

# Attualità UST



01 Popolazione

Neuchâtel, aprile 2018

Demos 1/2018

## L'invecchiamento attivo

### Editoriale

L'invecchiamento imporrà alla Svizzera e alla maggior parte dei Paesi vincoli sociali ed economici più grandi. Le persone anziane, però, costituiscono una risorsa preziosa, seppur spesso misconosciuta, che fornisce un contributo rilevante al tessuto sociale.

Per invecchiamento demografico si intende la diminuzione della proporzione di bambini e giovani a fronte dell'aumento di quella degli anziani all'interno della popolazione.

Affinché l'invecchiamento demografico contribuisca in maniera positiva al benessere e alla coesione sociale del nostro Paese, è fondamentale che le autorità politiche e la società civile adottino politiche e programmi di active ageing<sup>1</sup>, ovvero che favoriscano la salute, la partecipazione e la sicurezza dei cittadini in età avanzata. È necessario che una vita più lunga sia vissuta in buona salute e all'insegna della partecipazione sociale e della sicurezza. L'active ageing designa il processo che si snoda verso questo tipo di concetto dell'invecchiamento.

Per definire politiche orientate all'invecchiamento attivo della popolazione occorrono, tra l'altro, dati statistici attendibili che, oltre a monitorare l'esito delle politiche adottate, permettano di mettere in evidenza gli ambiti problematici che devono essere migliorati.

La presente pubblicazione, che descrive l'invecchiamento demografico nel nostro Paese, precisandone le cause nonché lo stato attuale e le previsioni future, si propone di essere un mezzo per far conoscere meglio l'active ageing in Svizzera. Il secondo articolo presenta la situazione delle persone anziane in rapporto alla povertà. La salute, elemento chiave dell'invecchiamento attivo, è il tema trattato nell'articolo seguente. Nell'ultimo articolo si affronta la questione della misura statistica dell'active ageing, grazie alla presentazione dell'indice di invecchiamento attivo, sviluppato su incarico dell'Unione europea. Questo indice permette di paragonare la situazione dei vari Paesi europei e di evidenziare gli ambiti in cui intervenire per migliorare la situazione nei rispettivi Paesi.

*Stéphane Cotter (UST)*

#### Indice:

- 1 L'invecchiamento demografico in Svizzera
- 2 La povertà, un ostacolo all'active ageing
- 3 La salute con l'avanzare dell'età: un invecchiamento attivo fino agli 80 anni
- 4 La prova dell'invecchiamento attivo nei Paesi europei

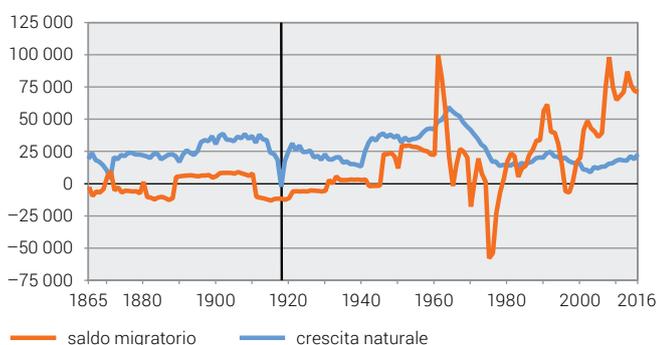
<sup>1</sup> Il concetto di active ageing implica che le persone abbiano la possibilità di rimanere in salute con l'avanzare dell'età, di partecipare alla vita del loro entourage sociale e di garantire la propria sicurezza personale migliorando così la qualità della loro vita (WHO 2002).

## 1 L'invecchiamento demografico in Svizzera

Si parla di invecchiamento demografico quando la quota di bambini e giovani sulla popolazione complessiva diminuisce, mentre quella delle persone anziane aumenta. Questo fenomeno è fortemente determinato dalla crescita naturale<sup>2</sup> e dal saldo migratorio<sup>3</sup>. Dal XIX secolo la Svizzera registra annualmente un aumento naturale della popolazione, eccetto nel 1918, in cui ci fu una contrazione a causa dell'influenza spagnola. Durante il baby boom degli anni '40 e '60 è stata registrata un'impennata della crescita naturale. Il saldo migratorio, secondo fattore dell'invecchiamento demografico, è rimasto relativamente basso fino alla metà del secolo scorso. Sino alla fine del secolo scorso come pure tra il 1910 e il 1930 la Svizzera è stata un Paese di emigrazione. Dagli anni '50 il saldo migratorio, pur fluttuando fortemente di anno in anno, è diventato un potente traino dell'evoluzione demografica svizzera. Nel 1961, ad esempio, superava le 100 000 persone, mentre nel 1975 si registrava un flusso negativo di 58 000 persone. In ogni caso dall'inizio del secolo si conferma il principale fattore dell'evoluzione demografica della Svizzera. Nel 2016, in effetti, sono state registrate circa 88 000 nascite e quasi 65 000 decessi, e un saldo migratorio positivo di 72 000 persone. Oggi la popolazione residente permanente ammonta a 8,4 milioni di persone.

### Fattori dell'evoluzione demografica svizzera, 1865–2016

G 1



1918: influenza spagnola  
1961: saldo migratorio  
1965: crescita naturale  
1975: crisi economica

Fonti: UST – BEVNAT, STATPOP

© UST 2018

L'invecchiamento demografico suggerisce che più il contratto di solidarietà tra la generazione intermedia (persone di età compresa tra 20 e 64 anni) e quelle più anziane si protrae nel tempo, più diventa oneroso per le persone occupate. Quest'onere si manifesta attraverso il rapporto di dipendenza dei giovani<sup>4</sup> e il rapporto di dipendenza degli anziani<sup>5</sup>. Dal rapporto di dipendenza

dei giovani emerge che dal 1865 la classe di età degli under 20 è nettamente diminuita rispetto a quella dei 20–64enni. Mentre nel 1900 si annoveravano ancora quasi 80 giovani ogni 100 persone dai 20 ai 64 anni, nel 2016 il rapporto si è ridotto a non oltre un terzo (32,5). Invece, dal 1900 è aumentato di molto il rapporto di dipendenza degli anziani. Il gruppo di popolazione degli over 65 si è molto ampliato rispetto a quello dei 20–64enni, raggiungendo nel 2016 quasi 30 anziani su 100, contro i circa 6 dell'inizio del secolo scorso.

Nei prossimi decenni l'invecchiamento della popolazione e le variazioni nella struttura per classi di età saranno sempre più marcati ponendo sia i sistemi previdenziali che l'economia di fronte a grosse sfide. Le prestazioni finanziate dalla generazione intermedia e fornite alle persone anziane aumentano continuamente a seguito dei tassi di natalità deboli e della mortalità bassa. In futuro un numero di occupati sempre più in calo sarà chiamato a sostenere una generazione anziana sempre più numerosa. Su tutto ciò l'allungamento della speranza di vita incide in maniera determinante, dato che la generazione anziana, sostenuta da quella intermedia, vive più a lungo di quanto gli istituti di previdenza abbiano inizialmente previsto. In Svizzera gli uomini di 65 anni possono sperare di vivere in media ancora circa 20 anni e le donne della stessa età, quasi 23 anni. La diminuzione proporzionale dei giovani a fronte della crescita della popolazione anziana dimostra che sta avendo luogo un invecchiamento della popolazione.

### Struttura per classi di età

Vari sono i motivi che spiegano l'invecchiamento della popolazione di una determinata regione, tra i quali, ad esempio, la contrazione dei tassi di natalità, l'allungamento costante della speranza di vita e i movimenti migratori. Dal 1970 i tassi di fecondità in Svizzera sono troppo bassi per garantire il rinnovo completo delle generazioni<sup>6</sup>. Perché ciò accada l'indicatore sintetico della fecondità (ISF) dovrebbe essere pari a 2,1 figli per donna. L'età mediana<sup>7</sup> della popolazione svizzera è passata da 25,1 anni nel 1900 a 42,4 anni nel 2016; quella delle donne (43,4) è di poco superiore a quella degli uomini (41,3). Oggi un quinto della popolazione ha 65 anni o più, contro appena il 6% nel 1900. Allora oltre il 40% degli uomini e delle donne rientrava nella classe di età dai 0 ai 19 anni, una quota che oggi raggiunge a malapena pressoché il 20%, ossia circa la metà. Nel 1900 il gruppo dei 20–64enni rappresentava oltre il 50% della popolazione, mentre oggi la proporzione è di poco superiore al 60%. Il gruppo dei 65 anni e più, invece, è molto cambiato. Nel 1900 ne faceva parte il 5% degli uomini e il 6% delle donne, contro l'odierno 16% degli uomini e 20% delle donne.

<sup>2</sup> differenza tra il numero di nati vivi e il numero di decessi

<sup>3</sup> differenza tra immigrazioni ed emigrazioni

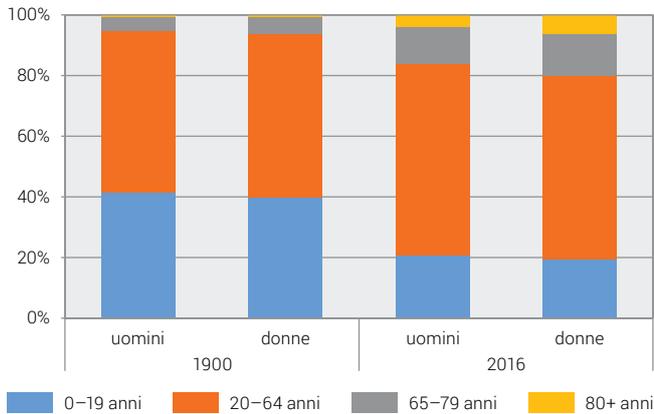
<sup>4</sup> numero di persone dai 0 ai 19 anni ogni 100 persone dai 20 ai 64 anni

<sup>5</sup> numero di persone di 65 anni e più ogni 100 persone dai 20 ai 64 anni

<sup>6</sup> Il completo rinnovo delle generazioni è garantito se l'ISF è pari a 2,1.

<sup>7</sup> L'età che separa la popolazione in due gruppi di dimensioni uguali, in modo che il 50% della popolazione sia più giovane e il 50% più anziana rispetto a questo valore.

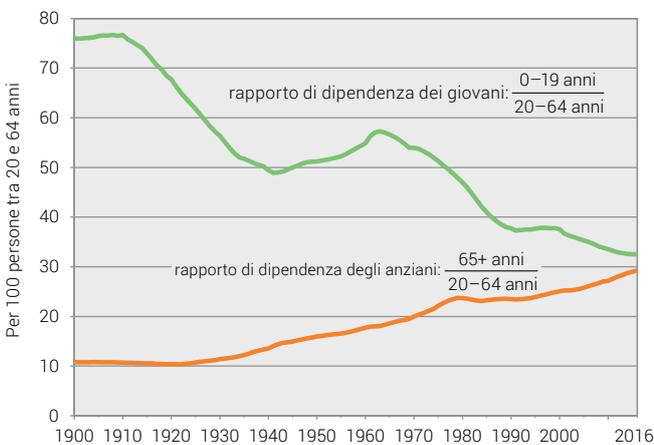
## Popolazione residente permanente secondo l'età e il sesso, 1900 e 2016 G2



Fonti: UST – ESPOP, STATPOP © UST 2018

L'indice di dipendenza dei giovani è diminuito in maniera netta. All'inizio del secolo scorso si situava a circa 80, mentre oggi si attesta solo a un terzo di quella cifra. Su 100 persone di 20-64 anni se ne contano 30 in età di pensionamento. Questo andamento – diminuzione proporzionale della popolazione giovane e crescita della popolazione anziana – conduce a un invecchiamento demografico della popolazione.

## Evoluzione del rapporto di dipendenza, 1900-2016 G3



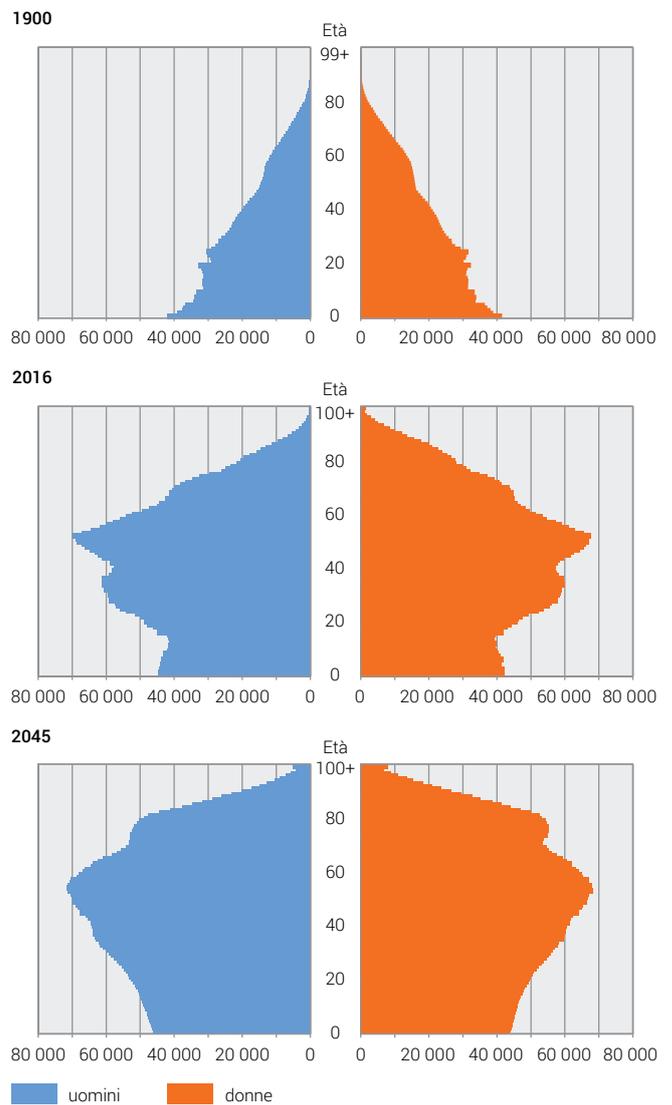
Fonti: UST – ESPOP, STATPOP © UST 2018

## La piramide demografica nel 1900, 2016, 2045

La piramide demografica è una rappresentazione grafica della popolazione per classe di età, ripartita secondo i generi. La variazione della piramide demografica influisce in maniera determinante sugli istituti previdenziali. Verso il 1900, la quota dei giovani era ancora relativamente elevata e quella degli anziani relativamente contenuta, di modo che la piramide era sorretta da una base ampia e terminava con un vertice stretto. Dall'inizio di

questo secolo, la piramide a «campana» ha assunto una forma che i demografi definiscono di «conifera». La struttura della popolazione per età è caratterizzata dalla generazione del baby boom, che oggi provoca un rigonfiamento della parte centrale. Questa forma si spiega con la contrazione delle nascite, che le immigrazioni non riescono a compensare, e con il costante aumento della speranza di vita. Nei prossimi 30 anni, stando agli scenari demografici previsti dall'UST, la «conifera» assumerà la forma di un'«urna». Il vertice continuerà ad ingrossarsi quando le coorti di forte natalità arriveranno in età avanzata.

## Piramide dell'età 1900, 2016, 2045 G4

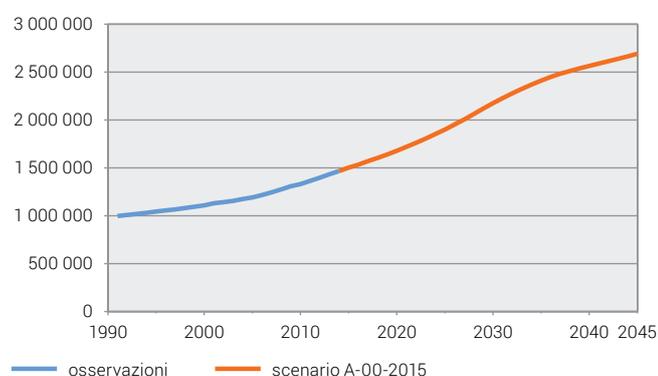


Fonti: UST – ESPOP, STATPOP, SCENARIO © UST 2018

Il numero dei 65enni e oltre, che ammonta attualmente a 1,7 milioni di persone, subirà un'impennata nei prossimi 30 anni. Gli scenari dell'UST prevedono che nel 2045 oltre 2,7 milioni di abitanti faranno parte della generazione dei pensionati, che nei prossimi anni subirà un incremento dalle 40 000 alle 60 000 persone su base annua. Al contempo la quota delle generazioni anziane sulla popolazione complessiva passerà dal 18% (2016) a quasi il 27% nello spazio di un trentennio. Anche il numero degli ultraottantenni raddoppierà. Nel 2016 si situava a poco meno di mezzo milione, ma gli scenari prevedono che tra 30 anni vivranno in Svizzera oltre un milione di persone di 80 anni e più. Il fenomeno del cambiamento della struttura per età a favore delle generazioni più vecchie è denominato invecchiamento demografico.

### Evoluzione demografica svizzera a partire dai 65 anni, scenario di riferimento

G5



Fonti: UST – STATPOP, SCENARIO

© UST 2018

### Evoluzione della mortalità e invecchiamento dall'alto

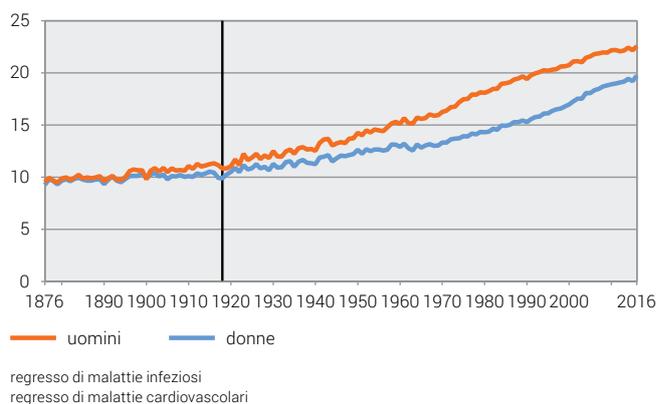
L'invecchiamento della popolazione si traduce con un innalzamento dell'età media ed un aumento della quota di anziani. Si parla d'invecchiamento dall'alto quando la speranza di vita aumenta. La mortalità<sup>8</sup> in Svizzera tende a diminuire. Negli ultimi tre decenni il numero di decessi raggiungeva circa i 60 000 all'anno, mentre in questi ultimi anni è aumentato; nel 2016 sono stati registrati oltre 65 000 decessi. Il numero di decessi di persone al di sotto degli 80 anni tende a diminuire, mentre quello degli ultraottantenni ad aumentare. Tale andamento è da ricondurre alla variazione della composizione della popolazione in base all'età. Si osserva quindi una netta contrazione dei tassi di mortalità standardizzati<sup>9</sup>.

<sup>8</sup> La mortalità indica la frequenza di decessi in una determinata popolazione.

<sup>9</sup> Siccome le popolazioni da paragonare presentano prevalentemente una struttura per età diversa e i rischi di morte dipendono dall'età, occorre eliminare per via aritmetica l'influsso dell'età. A tal fine, si calcola il numero di casi che ci si potrebbe attendere in una «popolazione standard» che presenti gli stessi rischi di morte specifici all'età rispetto alla popolazione esaminata nella fattispecie. In questo caso, si impiega quale popolazione standard la cosiddetta struttura per età teorica «europea» o «mondiale», in uso per eseguire raffronti internazionali di tassi.

### Evoluzione della speranza di vita media svizzera a partire dai 65 anni, 1875–2016

G6

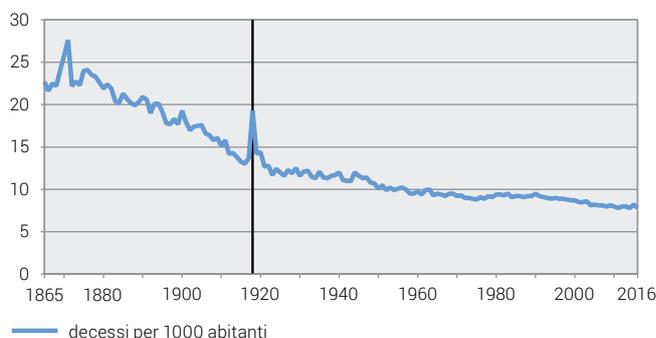


Fonte: UST – BEVNAT

© UST 2018

### Andamento della mortalità svizzera, 1875–2015

G7



Fonte: UST – BEVNAT

Negli ultimi 40 anni la speranza di vita delle bambine neonate si è allungata di 8,5 anni e quella dei bambini neonati di quasi 10. Anche la speranza di vita a 65 anni e quella a 80 anni si sono allungate di molto. La regressione delle malattie infettive e di quelle cardiovascolari grazie a cure mediche migliori ha contribuito ad aumentare la speranza di vita.

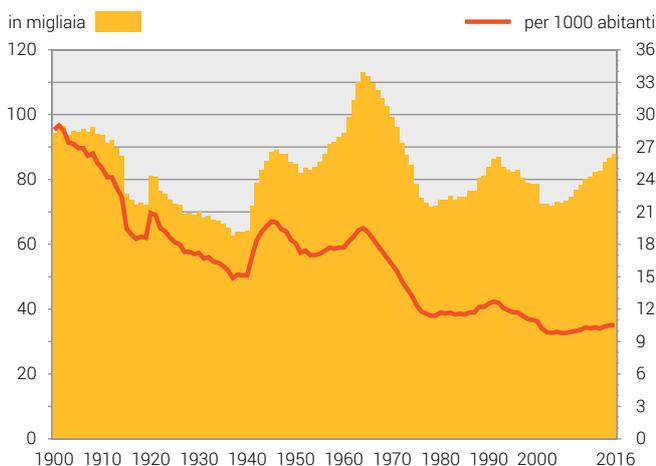
Nel primo decennio del XXI secolo, la speranza di vita degli uomini alla nascita è cresciuta di 2,9 anni fino a raggiungere gli 80,1 (2008/13) e quella delle donne alla nascita, di 1,7 anni fino agli 84,5. La differenza della speranza di vita tra i sessi si è ridotta da 5,6 anni a 4,4 anni tra il 2000 e il 2010. Rispetto al decennio precedente l'aumento della speranza di vita è rallentato sia per le donne che per gli uomini. Il netto allungamento della speranza di vita degli uomini negli ultimi dieci anni è da ricondurre in primis ad una minore mortalità degli uomini in età di pensionamento. La calante probabilità di decesso delle persone di 65 anni e più è responsabile di oltre la metà dell'aumento della speranza di vita maschile e femminile alla nascita<sup>10</sup>.

### Evoluzione della fecondità e invecchiamento dal basso

Come menzionato poco sopra, si parla di invecchiamento demografico quando si osserva un aumento della proporzione di persone anziane a fronte di una diminuzione di quelle giovani. La diminuzione risulta dalla denatalità che, a sua volta, è all'origine della trasformazione della struttura della popolazione per età. Siccome la contrazione della natalità provoca il restringimento della base della piramide delle età, il fenomeno è denominato «invecchiamento dal basso».

La fine dei «trent'anni gloriosi» segna anche la fine del baby boom. Dal 1965 si constata che il numero dei nati vivi in Svizzera diminuisce, tranne tra il 1984 e il 1992, fino all'inizio degli anni 2000. In effetti, tra il 1965 e il 2003, il numero passa da 111 800 a 71 800 nascite, per poi, da allora, crescere leggermente. Tuttavia, in rapporto a una popolazione in crescita, ci si rende conto che il tasso lordo di natalità è dapprima sceso, per poi stabilizzarsi a 10 nascite ogni 1000 abitanti (cfr. curva rossa nel grafico G8).

### Nati vivi, 1900–2016

**G8**


Fonti: UST – ESPOP, BEVNAT, STATPOP

© UST 2018

### Il ruolo della migrazione

La migrazione agisce sulla composizione della popolazione per età come pure sulla crescita demografica (cfr. G1). In Svizzera, però, funge anche da fattore di ringiovanimento. Le persone che arrivano in Svizzera o che la lasciano sono per lo più in età lavorativa (20–64 anni). Nel 2016, era così per il 78% degli stranieri che sono immigrati e per l'80% di quelli che sono emigrati. A titolo di paragone, gli stranieri di oltre 64 anni che arrivano in Svizzera rappresentano soltanto l'1%. La quota di quelli che lasciano la Svizzera ammonta al 5%. La popolazione straniera, pertanto, incide sulla popolazione in età lavorativa, senza però aggravare il fenomeno dell'invecchiamento. In questo contesto va osservato che a lungo termine la popolazione straniera può influire sull'invecchiamento se rimane in Svizzera anche dopo il pensionamento.

L'impatto della migrazione sull'invecchiamento può essere misurato simulando l'andamento della popolazione a partire da una data di riferimento supponendo l'assenza di flussi migratori. I risultati che si ottengono con una tale simulazione consentono di calcolare l'entità della migrazione come freno all'invecchiamento demografico. Lo scenario abbozzato rivela che, dal 1945, nell'andamento della popolazione osservato la migrazione è assente. Questa simulazione dà i seguenti risultati: la popolazione sarebbe aumentata meno rapidamente. Invece di attestarsi a 8,3 milioni d'abitanti, sarebbe aumentata fino a raggiungere i 5,0 milioni d'abitanti;

- la popolazione in età lavorativa sarebbe stata meno numerosa; anziché a 5,2 milioni di abitanti, sarebbe stata pari a 2,9 milioni;
- la popolazione delle persone di 65 anni e più sarebbe stata meno numerosa; anziché 1,5 milioni di abitanti, non avrebbe superato 1,2 milioni;
- tuttavia, in termini di rapporto di dipendenza, si sarebbe osservato un numero maggiore di persone di 65 anni e più ogni 100 persone in età lavorativa. In assenza di flussi, il rapporto di dipendenza delle persone anziane avrebbe raggiunto le 43 ogni 100 anziché le 29 osservate nel 2015. In altre parole, in assenza di migrazioni l'invecchiamento sarebbe stato molto più marcato.

In tal senso, la migrazione rallenta un po' il processo d'invecchiamento della popolazione, ma non lo arresta. Tuttavia, anche la popolazione straniera stabilitasi in Svizzera invecchia, e questo rischia a lungo termine di aggravare il fenomeno dell'invecchiamento in terra elvetica. Nel 2020 il numero dei migranti anziani potrebbe raggiungere i 400 000 circa.

<sup>10</sup> UST, tavole di mortalità della Svizzera 2008/2013

## Conclusioni

La Svizzera conosce un'evoluzione demografica notevole sin dalla fine del XIX secolo. Negli ultimi 150 anni la mortalità e il tasso di natalità sono nettamente diminuiti. Tali andamenti rientrano tra le cause dell'invecchiamento della popolazione della Svizzera. Le migrazioni, che da 30 anni costituiscono il fattore principale della crescita demografica, al contempo contribuiscono a frenare l'invecchiamento. Nei prossimi decenni, tuttavia, la popolazione crescerà rapidamente. La generazione anziana di domani differirà dall'odierna generazione di pensionati per salute e situazione economica migliori. Oggi l'opinione pubblica considera l'invecchiamento demografico come un problema che riguarderà la popolazione svizzera a lungo termine e come una sfida per le giovani generazioni. Tuttavia questa tendenza è percepibile sin dagli anni '70.

Jacqueline Kucera (UST), Fabienne Rausa (UST)

## Bibliografia

Steiner, S., Watkins, A. D'Amato, G. (2013) Démographie, ressources et signification de la migration, Commission fédérale des migrations CFM.

Kohli, R. (2017) Tables de mortalité pour la Suisse 2008/2013. UST. Neuchâtel.

Schmid Botkine, C. et al. (2007) Bulletin d'information démographique 4/2007. Vieillesse démographique et adaptations sociales. Vieillesse démographique et adaptations sociales. BFS. Neuchâtel.

Wanner, Ph. (2013) Quelle serait la population suisse sans immigration? In: Terra Cognita 23/2013. CFM. Bern-Wabern.

Wanner, Ph. (2010) Mortalité différentielle. UFAS. Berna.

Wanner, Ph. (2001) L'apport démographique de la migration en Suisse. SFM. Neuchâtel.

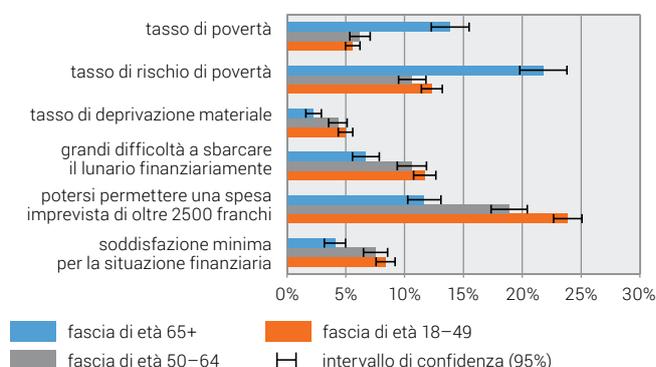
## 2 La povertà, un ostacolo all'active ageing

Le ristrettezze finanziarie si ripercuotono sui più svariati ambiti della vita e quindi sostanzialmente anche sugli aspetti dell'invecchiare in modo attivo. La domanda che ci si deve porre, pertanto, è se in Svizzera possa invecchiare mantenendosi attivo anche chi versa in condizioni di povertà. Per rispondere occorre anzitutto stabilire l'entità della povertà nella vecchiaia. Un'impresa non proprio semplice, visto che i criteri correnti di misurazione della povertà si focalizzano sul reddito, restituendo perciò un quadro insufficiente della situazione di povertà delle persone oltre l'età di pensionamento, che spesso dispongono anche di beni patrimoniali. Tuttavia è dimostrabile che gli svantaggi di chi è soggetto alla povertà perdurano anche dopo il pensionamento, limitando così le possibilità di vivere un'anzianità attiva.

### La povertà degli anziani in cifre

Di norma in Svizzera il concetto di povertà si misura in base a tre criteri diversi: oltre al tasso di povertà assoluto vengono rilevati anche quello di rischio di povertà e quello di deprivazione materiale (cfr. riquadro). Il grafico 1 mostra che i tassi di povertà e di rischio di povertà degli over 65 ammontano a circa il doppio di quelli della popolazione in età lavorativa. In molti casi, dunque, pare che i redditi della popolazione più anziana (principalmente le rendite) non bastino a sopperire ai fabbisogni di base.

### Indicatori di povertà secondo le fasce di età

**G9**


Solo persone viventi in economie domestiche (escluse le collettività).  
I tassi di povertà e di rischio di povertà si basano sul reddito indipendentemente da eventuali patrimoni.

Fonte: UST – Indagine sui redditi e sulle condizioni di vita (SILC) 2015, versione del 16.09.2017

© UST 2018

Uno sguardo alla situazione della deprivazione materiale lascia presupporre che molte di queste persone, malgrado un reddito esiguo, dispongano di mezzi di sostentamento alternativi. Infatti soffre di deprivazioni materiali solo circa il 2% degli over 65. Anche gli indicatori relativi alla percezione soggettiva della situazione finanziaria rafforzano l'ipotesi che, in generale, misurandola in base al reddito, la povertà nella vecchiaia sia sopravvalutata (cfr. anche UST, 2014). Osservando gli indicatori

di povertà percepita soggettivamente, inoltre, emerge un'altra differenza tra le fasce di età: stando al concetto di povertà secondo il criterio del reddito, la quota di persone in condizioni di povertà è nettamente più elevata tra i pensionati che tra i più giovani, mentre la situazione si capovolge se valutata secondo tutti gli altri criteri di povertà. Già negli ultimi anni dell'attività professionale, le persone tendono a presentare le caratteristiche della fascia di popolazione dai 65 anni in su.

### Le economie domestiche di pensionati spesso possono ripiegare sul patrimonio accumulato

Una possibile spiegazione della discrepanza tra i vari indicatori potrebbe essere il fatto che, in generale, le economie domestiche di pensionati siano più soddisfatte e abbiano meno pretese. Ma più plausibile, tuttavia, è la presupposizione che molte economie domestiche compensino il reddito scarso con il patrimonio accumulato. Il tasso di povertà e quello di rischio di povertà, infatti, tengono in considerazione unicamente il reddito. Le economie domestiche di pensionati, però, dispongono in media di un patrimonio da spendere per la sussistenza nettamente maggiore delle altre. La quota di economie domestiche che dispongono di poco o nessun patrimonio è nettamente inferiore tra i pensionati che tra le economie domestiche in cui vivono persone in età lavorativa (UST 2014, Wanner/Gabadiño 2008). Di conseguenza, le persone in età di pensionamento usufruiscono più spesso del capitale per pagare le spese correnti rispetto alle persone in età lavorativa (17,6% contro 5,1%). Le economie domestiche di pensionati dispongono di un patrimonio maggiore d'un canto perché il principio dei tre pilastri del sistema di previdenza per la vecchiaia svizzero è articolato in modo tale che gli averi di vecchiaia possano essere riscossi non solo in forma di rendita ma anche come versamenti in capitale. D'altro canto le persone anziane dispongono sempre più frequentemente di risparmi e, a seguito della speranza di vita elevata, tendono a ricevere eventuali eredità sempre più tardi rispetto alle generazioni precedenti (Stutz et al. 2007).

Per queste ragioni, di seguito sono definite povere tutte le persone che non possono far fronte nel giro di un mese a una spesa imprevista di 2500 franchi senza compromettere le proprie condizioni finanziarie. Questo criterio tiene in considerazione reddito e patrimonio ed è quindi più indicato per determinare la situazione finanziaria della popolazione anziana rispetto alla misura della povertà calcolata solamente in base al reddito<sup>11</sup>.

<sup>11</sup> I risultati presentati in questa sede rimangono stabili se, quale indicatore di povertà, si usa la domanda «quanto agevolmente riesce a sbarcare il lunario l'economia domestica in termini finanziari?».

### Povertà e invecchiamento attivo

Il concetto di active ageing implica che le persone abbiano la possibilità di rimanere in salute con l'avanzare dell'età, di partecipare alla vita del loro entourage sociale e di garantire la propria sicurezza personale migliorando così la qualità della loro vita. Gli ambiti della vita contemplati in questa definizione sono però indipendenti sia tra loro sia dalle possibilità finanziarie di una persona. Di conseguenza, un prepensionamento obbligato può limitare considerevolmente le condizioni finanziarie di un'economia

#### Criteri di misurazione della povertà

Il **tasso di povertà** si basa su una soglia «assoluta»: sono dunque considerate povere le persone che non dispongono di risorse finanziarie sufficienti per condurre una vita integrata socialmente. La soglia di povertà adottata deriva dalle direttive della Conferenza svizzera delle istituzioni dell'azione sociale (COSAS) e prende in considerazione il forfait per il mantenimento, le spese per l'alloggio e una somma pari a 100 franchi al mese per altre spese per ogni persona di 16 anni o più facente parte dell'economia domestica.

Il **tasso di rischio di povertà** si basa su una soglia «relativa»: sono considerate a rischio di povertà le persone che dispongono di un reddito disponibile equivalente sensibilmente inferiore al livello abituale dei redditi del Paese in cui vivono. La povertà, pertanto, è considerata una forma di disuguaglianza e dipende dal livello di benessere del Paese in cui si vive. L'Unione europea fissa la soglia del rischio di povertà al 60% del reddito disponibile equivalente mediano.

Il **tasso di deprivazione materiale** viene descritto come un'insufficienza dovuta alla carenza di risorse finanziarie in almeno tre di nove categorie coordinate a livello europeo: far fronte a spese impreviste di 2500 franchi, finanziare ogni anno una settimana di vacanza fuori casa, assenza di pagamenti in arretrato, un pasto a base di carne o pesce (o equivalente vegetariano) almeno ogni due giorni, scaldare a dovere il proprio domicilio, accesso a una lavatrice, possedere un televisore a colori, un telefono e un'automobile.

La capacità di un'economia domestica **di far fronte con le proprie forze a spese impreviste di 2500 franchi** senza compromettere le proprie condizioni finanziarie, costituisce in sé un indicatore di povertà. Poiché nella domanda posta si menziona la possibilità di attingere a un eventuale capitale (ad es. i risparmi) lo rende un buon metro per misurare la povertà delle persone anziane.

Un altro indicatore di povertà è l'agio con cui un'economia domestica è in grado di **sbarcare il lunario**. Una persona è considerata povera quando vive in un'economia domestica che dichiara di riuscire difficilmente o molto difficilmente a sbarcare il lunario pur calcolando tutti i redditi di cui dispone.

Un'ultima indicazione su un'eventuale condizione di povertà è anche il grado di **soddisfazione che l'economia domestica esprime nei confronti della propria situazione finanziaria**, misurato su una scala da 0 a 10, laddove le categorie da 0 a 4 esprimono poca soddisfazione.

domestica, mentre protrarre un'attività professionale oltre l'età di pensionamento può evitare la povertà (von Gunten et al. 2015). I problemi di salute possono essere sia la causa che l'effetto della povertà; talvolta la partecipazione ad attività sociali è legata anche a spese finanziarie e, non da ultimo, la povertà influisce negativamente sulla soddisfazione per la propria vita in generale (Tillmann et al. 2016, Villiger/Knöpfel 2009).

Il grafico 2 mostra che in sei ambiti importanti dell'invecchiamento attivo (cfr. active ageing index) i poveri dai 65 anni in su presentano quote minori delle persone che non versano in condizioni di indigenza. Differenze lievi emergono per chi fa volontariato e chi è attivo professionalmente. Il fatto che la quota di occupati sia bassa stupisce poco, visto che l'universo considerato è la popolazione in età di pensionamento. Differenze particolarmente nette tra chi versa in condizioni di povertà e chi no emergono in relazione alla soddisfazione per la propria vita, la salute e i contatti sociali con la famiglia e gli amici. Ora, in base alle analisi svolte in questo ambito non è possibile sapere se queste differenze siano causa o effetto della povertà, e nemmeno in quale misura i singoli ambiti siano collegati tra loro. Rimane ad esempio poco chiaro se sulla soddisfazione per la propria vita incidano in modo più marcato i problemi di salute o le difficoltà finanziarie.

Siccome le circostanze analizzate non rappresentano solo aspetti dell'invecchiamento attivo ma possono fungere da indicatori per la partecipazione alla socialità in generale, vale la pena fare il paragone anche con la popolazione più giovane. Se ne evince che nel corso della vita le differenze dapprima aumentano e poi, con l'età, tornano a diminuire. In effetti le differenze tra chi è povero e chi non lo è sono assolutamente più esigue tra i 18-49enni che tra i 50-64enni. Tra gli ultrasessantacinquenni le differenze tornano poi ad essere un po' più marcate. La salute e l'attività professionale costituiscono delle eccezioni: per quanto concerne la salute, dopo il pensionamento le differenze rimangono costanti, mentre per quanto riguarda l'attività professionale nell'età di pensionamento le differenze sono maggiori rispetto a quelle riscontrate nella fascia di età dai 50 ai 64 anni. Tuttavia, in questo caso, ovviamente, si suppone che dopo il pensionamento le persone occupate non entrino a far parte della popolazione povera, proprio perché stanno ancora svolgendo un'attività professionale.

**Indicatore di povertà:** è considerato povero chi non è in grado di far fronte a una spesa imprevista di 2500 franchi.

**Volontariato:** volontariato organizzato e non organizzato negli ultimi 12 mesi.

**Si sente sicuro:** persona che si sente molto/abbastanza sicura quando va in giro a piedi nel proprio quartiere dopo il calar del giorno.

**Nessuna limitazione per la salute:** nessuna limitazione per la salute nella vita quotidiana negli ultimi sei mesi.

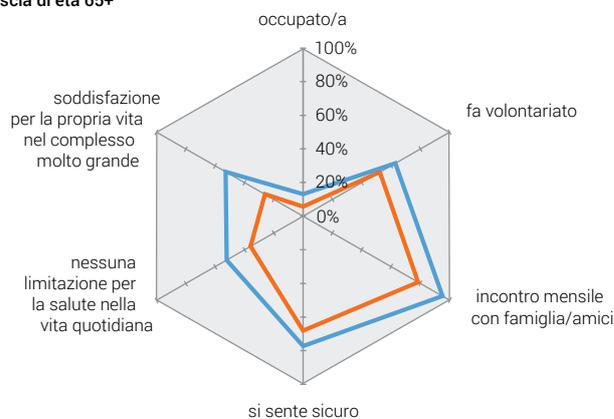
**Soddisfazione per la propria vita molto grande:** valore pari a 9 o 10 in una scala da 0 a 10 alla domanda relativa alla soddisfazione per la propria vita in generale.

*Tutte le differenze tra chi versa in condizioni di povertà e chi no sono significative.*

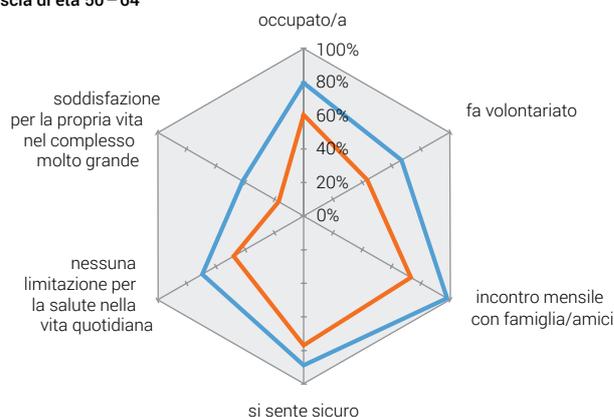
## Quota di persone dai 65 anni secondo la situazione di povertà che soddisfano un determinato aspetto dell'invecchiamento attivo (in %)

G10

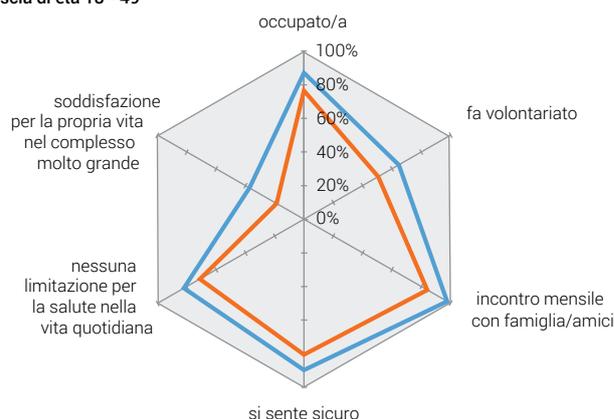
### Fascia di età 65+



### Fascia di età 50-64



### Fascia di età 18-49



— non povero — povero

Solo persone viventi in economie domestiche (escluse le collettività).

Fonte: UST – SILC 2015, versione del 19.06.2017

© UST 2018

## Conclusione

Invecchiare rimanendo attivi è più difficile per chi versa in condizioni di povertà che per altri in età di pensionamento. Questa disparità non nasce però solo dopo il pensionamento; piuttosto sembrerebbe che gli svantaggi nell'ambito della salute e della partecipazione sociale con cui sono confrontate le persone povere in età lavorativa perdurino anche dopo il pensionamento. Nel periodo di pensionamento, tuttavia, le suddette differenze tendono ad affievolirsi rispetto a quelle riscontrate nella popolazione tra i 50 e i 64 anni. Di conseguenza, per aumentare le opportunità di una vecchiaia attiva per le persone colpite da povertà, le misure necessarie andrebbero applicate prima.

*Franziska Ehrler (FORS), Martina Guggisberg (UST).*

## Bibliografia

Ufficio federale di statistica (UST), 2014. La povertà tra gli anziani. Neuchâtel: UST.

Stutz, Heidi, Susanne Schmutz e Tobias Bauer. 2007. Erben in der Schweiz: eine Familiensache mit volkswirtschaftlichen Folgen. Zurigo/Coira: Verlag Rüegger.

Tillmann, Robin, Maurizia Masia e Monica Budowski. 2016. Armut, Prekarität, Wohlstand und Wohlbefinden in der Schweiz. In: Ehrler Franziska, Felix Bühlmann, Peter Farago, François Höpflinger, Dominique Joye, Pasqualina Perrig-Chiello e Christian Suter (Hrsg.) Sozialbericht 2016: Wohlbefinden. Zurigo: Seismo. pagg. 66–82.

Villiger, Simone e Carlo Knöpfel. 2009. Armut macht krank. Warum gesellschaftliche Verhältnisse die Gesundheit prägen. Lucerna: Caritas-Verlag.

Von Gunten, Luzius, Pascale Zürcher, Caroline Pulver, Robert Fluder, Kilian Koch. 2015. Existenzsicherung im Alter. Risikofaktoren und Ursachen für EL-Bezüge bei AHV-Neurentnern und Neurentnerinnen. Berna: BFH.

Wanner, Philippe und Alexis Gabadinho. 2008. Die wirtschaftliche Situation von Erwerbstätigen und Personen im Ruhestand. Forschungsbericht Nr. 1/08. Beiträge zur Sozialen Sicherheit. Berna: UFAS.

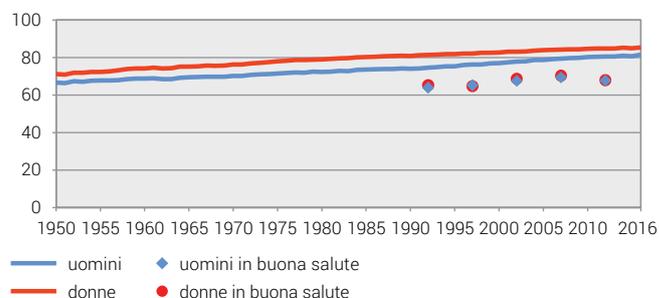
Organizzazione mondiale della sanità (OMS). 2002. Active Ageing: A Policy Framework. Ginevra: OMS.

## 3 La salute con l'avanzare dell'età: un invecchiamento attivo fino agli 80 anni

Un invecchiamento attivo consente agli anziani di realizzare il loro potenziale fisico, sociale e mentale fino a un'età avanzata e ne favorisce la partecipazione attiva alla vita sociale della popolazione.

In tutto il mondo, la Svizzera è tra i Paesi in cui la speranza di vita è più elevata: nel 2016 la speranza di vita alla nascita era pari a 81,5 anni per gli uomini e 85,3 per le donne. La speranza di vita in buona salute, che combina le informazioni concernenti la mortalità con quelle relative alla salute autovalutata, nel 2012 raggiungeva i 67,7 anni per gli uomini e 67,9 per le donne (G11). La differenza ridotta tra uomini e donne significa che la longevità più elevata delle donne corrisponde perlopiù a un aumento degli anni vissuti non in buona salute. Lo scarto tra la speranza di vita dei due sessi mostra bene che il guadagno in anni di vita non corrisponde necessariamente a un aumento degli anni in buona salute. Lo stato di salute della popolazione anziana rimane molto eterogeneo: alcune persone raggiungono un'età avanzata in buona salute senza dover ricorrere a cure prima di essere in fin di vita, mentre altre persone necessitano di assistenza molto prima e per un periodo molto più lungo.

## Speranza di vita e speranza di vita di una persona sana alla nascita (in anni) G11



I dati dell'anno 2012 non sono comparabili con gli anni precedenti.

Fonti: UST – BEVNAT, ESPOP, STATPOP e ISS

© UST 2018

Il presente articolo si prefigge di trattare diversi aspetti in merito alla salute legata all'invecchiamento, esaminando alcuni problemi di salute che si presentano con l'avanzare dell'età.

Nel 2012, l'8% delle persone di 65 anni e più era residente di lunga durata presso una casa per anziani medicalizzata. La proporzione di residenti in case per anziani medicalizzate aumenta sensibilmente con l'età, principalmente con l'età avanzata (la metà dei 90–94enni e il 95% delle persone di almeno 95 anni). Tale proporzione è identica tra i sessi fino agli 80 anni circa, in seguito le donne sono proporzionalmente più numerose degli uomini. Nelle case per anziani medicalizzate, quasi tre quarti dei residenti sono donne (72%).

### Fonte dei dati

I dati provengono dall'indagine sulla salute in Svizzera (ISS) del 2012. Questa indagine viene realizzata ogni cinque anni dal 1992. Si tratta di una rilevazione campionaria svolta con interviste telefoniche assistite dal computer (CATI) seguite da un questionario scritto. È stata interrogata la popolazione di 15 anni e più che vive in un'economia domestica.

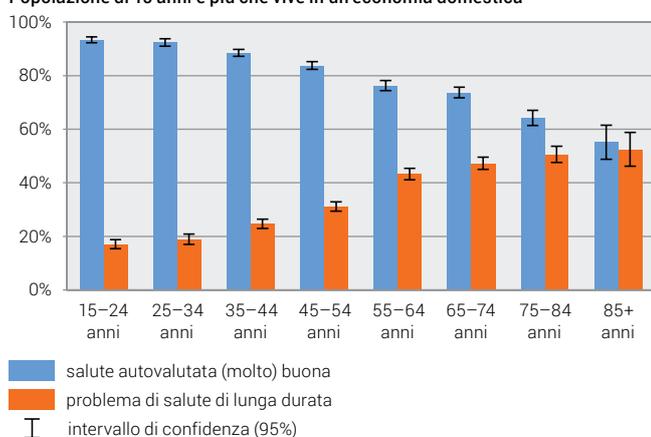
## Salute autovalutata

Nel 2012, delle persone di almeno 15 anni che vivevano in un'economia domestica, cinque su sei dichiaravano di essere in buona o in ottima salute. La percentuale di quelle che consideravano la propria salute da cattiva o pessima era soltanto del 4%. La quota di persone in buona salute diminuisce regolarmente con l'età fino ai 74 anni (74% per la fascia tra i 65 e i 74 anni), poi più rapidamente, fino al 55% a partire dagli 85 anni (G12). La tendenza è molto simile tra gli uomini e le donne.

## Salute autovalutata e problema di salute di lunga durata secondo l'età, 2012

G12

Popolazione di 15 anni e più che vive in un'economia domestica



Fonte: UST – Indagine sulla salute in Svizzera

© UST 2018

## Limitazioni funzionali e nelle attività della vita quotidiana

Una persona su quattro è limitata o fortemente limitata nelle sue attività abituali da almeno sei mesi a causa di un problema di salute. Queste limitazioni aumentano con l'età: se la quota delle persone interessate non supera il 20% fino ai 54 anni, aumenta a un terzo tra i 55 e i 79 anni, per poi aumentare fortemente fino a raggiungere la metà (53%) delle persone a partire dagli 80 anni, senza distinzioni sostanziali di genere. Le limitazioni presentate da queste persone sono forti in un quarto dei casi.

Anche le limitazioni funzionali (che colpiscono la vista, l'udito e l'apparato motorio) aumentano con l'età (G13). A partire dagli 80 anni, la proporzione di persone con un problema di vista o di udito raddoppia e quella delle persone con un problema motorio è più del triplo, dimostrazione del fatto che con l'età la capacità di muoversi e spostarsi nel proprio ambiente tende a diminuire.

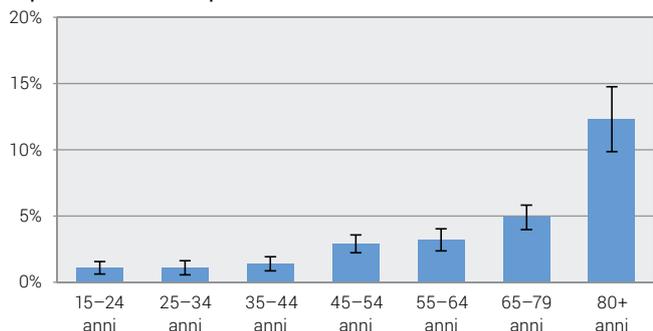
L'87% delle persone di 65 anni e più porta gli occhiali e il 2% di esse riscontra problemi nel leggere un libro o un giornale. Il 15% di queste persone ha un apparecchio acustico, ma il 6% di esse non riesce comunque a seguire una conversazione alla quale partecipano due persone o più. Non sentire bene può portare all'isolamento e a una vita ai margini della società.

## La misura delle limitazioni funzionali e nelle attività della vita quotidiana

**Le limitazioni funzionali** raggruppano tre aspetti legati alla capacità di a) leggere un libro o un giornale (o guardare la televisione), con o senza occhiali (vista); b) seguire una conversazione alla quale partecipano almeno due persone, con o senza apparecchio acustico (udito); c) camminare soli, senza essere aiutati, senza fermarsi e senza essere fortemente a disagio (apparato motorio). Le persone con una limitazione forte o completa hanno risposto «sì, ma con molta difficoltà» oppure «no» a una delle tre domande («soltanto qualche passo» o «non posso spostarmi» nel caso della motricità). Quelle che presentano una limitazione leggera hanno risposto «sì, senza troppa difficoltà» ad almeno una delle tre domande («più di qualche passo ma meno di 200 metri» nel caso della motricità). Infine, le persone senza limitazioni hanno risposto «sì, senza difficoltà» a tutte e tre le domande («200 metri o più» nel caso della motricità).

Le **limitazioni nella vita quotidiana** sono spesso misurate nelle indagini sulla salute mediante due indicatori.

- **Attività strumentali della vita quotidiana:** preparare i pasti, telefonare, fare la spesa, il bucato, i lavori domestici di piccola entità o, occasionalmente, più grandi, occuparsi della contabilità o usare i trasporti pubblici. Le persone con una limitazione forte o completa hanno dichiarato «sì, ma con molta difficoltà» oppure «no» per una di queste attività. Quelle che presentano una limitazione leggera hanno dichiarato «sì, con qualche difficoltà» per almeno una di queste attività, non facendo nessun riferimento a limitazioni forti o complete. Infine, le persone senza limitazioni hanno dichiarato «sì, senza difficoltà» per tutte le attività.
- **Attività di base della vita quotidiana:** mangiare, andare a dormire, alzarsi dal letto o da una poltrona, vestirsi o svestirsi, andare in bagno, farsi un bagno o una doccia. Le persone con una limitazione forte o completa hanno dichiarato «sì, ma con molta difficoltà» oppure «no» per una di queste attività. Quelle che presentano una limitazione leggera hanno dichiarato «sì, con qualche difficoltà» per almeno una di queste attività, non facendo nessun riferimento a limitazioni forti o complete. Infine, le persone senza limitazioni hanno dichiarato «sì, senza difficoltà» per tutte le attività.

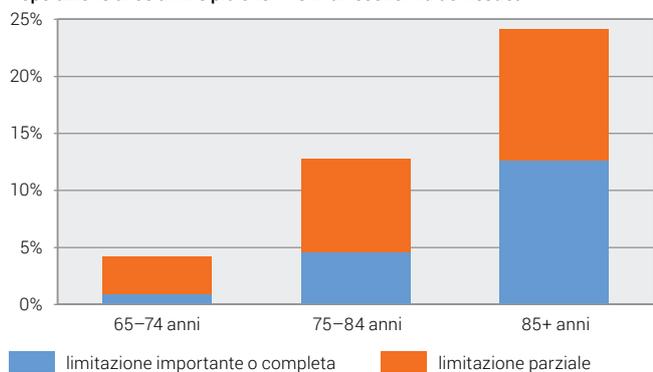
**Limitazioni funzionali secondo l'età, 2012****G13****Popolazione di 15 anni e più che vive in un'economia domestica**

I intervallo di confidenza (95%)

Fonte: UST – Indagine sulla salute in Svizzera

© UST 2018

Una persona anziana ha problemi di autonomia se non è più capace di svolgere autonomamente una serie di attività come preparare i pasti, telefonare, fare la spesa, il bucato, i lavori domestici, occuparsi della contabilità o usare i trasporti pubblici (attività strumentali della vita quotidiana). Il 20% delle persone di 65 anni<sup>12</sup> e più ha difficoltà o non è in grado di svolgere almeno una di queste attività, in particolare lavori domestici di grande entità. Le persone di 85 anni e più che si ritrovano in questa situazione sono oltre il doppio (53%) di quelle tra i 75 e gli 84 anni (23%), a loro volta il doppio rispetto ai 65-74enni (11%). Questa perdita di autonomia si aggrava ulteriormente se una persona ha difficoltà a svolgere autonomamente gesti elementari della vita quotidiana come mangiare, vestirsi, andare in bagno, lavarsi nonché alzarsi, sedersi e sdraiarsi. Il 3% delle persone di 65 anni e più è limitata in almeno una di queste attività di base della vita quotidiana. Non vi sono differenze sostanziali in funzione del genere.

**Limitazioni nelle attività della vita quotidiana (AVQ) secondo l'età, 2012****G14****Popolazione di 65 anni e più che vive in un'economia domestica**

Fonte: UST – Indagine sulla salute in Svizzera

© UST 2018

<sup>12</sup> Queste domande contenevano un filtro in funzione dell'età e sono state poste in particolare alle persone di 65 anni.

La quota delle persone interessate aumenta nettamente con l'età, raggiungendo il fattore 10 tra la fascia dei 65-74 enni e quella degli ultraottantacinquenni (dall'1 al 13%; G14). Queste difficoltà a svolgere attività della vita quotidiana sono riconosciute come buoni indicatori della perdita di autonomia e di conseguenza del fabbisogno di cure (Höpflinger e Hugentobler, 2006). Il fabbisogno di cure subentra già dal momento in cui vi sono limitazioni funzionali leggere (alcune difficoltà motorie, di udito o di vista) e aumenta proporzionalmente alle limitazioni. Tra le attività di cui sopra, le limitazioni nei gesti elementari della vita quotidiana (attività di base: mangiare, vestirsi, andare in bagno ecc.) presuppongono un fabbisogno di cure più elevato rispetto alle limitazioni in altre attività come preparare i pasti, telefonare, fare la spesa, il bucato ecc. (attività strumentali). Queste limitazioni, più frequenti con l'avanzare dell'età, vanno di pari passo con un fabbisogno elevato di aiuto: più della metà degli anziani di 65 anni e più interessati da limitazioni nelle attività di base della vita quotidiana ricorre all'aiuto di un parente o di un servizio di assistenza e cure a domicilio. Quando questi aiuti non sono più sufficienti per compensare in modo soddisfacente la perdita di autonomia nei gesti della vita quotidiana, occorre considerare la possibilità di trasferirsi in una casa per anziani medicalizzata. Le cifre dell'ISS mostrano tuttavia che questa perdita di autonomia riguarda soltanto una minoranza degli anziani in Svizzera: la maggior parte (75%) degli ultraottantacinquenni non presenta alcuna limitazione nei gesti della vita quotidiana.

**Cadute**

Le cadute possono improvvisamente limitare la mobilità delle persone, soprattutto in età avanzata, contribuendo alla perdita di autonomia e incrementando il loro fabbisogno di cure. Un quarto delle persone di 65 anni e più è caduto almeno una volta su un periodo di un anno, e quattro di esse più di una volta. Le donne cadono un po' più spesso degli uomini (risp. 28 e 21%), così come gli ultraottantenni cadono più spesso dei 65-79enni (risp. 30 e 23%). Le cadute possono avere conseguenze negative sulle capacità motorie degli anziani, ma è vero anche il contrario: le persone che a partire dai 65 anni presentano restrizioni motorie cadono più spesso di quelle che possono spostarsi senza difficoltà (risp. 42 e 24%). Lo stesso vale per le persone che soffrono di limitazioni sensoriali (vista, udito) o di malattie di lunga durata. Le cadute possono causare ferimenti, spesso una frattura dell'anca, a loro volta una delle cause più frequenti dell'accresciuto fabbisogno di cure, del ricovero ospedaliero e, nei casi estremi, di decesso delle persone anziane.

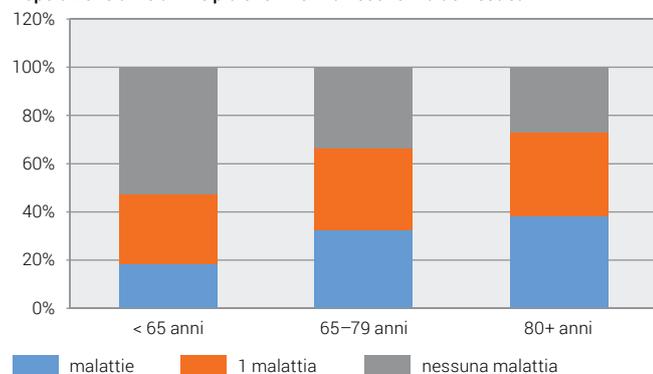
**Malattie croniche**

Mentre a dichiarare di soffrire di una malattia o di un problema di salute di lunga durata è un terzo circa (32%) della popolazione svizzera di 15 anni e più, fra gli ultrasessantacinquenni questa quota è pari alla metà (G2). Questo dato rimane stabile anche in età più avanzate. Con l'età aumenta anche la prevalenza di malattie croniche: la quota di persone che dichiarano di aver

sofferto di almeno una malattia cronica su un elenco di 14 malattie supera la metà delle persone a partire dai 55 anni, tocca i due terzi nella fascia dei 65–79 anni e arriva a quasi tre quarti (73%) tra gli ultraottantenni. Il 38% delle persone di 65 anni e più soffre di ipertensione, il 25% di artrosi, l'11% di diabete, il 9% di osteoporosi: queste le malattie più frequenti. Tuttavia, le conseguenze più gravi per la salute delle persone risultano dalla presenza di malattie croniche multiple, chiamata multimorbidità, poiché l'apparizione simultanea di più malattie croniche porta con sé difficoltà che vanno oltre la somma dei problemi posti da ognuna di esse<sup>13</sup>. La quota delle persone che soffrono di multimorbidità<sup>14</sup> raddoppia a partire dai 65 anni (G 15), passando dal 18% per la fascia d'età tra i 15 e i 64 anni al 34% a partire dai 65 anni.

## Numero di malattie croniche secondo l'età, 2012 G 15

Popolazione di 15 anni e più che vive in un'economia domestica



Fonte: UST – Indagine sulla salute in Svizzera

© UST 2018

## Fattori di rischio delle malattie cardiovascolari

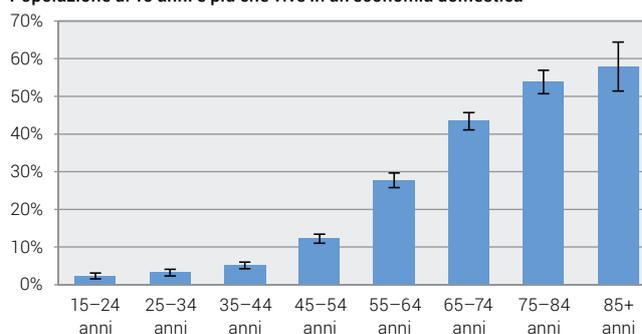
In Svizzera, le malattie cardiovascolari<sup>15</sup> sono una delle principali cause di morte. La quota delle persone ricoverate a causa di malattie cardiovascolari aumenta con l'età. Le persone molto anziane (85 anni e più) soffrono spesso di un indebolimento generalizzato del sistema cardiovascolare, che non può però necessariamente essere considerata una malattia cardiovascolare. L'ipertensione, l'ipercolesterolemia e il diabete rientrano tra i principali fattori di rischio di queste malattie cardiovascolari. L'ipertensione arteriosa<sup>16</sup> è fortemente legata all'età: a soffrire di ipertensione tra le persone di meno di 65 anni è una su dieci, mentre tra gli ultrasessantacinquenni quattro su dieci e tra gli ultrasettantacinquenni addirittura più della metà (G 16). L'ipercolesterolemia è un problema metabolico che come l'ipertensione è

fortemente legato all'età: passa dal 7% per le persone al di sotto dei 65 anni al 31% per quelle al di sopra. Sia l'ipertensione che l'ipercolesterolemia sono più frequenti tra gli uomini che tra le donne fra i 35 e i 74 anni.

## Persone affette da ipertensione, secondo l'età, 2012

G 16

Popolazione di 15 anni e più che vive in un'economia domestica



I intervallo di confidenza (95%)

Fonte: UST – Indagine sulla salute in Svizzera

© UST 2018

Il diabete è una malattia che costituisce un fattore di rischio importante per le malattie cardiovascolari, in quanto favorisce l'arteriosclerosi dei vasi sanguigni. Esistono due tipi principali di diabete. Il diabete di tipo I, relativamente raro, è dovuto a una produzione insufficiente di insulina da parte del pancreas. Può subentrare a partire dall'infanzia e svilupparsi in una forma acuta. Il diabete di tipo II è causato da una resistenza all'insulina. È molto più frequente rispetto al diabete di tipo I (90–95% di tutti i casi di diabete) e subentra solitamente in età avanzata. Tuttavia tende a essere sempre più frequente tra le persone più giovani, in particolare tra quelle che soffrono di una forte obesità. Nel 2012, a dichiarare di soffrire di diabete (senza distinzione di tipo) è stato il 5% degli uomini e il 3% delle donne al di sopra dei 15 anni. La quota di persone interessate aumenta rapidamente a partire dai 45 anni tra gli uomini e dai 55 anni tra le donne (G 17). Se ne deduce che a partire dai 45 anni gli uomini sono nettamente più colpiti rispetto alle donne. La quota di persone che soffrono di diabete quintuplica nella fascia dei 15–64enni (2%) e in quella degli ultrasessantacinquenni (11%). Il diabete di tipo II può svilupparsi per molto tempo senza sintomi. La prevenzione ha perciò un ruolo importante. Nel 2012, la quota di persone sottoposte a un controllo del glucosio nel sangue nel corso dei 12 mesi precedenti passa dal 45% per i 35–45enni all'80% per le persone di 75 anni e più. Le differenze tra uomini e donne sono minime.

<sup>13</sup> Occorrenza simultanea di due o più malattie croniche.

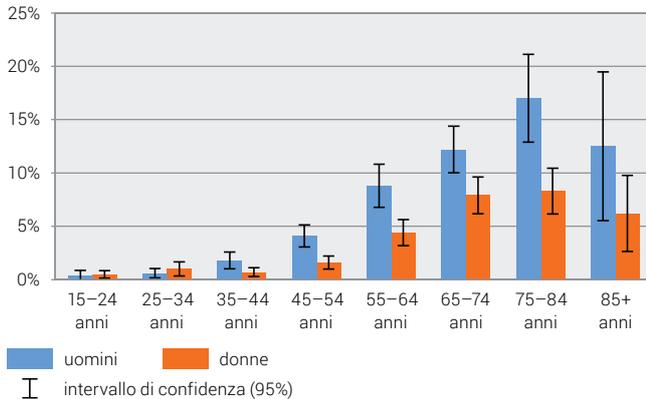
<sup>14</sup> Ad es.: trattamenti contrastanti di due malattie concomitanti.

<sup>15</sup> L'insieme delle malattie che riguardano il cuore e la circolazione sanguigna.

<sup>16</sup> Nel presente paragrafo, questi tre fattori di rischio corrispondono a uno stato attuale troppo elevato o all'assunzione di medicinali. Ad esempio, l'ipertensione raggruppa sia le persone che dichiarano che la pressione arteriosa è attualmente troppo elevata sia quelle che affermano di assumere medicinali contro l'ipertensione.

**Persone affette da diabete, secondo l'età, 2012** **G17**

Popolazione di 15 anni e più che vive in un'economia domestica



Fonte: UST – Indagine sulla salute in Svizzera

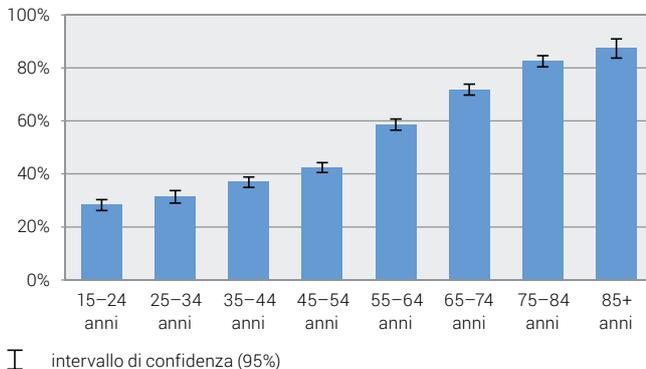
© UST 2018

**Assunzione di medicinali**

Con l'età, l'assunzione di medicinali (G18) aumenta nettamente: quattro persone su dieci fino ai 64 anni, tre persone su quattro a partire dai 65 anni e quasi nove persone su dieci a partire dagli 80 anni (88%) prendono farmaci. Quasi la metà degli anziani a partire dai 65 anni assume medicinali contro l'ipertensione (47%) e un quarto di essi antidolorifici (27%) o medicinali contro il colesterolo (26%). L'assunzione di medicinali differisce in funzione del sesso. Gli uomini che assumono medicinali contro il colesterolo o il diabete o per il cuore sono più numerosi delle donne, mentre queste ultime assumono maggiormente antidolorifici, sonniferi e medicinali contro l'osteoporosi. L'assunzione di medicinali aumenta proporzionalmente al peggioramento dello stato di salute con l'avanzare dell'età, ad esempio in caso di problemi di salute funzionali o di malattie croniche: il 92% delle persone di 65 anni e più che soffrono di almeno due malattie croniche assume medicinali, come il 56% delle persone non affette da nessuna malattia cronica.

**Consumo di medicinali secondo l'età, 2012** **G18**

Popolazione di 15 anni e più che vive in un'economia domestica



Fonte: UST – Indagine sulla salute in Svizzera

© UST 2018

**Consultazioni mediche e ricoveri ospedalieri**

In Svizzera, il 71% degli uomini e l'86% delle donne sono andati almeno una volta dal medico in un periodo di 12 mesi. Questa differenza tra i sessi è riconducibile in particolare alle visite ginecologiche. Fino ai 64 anni le donne consultano più frequentemente un medico rispetto agli uomini, mentre a partire dai 65 anni le differenze tra i sessi risultano attenuate. La prevalenza di consultazioni mediche aumenta con l'età, passando dal 75% fino ai 64 anni all'87% a partire dai 65 anni, per poi raggiungere il 91% a partire dai 75 anni. L'età influisce pure sui ricoveri ospedalieri: gli ultrasessantacinquenni che sono stati ricoverati all'ospedale nel corso di un anno sono il doppio rispetto alle persone fino ai 54 anni (risp. 20 e 9%). Tra i 55 e i 74 anni, questa quota è del 13%.

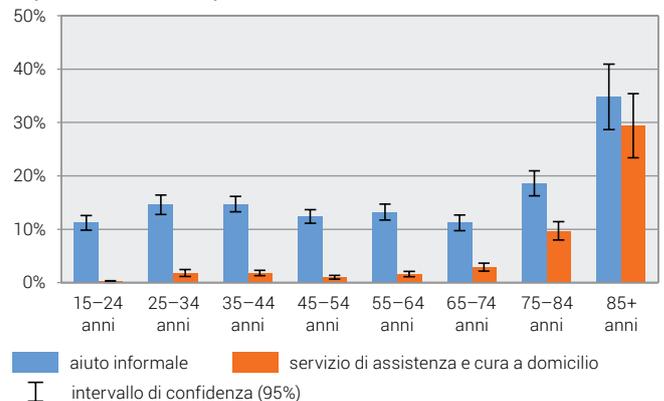
Con l'età aumenta anche la quota di persone che ha fatto ricorso a una visita medica o a un ricovero ospedaliero a causa di problemi di salute di varia natura, come le limitazioni funzionali, le limitazioni nelle attività della vita quotidiana o le malattie croniche.

**Ricorso a prestazioni di cure a domicilio e aiuto informale**

Una parte della popolazione necessita di aiuto per prendersi cura di sé o per svolgere compiti della vita quotidiana, come risulta dai diversi aspetti relativi alla salute finora presentati. Questo aiuto contribuisce alla salute e al benessere delle persone interessate e consente a una parte di esse di evitare di trasferirsi in un istituto, o perlomeno di ritardare tale trasferimento. L'aiuto necessario può essere fornito dai servizi professionali di assistenza e cure a domicilio oppure da parenti e conoscenti (G19). La quota di persone che fa appello ai servizi di assistenza e cure a domicilio aumenta con l'età e, se fino ai 74 anni si situa al di sotto del 3%, per la fascia dei 75-84enni triplica (10%), per poi raggiungere il 29% tra gli ultraottantacinquenni. L'aiuto informale, più richiesto dalla popolazione, aumenta nettamente a partire dagli 85 anni (35%).

**Ricorso all'aiuto informale e al servizio di assistenza e cura a domicilio, secondo l'età, 2012** **G19**

Popolazione di 15 anni e più che vive in un'economia domestica



Fonte: UST – Indagine sulla salute in Svizzera

© UST 2018

Le prestazioni offerte dai servizi professionali di assistenza e cure a domicilio non sostituiscono però l'aiuto informale: il 63% delle persone che ricorrono ai servizi di assistenza a domicilio percepiscono in più un aiuto informale. Le donne ricorrono più spesso degli uomini a un aiuto informale o ai servizi di assistenza e cure a domicilio. Va da sé che l'assistenza e le cure ricevute aumentano con il peggioramento dello stato di salute dovuto all'età. Inoltre, una parte non trascurabile di persone ultrasessantacinquenni che non ricevono aiuto desidererebbe averne da parte di familiari o conoscenti, ad esempio per fare la spesa, per la cura di sé, per preparare i pasti o per compiti amministrativi (23%).

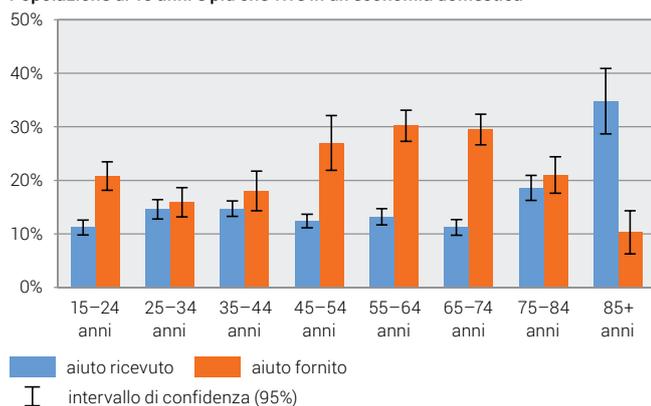
### Aiuto informale fornito dagli anziani

Nonostante con l'avanzare dell'età le persone ricorrano sempre più a un aiuto (in forme diverse), è interessante esaminare l'aiuto che apportano esse stesse, come volontari, ad altre persone, ad esempio facendo visita a malati, persone con disabilità o anziani, aiutando nelle attività domestiche, portando loro da mangiare o effettuando trasporti. Si constata che tra le persone di almeno 15 anni e più circa una su quattro (23%) fornisce aiuto a terzi e, in particolare, che fino a un'età avanzata (74 anni) la quota di queste persone è nettamente superiore a quella delle persone che ricevono un aiuto (G20). L'aiuto informale ricevuto supera l'aiuto fornito soltanto a partire dagli 85 anni. Ciò a dimostrazione del fatto che gli anziani non ricevono aiuti senza contropartita: al contrario, si potrebbe persino affermare che questa reciprocità tra aiuto ricevuto e fornito è un importante indice di buona salute.

### Aiuto informale secondo l'età, 2012

G20

Popolazione di 15 anni e più che vive in un'economia domestica



Fonte: UST – Indagine sulla salute in Svizzera

© UST 2018

### Conseguenze sulla salute psichica

Le persone anziane con forti limitazioni di salute funzionale sono dieci volte più numerose a valutare il loro stato di salute generale cattivo o pessimo (30% contro 3%) rispetto a quelle senza limitazioni. La percezione della salute, possibile fonte di preoccupazioni o ansia, è un fattore determinante per il benessere mentale delle persone (Dubé, 2006). Le persone con limitazioni funzionali soffrono effettivamente più spesso di importanti problemi psichici (10% contro 3%) e presentano più frequentemente sintomi di depressione da moderata a grave (6% contro 2%). Hanno inoltre più spesso un livello basso di energia e vitalità (49% contro 15%) e una sensazione debole di padronanza della vita (24% contro 16%). Infine considerano meno spesso la loro qualità di vita buona o molto buona (73% contro 94%) e beneficiano in misura inferiore di un forte sostegno sociale (15% contro 29%). Le conseguenze psichiche sono ancora più marcate per le persone che presentano limitazioni nelle attività della vita quotidiana.

Le limitazioni nelle attività della vita quotidiana combinate con una salute psichica resa fragile dal fatto di vivere da soli sfociano spesso, più o meno a breve termine, in un ricovero in una casa per anziani medicalizzata. Le persone che non possono più prendersi cura di sé in modo corretto e che non beneficiano dell'aiuto della coniuge devono essere prese a carico da un istituto.

### Considerazioni finali

Dai diversi elementi sopra studiati risulta molto chiaramente che la salute cambia in funzione dell'età. Risulta inoltre che la salute, la mobilità e l'attività delle persone rimangono relativamente buone fino a quasi 80 anni, consentendo agli anziani di invecchiare attivamente. Il quadro generale presentato indica inoltre che oggi essere anziano non significa necessariamente essere malato e dover essere assistito, anzi, al contrario. Sebbene il processo naturale di invecchiamento riduca il buon funzionamento dell'organismo, i risultati dell'ISS rivelano che per buona parte della popolazione lo stato di salute rimane relativamente buono fino a un'età avanzata, ovvero fino quasi agli 80 anni. L'invecchiamento della popolazione risulta più marcato a partire dagli 80 anni circa ed è spesso accompagnato da un (importante) degrado della salute, come emerge osservando ad esempio le limitazioni della vista, dell'udito e dell'apparato motorio, le cadute, le malattie croniche e i problemi di ipertensione. Questo peggioramento della salute si osserva nuovamente più tardi, verso gli 85 anni, con la perdita di autonomia rafforzata dalle limitazioni nei gesti della vita quotidiana come mangiare, vestirsi o andare in bagno.

L'aumento della longevità e l'invecchiamento generalizzato della società costituiscono vere e proprie sfide per la politica sanitaria e sociale dei prossimi 20 anni. Tuttavia, gli elementi elencati in precedenza tendono a mostrare che vi è anche qualche speranza per quanto riguarda le prospettive future: l'invecchiamento attivo sembra già in atto per una parte della popolazione svizzera fino a quasi 80 anni, e permette loro di vivere con un benessere fisico, mentale e sociale non indifferente. In questa panoramica breve e generica su alcuni aspetti legati alla salute con l'avanzare dell'età non bisogna però dimenticare che la salute degli anziani

rimane molto eterogenea e che l'attuazione delle diverse misure per l'invecchiamento attivo della popolazione non deve essere frenata, poiché le permette di invecchiare in buona salute a un'età più avanzata, mantenendo l'indipendenza e il proprio posto nella società. Ciò favorisce la partecipazione attiva degli anziani alla vita sociale. La sfida consiste nello sfruttare appieno il potenziale delle persone anziane favorendone la vita attiva e riducendone la dipendenza nei confronti della famiglia e dello Stato. Le misure che promuovono un invecchiamento attivo rientrano tra gli obiettivi prioritari della salute pubblica.

*Renaud Lieberherr (UST, GESB)*

### Bibliografia

Dubé Denise (2006). *Humaniser la vieillesse*. Québec : Editions Multimondes.

Höpflinger François et Hugentobler Valérie (2006). *Soins familiaux, ambulatoires et stationnaires des personnes âgées en Suisse. Observations et perspectives*. Chêne-Bourg: Médecine et Hygiène.

## 4 La prova dell'invecchiamento attivo nei Paesi europei

I Paesi di tutto il mondo faticano a sostenere l'invecchiamento demografico ed è estremamente urgente rispondere a questa sfida con politiche adeguate. Andando oltre alla retorica delle riforme politiche e al fatto di incoraggiare le persone a rispondere con un comportamento positivo, risulta ormai chiara la necessità di avere una base di conoscenze fattuali di elevata qualità. Queste informazioni dovrebbero mostrare le buone pratiche seguite in tutto il mondo per promuovere forme attive di invecchiamento, più precisamente una maggiore integrazione sociale ed economica degli anziani nonché la loro indipendenza e autonomia.

L'indice di invecchiamento attivo (Active Ageing Index, AAI) fornisce questa nuova base di conoscenze, calcolando in che misura gli anziani hanno e possono sviluppare il loro potenziale in tre diversi settori dell'invecchiamento attivo: l'occupazione, la partecipazione sociale e la vita indipendente. L'AAI aggiunge un quarto settore che va al di là dell'osservazione delle esperienze concrete dell'invecchiamento attivo: rileva le differenze tra i Paesi per quanto concerne il capitale umano degli anziani e l'ambiente favorevole fornito per l'invecchiamento attivo (cfr. G21).

Il progetto AAI è gestito congiuntamente dalla direzione generale per l'Occupazione, gli affari sociali e l'inclusione della Commissione europea e dalla Commissione economica per l'Europa delle Nazioni Unite (UNECE). La prima fase dei lavori è stata realizzata nel 2012 in partenariato con l'European Centre for Social Welfare Policy and Research di Vienna. Il progetto è stato portato avanti presso l'University of Southampton in Inghilterra con la seconda (tra il 2015 e 2016) e la terza fase (avviata nel 2017 e destinata a concludersi nel 2018).

Questo indice offre altresì un'analisi trasversale per sesso, evidenziando il preciso obiettivo politico di ridurre le disparità di genere trasformandole in esperienze positive ed eque di

invecchiamento. I dati rilevati dall'AAI concernono tutti i 28 Stati membri dell'UE, nonché altri Paesi extraeuropei tra cui Norvegia, Svizzera, USA e Canada. Così facendo, l'indice fornisce ai decisori politici di numerosi Paesi gli strumenti necessari affinché possano basare i loro interventi sugli indicatori dell'invecchiamento attivo che esistono al di là delle frontiere nazionali.

Gli obiettivi chiave dell'AAI possono essere riassunti nel modo indicato di seguito:

- Elaborare una banca dati indipendente e di elevata qualità che riguardi l'invecchiamento attivo e sottolinei le buone pratiche seguite in tutto il mondo al fine di sostenere gli individui e i Paesi nel miglioramento della qualità della vita e del benessere degli anziani.
- Aiutare i governi a capire che la politica degli investimenti in ambito sociale e l'incoraggiamento degli anziani a una vita attiva e impegnata sono più convenienti rispetto a una gestione passiva di queste persone, dipendenti dallo Stato o dalla famiglia.
- Sviluppare un metodo credibile per calcolare i contributi degli anziani nelle diverse dimensioni della loro vita e anche per identificare il loro potenziale non sfruttato.

### Che cosa rivelano i risultati dell'AAI?

Gli ultimi risultati dell'AAI concernenti i 28 Stati membri dell'UE mostrano che la Svezia è al vertice della classifica, seguita da vicino da Danimarca, Paesi Bassi, Finlandia, Regno Unito e Irlanda. La Svizzera ha il medesimo indice AAI della Svezia, mentre la Norvegia e l'Islanda occupano una posizione leggermente superiore (cfr. G22).

A metà della classifica ci sono quattro Paesi dell'Europa meridionale (Italia, Portogallo, Spagna e Malta) e la maggior parte dei Paesi dell'Europa occidentale, compresa la Germania. La Grecia e i principali Paesi dell'Europa centrale e orientale figurano in fondo alla classifica.

È importante osservare che i Paesi attualmente al vertice della classifica, quali Norvegia, Svezia, Svizzera, Danimarca e Paesi Bassi superano di poco i 40 punti: ciò dimostra che perfino i migliori Paesi si trovano ancora al di sotto del valore desiderato.

I Paesi all'altro estremo (Grecia in fondo, preceduta da Polonia, Slovacchia, Ungheria, Romania e Slovenia) registrano valori inferiori ai 30 punti e ciò suggerisce che non siano ancora riusciti a sfruttare il potenziale dell'invecchiamento attivo.

Con l'ausilio di politiche pubbliche basate sul sistema top-down a livello nazionale e locale, di iniziative della società civile e di organizzazioni dei datori di lavoro come pure di risposte comportamentali di tipo bottom-up da parte degli anziani, i risultati dell'AAI hanno contribuito a identificare strategie efficaci per promuovere e sostenere le attività, l'indipendenza e la salute nell'età più avanzata. La Lettonia e Malta hanno elaborato una strategia di invecchiamento attivo (2010–2016) prendendo come riferimento l'AAI; l'Estonia ha incluso i dati AAI nell'ultimo piano di sviluppo del benessere; la Polonia, dopo il basso posizionamento nei primi risultati dell'AAI, ha ideato e introdotto una nuova politica a lungo termine per gli anziani. La Germania ha rivisto le misure AAI per un uso proprio al fine di effettuare un raffronto interregionale. Questa è soltanto una selezione di esempi dell'influenza che l'AAI ha avuto.

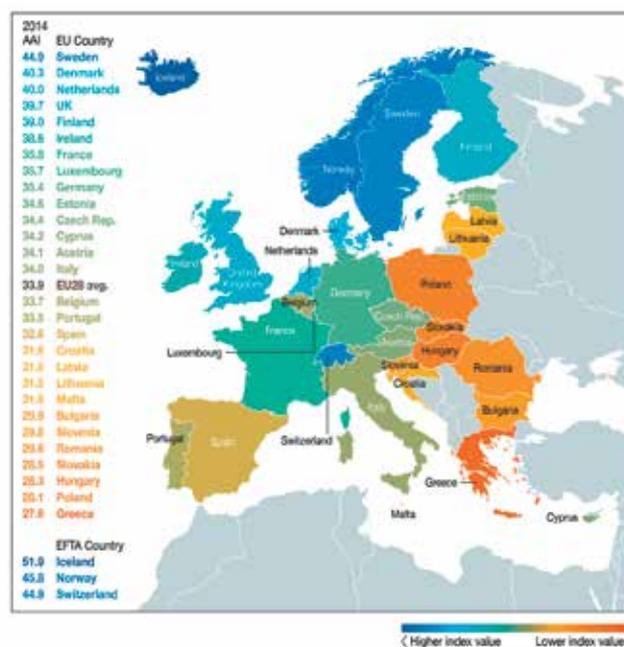
Se si prende in considerazione ciò che è stato fatto finora, si può legittimamente concludere che i risultati dell'AAI stanno contribuendo a sensibilizzare alle sfide e alle opportunità per gli anziani, nonché a incoraggiare la ricerca per sfruttare meglio il pieno potenziale di queste persone. L'obiettivo non è solo migliorare il benessere individuale, bensì anche promuovere la sostenibilità futura dei sistemi sociali pubblici. Ciò si riflette nella tendenza delineata dai risultati dell'AAI, migliorati tra il 2008 e 2012 sebbene in questo periodo molti Paesi siano stati colpiti dalla crisi economica e dall'austerità.

Le istituzioni europee svolgono un ruolo importante nella diffusione delle buone pratiche e nell'incentivazione della ricerca e delle innovazioni ed è importante che si continui così, lasciando l'AAI in evidenza. Al contempo, sono previsti piani per continuare ad ampliare la copertura geografica e la portata dell'indice, perfezionando il metodo su cui si basa. Nel complesso, il progetto pianificato ha il potenziale di migliorare ulteriormente l'indice AAI e di attuare un vero cambiamento, che nei prossimi anni avrà un valore ancora più importante per quanto concerne il raggiungimento dell'obiettivo «non lasciare indietro nessuno» dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile.

*Asghar Zaidi, Università di Southampton  
e London School of Economics, UK*

## Classifica degli Stati membri dell'UE rispetto a Islanda, Norvegia e Svizzera sulla base dell'indice complessivo nel 2014

G 22

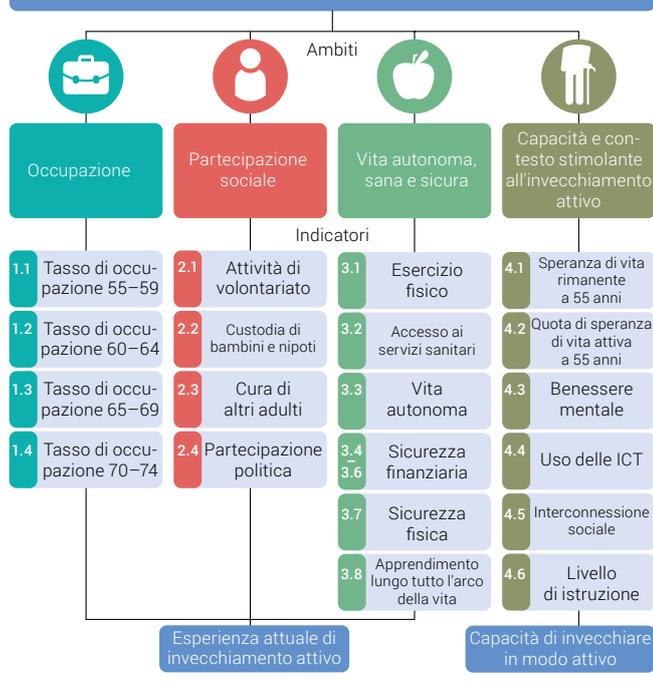


© UST 2018

## Settori e indicatori dell'indice di invecchiamento attivo

G 21

L'indice di invecchiamento attivo (Active Ageing Index (AAI)) è uno strumento che consente di misurare il potenziale non sfruttato delle persone anziane di tutti i Paesi di invecchiare in modo attivo e sano. Mostra in che misura le persone anziane vivono in modo autonomo, esercitano un'attività pagata, partecipano alla vita sociale e sono capaci di invecchiare mantenendosi attivi.



© UST 2018

**Editore:** Ufficio federale di statistica (UST)

**Informazioni:** Jacqueline Kucera, UST, tel. 058 463 62 97

**Redazione:** Jacqueline Kucera, UST

**Contenuto:** Jacqueline Kucera, UST, Stéphane Cotter, UST, Fabienne Rausa, UST, Franziska Ehrler, FORS, Martina Guggisberg, UST, Renaud Lieberherr, UST, Asghar Zaidi, Université de Southampton e London School of Economics, UK

**Serie:** Statistica della Svizzera

**Settore:** 01 Popolazione

**Testo originale:** francese

**Traduzione:** Servizi linguistici dell'UST

**Grafica e impaginazione:** sezione DIAM, Prepress/Print

**Grafici:** sezione DIAM, Prepress/Print

**Frontespizio:** sezione DIAM, Prepress/Print

**Versione digitale:** [www.statistica.admin.ch](http://www.statistica.admin.ch) (gratuito)

**Versione cartacea:** [www.statistica.admin.ch](http://www.statistica.admin.ch) (a pagamento)  
Ufficio federale di statistica, CH-2010 Neuchâtel,  
[order@bfs.admin.ch](mailto:order@bfs.admin.ch), tel. 058 463 60 60  
stampato in Svizzera

**Copyright:** UST, Neuchâtel 2018  
Riproduzione autorizzata, eccetto per scopi commerciali,  
con citazione della fonte.

**Numero UST:** 627-1801-05

Versione corretta del 9.11.: Titolo del grafico G11, pagina 9