa vi sia una percentuale maggiore che afferma di occuparsi "spesso" dei nipoti al domicilio, seguita da una percentuale altrettanto importante di nonni che non se ne occupa "mai". Questo indica che la prossimità spaziale facilita un coinvolgimento dei nonni nella cura dei nipoti che è, o frequente, o nulla, forse perché i nonni che abitano nella stessa casa sono più anziani e/o i nipoti già grandi e quindi non più bisognosi di cure. Raggruppando le risposte "spesso", "ogni tanto" e "raramente" la distanza geografica che garantisce un maggior coinvolgimento dei nonni nella cura dei nipoti è la convivenza nello stesso quartiere, ovvero vicino ma non troppo.

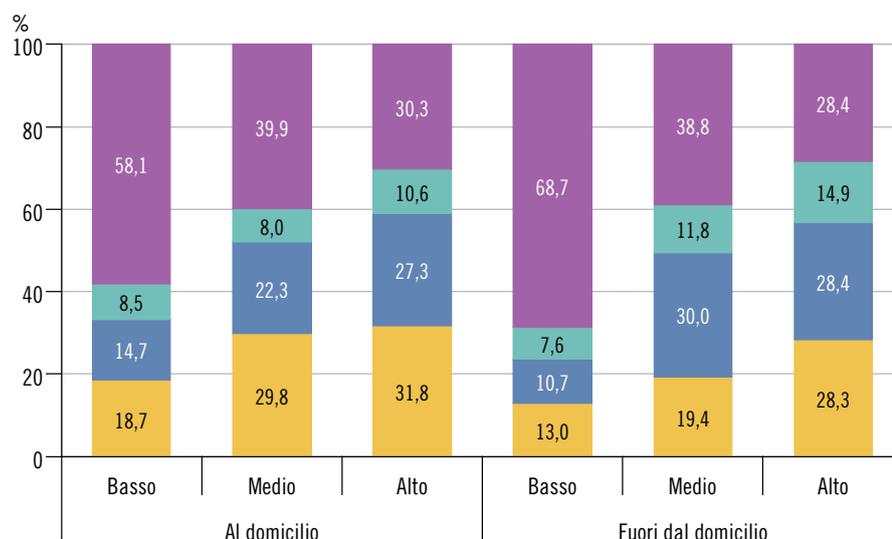
Sebbene non siano state formulate ipotesi convincenti a riguardo (Silverstein & Marengo, 2001) possiamo interessarci all'impatto del livello di formazione raggiunto sulla cura dei nipoti. La figura [F. 6.7] illustra come il livello di formazione più elevato ottenuto è associato in modo significativo ad una diversa frequenza nella custodia (Phi = 0,21** al domicilio e Phi = 0,32** fuori dal domicilio): più la formazione è alta più il nonno si occupa dei nipoti.

F. 6.7

Livello di formazione più alto conseguito e cura dei nipoti al e fuori dal domicilio

Fonte: VLV

- Spesso
- Ogni tanto
- Raramente
- Mai



L’associazione constatata tra la cura dei nipoti e il livello di formazione può essere interpretata in vari modi: un livello di formazione elevato è solitamente associato a una professione svolta durante la vita lavorativa meglio retribuita e maggiormente qualificata, caratteristiche che permettono di rimanere in salute, argomento discusso anche nel Cap. 4. Sono infatti numerosi gli studi che dimostrano come gli indicatori di statuto socioeconomico siano correlati alla salute durante la vecchiaia (Giudici, 2013; Della Bella et al., 2012). Un grado di formazione elevato inoltre potrebbe favorire una maggiore partecipazione dei nonni ad attività di svago e culturali di vario tipo, permettendogli di rimanere più attivi sia mentalmente che fisicamente.

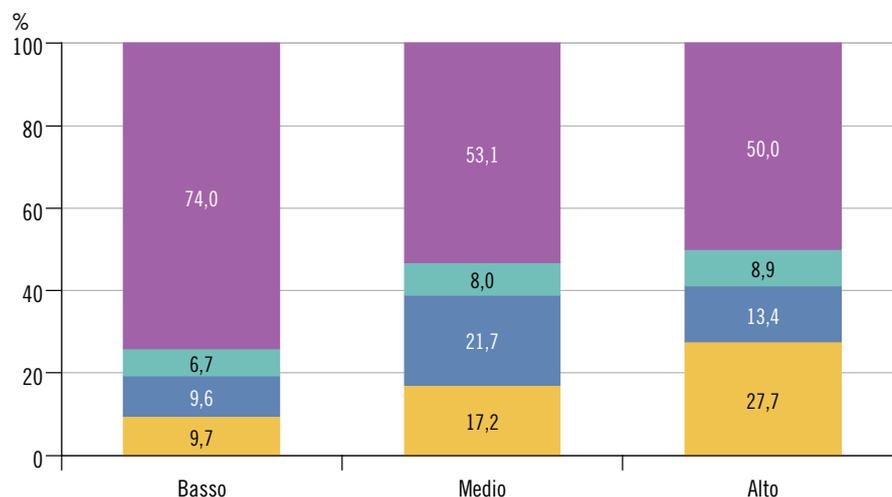
Un altro indicatore di statuto socioeconomico è il reddito individuale percepito dalle persone intervistate. I dati VLV [F. 6.8] indicano che se il reddito individuale è basso la cura dei nipoti da parte dei nonni è meno frequente ($\Phi = 0,22^{**}$). Questo risultato indica che non solo l’attitudine e le conoscenze legate al tipo di formazione seguita e al lavoro svolto incidono sulla disponibilità da parte dei nonni (King & Elder, 1998), ma che anche le risorse finanziarie propriamente dette al momento dell’inchiesta condizionano la presa a carico dei nipoti.

F. 6.8

Reddito individuale e cura dei nipoti al domicilio

Fonte: VLV

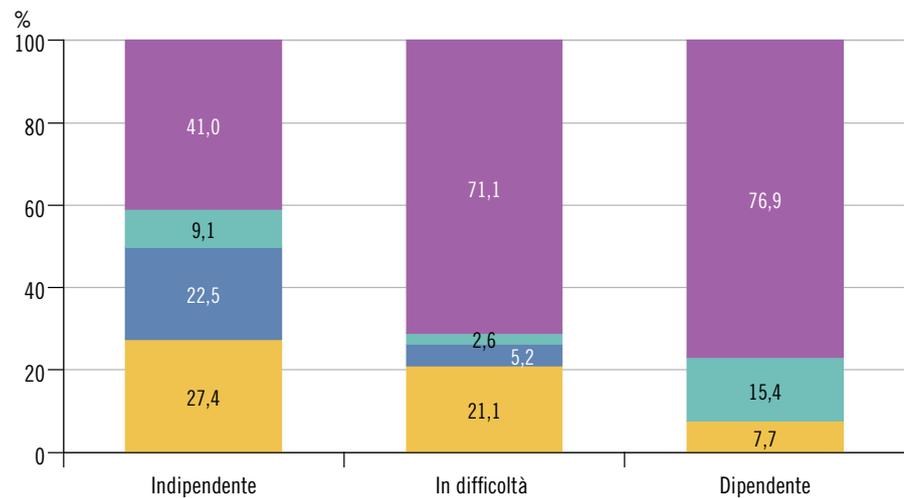
- Spesso
- Ogni tanto
- Raramente
- Mai



Uno stato di salute fisica compromesso da parte dei nonni può porsi come un ostacolo importante nella cura dei nipoti, soprattutto quando si tratta di accudire bambini piccoli. Diversi sono gli studi che ne parlano (Gray, 2005; Hank & Buber, 2008) ma nessuno dimostra la relazione tra salute e cura dei nipoti. Questa relazione è da leggersi bilateralmente: non solo i nonni più in salute riescono e possono badare ai nipoti ma anche il fatto stesso di occuparsi dei bambini porta i nonni a mantenere una buona forma fisica (vedi Cap. 4). I dati della ricerca VLV permettono di misurare lo stato di dipendenza funzionale tra gli anziani intervistati (le cinque domande che la vanno a comporre sono descritte nel Cap. 3). La relazione tra la salute dei nonni e la cura dei nipoti al domicilio è importante ($\Phi = 0,23^{**}$): tra gli anziani che si trovano in una situazione di “dipendenza funzionale” e “in difficoltà” la quota parte di chi si occupa dei nipoti è molto bassa in confronto agli anziani che si trovano in uno stato di salute funzionale di “indipendenza” [F. 6.9]. La situazione è praticamente identica per quel che riguarda la cura dei nipoti fuori dal domicilio ($\Phi = 0,22^{**}$).

F. 6.9
Stato di salute funzionale e cura dei nipoti al domicilio
Fonte: VLV

- Spesso
- Ogni tanto
- Raramente
- Mai



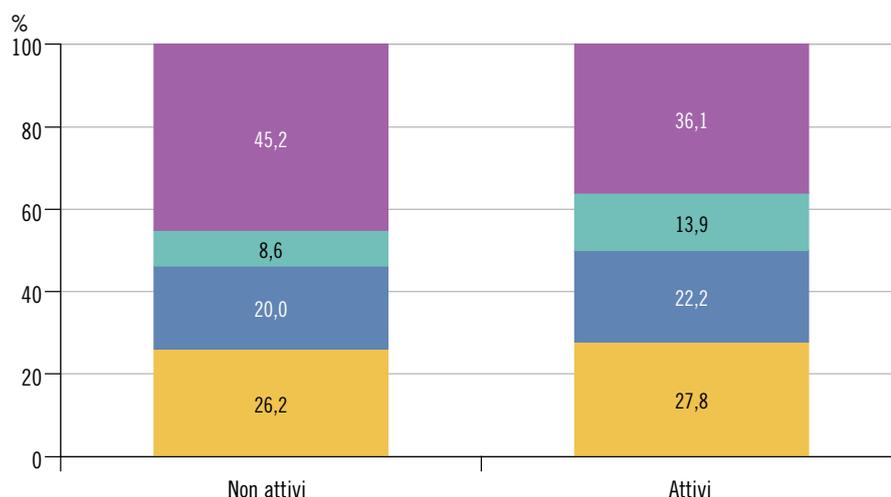
Sebbene l’inchiesta VLV prenda in considerazione unicamente i nonni di sessantacinque anni e più, e quindi sopra l’età legale di pensionamento, una parte di essi, per la precisione il 6,5%, resta professionalmente attivo. Ci si può quindi chiedere se il fatto di lavorare favorisca o meno la presa a carico dei nipoti; da una parte rimanere attivi significa avere meno tempo libero per farlo, dall’altra potrebbe favorire un’attivazione fisica e mentale che porta a più disponibilità. Tra le due ipotesi la letteratura considerata (Dench et al., 2000; Guzman, 2004) predilige la seconda: essere ancora attivi sul mercato del lavoro è associato a una maggior disponibilità nel prendersi cura dei propri nipoti. I dati dell’inchiesta VLV, però, non mostrano differenze significative tra i nonni ticinesi attivi e non attivi professionalmente [F. 6.10].

F. 6.10

Statuto sul mercato del lavoro e cura dei nipoti al domicilio

Fonte: VLV

- Spesso
- Ogni tanto
- Raramente
- Mai



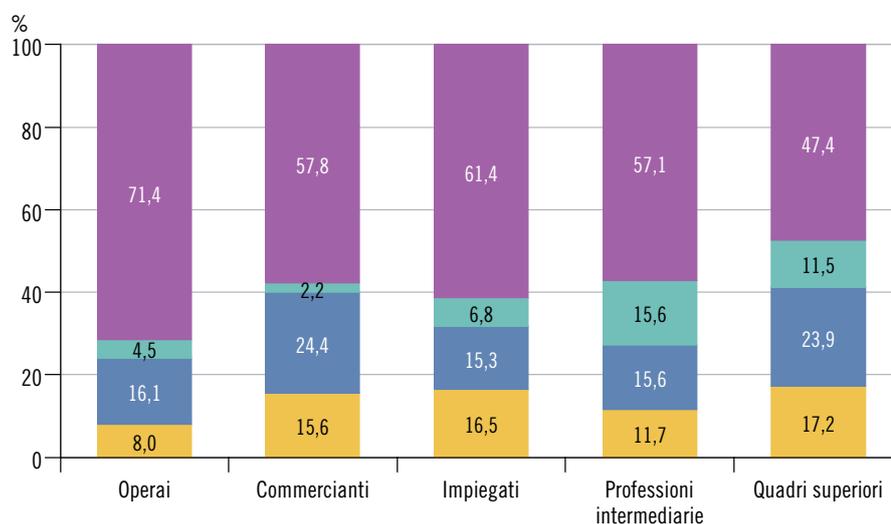
Allo stesso modo possiamo chiederci se l'ultimo lavoro svolto influenza sull'intensità nella partecipazione dei nonni nella cura dei nipoti. Dai dati dell'inchiesta è possibile sapere l'ultima professione svolta all'interno dell'economia domestica di cui la persona intervistata fa parte. In questo modo possiamo considerare anche le persone che non hanno esercitato attività remunerate, come le casalinghe. Dai dati non traspare una differenziazione chiara in funzione dell'ultimo lavoro svolto; è interessante notare però, come si vede dalla figura [F 6.11] che tra i nonni che sono stati quadri superiori sono più frequenti le passeggiate e le uscite con i nipoti (Phi = n.s. al domicilio e Phi = 0,22** fuori dal domicilio).

F. 6.11

Ultima professione svolta all'interno dell'economia domestica e cura dei nipoti fuori dal domicilio

Fonte: VLV

- Spesso
- Ogni tanto
- Raramente
- Mai



Un'analisi multivariata

Le analisi bi-variate viste fin qui mostrano come la cura dei nipoti vari in funzione delle diverse caratteristiche osservate. È ora importante capire tramite un'analisi multivariata quali tra i fattori considerati mantengono un effetto significativo sulle probabilità di prendersi cura dei nipoti indipendentemente dal variare di altri fattori. Quest'operazione è resa possibile utilizzando una regressione logistica⁴ che permette di capire, per esempio, se indipendentemente dal sesso il livello formativo e lo stato di salute rimangono fattori decisivi.

⁴ Si veda la nota 7 a p. 94 per una spiegazione sul metodo di regressione logistica.

T. 6.1

Regressione logistica sulla probabilità che i nonni si occupino “raramente”, “ogni tanto” e “spesso” dei nipoti, al domicilio e fuori

		Al domicilio	Fuori dal domicilio
Sesso	Donne	–	–
	Uomini	0,86	1,45
Età	65-69 anni	–	–
	70-74 anni	0,54	0,73
	75-79 anni	0,24 **	0,36 **
	80-84 anni	0,10 **	0,16 **
	85-89 anni	0,07 **	0,11 **
	90 e più anni	0,02 **	0
Formazione	Bassa	–	–
	Media	1,90 *	2,54 **
	Alta	3,18 **	5,08 **
Reddito individuale #	Basso	–	–
	Medio	1,66	2,16
	Alto	1,12	2,03
Distanza: almeno un nipote	In un altro paese	0,31	0,30
	In un altro cantone	0,34 **	0,29 **
	Nello stesso cantone	–	–
	Nella stessa città	2,28 *	1,02
	Nello stesso quartiere	2,48 *	1,28
	Nella stessa casa	2,97 **	1,89
Salute funzionale	Indipendente	–	–
	In difficoltà	0,38	0,61
	Dipendente	0,76	0,41
Professionalmente attivo	Sì	0,81	0,85
Ultimo lavoro svolto	Agricoltori	0	0
	Commercianti, artigiani	0,83	0,75
	Quadri superiori	–	–
	Professioni intermedie	0,54	0,95
	Impiegati	0,57	0,72
	Operai	0,41 *	0,36 *
Chi Square	134,83 **	142,36 **	
DF	24	24	

* = sig. $\leq 0,05$; ** = sig. $\leq 0,01$; # Le non risposte sono inserite per il reddito (ma non mostrate) poiché una loro esclusione avrebbe comportato una riduzione significativa del numero di individui in questa analisi.

Fonte: VLV

La tabella [T. 6.1] riassume i risultati delle due regressioni logistiche in cui le variabili dipendenti sono la cura dei nipoti al domicilio e fuori dal domicilio. Con l’obiettivo di sapere chi tra i nonni si è occupato almeno una volta dei nipoti, le risposte sono state dicotomizzate in “mai” (che prende il valore di 0 nella regressione) contrapposta a “raramente”, “ogni tanto” e “spesso” (che nella regressione prendono il valore unico di 1, cioè quando l’evento si manifesta). Le variabili indipendenti sono il sesso, l’età, il livello di formazione, il reddito individuale, la distanza geografica, lo stato di salute funzionale, lo statuto sul mercato del lavoro e l’ultima professione svolta dell’economia domestica. I risultati mostrano che l’età, il livello di formazione e la distanza geografica sono le variabili che più delle altre mantengono una forte correlazione con la cura dei nipoti al domicilio e fuori indipendentemente dalle altre variabili. Il senso della correlazione è lo stesso di quello osservato in precedenza: più un nonno è giovane, più il suo livello di formazione è alto, più abita vicino ai nipoti e più que-

sto sarà attivo nella cura dei nipoti. Il fatto che tutte e tre le variabili mantengano il loro effetto significativo indica che hanno un effetto indipendentemente dalle altre; per esempio, indipendentemente dal livello di formazione e dalla distanza i nonni più giovani sono coinvolti maggiormente nella cura dei nipoti. È interessante notare come lo stato di salute perda il suo peso significativo, probabilmente in ragione della forte collinearità con l'età o con il grado di formazione più elevato. L'ultima professione svolta ha un suo peso significativo: chi ha lavorato come operaio, se contrapposto a chi invece è stato quadro superiore, pratica meno spesso la cura dei nipoti all'interno e all'esterno del domicilio. Più che il reddito e la formazione ricevuta, quindi, l'ultimo lavoro svolto all'interno dell'economia domestica determina lo status sociale dei nonni e sembra influenzare le pratiche sociali e tra queste il tempo che si consacra alla cura dei nipoti una volta in pensione.

Cura dei nipoti e occupazione delle figlie

L'obiettivo di quest'ultima analisi è di capire se esiste una relazione tra la cura dei nipoti da parte dei nonni e la partecipazione al mercato del lavoro dei figli e delle figlie. L'ipotesi suggerita dalla letteratura consultata è che un maggiore coinvolgimento dei nonni nella cura dei nipoti sia associato a una più forte partecipazione unicamente delle figlie e delle nuore al mercato del lavoro (Garcia-Morán & Kuehn, 2012; Gray, 2005). Purtroppo con i nostri dati possiamo interessarci unicamente all'impatto della cura dei nipoti sulla partecipazione professionale dei figli e delle figlie poiché le informazioni riguardanti le nuore e i generi non sono state raccolte sistematicamente.

Partendo dalla banca dati iniziale, nella quale ogni linea corrisponde a un nonno, ne abbiamo ricreata un'altra dove ogni linea corrisponde a ognuno dei figli che a loro volta hanno almeno un figlio. Per ognuno dei figli e delle figlie vengono rilevate alcune informazioni che li riguardano direttamente (come lo stato civile, il sesso, la professione e, quella che più ci interessa, lo statuto sul mercato del lavoro), così come altre che concernono il loro genitore intervistato, ovvero il nonno (come il sesso, lo stato di salute e il livello di formazione). I risultati sono presentati separatamente per le figlie e per i figli poiché la loro situazione sul mercato del lavoro è molto diversa: se la maggior parte dei padri lavora a tempo pieno, tra le donne i percorsi professionali sono invece più diversificati (Giudici 2011; Giudici, Borioli & Origoni, 2014). Questo modo di operare presenta però un limite quando ci si interessa alla relazione tra la cura dei nipoti e la partecipazione al mondo del lavoro dei figli e delle figlie: sappiamo infatti se il nonno in questione è curante o no, ma non vi è la certezza che il nipote curato sia il figlio diretto o il figlio di fratelli o sorelle. Ancora una volta, quindi, i nostri risultati sono da considerare con cautela, sia perché non tengono conto dell'impatto della cura dei nipoti sul lavoro delle nuore, sia perché la relazione tra nonno curante e lavoro del genitore può non essere diretta.

T. 6.2

Regressione logistica sulla cura del nipote al domicilio, caratteristiche dei figli e dei nonni

			Donne	Uomini
Figli	Statuto sul mercato del lavoro	Pensionato/a	0,35	1,60
		Occupati/e	–	–
		Disoccupato/a	0	0,22
		Casalingo/a	0,46 *	0
	Stato civile	Celibe/nubile	0,42	0,59
		Sposato/a	–	–
		Divorziato/a	0,74	0,90
		Vedovo/a	1,45	0
	Professione	Dirigente	0,96	1,29
		Professione liberale	0,99	0,99
		Altri indep.	0,32	3,46
		Agricoltori	1,21	0,37
		Intermediari	1,27	1,50
		Non man. qualificato	–	–
		Man. qualificato	2,25	0,50
		Non man. qualificato	0,47	0
		Man. non qualificato	1,36	1,18
	Non attivo	2,70	5,26	
	Nonni	Sesso	Donne	–
Uomini			0,65	1,36
Età		65-69 anni	–	–
		70-74 anni	0,71	0,49
		75-79 anni	0,26 *	0,18 *
		80-84 anni	0,08 **	0,08 **
		85-89 anni	0,1 **	0,03 **
		90 e più anni	0,03 **	0,01 **
Livello di formazione		Bassa	–	–
		Media	3,27 **	2,85 **
		Alta	6,39 **	10,68 **
Reddito individuale		(Non risposta)#	0,67	1,32
		Basso	–	–
		Medio	1,09	3,11 *
		Alto	1,03	1,65
Distanza: almeno un nipote		In un altro paese	0,08 **	0
		In un altro cantone	0,11 **	0,1 **
		Nello stesso cantone	0,17 **	0,32 **
		Nella stessa città	–	–
		Nello stesso quartiere	0,47	0,72
	Nella stessa casa	0,29 *	0,93	
Chi Square		142,89 **	158,96 **	
DF		32	32	

* = sig. $\leq 0,05$; ** = sig. $\leq 0,01$; # Le non risposte sono inserite per il reddito poiché una loro esclusione avrebbe comportato una riduzione significativa del numero di individui in questa analisi.

Fonte: VLV

I risultati [T. 6.2] mostrano che tra le figlie che si dichiarano “casalinghe”, indipendentemente dalle altre caratteristiche individuali e da quelle dei nonni (sesso, età, livello di formazione, reddito dell’economia domestica e distanza geografica dai nipoti), la probabilità di avere un nonno che si occupi dei nipoti da “raramente” a “spesso” è due volte inferiore rispetto alle figlie professionalmente “attive”. In altri termini, quest’analisi, nonostante i limiti discussi più sopra, dimostra come il coinvolgimento dei nonni nella cura dei nipoti è associato a una maggiore partecipazione delle figlie al mercato del lavoro. Tra i figli maschi, invece,

non si osserva un'associazione tra la presenza di nonni curanti e la loro partecipazione al mondo del lavoro, segno che essa è indipendente dalla disponibilità o meno di nonni "baby-sitter". Le caratteristiche dei nonni mantengono, come visto in precedenza, il loro effetto significativo. La stessa regressione per quel che riguarda la cura dei nonni fuori dal domicilio (non riportata in questa sede) non mostra invece un risultato significativo; unicamente la cura dei nipoti al domicilio sembra quindi favorire un impiego professionale più importante delle mamme.

I nonni come risorsa (?)

I dati dell'inchiesta VLV mettono in evidenza alcune tendenze osservate sul nostro territorio che caratterizzano la cura dei nipoti abiatici. Il nonno o la nonna più attivo/a nella cura dei nipoti è giovane, in buona salute, ha un livello di formazione alto, un reddito elevato e abita nello stesso quartiere del nipote. È interessante notare, come abbiamo già visto nel Cap. 4, che una buona salute, un reddito elevato e un grado di formazione terziario sono tre caratteristiche fortemente associate tra di loro. Maggiori risorse economiche e culturali accumulate durante la vita lavorativa portano a un migliore stato di salute durante l'anzianità. Le analisi realizzate in questo capitolo, incentrato sui nonni, completano il quadro mostrando come siano proprio quelli con queste caratteristiche, più di altri, ad essere in grado di trascorrere più tempo con i loro nipoti, favorendo così ulteriormente il mantenimento di una buona forma fisica e mentale. I risultati suggeriscono come i nonni che non si occupano dei nipoti non lo fanno perché non vogliono, ma piuttosto perché impossibilitati dalla mancanza di forze fisiche o di risorse materiali, perché geograficamente troppo lontani o ancora perché troppo anziani e/o i nipoti oramai grandi. In altre parole, quando la situazione lo permette, i nonni ci sono. Il fenomeno è quindi d'importanza rilevante e le molteplici conseguenze devono essere valutate attentamente. Un aspetto importante messo in evidenza dai risultati è l'associazione positiva tra la presenza di nonni curanti e la partecipazione delle figlie al mercato del lavoro. Il supporto dei nonni facilita l'inserimento professionale delle madri non solo perché permette di liberare del tempo da consacrare al lavoro remunerato, ma anche perché facilita la conciliazione tra lavoro e famiglia resa difficile da orari professionali che si accavallano con quelli dei negozi e dei servizi di custodia formali. Succede per esempio che siano i nonni ad andare a prendere i nipoti all'asilo o a scuola, o a preparare loro i pasti a mezzogiorno se non vi è una mensa scolastica o la sera se i genitori finiscono di lavorare tardi. Laddove il supporto dei nonni è assente, le madri (e soprattutto quelle di bambini piccoli) si trovano a dover rinunciare al loro lavoro, decisione che può avere importanti conseguenze sulla carriera professionale a medio e lungo termine. Un'assenza prolungata dal mercato del lavoro diminuisce, infatti, le probabilità di reinserimento professionale delle madri una volta che i bambini sono più grandi (Blossfeld e Drobnic, 2001). Da un punto di vista prettamente economico si tratta quindi di una risorsa gratuita messa a disposizione dai nonni, non solo per le famiglie ma anche per la collettività (al contrario di altre forme di custodia formale sussidiate, come gli asili nido) poiché garantisce la

presenza di forza lavoro per l'economia e di entrate fiscali regolari per le casse dello Stato.

In questa faccenda, è bene considerare altre possibili conseguenze: come suggeriscono Garcia-Morán & Kuehn (2012), per esempio, la cura dei nipoti da parte dei nonni favorisce sì la partecipazione delle madri al mercato del lavoro, ma ne sfavorisce allo stesso tempo la mobilità professionale. In altri termini, rimanendo a vivere vicino ai genitori, le coppie (e soprattutto le donne) rinunciano a carriere professionali ascendenti che richiedono una sempre maggiore mobilità geografica. Un altro aspetto da tenere in considerazione sono le potenziali situazioni di conflitto e d'interferenza che possono venire a crearsi tra nonni e figli, per esempio riguardo all'educazione dei bambini o alla mancanza di tempo, di risorse o semplicemente di voglia da parte dei nonni nell'accudire i nipoti. Questo può succedere quando i nonni devono occuparsi dei propri genitori oramai molto anziani, il che li porta a trovarsi "schiacciati" tra due generazioni di figli e di genitori entrambi dipendenti dal loro aiuto (il termine di *sandwich generation*, proposto da Miller nel 1981 sta proprio a indicare questo).

Badare ai nipoti è quindi una pratica da considerare nei suoi molteplici aspetti, tenendo presente non solo il punto di vista dei nonni ma anche quello delle altre generazioni coinvolte (Hagestad, 2006). Nonostante la cura dei nipoti rappresenti un'alternativa valida e attraente in termini di costi e di flessibilità rispetto ad altre forme di custodia formale (come gli asili nido e le mamme diurne), è quindi lecito chiedersi se sia giusto incentivare la custodia dei nipoti da parte dei nonni, e più in generale la cura da parte dei famigliari, o puntare invece sulle già esistenti forme di custodia formali lasciando così maggiore libertà di scelta ai genitori per quel che riguarda le strategie educative per i loro figli e alle donne per quel che riguarda le loro carriere professionali.

Bibliografia

Attias-Donfut, C., Ogg, J., & Wolff, F.-C. (2005). European patterns of intergenerational financial and time transfers. *European Journal of Ageing*, 2(3), 161-173.

Baydar, N., & Brooks-Gunn, J. (1998). Profiles of grandmothers who help care for their grandchildren in the United States. *Family Relations* 47, 385-393.

Bella, S. D., Lucchini, M., & Assi, J. (2012). Health Inequality Across Time: A Growth Curve Analysis of Self Assessed Health in Contemporary Switzerland. *Swiss Journal of Sociology*, 38(2).

Blossfeld, H.-P. e Drobnic, S. (2001). *Careers of Couples in Contemporary Society: From Male Breadwinner to Dual-Earner Families*. Oxford: Oxford University Press.

Dench, G., & Ogg, J. (2002). *Grandparenting in Britain: A baseline study*: Institute of Community Studies London.

Esping-Andersen, G. (2011). *La rivoluzione incompiuta: donne, famiglie, welfare: Il mulino*.

García-Morán, E., & Kuehn, Z. (2012). With Strings Attached: Grandparent-Provided Child care, Fertility, and Female Labor Market Outcomes.

Giudici, F. (2013). Diversità nei percorsi di vita delle persone Anziane: L'impatto dello statuto socioeconomico sulla salute. *Dati - Statistiche e Società*, 13, 89-101.

Giudici, F., Borioli, M., & Origoni, P. (2014). L'attività professionale delle coppie in Ticino. *Dati - Statistiche e Società*, 14(1), 61-69.

Gray, A. (2005). The changing availability of grandparents as carers and its implications for childcare policy in the UK. *Journal of social policy*, 34(4), 557.

Guzman, L. (2004). *Grandma and Grandpa Taking Care of the Kids: Patterns of Involvement*. *Child Trends Research Brief*: ERIC.

Hagestad, G. O. (2006). Transfers between grandparents and grandchildren: the importance of taking a three-generation perspective. *Zeitschrift für Familienforschung*, 18, 315-332.

Hank, K., & Buber, I. (2009). Grandparents Caring for Their Grandchildren Findings From the 2004 Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe. *Journal of Family Issues*, 30(1), 53-73.

Miller, D. A. (1981). The 'sandwich' generation: Adult children of the aging. *Social Work*, 26(5), 419-423.

Silverstein, M., & Marengo, A. (2001). How Americans enact the grandparent role across the family life course. *Journal of Family Issues*, 22(4), 493-522.

Allegato

Descrizione delle variabili relative alle persone intervistate per i nonni e per i non-nnonni e differenze tra le due popolazioni (n e %)

	Nonni		Anziani senza nipoti		Chi quadrato ¹
	n	%	n	%	
Sesso	489	100,0	98	100,0	n.s.
Donna	274	56,2	50	51,0	
Uomo	214	43,8	48	49,0	
Età	489	100,0	98	100,0	n.s.
65-69 anni	113	23,1	27	27,6	
70-74 anni	141	28,9	35	35,7	
75-79 anni	92	18,9	18	18,4	
80-84 anni	72	14,8	12	12,2	
85-89 anni	45	9,2	5	5,1	
90 e più anni	25	5,2	1	1,0	
Livello di formazione	480	100,0	97	100,0	n.s.
Bassa	150	31,2	21	21,6	
Media	256	53,4	57	58,8	
Alta	74	15,4	19	19,6	
Reddito individuale	489	100,0	99	100,0	n.s.
Senza risposta	96	19,6	31	31,3	
Basso	74	15,1	11	11,1	
Medio	150	30,7	28	28,3	
Alto	169	34,6	29	29,3	
Distanza geografica	440	100,0	...	...	...
In un altro paese	16	3,7	...	...
In un altro Cantone	62	14,1	...	...
Nello stesso Cantone	179	40,7	...	...
Nella stessa città	75	17,0	...	...
Nello stesso quartiere	49	11,2	...	...
Nella stessa casa	59	13,4	...	...
Stato di salute funzionale	478	100,0	97	100,0	n.s.
Indipendente	399	83,5	80	82,5	
In difficoltà	46	9,7	9	9,3	
Dipendente	33	6,8	8	8,2	
Statuto sul mercato del lavoro	455	100,0	90	100,0	n.s.
Attivo	414	90,9	79	87,8	
Non attivo	41	9,1	11	12,2	
Ultima professione dell'economia domestica	467	100,0	95	100,0	n.s.
Agricoltori	3	0,6	–	–	
Comercianti / artigiani	40	8,6	3	3,2	
Quadri superiori	158	33,8	37	38,9	
Professioni intermedie	49	10,5	16	16,8	
Impiegati	125	26,8	28	29,5	
Operai	92	19,6	11	11,6	

¹ Test del Chi Quadrato usato per misurare le differenze tra anziani con e senza nipoti, vedi annessi metodologici.

7. ANZIANI AL DI LÀ DEI CLICHÉ: LA SFIDA DI UNA REALTÀ MOLTEPLICE

Francesco Giudici

Ufficio di statistica

Michele Egloff,

Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale, Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana

Stefano Cavalli

Centro competenze anziani, Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale, Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana

Barbara Masotti

Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale, Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana

I risultati emersi dai capitoli che vanno a comporre questo volume della collana Analisi confermano la difficoltà nel definire la popolazione anziana e il fenomeno dell' invecchiamento attraverso criteri univoci e oggettivi. La situazione e le condizioni di vita degli anziani, come pure la rappresentazione che essi se ne fanno, risulta infatti dall' effetto congiunto o cumulativo dei diversi fattori intervenuti a un momento o un altro del loro percorso di vita, come la professione svolta, le risorse finanziarie e sociali, le abitudini alimentari, il clima e la qualità dell' aria delle regioni in cui hanno vissuto ecc. Ogni tentativo di considerare la popolazione anziana come un gruppo omogeneo e connotarla a partire da un unico tratto risulta quindi una forzatura, una caricatura che non rende conto di una realtà estremamente variegata. Per rimarcare alcuni aspetti che caratterizzano questa complessità, di seguito consideriamo una serie di "cliché" sulla popolazione anziana e li discutiamo attraverso i principali risultati emersi dalle nostre analisi.

Gli anziani sono dipendenti e in cattiva salute?

I risultati del nostro studio confermano che le persone in Ticino vivono a lungo, più che altrove in Svizzera, e che chi raggiunge l' età della pensione si può aspettare di vivere in buona salute fino a quasi 80 anni (vedi Cap. 2). La maggior parte dei giovani anziani (65-79 anni) residenti nel cantone è indipendente, solo il 2% di essi dipende dall' aiuto di terzi per compiere i gesti essenziali della vita quotidiana, e uno su quattro è fragile (vedi Cap. 3). La salute tende a deteriorarsi con l' avanzare dell' età ma, come emerge dai dati di VLV, la quarta età non è sinonimo di dipendenza e malattie: se è vero che il 22% degli ultraottantenni è dipendente, ben il 37% è indipendente. Un altro dato interessante riguarda il numero di persone residenti in strutture medicalizzate: dalle statistiche ufficiali e dalle nostre stime risulta che in Ticino meno di un ultraottantenne su sei risiede in casa per anziani (vedi Cap. 2). Questo proprio perché un numero non indifferente di grandi anziani conserva un elevato grado di autonomia e, in caso di difficoltà, può usufruire dell' aiuto di familiari o conoscenti e della presenza sul territorio di un' importante rete di servizi di cure e assistenza a domicilio. I dati di VLV rilevano a questo proposito come in Ticino più della metà degli ultraottantenni faccia ricorso ad almeno uno dei servizi presenti sul territorio e come il numero e la frequenza dei supporti sollecitati aumenti con il deteriorarsi della salute (vedi Cap. 5).

Gli anziani sono ricchi?

Non vi è ombra di dubbio: se raffrontate alle generazioni che le hanno precedute, quelle ora in pensione beneficiano di buone condizioni economiche. Grazie all' AVS, al sistema delle prestazioni complementari e alla previdenza professionale, la maggior parte degli anziani può contare su una solida base finanziaria e un adeguato patrimonio. Eppure, il 6% delle persone di età compresa tra i 65 e i 79 anni vive in una condizione di povertà e il 16% di precarietà (vedi Cap. 4). Tra gli ultraottantenni che vivono a domicilio le percentuali salgono: il 17% deve far fronte alla povertà e il 24% alla precarietà, delle percentuali che devono preoccupare sebbene più basse rispetto a quanto evidenziato

da Gerosa (1988) trent'anni orsono, quando la metà della popolazione anziana viveva con meno di 960.- fr. al mese, un importo inferiore alla rendita massima AVS dell'epoca.

A questo proposito ricordiamo che la quota di beneficiari delle prestazioni complementari cresce con l'età. Tra gli uomini ultranovantenni i beneficiari corrispondono al 20%, mentre le donne della stessa fascia d'età sono il 33% (vedi Cap. 2).

Gli anziani vivono soli e soffrono di solitudine?

Nonostante negli ultimi decenni sia aumentata la speranza di vivere in coppia – se nel 1970 la fascia d'età dove la proporzione dei vedovi superava quella dei coniugati era quella dei 75-79enni, oggi giorno questo avviene tra gli 85-89enni – un numero importante di persone anziane vive sola al proprio domicilio, un fenomeno che tocca in particolar modo le donne della quarta età (più della metà di esse). In che misura questa condizione è causa di isolamento e di solitudine? L'isolamento, caratterizzato dal fatto di vivere soli e dall'assenza o quasi di vita familiare e amicale, concerne solo l'1% dei giovani anziani e il 2% dei grandi anziani. Circa un quinto degli anziani gode però di un inserimento relazionale limitato, contraddistinto da contatti minimi con una delle due reti – familiare o amicale – e medi con l'altra, o, ancora, dalla delimitazione della propria vita relazionale allo spazio coniugale. Contrariamente ad alcuni luoghi comuni secondo cui i legami famigliari sarebbero in declino e le persone anziane marginalizzate, i risultati di VLV si avvicinano di molto alla situazione descritta da Gerosa trent'anni fa (1988).

Se l'isolamento descrive una situazione reale, la solitudine è un sentimento soggettivo e, come i dati di VLV l'attestano, non vi è un legame significativo tra i due fenomeni. Che siano vulnerabili in ambito relazionale o meno, nove giovani anziani su dieci e otto grandi anziani su dieci non si sentono soli. Un anziano oggettivamente isolato non sempre soffre di solitudine e, allo stesso tempo, ci si può sentire soli anche se attornati da altre persone. Ciò nonostante si possono notare alcune correlazioni interessanti tra i giovani anziani (Cap. 4): il sentimento di solitudine è infatti più marcato tra celibi e nubili, vedovi e divorziati (17%) rispetto a chi è sposato (7%), tra le persone di nazionalità italiana (24%) piuttosto che tra i possessori del passaporto rossocrociato (9%), tra chi ha uno statuto professionale basso (15%) rispetto a quadri superiori e dirigenti (6%). Inoltre, avere dei figli e dei nipoti è associato a un minor rischio di conoscere il sentimento di solitudine.

Gli anziani sono un peso per le famiglie?

La stragrande maggioranza degli anziani, indipendentemente dal loro stato di salute funzionale, è integrato in una rete di scambi di servizi dati e/o ricevuti; attività che spaziano dal tenere compagnia al preparare i pasti, dal fare gli acquisti all'espletare le pulizie domestiche. Tutti gli anziani dipendenti usufruiscono di aiuti da parte dei membri della famiglia o, più raramente, da amici e conoscenti mentre gli indipendenti si ritrovano più spesso nella categoria di chi dona senza ricevere (16% contro 8%). Nonostante le limitazioni nella mobilità, anche i grandi an-

ziani continuano a fornire un prezioso supporto: per quel che riguarda gli aspetti relazionali, per esempio, la metà delle persone dipendenti assicura compagnia e sostegno morale ad almeno un membro della famiglia. A riconferma di come gli anziani possano e vogliano rimanere utili, abbiamo mostrato che i nonni sono più che mai attivi nella cura dei nipoti (Cap. 6). In Ticino, il 56% dei nonni svolge questo servizio (con frequenze che variano da “ogni tanto” a “spesso”). Poiché questo badare ai nipoti richiede energie e risorse non indifferenti, esistono delle discrepanze in funzione dello stato di salute e della situazione economica: il 50% dei nonni con un reddito elevato (contro il 26% di quelli con un reddito basso) e il 59% dei nonni indipendenti (contro il 23% dei dipendenti) si occupano dei nipoti. Ricordiamo che questo supporto non è da leggersi come sporadico. Al contrario, il sostegno dei nonni risulta essere un importante appoggio alle giovani generazioni di genitori favorendo la conciliazione fra la vita familiare e professionale, in particolare agevolando la partecipazione delle madri al mondo del lavoro. Con il deterioramento della salute dell’anziano e l’emergere di bisogni più specifici, il ruolo della famiglia nei suoi confronti tende a ridefinirsi, delegando ai servizi formali determinate mansioni pur mantenendo, quando possibile, un ruolo concreto rispetto a compiti di gestione corrente e un importante supporto di tipo relazionale. Garantendo un monitoraggio “a distanza”, la relazione di aiuto permette in questo modo di preservare l’autonomia e l’intimità di entrambi le parti (vedi Cap. 5).

In conclusione, ci sembra importante ribadire come gli anziani siano parte integrante della società e, come tali, in costante interazione con quest’ultima. Essi rappresentano una fascia della popolazione sempre più importante, un fenomeno che l’evoluzione della struttura demografica dei prossimi decenni non farà che accentuare. Questo pone già fin d’ora delle sfide non indifferenti. La lettura attenta dei bisogni e delle fragilità delle persone anziane, come pure delle risorse specifiche di cui dispongono le diverse generazioni e gruppi d’età, anziani compresi, rappresentano quindi un passaggio obbligato per riuscire ad immaginare delle risposte adeguate e promotrici di benessere.

**Pensieri di
un'intervistatrice**

In questo volume sono presentati alcuni risultati di una vasta indagine che ha interessato più di settecento anziani residenti in Ticino e una cinquantina di intervistatrici e intervistatori. Dietro la raccolta dei dati, grazie ai quali è possibile fornire una fotografia della popolazione anziana, si cela un processo lungo e complesso che coinvolge delle persone – in primo luogo l'intervistatore e l'intervistato – con i loro vissuti, emozioni e curiosità. Un'esperienza – l'incontro – arricchente, a volte piacevole, ma anche foriera di difficoltà. Di seguito riportiamo alcuni pensieri spontanei di un'intervistatrice a nostro avviso meritevoli di essere condivisi.

Appena fuori dalla porta alcuni visi non li saprei più riconoscere, altri non li dimenticherò tanto presto.

Come è difficile far misurare il dolore, le persone scappano dalle tabelle, dai metri. Il dolore è intimo, personale. Quasi un delitto semplificarlo su di un grafico. Quanto è il dolore più forte che ha provato da 1 a 10 la scorsa settimana? Il dolore più forte è sempre 10. Però la paura che potrebbe essere peggiore lo fa valutare diversamente. Alcune persone non osano dare un 10 al loro dolore, anche se lo pensano.

Il tenentino. Un grande amore di due giorni con il quale si sono scambiate solo poche parole. Un'emozione intensa di una sedicenne che doveva lasciare la Francia in guerra. Rimpatriata in Svizzera il tenentino scrive. Scrive e riscrive ma nessuno gli risponde perché le lettere vengono "sequestrate" da una donna, che solo dopo anni dice, a colei che era una ragazzina di 16 anni in attesa di una risposta a una lettera d'amore, che il tenentino aveva risposto e scritto diverse lettere, lettere però che non le sono mai state consegnate. È spesso questa fugacità, questa incompletezza che li rende "grandi amori". Occhi bellissimi, azzurri, vivaci che avranno pianto e pianto.

Quanti tavoli rotondi. Con il tavolo rotondo o sei più vicino, se la persona è à côté, o più lontano, se la persona si mette in faccia a te. Senza tavolo è complicato: fogli sparsi per terra e computer sulle ginocchia, sprofondati nel divano in un finto agio. I tavoli hanno un loro linguaggio: il tavolo di sala in legno massiccio, lucido e completamente libero non dice la stessa cosa del tavolo di sala del quale è ormai impossibile riconoscere il materiale, perché ricoperto da vecchi giornali, classatori, scatole, ...e "da una qualche parte dovrebbe anche esserci il questionario".

Non mi viene da piangere quando qualcuno si commuove o piange. Non partecipo sul momento. Ci penso dopo.

C'è chi ti abbandona nell'appartamento prima di arrivare alla porta, vogliono sbarazzarsi di te (la moglie di un intervistato dopo una difficile intervista caratterizzata dai loro litigi). C'è chi fatica a camminare, non ci vede ecc. e ti accompagna fino all'auto.

Che bello fare le interviste nella cucina, magari con ancora parte dei piatti del pranzo ammucchiati in un angolo! I dossier trovano un posticino tra la carta del formaggio e la bottiglia dell'acqua, il computer ha davanti un vassoio vuoto con i segni di qualche pietanza terminata.

Gli anziani non hanno problemi d'incontinenza perché io non so far loro la domanda?

Incontri. Incontri privilegiati. Piccole finestre aperte su grandi mondi.

Leggere la domanda, guardare negli occhi. Penso sia meglio sprofondare nel testo e lasciare che la persona risponda al questionario e non a me. Quando gli occhi si incrociano le risposte si complicano. E la risposta per la persona intervistata diventa giusta o sbagliata.

La nuora. La nuora è il retro della medaglia della suocera o del suocero. Come le due facce della medaglia spesso non possono guardarsi. Si può vederne una sola alla volta e ti sembra sempre quella buona. Un conflitto che causa sofferenza.

Occhi chiari, vividi, bellissimi, in un corpicino rattrappito da una malattia degenerativa. Occhi che ti accolgono nel loro dolore con semplicità e allegria.

Non ho dolori. Significa: ho sempre dei dolori ma non li tengo in considerazione. Significa: non voglio avere dei dolori. Significa: io sono forte, io sto bene, io ...significa "signora, ha davanti a lei un signore di 90 anni in piena forma". Poi alzandosi dalla sedia si lamenta del dolore all'inguine che non l'ha più lasciato dall'operazione di 10 anni fa.

Ha dolori? No!

Come accogliere il dolore di una persona facendola sentire comunque completa? Integra?

Forse il dolore cronico della persona anziana è considerato "fisiologico", ossia non considerato da trattare, dunque meglio non considerarlo del tutto.

Ha dolori? No!

Ringraziano. Alla fine mi ringraziano. Grazie che è stata qui tutto questo tempo. Grazie che ha ascoltato tutti i miei dolori. Io invece ho riempito quadratini vuoti con delle crocette.

Novembre. La lattuga è fragile: foglie sottilissime, delicate. Impossibile usare la centrifuga per asciugarla. Quando inizia il novembre della vita?

Sensi di colpa.

Solitamente mi so difendere dai problemi degli altri, come terapeuta sapevo “non ingerire” i problemi, i malori o le emozioni, positive o negative degli altri. Con queste interviste no! Me ne vado spesso appesantita da drammi famigliari, malattie, sofferenze o gioie immense, ricordi, emozioni...oltre a caffè e torte! Ma perché? Perché mi sento in colpa. Queste non sono persone che incontro per strada e riversano su di me i loro problemi, contro i quali mi sento in diritto di difendermi, non sono persone che mi chiamano per raccontarmi i loro problemi e io professionalmente li ascolto, sapendo esattamente qual è il mio posto. No, sono io che li induco, a volte anche con destrezza, ad accettare di aprire la loro scatola dei ricordi, di raccontarmi i loro disturbi. “Ha crisi di pianto?”. Veloce le passo queste domande. Il tempo di rispondere un “a volte” e subito scivolo alla prossima domanda. Nessun tempo per dirmi “sì, quando ripenso a mio figlio morto due anni fa.” Allora per punizione mi porto via un po’ dei loro dolori, sapendo che loro resteranno lì con la loro scatola ormai aperta a contare i loro ricordi e tentare di rimettere tutto in ordine. Io sono un colpo di vento che apro porte e finestre e parto lasciando che i fogli messi sul tavolo volino per tutta la stanza.

Momenti di vulnerabilità, momenti di felicità. All’inizio dell’intervista non sono ancora un recipiente per queste cose. Posso chiedere il numero dei nipoti e perché hanno traslocato. I momenti delicati della vita non si elencano, si affidano a qualcuno di cui si ha fiducia. Emergono piano piano e scivolano discreti fra numeri e crocette. A volte possono essere raffigurati su di un foglio con un forte segno giallo o arancione. A volte devono restare “fra”, sparire fra tutti gli eventi della vita, gli si toglie d’importanza, gli si nega la priorità su altri fatti. “La mia vita è stata regolare, normale”: è normale soffrire per la morte di un figlio, è normale essere felici per la nascita di un nipote. Non è un fatto da segnare in arancione, non è un evento da segnare in giallo. “La mia vita è stata normale”.

Ricovero. Al piano, tutti in fila sulle poltroncine, sulle sedie a rotelle. Tutti in fila nel corridoio. Un’esposizione di vite alla deriva. Sembra. Sembra, ma come posso giudicare la qualità della loro vita? Cosa è che dà valore alla vita? Essere utili? La signora che devo intervistare, munita di girello, chiede a un’altra paziente, chiaramente non sintonizzata su questo pianeta, se vuole salire con lei al piano, intanto che aspettano la cena. Dopo 3 o 4 volte la signora capisce e risponde “vada che la seguo”. Poi si perde nei due metri che la separano dall’ascensore.

Gladys Delai Venturelli