

**PRO
SENECTUTE**

PIÙ FORTI INSIEME

PRO SENECTUTE

Monitoraggio

Fruizione di prestazioni di assistenza e
cura nell'anzianità

Rapporto parziale, parte 3

Zürcher Hochschule
für Angewandte Wissenschaften

**zh
aw**

Soziale Arbeit



**UNIVERSITÉ
DE GENÈVE**

CENTRE FOR THE
INTERDISCIPLINARY
STUDY OF GERONTOLOGY
AND VULNERABILITY

Prefazione

In Svizzera, oltre il 95% delle persone di età superiore a 65 anni vive a casa propria. Negli ultimi anni questo valore si è mantenuto stabile, a testimonianza del fatto che la popolazione desidera invecchiare fra le proprie quattro mura. Per poter soddisfare questo desiderio, con l'avanzare dell'età le persone anziane hanno bisogno innanzitutto di sostegno nella vita quotidiana, e non di prestazioni di cura. Con il passare degli anni, infatti, si possono incontrare sempre più difficoltà per quanto riguarda le attività quotidiane, come andare a fare la spesa, stendere la biancheria appena lavata o compilare correttamente la dichiarazione d'imposta. Se la mobilità è limitata, diventa inoltre sempre più complicato partecipare alla vita sociale e si rischia l'isolamento.

In tutti questi ambiti Pro Senectute propone svariati servizi di sostegno che, grazie all'enorme impegno dei volontari e al supporto degli enti pubblici, possono essere offerti in buona parte a costi contenuti e, in determinati casi, perfino gratuitamente. Ciononostante, si suppone che le persone con scarse risorse finanziarie usufruiscano di prestazioni di assistenza in misura inferiore rispetto a quanto ne avrebbero bisogno. La legge svizzera prevede, infatti, che le persone anziane debbano pagare sostanzialmente di tasca propria le prestazioni di assistenza, a differenza invece di quanto accade con i servizi erogati dal sistema sanitario. Il presente studio di Flurina Meier e Rainer Gabriel della ZHAW si propone, tra le altre cose, di indagare se le persone che vivono a casa propria e dispongano di scarse risorse finanziarie si avvalgano effettivamente di prestazioni di assistenza in misura minore rispetto a quanto a chi ha meno difficoltà finanziarie.

La questione è di scottante attualità se si considera che il sistema delle prestazioni complementari per le persone che vivono in una casa di cura o in un istituto per anziani prevede una copertura più ampia rispetto a quanto previsto per chi vive nella propria abitazione. Di conseguenza, si presuppone che le persone si trasferiscano in una casa di cura o in un istituto per anziani anche se dal punto di vista puramente medico non ne avrebbero bisogno. Con la mozione 18.3716, il legislatore ha preso atto della problematica: si spera che con un finanziamento mirato delle prestazioni di assistenza attraverso le prestazioni complementari si giunga a una soluzione.

A causa dei cambiamenti demografici, nei prossimi anni il numero di grandi anziani in Svizzera sarà elevato e si prevede quindi un netto aumento della domanda di prestazioni di cura e assistenza. L'Osservatorio svizzero della salute (Obsan) calcola che, se la politica di assistenza rimarrà invariata, entro il 2040 saranno necessari oltre 54 000 posti letto aggiuntivi per le cure di lunga durata, equivalenti a oltre 900 case di cura in più. È un aspetto di fondamentale importanza quello di esaudire il desiderio delle persone anziane che gradiscono rimanere il più a lungo possibile nelle loro case e di ridurre l'ulteriore necessità di posti letto in case di cura. Tuttavia, ciò comporta anche un forte aumento della domanda in ambito di prestazioni di assistenza e di cure ambulatoriali. Garantire a tutte le persone bisognose l'accesso a tale servizio è una sfida cruciale per il prossimo futuro.

Buona lettura!

Alexander Widmer
Eliane Müller

Sintesi

Secondo il Sondaggio svizzero sull'anzianità, un'indagine rappresentativa di Pro Senectute, in Svizzera la maggior parte delle persone di età pari o superiore a 65 anni (oltre il 90%) non usufruisce di alcun tipo di prestazioni di cura o assistenza. Come dimostrano già altri studi, lo scenario attualmente più diffuso vede persone anziane in buona salute e autonome. Nel complesso, solo una minima parte di questa fascia della popolazione necessita di sostegno per svolgere le attività di tutti i giorni.

Probabilmente questa sarà la realtà predominante anche per i prossimi due decenni. Ma poiché, a causa dell'evoluzione demografica, aumenteranno le persone di età pari o superiore a 65 anni e, con esse, anche gli ultraottantenni, si ipotizza comunque che il numero assoluto di persone che necessitano di sostegno sarà maggiore.

In base al quadro giuridico attualmente in vigore, esistono diverse possibilità, strutturate in maniera nettamente differente, di ricevere prestazioni di cura e assistenza. Mentre le prestazioni di cura vengono finanziate attraverso l'assicurazione malattie e, a seconda della situazione reddituale, anche tramite le prestazioni complementari, l'assistenza come ad esempio l'aiuto domestico non vincolato a problemi di salute è in sostanza a carico del singolo.

Alla luce di ciò, il presente studio ha analizzato quali categorie di persone tra la popolazione dai 65 anni in su usufruiscono di prestazioni di assistenza e ha voluto indagare se esistono differenze (ed eventualmente di che tipo) rispetto a chi si avvale di prestazioni di cura. Durante il lavoro di analisi è stata prestata particolare attenzione al ruolo delle risorse finanziarie.

Le considerazioni principali tratte dallo studio sono le seguenti:

- Secondo le cifre del Sondaggio svizzero sull'anzianità viene fruito un maggior numero di prestazioni di assistenza (8,3%) rispetto alle prestazioni di cura (6,3%).
- La frequenza con cui si usufruisce delle prestazioni di cura e di assistenza aumenta con l'avanzare dell'età, poiché man mano che si invecchia le limitazioni fisiche e quindi la necessità di sostegno si fanno più marcate.
- Le donne ricevono più frequentemente sia cure che assistenza, il che può essere riconducibile, in primo luogo, alla loro maggiore aspettativa di vita. Per quanto riguarda le prestazioni di cura, questo effetto di genere è spiegato in parte da una differenza legata alle limitazioni fisiche nelle attività quotidiane (le donne presentano in media maggiori limitazioni rispetto agli uomini). Per quanto concerne invece le cure, la ragione va ricercata, in una certa misura, nel fatto che le donne vivono più spesso da sole.
- Le persone anziane che vivono sole ricevono sia più cure che più assistenza.
- Le persone in età da pensione con un grado di istruzione inferiore usufruiscono di prestazioni di cura e assistenza in misura maggiore rispetto a quelle con un titolo di studio di livello secondario e in misura nettamente superiore rispetto a chi ha concluso una formazione di livello terziario. Sul fronte delle cure, questa correlazione può essere ricondotta alle peggiori condizioni di salute delle persone pensionate con un livello di istruzione inferiore. Per quanto riguarda l'assistenza, le analisi condotte nell'ambito di tale studio fanno supporre che le differenze sul piano delle risorse finanziarie giochino un ruolo determinante.
- In merito alle risorse finanziarie si è osservato chiaramente che le persone in età pensionabile con disponibilità economiche particolarmente limitate usufruiscono dell'assistenza in misura inferiore rispetto alle cure. Ciò potrebbe essere indicativo del fatto che per questa categoria della popolazione sussiste un deficit di assistenza.

1 Introduzione

Entro il 2050, la popolazione anziana in Svizzera sarà più che raddoppiata. Stando alle previsioni, nel 2050 le persone di età pari o superiore a 65 anni saranno 2,67 milioni, di cui 1,11 milioni ottantenni o ultraottantenni. A titolo di confronto, nel 2020 gli over 65 erano 1,64 milioni e gli over 80 anni solo 0,46 milioni (Ufficio federale di statistica, 2020a).

Tuttavia, la popolazione svizzera non solo invecchia, ma trascorre gli anni di vita «guadagnati» prevalentemente in buona salute. Negli ultimi decenni, infatti, non solo è aumentata costantemente l'aspettativa di vita, ma si sono allungati anche gli anni vissuti senza limitazioni dovute a problemi di salute, ovvero la cosiddetta «speranza di vita in buona salute» (Ufficio federale di statistica, 2019; Seematter-Bagnoud et al., 2021). Nel 2017, gli uomini di 65 anni potevano ipotizzare di poter trascorrere in buona salute in media ancora 13,7 anni, mentre le donne 14,5 anni (Ufficio federale di statistica, 2019). A seguito di questa evoluzione positiva della speranza di vita in buona salute e del fatto che le persone entrano sempre più tardi in una casa di cura o in un istituto per anziani, nel 2021 il 95% delle persone over 65 anni in su viveva a casa propria (Ufficio federale della sanità pubblica, 2022; Ufficio federale di statistica, 2023c).

Malgrado la lunga speranza di vita in buona salute, in età avanzata aumentano le limitazioni fisiche e quindi la necessità di cure e assistenza (Ufficio federale di statistica, 2020b; Dupraz et al., 2020; Höglinger et al., 2019; Johnson et al., 2018). Con l'invecchiamento demografico in Svizzera cresce pertanto anche la domanda di prestazioni di cura e assistenza (Pellegrini et al., 2022), le quali vengono fornite sempre più spesso a domicilio, dal momento che sempre più persone anziane, comprese quelle con limitazioni fisiche, vivono a casa propria (Gianino et al., 2017; Pellegrini et al., 2022). Attualmente, la maggior parte di queste prestazioni di cura e assistenza viene fornita in modo informale, quindi da familiari, conoscenti o vicini (Höglinger et al., 2019; per la spiegazione dei concetti si veda il riquadro 1). Tuttavia, in Svizzera aumenta anche il fabbisogno di cure e assistenza formali (Pellegrini et al., 2022). L'Ufficio federale di statistica (UST) stima un incremento della fruizione o ricorso alle prestazioni di cura e assistenza Spitex dal 44% al 61% tra il 2019 e il 2040 (Pellegrini et al., 2022). Questo aumento è riconducibile in parte al numero crescente delle persone anziane, ma anche a una progressiva ambulatorizzazione dell'assistenza di lunga durata, quindi a uno spostamento delle cure di lunga durata dalle strutture stazionarie, come case di cura e istituti per anziani, all'assistenza ambulatoriale, ossia a domicilio. Questa ambulatorizzazione non riguarda solo la Svizzera, ma è una tendenza che si osserva anche in molti altri Paesi europei (Gianino et al., 2017).

Secondo studi internazionali, il ricorso alle cure e all'assistenza deriva soprattutto dalla necessità (Dupraz et al., 2020; Johnson et al., 2018; Mah et al., 2021). Le persone con più patologie o maggiori limitazioni nelle attività quotidiane usufruiscono di un numero maggiore di prestazioni di cura e assistenza (Dupraz et al., 2020; Johnson et al., 2018). Le limitazioni nelle attività quotidiane vengono spesso suddivise, a loro volta, in due gruppi differenti: le «attività di base della vita quotidiana» (ADL) e le «attività strumentali della vita quotidiana» (IADL). Le prime comprendono, tra le altre, attività come alzarsi dal letto, lavarsi, mangiare autonomamente, muoversi all'interno della propria casa. Tra le seconde rientrano invece attività come, ad esempio, la gestione della casa, fare la spesa e tenere sotto controllo le finanze. In generale, le limitazioni in ambito IADL sono maggiormente diffuse rispetto a quelle nelle ADL (World Health Organization, 2015), e tale fenomeno riguarda anche la Svizzera. Nel 2017, il 6% delle persone di età compresa tra i 65 e i 79 anni evidenzia limitazioni perlomeno lievi nelle attività di base della vita quotidiana, mentre in quelle strumentali la percentuale saliva al 25% (Ufficio federale di statistica, 2020b). Nella categoria degli ultraottantenni, il 16% presentava limitazioni nelle ADL e il 56% nelle IADL (Ufficio federale di statistica, 2020b). Tendenzialmente, le limitazioni nelle ADL richiedono più che altro prestazioni di cura, mentre quelle nelle IADL prestazioni di assistenza (Knöpfel et al., 2018). Si può quindi ritenere che le persone in età da pensione che vivono a casa propria abbiano più bisogno di prestazioni di assistenza che non di cure.

Sul fronte delle prestazioni di cura e assistenza, a differenza di altri Paesi OCSE la Svizzera opera sul piano giuridico una distinzione molto netta tra cura e assistenza (si vedano in proposito la legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) e l'ordinanza sulle prestazioni (OPre)). In Svizzera, inoltre, i costi relativi alle prestazioni di assistenza sono sostanzialmente a carico del singolo. Alla luce di tale premessa, si delinea da molto tempo il sospetto che in Svizzera le persone anziane non si avvalgano, o lo facciano solo in parte, delle prestazioni di assistenza per ragioni di natura finanziaria, nonostante ne abbiano bisogno (Knöpfel et al., 2019; Meier et al., 2020; Stutz et al., 2019). Tuttavia, tale supposizione non è ancora stata verificata in termini quantitativi.

Il presente studio si propone di indagare principalmente la correlazione esistente tra la situazione finanziaria della popolazione anziana e la fruizione di prestazioni di assistenza, partendo dalla seguente ipotesi: le persone che dispongono di scarse risorse finanziarie usufruiscono delle prestazioni di assistenza in misura inferiore rispetto a chi ha più possibilità finanziarie. Per esaminare questa ipotesi vengono utilizzate due diverse definizioni di povertà e viene analizzata più attentamente la fruizione delle prestazioni di assistenza formali. In questo modo si intende appurare quali limiti di reddito e di sostanza influiscano sul ricorso a tali prestazioni.

In parallelo alle prestazioni di assistenza, vengono considerate anche le prestazioni di cura. Come indicato in precedenza, si presuppone che le persone anziane che vivono a casa propria abbiano più bisogno di assistenza che non di cure. Da un lato, quindi, la quantità di prestazioni di cura serve a operare un confronto tra tali prestazioni e quelle di assistenza e funge pertanto da parametro per valutare lo stato di bisogno delle persone anziane. Dall'altro lato, lo studio si propone anche di fornire un quadro generale della fruizione delle prestazioni di cura e assistenza nella popolazione dai 65 anni nel suo insieme in su e nei diversi sotto-gruppi (sesso, età, situazione abitativa, livello di formazione, nazionalità) in Svizzera.

Riquadro 1

Cosa significa assistenza o cura «formale» e «informale»?

Con prestazioni di cura e assistenza formali si intendono, nel presente studio, le prestazioni erogate da persone (volontari o salariati) che lavorano per organizzazioni come ad esempio lo Spitex, la Croce Rossa Svizzera, Pro Senectute o organizzazioni private a scopo di lucro.

Le prestazioni di cura e assistenza informali vengono prestate a titolo gratuito da familiari, conoscenti o vicini di casa. In questo caso è indifferente se chi presta le cure o l'assistenza vive nello stesso nucleo familiare o in un'economia domestica diversa da quella del soggetto assistito.

Quale definizione di «cura» e «assistenza» viene utilizzata?

Nel presente rapporto si distingue tra prestazioni di assistenza e prestazioni di cura, poiché la stessa legislazione svizzera opera una tale distinzione. La terminologia dai noi utilizzata corrisponde quindi anche alla definizione di cure ai sensi dell'ordinanza sulle prestazioni (OPre). Tra i compiti di assistenza rientrano attività come l'aiuto domestico, l'aiuto nel fare la spesa e in cucina, l'accompagnamento alle visite mediche, gli scambi sociali, l'aiuto nella gestione delle finanze o nelle pratiche amministrative ecc.

2 Basi metodologiche e teoriche

2.1 FONTE DEI DATI

Come fonte principale dei dati per il presente rapporto è stato utilizzato il Sondaggio svizzero sull'anzianità. I dettagli tecnici sulla procedura metodologica utilizzata nel sondaggio sono riportati nell'appendice A 1.1 e A 1.2.

2.2 METODI DI ANALISI

Dal punto di vista metodologico, il presente studio si concentra su analisi descrittive ed elaborazioni grafiche dei risultati. Le figure descrittive mostrano, di volta in volta, la media stimata e gli intervalli di confidenza al 95%; questi ultimi forniscono informazioni circa l'accuratezza della stima.

A integrazione delle analisi descrittive sono state effettuate analisi di regressione multivariate per analizzare il modo in cui interagiscono tra loro più caratteri se vengono considerati contemporaneamente nell'analisi. I caratteri sono stati inseriti nel modello gradualmente ed è stato analizzato l'effetto sui parametri già presenti nel modello stesso. Quando vengono riportati i risultati dei modelli di regressione multivariati, si parla a seconda dei casi di valori «controllati» o «aggiustati».

Nell'ambito delle analisi di regressione multivariate sono stati sempre considerati il grado delle limitazioni nelle attività quotidiane e l'età, poiché queste variabili possono influire enormemente sulla fruizione di prestazioni di cura e assistenza (Dupraz et al., 2020; Johnson et al., 2018). Per rappresentare anche il possibile impatto che la differenza di genere ha sul ricorso alle prestazioni di cura e assistenza, nell'ultimo modello è stata inclusa anche la variabile «sesso».

Sulla base della variabile target binaria si è proceduto alla stima di modelli di regressione logistica (Cox & Snell, 2018). I valori stimati per i coefficienti sono stati trasformati in logaritmi e mostrano le cosiddette «odds ratio». Tutte le analisi sono state realizzate nel software statistico R (R Core Team 2014) utilizzando il pacchetto «Survey».

2.3 CONCETTI DI ANALISI CENTRALI

Definizione di «prestazioni di cura e assistenza formali e informali»

Per l'utilizzo dei termini «formale» o «informale» e «prestazioni di assistenza» o «prestazioni di cura» si veda il riquadro 1.

Le prestazioni di cura formali sono state rilevate con la seguente domanda: «Negli ultimi 12 mesi, ha ricevuto cure a casa sua da un fornitore commerciale (Spitex o simile) a causa delle sue condizioni di salute?» Queste prestazioni vengono descritte nel presente rapporto con il termine «prestazioni di cura formali».

Per il rilevamento delle prestazioni di assistenza formali è stata posta la seguente domanda: «Negli ultimi 12 mesi, ha ricevuto aiuto per i lavori domestici o per la cura da parte di un fornitore commerciale (Spitex o simile) a causa delle sue condizioni di salute?» Nel presente rapporto, questo concetto viene sintetizzato con «prestazioni di assistenza formali».

Per indagare sulle prestazioni di cura e assistenza informali è stata formulata la seguente domanda: «Negli ultimi 12 mesi, ha ricevuto assistenza gratuita da qualcuno a causa delle sue condizioni di salute, è stato aiutato gratuitamente da qualcuno nelle faccende domestiche o qualcuno si è preso cura di lei?» Questo concetto viene espresso nel rapporto con «prestazioni di cura e assistenza informali» o «assistenza/cure informali».

Tutte e tre le domande offrivano la possibilità di rispondere «Sì», «No» o «Non so» e non si riferivano a un ricorso o fruizione di prestazioni in generale, bensì al quesito legato allo stato di salute. In questo modo si dovrebbero poter escludere assunzioni per altri motivi, come ad esempio un aiuto domestico.

Definizione di «limitazioni nelle attività quotidiane»

Le limitazioni nella vita quotidiana sono state rilevate tramite l'indicatore GALI (Van Oyen et al., 2006), utilizzato anche nel «Survey of Health, Aging and Retirement in Europe (SHARE)». Concettualmente, questo indicatore si avvicina molto all'indice delle attività quotidiane (Activities of Daily Living, ADL), ma confluisce in un'unica domanda: «Negli ultimi sei mesi (o più), in che misura è stato/a limitato/a nelle sue attività quotidiane a causa di un problema di salute?». A questo quesito era possibile rispondere in tre modi: «Molto limitato/a», «Limitato/a, ma non in modo considerevole» e «Non limitato/a». Questo strumento di misurazione semplice, ma significativo, permette quindi di rilevare il grado di limitazione con riferimento alle attività quotidiane.

Definizione di «povertà non compensabile»

Il concetto di «povertà non compensabile» è stato sviluppato nella prima parte del rapporto parziale sul monitoraggio dell'anzianità in relazione al tema della povertà nell'anzianità (Gabriel & Kubat, 2022) per verificare l'ipotesi, spesso sostenuta, secondo cui le persone pensionate in condizioni di povertà reddituale non riescano a compensare il basso reddito attingendo alla propria sostanza. Le persone anziane in condizioni di povertà non compensabile sono quindi quelle per le quali questo meccanismo di compensazione non è applicabile. Questi soggetti si contraddistinguono per tre caratteristiche. In primo luogo, vivono in un'economia domestica il cui reddito, è situato al di sotto della soglia di povertà reddituale stabilita dalle direttive della CSIAS. In secondo luogo, non possiedono averi liquidi superiori a CHF 30 000. Questo valore soglia equivale all'importo che, in fase di calcolo delle prestazioni complementari, viene concesso a tutti gli aventi diritto come «riserva di emergenza» e che non confluisce nel calcolo del fabbisogno. In terzo luogo, non possiedono immobili.

Definizione di «categorie di reddito comprensive della sostanza»

L'idea di considerare congiuntamente reddito e sostanza si può concretizzare a livello concettuale in vari modi. Attualmente, la letteratura specialistica non è concorde su quale metodo sia il più indicato. A livello federale si sta cercando di chiarire dapprima, ad esempio, come si debba concettualizzare una valutazione «corretta» della povertà della popolazione anziana. Un approccio promettente consiste nel considerare una parte della sostanza come componente supplementare del reddito e di computarla al reddito ((da rendita di vecchiaia). Tale approccio viene già applicato anche nel calcolo del diritto alle prestazioni complementari. Considerata la mancanza di consenso sul metodo da applicare per includere la sostanza, nelle analisi che seguono si è ricorso alla concettualizzazione del «reddito corretto» ossia al calcolo del «reddito comprensivo della sostanza» in linea con il tipo di calcolo utilizzato nell'ambito delle prestazioni complementari. Una parte della sostanza viene quindi computata al reddito da rendita come entrata supplementare.

Di conseguenza, la variabile del «reddito comprensivo della sostanza» è costituita da tutte le entrate computabili di una persona o di una coppia. In essa rientrano anzitutto tutte le rendite derivanti dai diversi pilastri, i redditi da lavoro e quelli da sostanza (dividendi ecc.), i proventi da locazioni e tutti gli altri introiti come per esempio le indennità giornaliere. A questo reddito viene in seguito computata come reddito una parte della sostanza. Si procede quindi nel seguente modo: dall'importo totale della sostanza (inclusi anche gli immobili) vengono dapprima dedotte le cosiddette franchigie (ai sensi dell'art. 11 cpv. 1 LPC). La franchigia ammonta a CHF 30 000 per le persone sole e a CHF 50 000 per le coppie sposate. L'idea alla base di queste franchigie è quella di concedere alle economie domestiche composte da persone pensionate una certa «riserva di emergenza», quindi un minimo di risparmi, che non confluisce nel calcolo del reddito.

Infine si aggiunge ai redditi un decimo dell'importo rimanente della sostanza che risulta dal calcolo effettuato (Carigiet & Koch, 2021).

A causa delle leggi cantonali, le indicazioni precedentemente fornite possono variare a seconda del Cantone di residenza (Bannwart et al., 2022). Nel presente rapporto, tali differenze cantonali non sono state considerate per il calcolo delle categorie di reddito secondo la LPC.

3 Risultati

3.1 FRUIZIONE DI PRESTAZIONI DI CURA E ASSISTENZA

Il presente studio si concentra principalmente sulle prestazioni di cura e assistenza formali. Nei capitoli 3.1 e 3.2, che fungono da base per i capitoli successivi, vengono tuttavia descritte anche quelle informali. Nelle analisi successive, però, la sovrapposizione tra assistenza e cure formali e informali era così ampia che ha permesso di osservare le stesse tendenze. Si è quindi rinunciato, in seguito, alla descrizione delle prestazioni informali.

3.1.1 Fruizione di prestazioni di cura e assistenza formali e informali nella popolazione totale

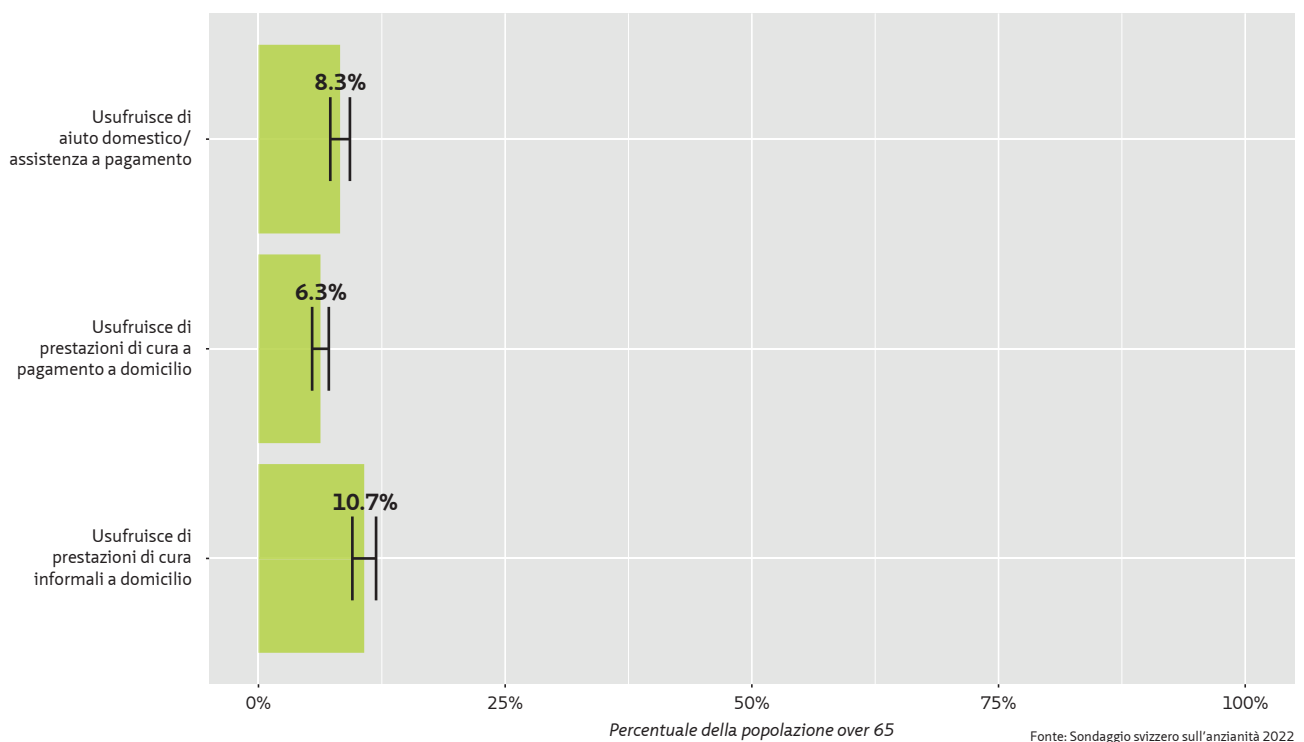


Figura 1: Quote della popolazione totale over 65 che usufruisce di prestazioni di cura e assistenza formali e informali

Il 6,3% della popolazione over 65 che vive a casa propria usufruisce di prestazioni di cura formali, erogate quindi da Spitex o un'organizzazione analoga (figura 1). Una fetta nettamente superiore (10,7%) si avvale di prestazioni di cura e assistenza informali. A ricevere assistenza formale (incl. l'aiuto domestico) è l'8,3% degli ultrasessantacinquenni.

Molte persone appartenenti al 6,3% della popolazione over 65 che vive a casa propria e usufruisce di prestazioni di cura formali si avvalgono anche di altre forme di prestazioni, vale a dire dell'assistenza formale e/o delle cure e dell'assistenza informali. Lo stesso discorso vale anche al contrario. I prossimi capitoli approfondiscono quindi ulteriormente la sovrapposizione tra questi tre tipi di prestazioni.

Il 6,3% usufruisce di prestazioni formali di cura, l'8,3% di prestazioni formali di assistenza

3.1.2 Fruizione di cure informali e di assistenza formale da parte di persone che usufruiscono di cure formali

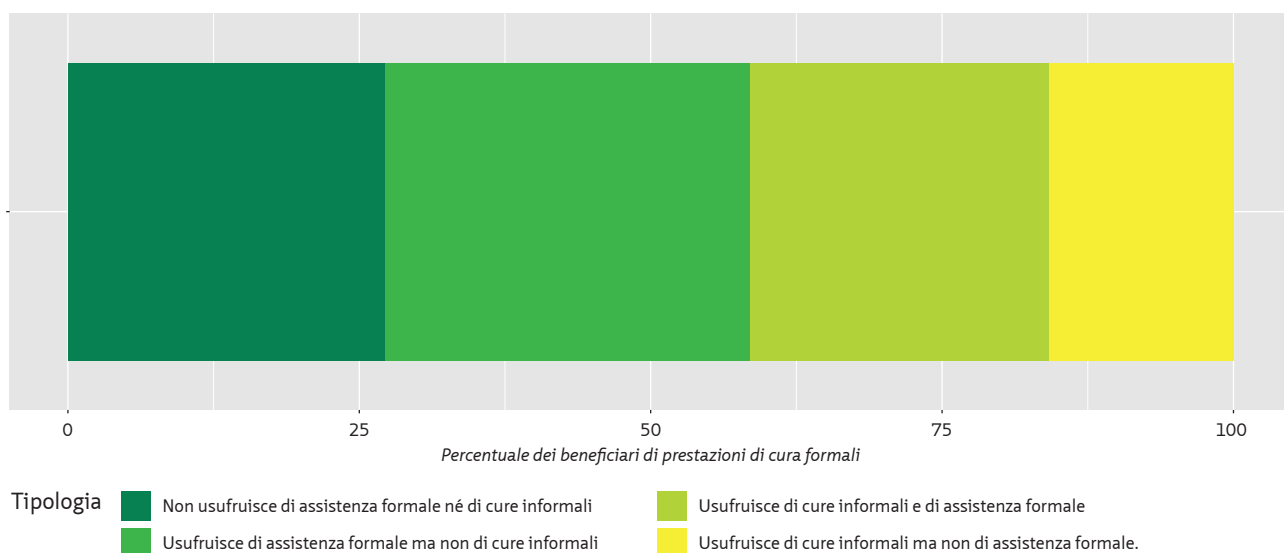


Figura 2: Suddivisione della popolazione over 65 che usufruisce di prestazioni di cura formali in gruppi che si avvalgono anche di assistenza formale e/o cure o assistenza informali

Tra il 6,3% della popolazione over 65 che vive a casa propria e usufruisce di prestazioni di cura formali, quasi un terzo (31%) si avvale anche di prestazioni di assistenza formali, senza però ricevere cure o assistenza informali (figura 2). Il 27% riceve cure formali ma non usufruisce né di assistenza formale né di cure o assistenza informali. Circa un quarto (26%) si avvale, oltre che delle cure formali, anche di prestazioni di assistenza formali e di cure/assistenza informali. Il restante 16%, in aggiunta alle cure formali, usufruisce di cure/assistenza informali, ma non di assistenza di tipo formale.

Questa analisi permette di trarre due conclusioni: la prima è che i diversi tipi di prestazioni in un certo modo si sovrappongono e quindi non sono indipendenti gli uni dagli altri. Ciò può essere spiegato alla luce delle condizioni di vita: chi, ad esempio, necessita di cure formali a causa di limitazioni fisiche si avvale, con molta probabilità, anche di prestazioni di cura informali, purché possa contare su una rete sociale, o di prestazioni di assistenza formali o informali. La seconda conclusione riguarda il tipo di sovrapposizione ovvero le

tipologie in base alle quali vengono fruite contemporaneamente diverse prestazioni. Esse si rivelano complesse e non seguono un modello identificabile in modo univoco. Questa constatazione trova una spiegazione nel fatto che le diverse situazioni dipendono da ulteriori fattori come le risorse finanziarie.

3.1.3 Fruizione di cure formali e informali da parte di persone che usufruiscono di assistenza formale

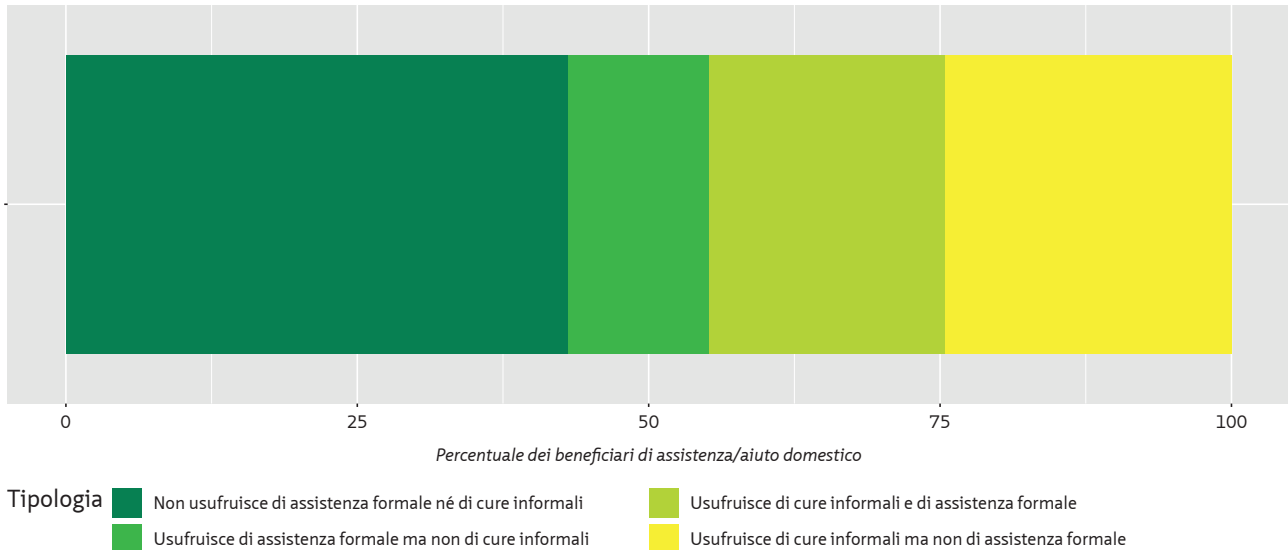


Figura 3: Suddivisione della popolazione over 65 che usufruisce di prestazioni di assistenza formali in gruppi che si avvalgono anche di cure formali e/o cure o assistenza informali

All'interno del 10,7% della popolazione over 65 che usufruisce di prestazioni di assistenza formali, il 43% non riceve altre prestazioni, quindi né cure formali né assistenza/cure informali (figura 3). Un quarto (25%) si avvale, oltre che dell'assistenza formale, anche di cure formali, ma non di assistenza/cure di tipo informale. Un quinto (20%) riceve, oltre all'assistenza formale, sia cure formali sia assistenza/cure di tipo informale. Il restante 12% delle persone che si avvalgono di prestazioni di assistenza non riceve cure formali, ma beneficia di assistenza/cure di tipo informale.

Sovrapposizioni tra i tipi di prestazioni di servizi

Queste valutazioni riconfermano le conclusioni evidenziate nel capitolo 3.1.2. Per le ulteriori analisi si è pertanto deciso di limitare l'analisi sistematica a due dimensioni di prestazioni: l'assistenza e le cure di tipo formale. In tale contesto si è evitato di procedere a un confronto sistematico con le prestazioni di cura e assistenza informali, sebbene ciò offrirebbe del potenziale per ulteriori studi.

3.2 FRUIZIONE DI PRESTAZIONI DI CURA E ASSISTENZA IN BASE ALLE LIMITAZIONI NELLA VITA QUOTIDIANA

Le persone con più limitazioni nelle attività quotidiane usufruiscono di prestazioni di cura e assistenza formali in misura nettamente superiore a chi è meno limitato nello svolgimento delle attività di tutti i giorni (figure 4 e 5). Ciò riguarda sia le prestazioni di assistenza che quelle di cura.

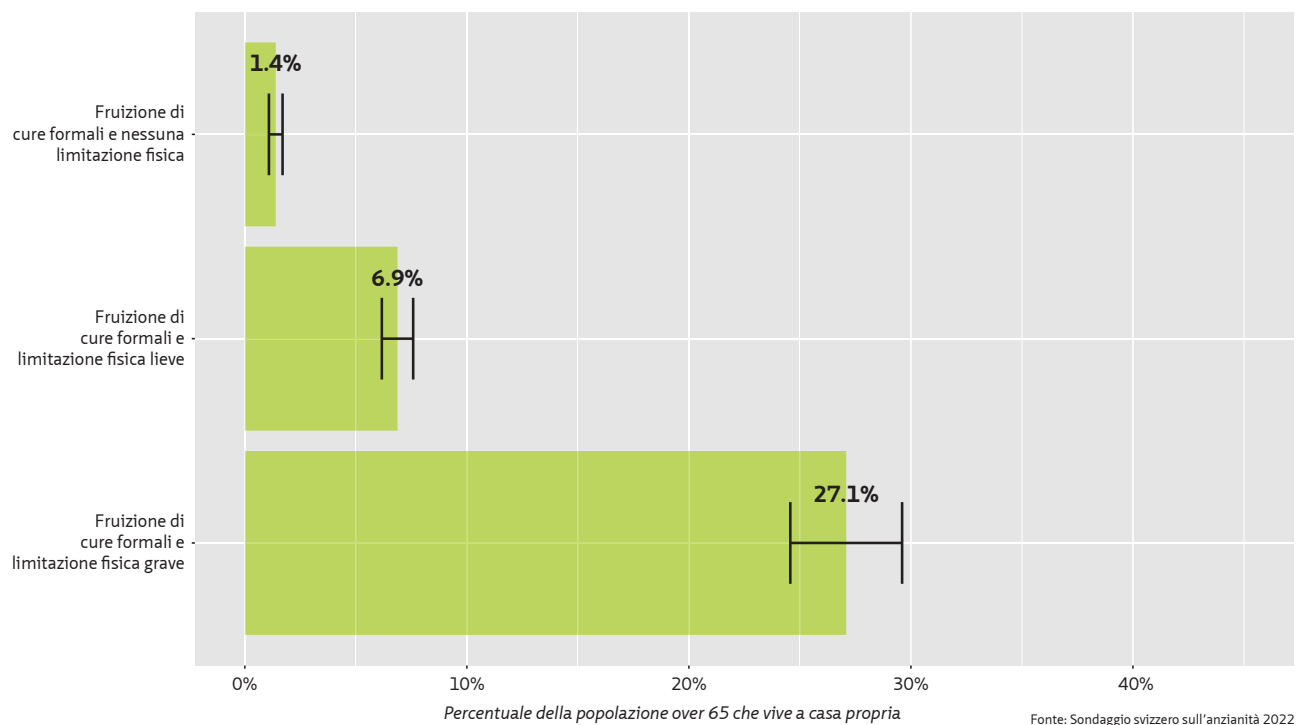


Figura 4: Fruizione di prestazioni di cura formali classificate in base alle limitazioni fisiche

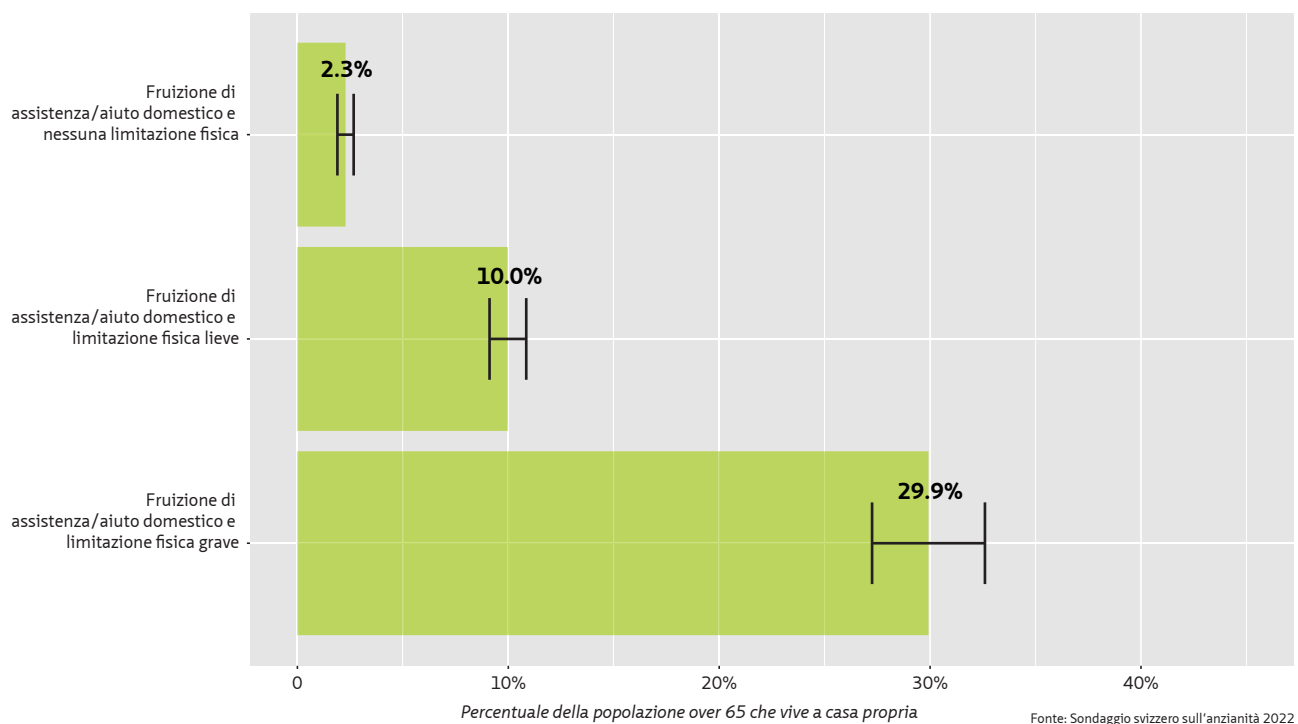


Figura 5: Fruizione di prestazioni di assistenza formali classificate in base alle limitazioni fisiche

Anche una piccola percentuale di coloro che non presentano limitazioni nelle attività quotidiane, secondo la nostra definizione (si veda il capitolo 2.3), si avvale di prestazioni di cura e assistenza formali. Ciò dipende molto probabilmente dal fatto che il parametro GALI da noi utilizzato tiene conto delle limitazioni soggettive. È quindi possibile che alcune persone, nonostante le limitazioni dovute a problemi di salute, ritengano di non essere limitate nelle proprie attività quotidiane, sebbene ricevano prestazioni di cura e assistenza.

3.3 FRUIZIONE DI PRESTAZIONI DI CURA E ASSISTENZA FORMALI

3.3.1 Differenze a livello demografico

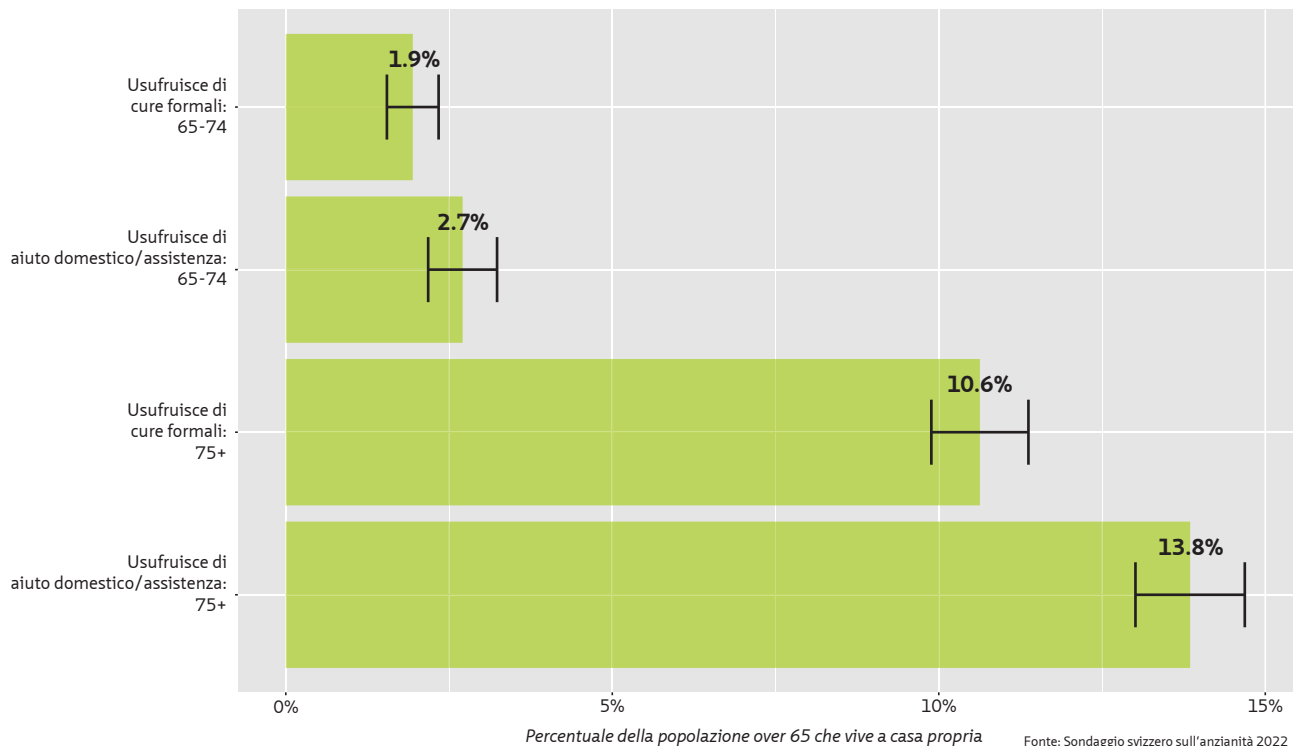


Figura 6: Fruizione di prestazioni di cura e assistenza formali in base all'età

L'età riveste un ruolo fondamentale sia per quanto riguarda le prestazioni di assistenza che quelle di cura (figura 6). La frequenza con cui le persone di età pari o superiore a 75 anni ricevono assistenza (13,8%) e cure (10,6%) è rispettivamente cinque e cinque volte e mezza superiore a quella con cui ne usufruiscono le persone tra i 65 e i 74 anni (prestazioni di assistenza: 2,7%; prestazioni di cura: 1,9%). Questo effetto permane se si controlla per il grado delle limitazioni nella vita quotidiana (cfr. appendice A 2.1).

Ricorso più frequente a prestazioni di servizi con l'avanzare dell'età

RIQUADRO 2

Cosa significa «controllare»?

In un modello di regressione si cerca di evidenziare le correlazioni esistenti tra due caratteri. Il presente studio, ad esempio, intende mostrare la correlazione tra il sesso e la fruizione di prestazioni di cura (capitolo 3.3.1): secondo questa analisi, le donne in età da pensione ricevono cure con una frequenza maggiore rispetto agli uomini. Spesso, però, questa correlazione non emerge solo tra due caratteri, ma ne entrano in gioco anche altri. Nelle cosiddette analisi «controllate» o «aggiustate», la correlazione analizzata inizialmente viene «arricchita» di ulteriori aspetti. Questo approccio fornisce indizi su una possibile correlazione tra determinati modelli e un fattore aggiuntivo.

Se, ad esempio, si sa che l'aspettativa di vita delle donne è mediamente superiore a quella degli uomini, la differenza sopra descritta tra i due sessi riguardo alle prestazioni di cura fruite nella popolazione totale over 65 può essere ricondotta a questo fattore. A partire da una certa età, quindi, le donne superano numericamente gli uomini e, di conseguenza, usufruiscono anche di un maggior numero di prestazioni di cura. L'effetto per cui, nel complesso, le donne ricevono più frequentemente cure si ottiene quindi, almeno in parte, dal fattore aggiuntivo «età». In questo caso, nelle analisi si tiene conto dell'età e di fatto si opera un confronto tra donne e uomini coetanei. In questo modo è possibile affermare se la differenza tra uomini e donne sia effettivamente riconducibile al sesso o piuttosto a una differenza di età.

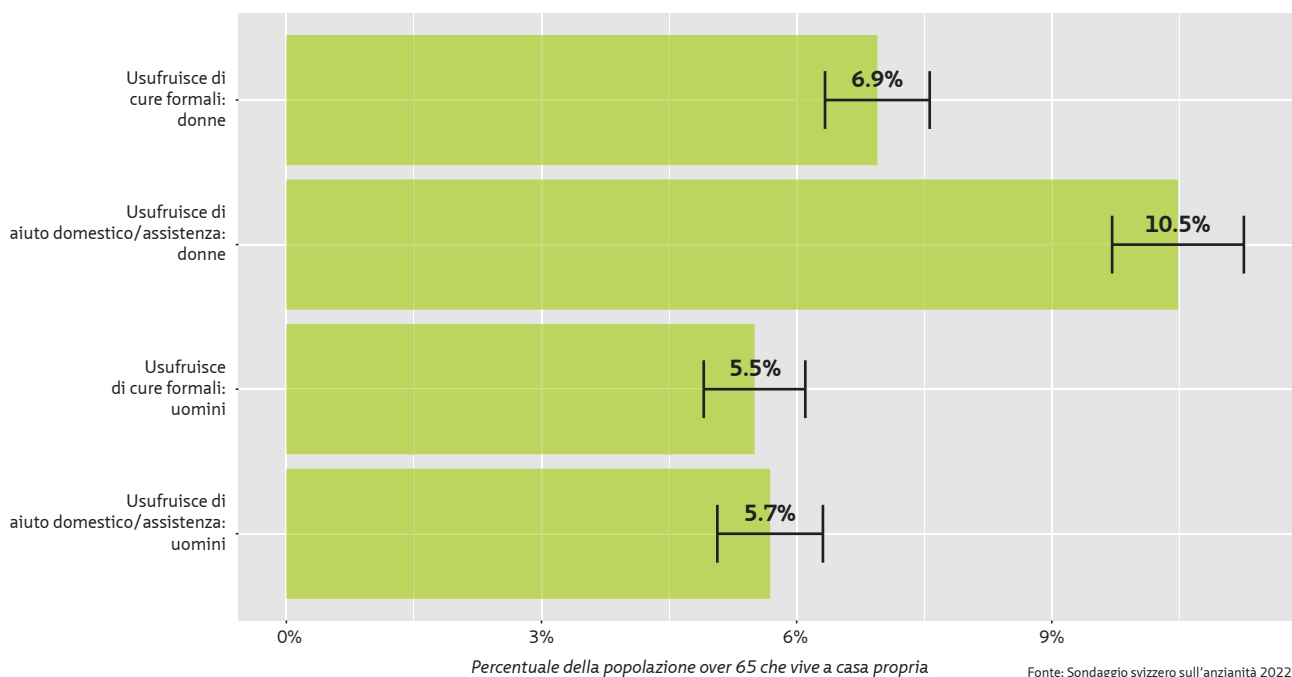


Figura 7: Fruizione di prestazioni di cura e assistenza formali in base al sesso

Come si può dedurre dalla figura 7, la frequenza con cui le donne usufruiscono di prestazioni di cura (6,9%) è solo di poco superiore a quella degli uomini (5,5%). La differenza è così ridotta che non permette di individuare una distinzione effettiva tra i generi. Non si osserva alcuna variazione nemmeno se si controllano le analisi per il grado delle limitazioni fisiche o per l'età (capitolo A 2.1 in appendice).

Le donne si avvalgono di servizi di assistenza con una frequenza quasi doppia rispetto agli uomini

Se si considerano le prestazioni di assistenza, si osservano invece considerevoli differenze tra i due sessi. Le donne, infatti, ricevono assistenza (10,5%) con una frequenza quasi doppia rispetto agli uomini (5,7%). La percentuale di uomini che usufruiscono di prestazioni di cura è, a sorpresa, quasi pari a quella degli uomini che beneficiano di assistenza. Poiché le donne vivono più a lungo degli uomini, questo effetto potrebbe dipendere dal fatto che il genere femminile, specialmente in età avanzata, presenta limitazioni più gravi rispetto a quello maschile. Tuttavia, la differenza tra i due sessi permane se si controlla per le limitazioni nella vita quotidiana e per l'età (cfr. appendice A 2.1).

3.3.2 Differenze in base alla situazione abitativa

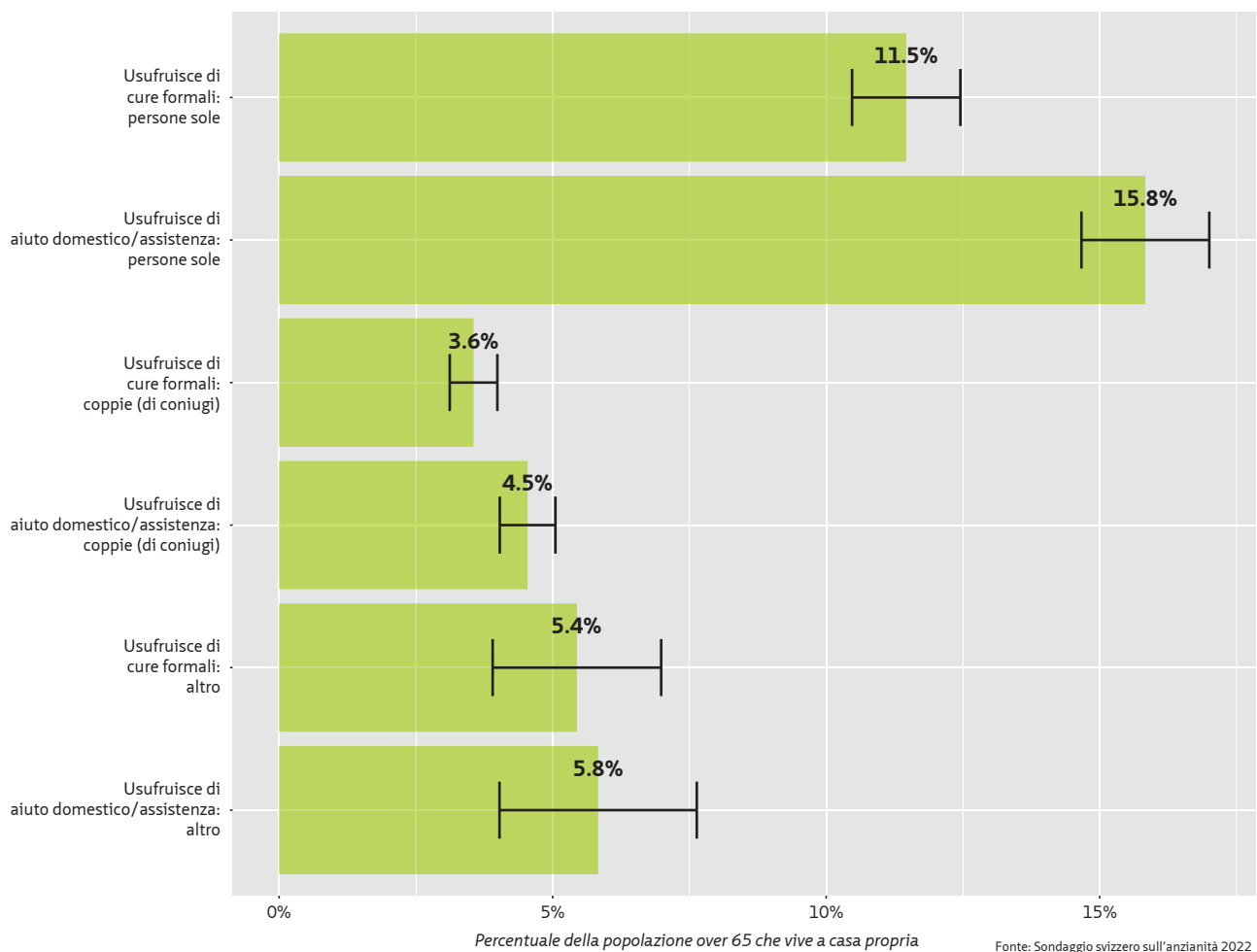


Figura 8: Fruizione di prestazioni di cura e assistenza formali in base alla situazione abitativa

Le persone che vivono sole usufruiscono di prestazioni di cura con una frequenza all'incirca di tre volte e mezza superiore (11,5%) rispetto alle economie domestiche formate da coppie (3,5%) (figura 8). Se si analizzano le prestazioni di assistenza, la discrepanza è addirittura maggiore. La quota di persone sole che ricevono assistenza (15,8%) è all'incirca tre volte e mezza superiore a quella delle coppie (4,5%). Per tutte le altre tipologie di economie domestiche¹ si delinea un quadro più simile a quello delle coppie che non a quello delle persone sole. Questi risultati non variano se si effettua il controllo di ulteriori variabili, come le limitazioni nelle attività quotidiane, l'età e il sesso (cfr. appendice A 2.2).

3.3.3 DIFFERENZE IN BASE AL LIVELLO DI FORMAZIONE E ALLA NAZIONALITÀ

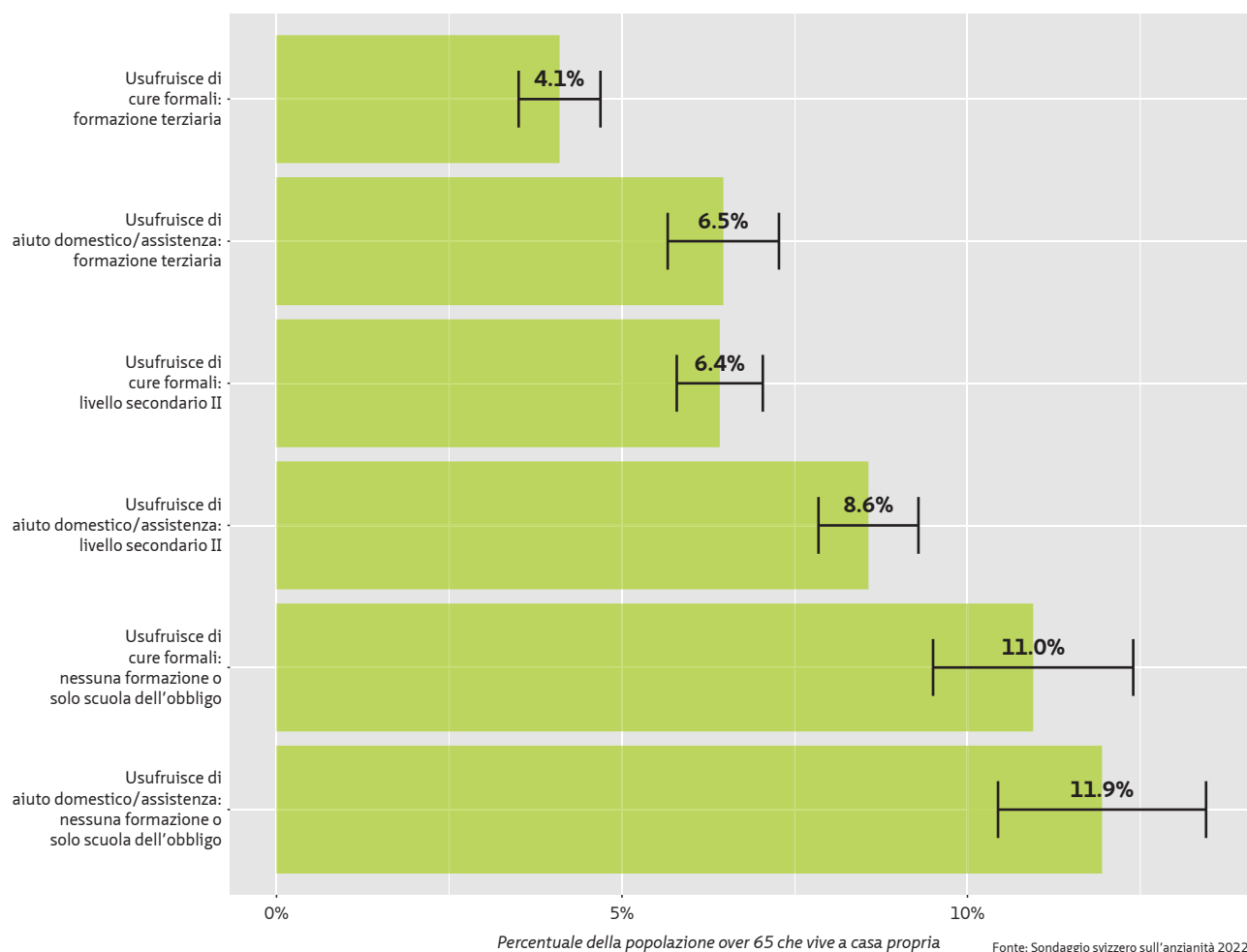


Figura 9: Fruizione di prestazioni di cura e assistenza formali in base al livello di formazione

¹ Secondo le cifre del Sondaggio svizzero sull'anzianità, le due economie domestiche più diffuse tra la popolazione over 65 sono quelle formate da coppie (di coniugi) e quelle in cui vive una sola persona. Altre situazioni, come ad esempio le coppie (di coniugi) con uno o due figli oppure le economie domestiche in cui vive un altro familiare come un fratello o una sorella, sono piuttosto rare e pertanto sono state inserite nella categoria «altre situazioni abitative».

Se si analizza la fruizione di prestazioni di cura in base al livello di formazione, si osserva una correlazione quasi diretta: più basso è il titolo di studio, maggiore è il numero di cure sono le cure ricevute (figura 9). Chi ha concluso la formazione fermandosi alla scuola dell'obbligo ha infatti usufruito più frequentemente delle prestazioni di cura (11,0%); al secondo posto si collocano le persone con un titolo di studio di livello secondario (6,4%) e all'ultimo i soggetti con una formazione terziaria (4,1%). Poiché è risaputo che chi ha un li-

Le persone meno istruite si avvalgono in generale in misura maggiore di prestazioni

vello di istruzione inferiore presenta spesso anche condizioni di salute peggiori, questo risultato è stato sottoposto ad analisi supplementari. La differenza tra le persone con il più alto grado di istruzione (terziario) e quelle con una formazione di livello medio e inferiore scompare se si con-

trolla per le limitazioni nelle attività quotidiane e per l'età (cfr. appendice A 2.3). Se poi si effettua il controllo anche per il sesso, si osserva solo una lieve differenza tra chi possiede un livello di istruzione elevato e chi, invece, uno basso. Parte delle differenze osservate in base al grado di formazione si spiega con il fatto che nelle vecchie generazioni, che oggi compongono la popolazione di pensionati, le donne presentano tendenzialmente un livello di istruzione inferiore rispetto agli uomini.

Se si analizzano le prestazioni di assistenza, si osserva anche in questo caso una differenza, seppur meno marcata, in base al livello di formazione (figura 9). La quota di persone che hanno frequentato solo la scuola dell'obbligo e usufruiscono di prestazioni di assistenza è quasi pari (11,9%) a quella di chi si avvale di prestazioni di cura (11,0%). Tra coloro che possiedono un titolo di studio di livello medio o elevato, la percentuale di chi riceve assistenza è nettamente superiore a quella di chi beneficia di prestazioni di cura (formazione di livello medio, assistenza: 8,6%; formazione di livello superiore, assistenza: 6,5%).

Se in queste analisi vengono considerati anche fattori supplementari come le limitazioni nella vita quotidiana e l'età, si osserva che la differenza tra i soggetti con un livello di istruzione medio e quelli con una formazione superiore scompare quasi del tutto (cfr. appendice A 2.3). Al contrario, la differenza tra le persone con un basso grado di istruzione e quelle con un titolo di studio elevato permane anche se si effettua il controllo per le limitazioni nelle attività quotidiane e per l'età. Chi ha un grado di istruzione elevato usufruisce quindi di prestazioni di assistenza in misura nettamente superiore a chi ha un titolo di studio basso. Effettuando il controllo per il sesso, le analisi non variano e non è quindi possibile constatare alcun effetto di genere.

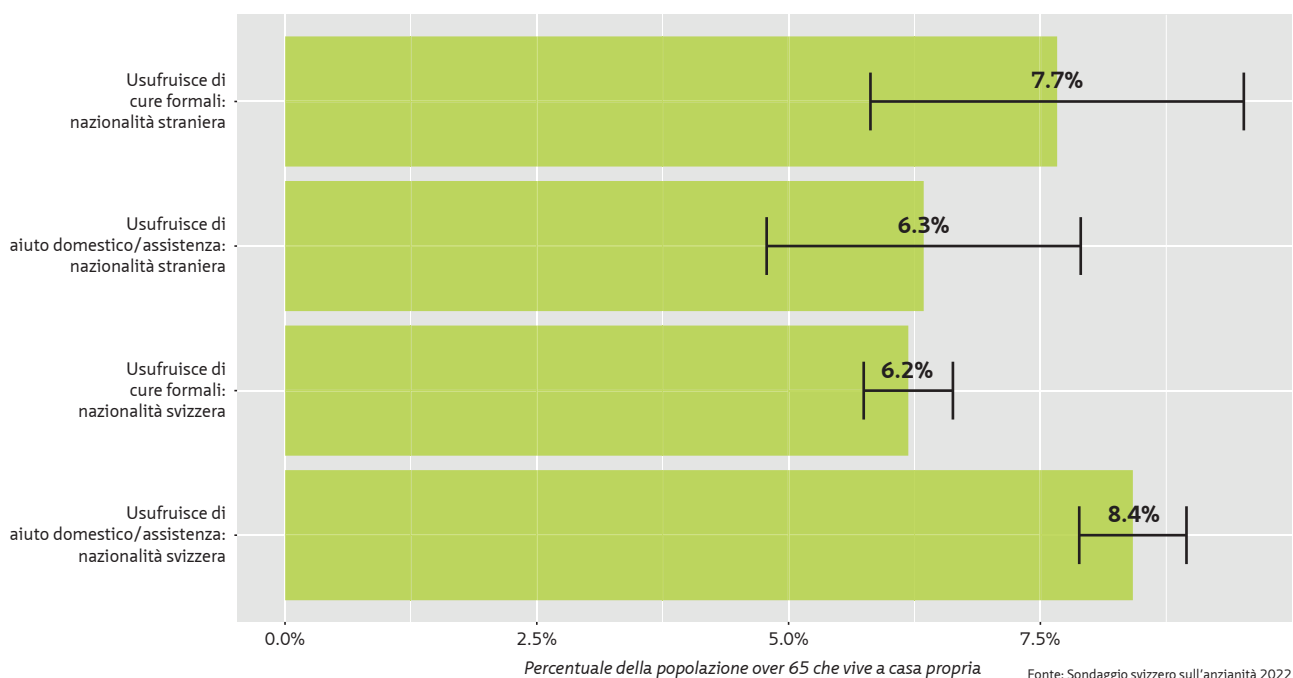


Figura 10: Fruizione di prestazioni di cura e assistenza formali in base alla nazionalità

Sia per le prestazioni di assistenza che per quelle di cura non si osserva alcuna differenza sostanziale tra le persone di nazionalità svizzera (assistenza: 8,4%; cure: 6,2%) e quelle con cittadinanza straniera (assistenza: 6,3%; cure: 7,7%) (figura 10). Questi risultati non variano nemmeno con il controllo di ulteriori variabili (cfr. appendice A 2.4).

È interessante osservare come i soggetti di nazionalità straniera usufruiscano di prestazioni di cura (7,7%) in misura maggiore rispetto a quelle di assistenza (6,3%). In tutti i sotto-gruppi descritti finora, come pure nella popolazione totale, questo rapporto risulta invertito, vale a dire che l'assistenza fruita è superiore alle cure ricevute. Tuttavia, le persone di nazionalità straniera si avvalgono di prestazioni di cura e assistenza informali in misura maggiore (13,8%) rispetto a quelle di nazionalità svizzera (10,5%; dati non riportati in tale sede). Va tuttavia precisato che tale risultato si riferisce a un numero ridotto di osservazioni.

3.3.4 Differenze in base ai gruppi di reddito

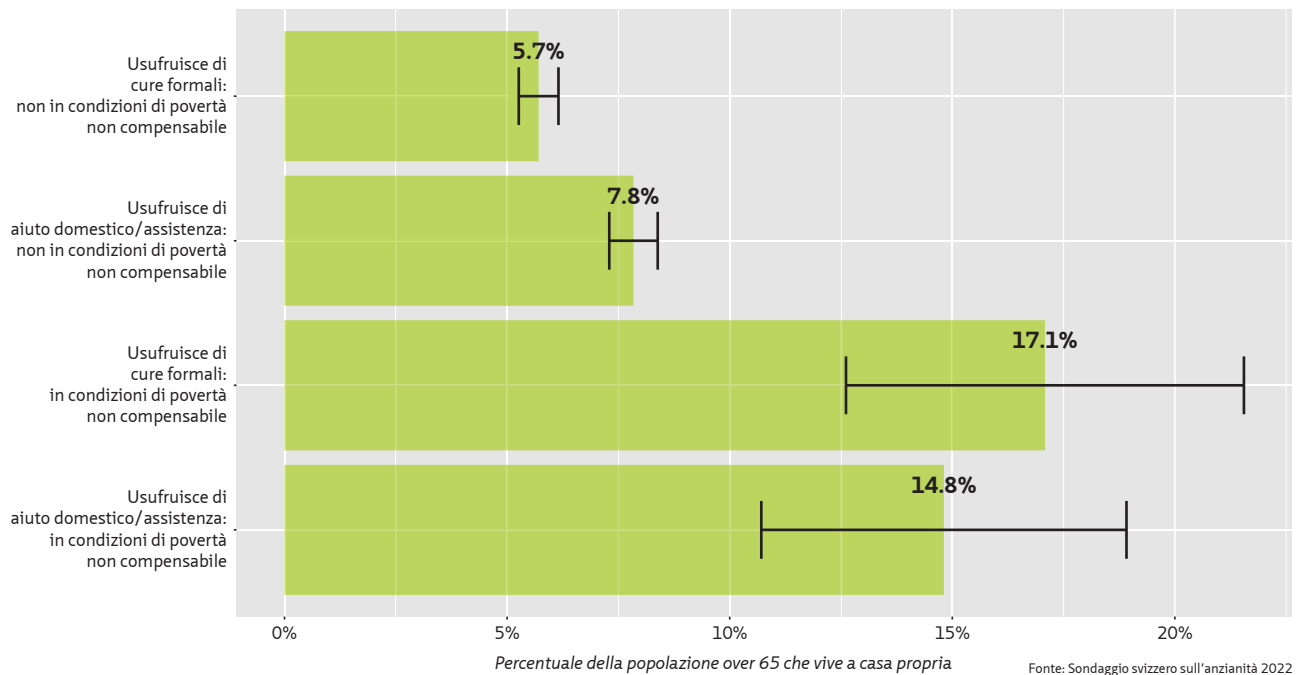


Figura 11: Fruizione di prestazioni di cura e assistenza formali in base alla condizione di povertà reddituale compensabile/non compensabile

Le persone in condizioni di povertà non compensabile usufruiscono di prestazioni di assistenza (14,8%) e di cura (17,1%) in misura nettamente superiore rispetto a chi non si trova in questo stato (prestazioni di assistenza: 7,8%; prestazioni di cura: 5,7%) (figura 11). Come per le persone di nazionalità straniera, si può tuttavia osservare che chi si trova in condizioni di povertà non compensabile riceve più cure (17,1%) che assistenza (14,8%). Una tale inversione del rapporto tra prestazioni di assistenza e di cura rappresenta un'eccezione ed è stata osservata nel presente studio solo nell'analisi di un altro sotto-gruppo (nazionalità straniera) (figura 10). Analogamente ai soggetti di nazionalità straniera, anche chi è in stato di povertà non compensabile usufruisce di cure e assistenza (13,6%) in misura maggiore rispetto a chi non si trova in queste condizioni (10,4%). Anche per questa analisi occorre precisare che tale stima si basa su un numero limitato di osservazioni e che potrebbe anche trattarsi di un effetto del sondaggio.

Questa differenza non varia nemmeno se si controlla per le limitazioni nella vita quotidiana, l'età e il sesso (cfr. appendice A 2.5). Una differenza analoga si osserva anche per le prestazioni di assistenza, pur essendo difficile da comprovare statisticamente a causa delle cifre ridotte nei gruppi di confronto (cfr. appendice A 2.5). L'effetto diventa più marcato se si confrontano soggetti con lo stesso grado di limitazione nelle attività quotidiane e della stessa età.

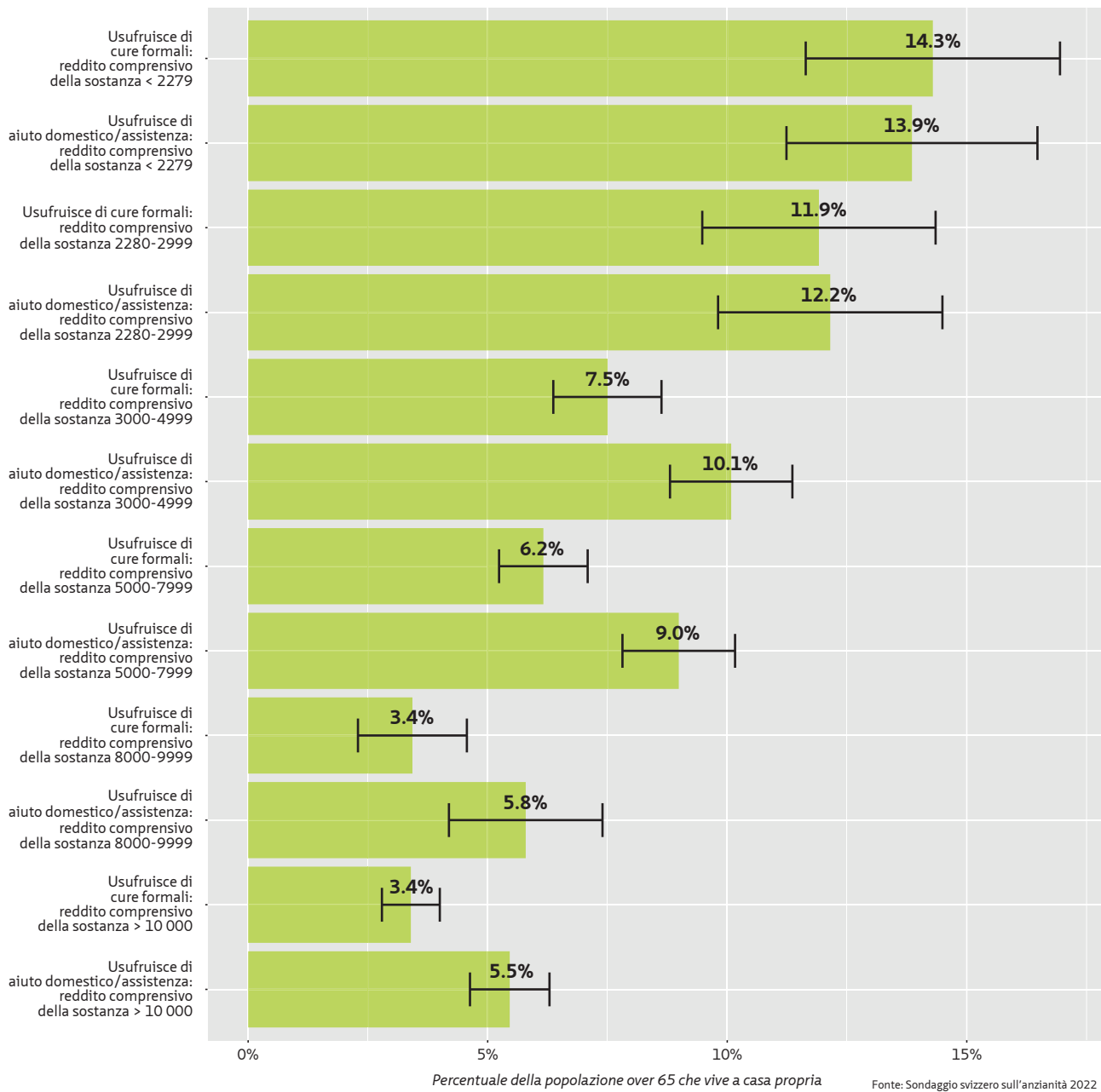


Figura 12: Fruizione di prestazioni di cura e assistenza formali in base ai gruppi di reddito comprensivi della sostanza

Per rappresentare le condizioni economiche di una persona in età da pensione, è fondamentale non limitare l'analisi alla sola situazione reddituale. Diverse analisi, tra cui anche la prima parte del rapporto parziale sul Monitoraggio dell'anzianità (Gabriel & Kubat, 2022), hanno evidenziato infatti che numerose persone anziane, pur avendo redditi bassi, dispongono di notevoli riserve accantonate attraverso i risparmi. Al contempo, la situazione finanziaria di un individuo non può essere circoscritta esclusivamente alla situazione patrimoniale, poiché è anche possibile che persone con una sostanza limitata dispongano di un buon reddito da rendita. Ma può verificarsi anche il contrario, ovvero che determinate economie domestiche dispongano di una sostanza consistente, perché ad esempio hanno deciso di riscuotere il 2° pilastro al momento del pensionamento, ma hanno un reddito piuttosto ridotto. È quindi importante collegare la situazione reddituale a quella patrimoniale. Questo collegamento viene espresso a livello operativo con il parametro «reddito comprensivo della sostanza», la cui definizione è riportata nella sezione specifica a pagina 9.

Se si considera la situazione finanziaria delle persone anziane tenendo conto della sostanza, computando quindi una determinata quota di quest'ultima come reddito, si osserva nuovamente una correlazione quasi diretta tra la fruizione di prestazioni di cura e il livello di reddito (figura 12). Ciò significa che le persone con il reddito «corretto» più basso (< CHF 2279 al mese) usufruiscono più frequentemente di prestazioni di cura (14,3%), mentre i soggetti con il reddito «corretto» più elevato (> CHF 10 000 al mese) se ne avvalgono con minore frequenza (3,4%). Tra il gruppo con il reddito più alto e quello immediatamente inferiore (3,4% in entrambi i casi) non si notano differenze.

Se si analizzano le prestazioni di assistenza, si delinea un quadro analogo: maggiore è il reddito comprensivo della sostanza, minore è la frequenza con cui si usufruisce delle prestazioni di assistenza (figura 12). Tuttavia, si osserva anche che nei due gruppi di reddito più bassi (tenendo conto della sostanza) le prestazioni di assistenza vengono fruite quasi in egual misura rispetto a quelle di cura. Per contro, in tutti gli altri gruppi di reddito, comprensivi della sostanza, l'assistenza ricevuta è superiore alle cure. Anche per quanto riguarda le prestazioni di assistenza non si nota alcuna differenza tra il gruppo di reddito «corretto» più alto e quello immediatamente inferiore.

Più prestazioni di assistenza che di cura, tranne che per i gruppi di reddito più basso.

Le analisi di regressione multivariate relative alla fruizione delle prestazioni di cura evidenziano che la differenza tra i gruppi di reddito comprensivi della sostanza non può essere correlata alle limitazioni nella vita quotidiana o all'età (cfr. appendice A 2.6).

Per quanto concerne le prestazioni di assistenza, le differenze tra i gruppi si riducono con l'inserimento di variabili di controllo supplementari, ma in modo sostanziale solo nel secondo gruppo di reddito più basso comprensivo della sostanza. Dopo il controllo per le limitazioni nelle attività quotidiane, l'età e il sesso, questo gruppo è paragonabile al gruppo di reddito più alto comprensivo della sostanza, sebbene usufruisca delle prestazioni di cura in misura nettamente superiore rispetto a quest'ultimo. Nemmeno dopo il controllo sulla base di variabili supplementari si osservano differenze tra i due gruppi di reddito più alti comprensivi della sostanza.

4 Discussione e interpretazione dei risultati

4.1 FRUIZIONE DI PRESTAZIONI DI CURA E ASSISTENZA FORMALI E INFORMALI

Tra il 6,3% e il 10,7% delle persone intervistate ha dichiarato di usufruire di prestazioni di cura e assistenza formali o informali. Ciò significa che un'ampia fetta della popolazione svizzera over 65 che vive a casa propria riesce a fare a meno di tali prestazioni. Queste cifre sono nettamente inferiori rispetto a quelle emerse in altri studi (Höglinger et al., 2019). La differenza può essere imputata principalmente alla fonte di dati utilizzata. Il Sondaggio svizzero sull'anzianità è stato condotto online e per via telefonica. Dalla letteratura specialistica emerge che le persone con limitazioni dovute a problemi di salute, e quindi presumibilmente anche quelle che usufruiscono di prestazioni di cura, tendono meno a partecipare a sondaggi di carattere scientifico (Oris et al., 2016). Il presente studio ha evidenziato, in termini di fruizione, un valore nettamente inferiore anche rispetto allo studio in cui gli esperti hanno stimato, sulla base di situazioni concrete, il fabbisogno di prestazioni di assistenza formali tra la popolazione svizzera over 62. In tale studio era emerso che il 42% di questa fetta della popolazione necessiterebbe almeno sporadicamente di assistenza (Meier et al., 2020). La notevole quantità di dati ancora mancante ci fa dubitare al momento del fatto che la discrepanza tra la fruizione concreta e questo fabbisogno sia effettivamente da ricondurre a un elevato deficit di assistenza in Svizzera, in particolare se si considera che un sondaggio condotto su una popolazione di clienti Spitex nel cantone di Basilea Campagna è giunto alla conclusione che il deficit di cure e assistenza formali stimato dai diretti interessati è pari solo al 4,2% (Mendieta et al., 2022).

Nel presente rapporto si è inoltre analizzato in che misura le persone che usufruiscono di cure formali si avvalgono anche di altre prestazioni. L'analisi ha tenuto conto sia delle prestazioni di cura e assistenza informali sia dell'assistenza formale. I risultati hanno evidenziato che solo una minoranza usufruisce esclusivamente di cure formali e che molto spesso queste ultime sono integrate da ulteriori prestazioni (assistenza/cura informale o assistenza formale). Date le analogie tra i modelli, si è deciso in seguito di concentrare l'attenzione sull'assistenza e sulle cure formali.

Questo risultato va di pari passo con la forte correlazione, anch'essa dimostrata dal presente studio, tra il grado delle limitazioni nelle attività quotidiane e la fruizione di prestazioni di cura e assistenza (Dupraz et al., 2020; Johnson et al., 2018). Tuttavia, dai risultati emerge anche che probabilmente il parametro GALI non tiene conto di tutte le limitazioni dovute a problemi di salute, poiché anche persone che non presentano alcun tipo di limitazione nelle attività quotidiane usufruiscono di assistenza e cure formali e informali. Per la seguente discussione dei risultati, in particolare di quelli emersi dalle analisi di regressione, ciò significa che, se si controlla per le limitazioni nelle attività quotidiane, non si includono tutti i probabili effetti della salute.

4.2 SITUAZIONE FINANZIARIA E FRUIZIONE DI PRESTAZIONI DI ASSISTENZA

Occorre anzitutto precisare che nella popolazione totale e nella gran parte dei sotto-gruppi analizzati vengono fruite più prestazioni di assistenza che di cura. Ciò conferma la nostra ipotesi di base secondo cui le persone anziane che vivono a casa propria ricevano assistenza in misura maggiore rispetto alle cure. Poiché il nostro studio non ha rilevato direttamente il fabbisogno, possiamo tuttavia solo supporre che questo dato relativo alla fruizione rispecchi il fabbisogno che vi sta alla base.

Queste considerazioni, però, non sono valide per tutti i sotto-gruppi analizzati. Un dato centrale emerso dalle analisi condotte nel presente rapporto indica che i soggetti con risorse finanziarie molto limitate si avvalgono delle prestazioni di assistenza a pagamento in misura inferiore rispetto a chi dispone di redditi più elevati, sebbene – considerate le cure ricevute – molto probabilmente ne avrebbero bisogno.

Tra le persone di nazionalità straniera si osserva lo stesso modello emerso per i soggetti con un reddito basso. Anche questa categoria usufruisce di un numero minore di prestazioni di assistenza che di cura. Questo modello potrebbe dipendere, in misura significativa, dalla situazione finanziaria, poiché le persone di nazionalità straniera dispongono tendenzialmente di un reddito basso. Questi soggetti sono nettamente sovrarappresentati nella categoria delle persone in condizioni di povertà non compensabile, in cui vi rientra appunto il 71% delle persone di nazionalità straniera. L'effetto della nazionalità è quindi ampiamente riconducibile alla scarsità di risorse finanziarie. Il presente studio fornisce al riguardo solo prime impressioni. La correlazione esatta tra i due aspetti andrebbe analizzata più in profondità.

Possibile mancanza di assistenza a persone con scarse risorse finanziarie

Se la situazione finanziaria non è circoscritta al reddito, ma tiene conto anche della sostanza, si delinea lo stesso modello: si è potuto infatti osservare che i due gruppi di reddito inferiori, comprensivi della sostanza, usufruiscono di prestazioni di cura e assistenza in misura praticamente identica, mentre le persone più abbienti ricevono più assistenza che cure.

A prescindere dai sotto-gruppi summenzionati che, rispetto alle prestazioni di cura, ricevono assistenza in misura pari o superiore (soggetti in condizioni di povertà non compensabile, persone di nazionalità straniera e soggetti con reddito basso comprensivo della sostanza), c'è ancora un ultimo sotto-gruppo che presenta la stessa situazione: gli uomini. Solo una minima parte degli uomini appartiene al gruppo dei soggetti con reddito non compensabile; pertanto, non è possibile stabilire se anche l'effetto osservabile nella categoria maschile sia riconducibile alle difficoltà finanziarie. Altri possibili motivi che giustificano tale effetto sono illustrati nel capitolo 4.5.

4.3 SITUAZIONE FINANZIARIA E FRUIZIONE DI PRESTAZIONI DI CURA

Le persone meno abbienti usufruiscono di prestazioni di cura in misura maggiore rispetto a chi è più benestante. Tale differenza non dipende né dal grado delle limitazioni nelle attività quotidiane né dall'età. Non costituisce un fattore determinante nemmeno la differenza di genere.

È risaputo che le persone con scarse risorse finanziarie presentano spesso anche condizioni di salute peggiori (Bartley, 2017). Supponiamo che sia questo il motivo principale per cui usufruiscono di maggiori prestazioni di cura. Il presente studio permette di analizzare solo in misura limitata se tale supposizione sia effettivamente vera, poiché – come illustrato nel capitolo 3.2 – l'impiego dell'indicatore della salute non «corregge» tutti gli aspetti legati allo stato di salute, riferendosi esclusivamente alle limitazioni nella vita quotidiana.

4.4 ETÀ E FRUIZIONE DI PRESTAZIONI DI CURA E ASSISTENZA

Indipendentemente dalla correlazione tra le limitazioni nelle attività quotidiane e la fruizione di prestazioni di cura e assistenza, esiste anche un nesso fra tale fruizione e l'età. In considerazione dell'imminente cambiamento demografico, tale aspetto sottolinea doppiamente quanto la tematica sarà di scottante attualità per la Svizzera nella prossima ventina d'anni.

Da un lato, nei prossimi anni gran parte delle persone appartenenti alle generazioni contraddistinte da una forte natalità (nate tra il 1943 e il 1966) apparterrà alla categoria dei grandi anziani, ovvero avrà dagli 80 anni in su. Questo fatto è di particolare rilievo se si considera che in età avanzata aumentano sensibilmente le limitazioni dovute a problemi di salute e quelle nelle attività quotidiane e, di conseguenza, cresce complessivamente anche la domanda di prestazioni di cura e assistenza (Ufficio federale di statistica, 2020b; Dupraz et al., 2020; Johnson et al., 2018; World Health Organization, 2015).

Dall'altro lato, molte persone che appartengono alle suddette generazioni saranno nei prossimi anni anziani ancora «giovani» (avranno quindi un'età compresa tra i 65 e i 79 anni). Questa fetta della popolazione rappresenta un enorme potenziale, e molti di questi «giovani» pensionati svolgeranno nella società, in modo informale o a titolo volontario, numerosi compiti di cura e assistenza (Lamprecht et al., 2020). Il settore pubblico può e dovrebbe sostenere tutto ciò, offrendo un supporto ai famigliari curanti e che prestano assistenza oppure favorendo o rendendo possibile il volontariato. Ciò contribuirebbe a soddisfare il desiderio di chi vuole vivere il più a lungo possibile a casa propria e risulterebbe economicamente vantaggioso, poiché permetterebbe di posticipare, se non addirittura evitare, il ricovero in un istituto.

4.5 SESSO E FRUIZIONE DI PRESTAZIONI DI CURA E ASSISTENZA

Gli uomini usufruiscono di prestazioni di assistenza in misura nettamente inferiore rispetto alle donne, mentre le prestazioni di cura di cui beneficiano sono di poco di numero inferiore a quelle dell'altro sesso. Nell'ambito delle cure, l'effetto di genere scompare se si considerano le limitazioni nelle attività quotidiane. Ciò significa che, a parità di grado di limitazione, uomini e donne si collocano all'incirca sullo stesso piano per quanto riguarda la fruizione di prestazioni di cura.

Se si analizzano le prestazioni di assistenza, l'effetto di genere permane anche dopo il controllo in funzione delle limitazioni nelle attività quotidiane. Poiché nella maggior parte dei casi gli uomini anziani godono di condizioni economiche migliori rispetto alle donne, è possibile escludere quasi del tutto un effetto della situazione finanziaria sulla fruizione delle prestazioni di assistenza (Ufficio federale di statistica, 2023b). Ciò si evince anche dai nostri dati, dai quali risulta che solo una minima parte degli uomini rientra anche nella categoria delle persone con un reddito non compensabile.

Tuttavia, in Svizzera gli uomini ricevono cure informali in misura nettamente superiore rispetto alle donne (Osservatorio svizzero della salute Obsan, s. a.). Questa affermazione potrebbe valere anche per l'assistenza. Inoltre, gli uomini vengono spesso assistiti e curati dalla partner o dalla coniuge, che il più delle volte è più giovane (Dorin et al., 2016; Höpflinger et al., 2011). Va considerato anche che le donne vivono più a lungo degli uomini e si ritrovano molto più spesso a vivere da sole, il che comporta in generale una maggiore fruizione delle prestazioni di assistenza formali (Dorin et al., 2016; Höpflinger et al., 2019). Le donne in età avanzata presentano inoltre più limitazioni nelle attività quotidiane rispetto agli uomini e si avvalgono, anche per questo, di un numero maggiore di prestazioni di cura e assistenza (Dupraz et al., 2020; Höpflinger et al., 2019; Johnson et al., 2018).

Tuttavia, i nostri risultati evidenziano anche che gli effetti del vivere da soli e delle limitazioni nelle attività quotidiane non spiegano totalmente le discrepanze tra i due sessi. Anche con la stessa situazione abitativa e a parità di limitazioni nella vita quotidiana permane una certa differenza di genere per quanto riguarda la fruizione delle prestazioni di assistenza.

4.6 SITUAZIONE ABITATIVA E FRUIZIONE DI PRESTAZIONI DI CURA E ASSISTENZA

Le persone che vivono sole usufruiscono di prestazioni di cura e assistenza in misura nettamente superiore rispetto a chi vive in economie domestiche formate da coppie o in altre situazioni abitative. Sicuramente, ciò è dovuto in parte alla possibilità delle persone che non vivono da sole di sostenersi a vicenda. Questo si rispecchia anche nel fatto che in molti casi l'assistenza e le cure vengono prestate a livello informale (Höpflinger et al., 2019). Poiché in Svizzera si osserva una tendenza all'aumento di persone che vivono sole (Ufficio federale di statistica, 2023a), questo effetto dovrebbe assumere nei prossimi anni un ruolo sempre maggiore.

A parità di tipo di alloggio e di limitazioni, la differenza di genere permane

4.7 LIVELLO DI FORMAZIONE E FRUIZIONE DI PRESTAZIONI DI CURA E ASSISTENZA

La fruizione di prestazioni di cura e assistenza si differenzia a seconda del livello di formazione. Chi ha un basso grado di istruzione usufruisce di cure e assistenza in misura nettamente maggiore rispetto a chi ha un titolo di studio di livello superiore. Sul fronte delle prestazioni di cura, questo effetto scompare se si mettono a confronto persone con lo stesso grado di limitazione nelle attività quotidiane e della stessa età. Ciò significa che la fruizione di prestazioni di cura riflette soprattutto le limitazioni esistenti nelle attività quotidiane e l'età, come confermano i risultati emersi dalla ricerca precedente (Dupraz et al., 2020; Johnson et al., 2018; Mah et al., 2021).

Per quanto riguarda le prestazioni di assistenza, l'effetto del livello di formazione permane anche se si controlla per altri fattori. Chi ha un basso grado di istruzione usufruisce quindi di prestazioni di assistenza in misura inferiore rispetto a chi ha una formazione di livello medio o elevato, anche a parità di età e di limitazioni nelle attività quotidiane. Dal momento che gran parte delle persone con un basso livello di istruzione dispone anche di minori risorse finanziarie (il 10% degli over 65 con un basso livello di formazione si trova in condizioni di povertà non compensabile, contro il 2,7% e 1,2% di chi possiede un titolo di studio di livello secondario o terziario), anche questo risultato potrebbe far supporre una correlazione tra la situazione reddituale e la fruizione di prestazioni di assistenza.

Le persone che vivono da sole si avvalgono in maggior misura delle prestazioni di assistenza e di cura

5 Conclusione

In Svizzera, oltre il 95% delle persone di età pari o superiore a 65 anni vive a casa propria (Ufficio federale della sanità pubblica, 2022; Ufficio federale di statistica, 2023c). Negli ultimi anni questo valore si è mantenuto stabile, a testimonianza che la popolazione desidera invecchiare fra le proprie quattro mura. Solo una minima parte degli over 65 che vivono a casa propria necessita di prestazioni di assistenza: dal nostro studio è emerso che si tratta dell'8,3%. Tuttavia, si delinea da molto tempo il sospetto che le persone con scarse risorse finanziarie usufruiscano di prestazioni di assistenza in misura minore rispetto a quanto ne avrebbero bisogno, poiché a causa della situazione giuridica in Svizzera devono pagarle sostanzialmente di tasca propria. Con il presente studio si è quindi cercato di indagare se le categorie meno abbienti ricevano effettivamente meno assistenza rispetto a chi è più benestante. Come parametro per stabilire il fabbisogno ci siamo orientati alla fruizione delle prestazioni di cura, poiché ad oggi manca un criterio oggettivo per definire il fabbisogno di prestazioni di assistenza (Mendieta et al., 2022). I risultati a cui siamo giunti indicano effettivamente che chi dispone di scarse risorse finanziarie si avvale di minori prestazioni di assistenza che di cura, il che non si verifica per chi ha maggiori possibilità economiche. Ciò lascia supporre un deficit di assistenza in questa categoria di persone e potrebbe portare ad anticipare l'ingresso in una casa di cura o in un istituto per anziani.

Dal punto di vista economico e socio-politico, questo risultato è di estrema rilevanza, poiché gli specialisti ritengono che un'assistenza carente possa indurre i diretti interessati a entrare prima del tempo in una casa di cura o in un istituto per anziani (Meier & Höglinger, 2018). Inoltre, chi entra in una di queste strutture e dispone di un basso reddito e una sostanza limitata percepisce molto probabilmente prestazioni complementari e riceve quindi un sostegno finanziario pubblico. In considerazione soprattutto del previsto cambiamento demografico dei prossimi anni, questo effetto è di particolare rilevanza (Pellegrini et al., 2022).

La Confederazione ha preso atto della problematica. Attualmente (ottobre 2023) è in corso una consultazione su una nuova modifica della LPC (UFAS, 2023). In sintesi, secondo l'avamprogetto, la modifica dovrebbe introdurre la possibilità di cofinanziare le seguenti prestazioni di assistenza attraverso le PC:

- «un sistema di chiamata d'emergenza
- aiuto domestico
- servizio pasti a domicilio
- servizi di accompagnamento e trasporto
- l'adeguamento dell'appartamento alle esigenze delle persone anziane e un supplemento per la locazione di un appartamento adeguato alle esigenze delle persone anziane» (UFAS, 2023)

Il cofinanziamento di queste prestazioni attraverso le PC potrebbe contribuire a ridurre l'onere a carico delle persone con scarse risorse finanziarie e a colmare il fabbisogno di prestazioni di assistenza potenzialmente scoperto. Se si parte dal presupposto che in questo modo sia possibile evitare trasferimenti prematuri negli istituti, sarebbe anche nell'interesse pubblico apportare una simile modifica alla LPC (Bannwart et al., 2022). Per valutare se tale misura risolverà il problema in modo duraturo, si dovrà attendere la sua attuazione.

Le sfide che la Svizzera sarà chiamata ad affrontare nei prossimi anni in seguito ai cambiamenti demografici sono molteplici. Dato il numero elevato di persone anziane che passeranno nella categoria dei grandi anziani, si prevede infatti che il fabbisogno di prestazioni di cura e assistenza aumenterà notevolmente (Pellegrini et al., 2022). Tale questione è di scottante attualità in particolare in considerazione della carenza di personale qualificato. Tuttavia, il raggiungimento del pensionamento e della grande anzianità per le generazioni contraddistinte da una forte natalità, nate tra il 1943 e il 1966, non riserva solo sfide, ma offre anche opportunità: molte persone pensionate, infatti, si impegneranno profusamente nella cura e nell'assistenza di altre persone anziane in qualità di familiari, amici, vicini di casa o volontari.

6 Bibliografia

- Bannwart, L., Künzi, K., Jäggi, J., & Gajta, P. (2022). *Betreutes Wohnen - Aktualisierte Grundlagen - Schlussbericht im Auftrag des Bundesamts für Sozialversicherungen (Forschungsbericht Nr. 1/22; Beiträge zur Sozialen Sicherheit)*. Büro für Arbeits- und sozialpolitische Studien BASS AG.
- Bartley, M. (2017). *Health inequality: An introduction to concepts, theories and methods (Second edition)*. Polity.
- Carigiet, E., & Koch, U. (2021). *Ergänzungsleistungen zur AHV/IV (3a edizione rivista e integrata)*. Schulthess.
- Cox, D. R., & Snell, E. J. (2018). *Analysis of binary data (2nd ed)*. Chapman and Hall.
- Dorin, L., Krupa, E., Metzinger, S., & Büscher, A. (2016). Gender disparities in German home-care arrangements. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(1), 164–174. <https://doi.org/10.1111/scs.12236>
- Dupraz, J., Henchoz, Y., & Santos-Eggimann, B. (2020). Formal home care use by older adults: Trajectories and determinants in the Lc65+ cohort. *BMC Health Services Research*, 20(1), 22. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4867-6>
- Gabriel, R., & Kubat, S. (2022). *Monitoraggio dell'anzianità di Pro Senectute: La povertà nell'anzianità in Svizzera 2022. Rapporto parziale, parte 1. Pro Senectute Svizzera*.
- Gianino, M. M., Lenzi, J., Martorana, M., Bonaudo, M., Fantini, M. P., Siliquini, R., Ricciardi, W., & Damiani, G. (2017). Trajectories of long-term care in 28 EU countries: Evidence from a time series analysis. *European Journal of Public Health*, 27(6), 948–954. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx177>
- Höglinger, M., Ehrler, F., Seiler, S., & Maurer, J. (2019). *Gesundheit der älteren Bevölkerung in der Schweiz [Eine Studie basierend auf Daten der Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit]*. UNIL, FORS, ZHAW-WIG.
- Höpflinger, F., Bayer-Oglespy, L., & Zumbrunn, A. (2011). *Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter. Aktualisierte Szenarien für die Schweiz*. Huber.
- Höpflinger, F., Hugentobler, V., & Spini, D. (2019). *Age Report IV - Wohnen in den späten Lebensjahren - Grundlagen und regionale Unterschiede*. Seismo Verlag. <https://www.age-report.ch/de/2?setLang=1&cHash=e3755e1757d58c9191b7db5f475c9885>
- Johnson, S., Bacsu, J., Abeykoon, H., McIntosh, T., Jeffery, B., & Novik, N. (2018). No Place Like Home: A Systematic Review of Home Care for Older Adults in Canada. *Canadian Journal on Aging / La Revue Canadienne Du Vieillessement*, 37(4), 400–419. <https://doi.org/10.1017/S0714980818000375>
- Knöpfel, C., Leitner, J., Meuli, N., & Pardini, R. (2019). *Das frei verfügbare Einkommen älterer Menschen in der Schweiz - Eine vergleichende Studie unter Berücksichtigung des Betreuungs- und Pflegebedarfs*. Fachhochschule Nordwestschweiz, Institut Sozialplanung, Organisatorischer Wandel und Stadtentwicklung ISOS.

- Knöpfel, C., Pardini, R., & Heinzmann, C. (2018). Gute Betreuung im Alter in der Schweiz: Eine Bestandsaufnahme. Seismo.
- Lamprecht, M., Fischer, A., & Stamm, H. (2020). Freiwilligen-Monitor Schweiz 2020. Seismo Verlag, Sozialwissenschaften und Gesellschaftsfragen AG. <https://doi.org/10.33058/seismo.30733>
- Mah, J. C., Stevens, S. J., Keefe, J. M., Rockwood, K., & Andrew, M. K. (2021). Social factors influencing utilization of home care in community-dwelling older adults: A scoping review. *BMC Geriatrics*, 21(1), 145. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02069-1>
- Meier, F., Brunner, B., Lenzin, G., Heiniger, S., Carlander, M., & Huber, A. (2020). Betreuung von Seniorinnen und Senioren zu Hause: Bedarf und Kosten. Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften. https://www.prosenectute.ch/dam/jcr:7107894e-8626-46a4-8059-f64374d97a9d/201123_Schlussbericht_PS_Betr_zu_Hause_d.pdf
- Meier, F., & Höglinger, M. (2018). Begleitevaluation der neuen Versorgungsangebote von Thurvita: Älter werden im Quartier und Thurvita Care. Studienbericht Teilprojekt 1 «Älter werden im Quartier». Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie.
- Mendieta, M. J., De Geest, S. M., Goderis, G., Yip, O., Deschodt, M., Dhaini, S., & the INSPIRE Consortium. (2022). A multi-level perspective on perceived unmet needs for home support in home-dwelling older adults in the Swiss context: A secondary data analysis of a population study. *BMC Geriatrics*, 22(1), 833. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03479-5>
- Oris, M., Guichard, E., Nicolet, M., Gabriel, R., Tholomier, A., Monnot, C., Fagot, D., & Joye, D. (2016). Representation of Vulnerability and the Elderly. A Total Survey Error Perspective on the VLV Survey. In M. Oris, C. Roberts, D. Joye, & M. Ernst Stähli (Hrsg.), *Surveying Human Vulnerabilities across the Life Course* (pagg. 27–64). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-24157-9_2
- Pellegrini, S., Dutoit, L., Pahud, O., & Dorn, M. (2022). Bedarf an Alters- und Langzeitpflege in der Schweiz - Prognosen bis 2040 (Obsan-Bericht 3/2022). Osservatorio svizzero della salute (Obsan). (Pubblicazione disponibile in lingua tedesca)
- Osservatorio svizzero della salute Obsan. (s. a.). Ricorso a cure informali - Quota della popolazione che vive in un'economia domestica in % (MonAM). <https://ind.obsan.admin.ch/it/indicator/monam/mnt-e-cure-informali-eta-15>
- Seematter-Bagnoud, L., Belloni, G., Zufferey, J., Peytremann-Bridevaux, I., Büla, C., & Pellegrini, S. (2021). Lebenserwartung und Gesundheitszustand: Jüngste Entwicklungen (Obsan Bulletin 03/2021). Osservatorio svizzero della salute (Obsan). (Pubblicazione disponibile in lingua tedesca) https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/obsan_bulletin_2021-03_d.pdf

- Stutz, H., Liesch, R., Guggenbühl, T., Morger, M., Rudin, M., & Bannwart, L. (2019). Finanzielle Tragbarkeit der Kosten für Unterstützungs- und Entlastungsangebote. Büro für Arbeits- und Sozialpolitische Studien BASS AG.
- Ufficio federale della sanità pubblica, Sezione Gestione dei dati e statistica. (2022). Cifre chiave delle case di cura svizzere 2021. https://somed.bagapps.ch/data/download/2021_Flat_File_it.xlsx?v=1686566859
- Ufficio federale delle assicurazioni sociali. (2023, 21 giugno). Riconoscere le forme di alloggio con assistenza nell'ambito delle prestazioni complementari all'AVS. <https://www.admin.ch/gov/it/pagina-iniziale/documentazione/comunicati-stampa.msg-id-95885.html>
- Ufficio federale di statistica. (2020a). Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz und der Kantone - 2020–2050 (Themenbereich «Bevölkerung»). (Pubblicazione disponibile in lingua tedesca e francese) <https://dam-api.bfs.admin.ch/hub/api/dam/assets/14963221/master>
- Ufficio federale di statistica. (2019, 15 ottobre). Lebenserwartung in guter Gesundheit, nach Geschlecht, bei Geburt und im Alter von 65 Jahren. (Tabella disponibile in lingua tedesca) <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/querschnittsthemen/wohlfahrtsmessung/wohlfahrt/gesundheits/lebenserwartung.assetdetail.10148128.html>
- Ufficio federale di statistica. (2020b). Gesundheit im Alter. (Pagina disponibile in lingua tedesca e francese) <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheits/gesundheitszustand/alter.html>
- Ufficio federale di statistica. (2023a). Haushalte. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/stand-entwicklung/haushalte.html>
- Ufficio federale di statistica. (2023b, 26 giugno). Rendite annue medie dell'AVS e della PP, per sesso - Persone beneficiarie dai 65 anni in su. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/it/home/statistiche/situazione-economica-sociale-popolazione.assetdetail.25665385.html>
- Ufficio federale di statistica. (2023c, 25 agosto). Popolazione residente permanente e non permanente secondo il Cantone, il sesso, lo stato civile e l'età. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/it/home/statistiche/cataloghi-banche-dati/dati.assetdetail.23044772.html>
- Van Oyen, H., Van Der Heyden, J., Perenboom, R., & Jagger, C. (2006). Monitoring population disability: Evaluation of a new Global Activity Limitation Indicator (GALI). *Sozial- Und Präventivmedizin*, 51(3), 153–161. <https://doi.org/10.1007/s00038-006-0035-y>
- World Health Organization. (2015). World report on ageing and health. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463>

Appendice

A 1 Fonte dei dati

Come fonte dei dati per il presente studio è stato utilizzato il Sondaggio svizzero sull'anzianità (Gabriel, Kubat, et al. 2022), descritto nella seguente parte A1.1 (cfr. Gabriel & Kubat 2022).

A 1.1 SONDAGGIO SVIZZERO SULL'ANZIANITÀ

A1.1.1 Struttura dello studio

Il Sondaggio svizzero sull'anzianità è un progetto congiunto della Fondazione Pro Senectute Svizzera, della Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (Università di scienze applicate di Zurigo) e dell'Università di Ginevra; è stato condotto per la prima volta nel 2022. Si tratta di un sondaggio panel rappresentativo di tutti i Cantoni e della Svizzera in generale, che ha coinvolto circa 4500 persone di età pari o superiore ai 55 anni. Non sono stati presi in considerazione i soggetti residenti in case di cura e istituti per anziani. D'ora in poi il sondaggio avrà luogo a intervalli regolari. Dopo una fase iniziale di circa 18 mesi durante la quale i dati vengono utilizzati esclusivamente per le analisi del Monitoraggio nazionale dell'anzianità, essi vengono resi disponibili presso la Fondazione svizzera per la ricerca in scienze sociali FORS e per eventuali lavori di ricerca.

I partecipanti allo studio sono stati estratti in maniera casuale dal quadro di campionamento (SRPH) dell'Ufficio federale di statistica. In questa estrazione, la popolazione base / popolazione target era costituita dalla popolazione residente permanente di età superiore ai 54 anni. A livello operativo, per concentrare l'attenzione sulle persone appartenenti a economie domestiche private e non contemplare invece le case di cura e gli istituti per anziani, è stato adottato il criterio di escludere le economie domestiche composte da oltre dieci persone, le quali, con ogni probabilità comprendono appunto le suddette strutture nonché gli alloggi collettivi.

Considerato l'obiettivo di estendere la rilevazione a tutti i Cantoni della Svizzera e di poter formulare asserzioni riguardo alla popolazione cantonale tenendo conto, al contempo, delle specificità legate a quel territorio, è stato definito un approccio in più fasi per allestire il campione netto. Per ogni Cantone è stato fissato un valore indicativo minimo per il numero di partecipanti, pari a 180 interviste. Per i Cantoni che dispongono di un mezzo voto, tale valore è stato ripartito equamente. Nei Cantoni scarsamente popolati, in cui vive meno del 5% ma più dell'1% della popolazione totale della Svizzera, il limite è stato ridotto a 160 interviste; mentre là dove gli abitanti del Cantone costituiscono meno dell'1% della popolazione totale del Paese, si è definito un campione di 120. In seguito, questi valori indicativi sono stati ponderati in funzione dell'entità della popolazione residente permanente e a seconda del numero di abitanti dei diversi Cantoni è stato ripartito tra loro un contingente supplementare di 1000 persone, aggiungendole ai valori minimi descritti. Successivamente, le cifre sono state arrotondate all'unità intera.

La rilevazione principale sul campo si è svolta tra giugno e agosto 2022 ed è stata condotta su mandato dall'istituto indipendente M.I.S Trend, che si occupa di demoscopia e ricerche di mercato. È stato adottato un approccio mixed-mode. I partecipanti hanno appreso mediante una lettera di essere stati selezionati per lo studio; in tale contesto è stato indicato loro un link attraverso il quale potevano compilare il questionario online. Se non procedevano alla compilazione online, venivano contattati telefonicamente e, in caso di disponibilità, intervistati seduta stante con la metodologia CATI (computer assisted telephone interview). Circa il 73% dei partecipanti ha optato per il questionario online, mentre il 27% è stato intervistato per via telefonica.

La distorsione causata dalla struttura di stratificazione nel campione è stata controllata dopo la rilevazione per mezzo di una variabile di ponderazione, tenendo conto degli effettivi realmente sottoposti a rilevazione nei singoli strati. È stato utilizzato il bilancio demografico secondo l'età e il cantone (UST px-x-0102020000_104) in base alla statistica della popolazione e delle economie domestiche (STATPOP) del 2020.

A 1.1.2 Questionario

Dal punto di vista dei contenuti, il Sondaggio svizzero sull'anzianità si interessa sia di una valutazione generale delle condizioni di salute e di vita, sia di dimensioni quali la situazione finanziaria, la digitalizzazione, le attività per il tempo libero, lo stato cognitivo e il fabbisogno di assistenza della popolazione svizzera in età da pensione. L'elemento distintivo che contraddistingue questa indagine è la copertura geografica completa su tutti i cantoni e quattro classi di età. Ogniqualvolta viene svolta, si definisce un tema centrale riguardo al quale vengono condotte ulteriori analisi. Per l'indagine tenutasi nel 2022, il tema centrale era la povertà nell'anzianità. Nella misura del possibile, il questionario utilizza costrutti già esistenti validati in sondaggi sull'anzianità comparabili o le nomenclature dell'Ufficio federale di statistica.

A 1.1.3 Caratteri del campione

Mentre il Sondaggio svizzero sull'anzianità comprende soggetti appartenenti alle fasce di età dai 55 anni in su, nel presente studio sono state prese in considerazione solo le persone di età pari o superiore ai 65 anni, in quanto la riflessione si concentra esclusivamente sulla povertà delle persone in età da pensione. Il campione considerato, su cui si basano le analisi condotte in questo dossier, comprende 3313 persone.

La Tabella 4 mostra i principali caratteri sociodemografici della popolazione over 65 basandosi sul campione del Sondaggio svizzero sull'anzianità. In questa analisi tutti i dati sono ponderati, vale a dire che la distorsione dovuta all'elemento strutturale è già stata controllata. La tabella può essere poi verificata sulla base di valori di confronto dell'Ufficio federale di statistica relativi alla popolazione svizzera, il che consente di identificare eventuali scostamenti originati dalla rilevazione.

| Dimensione | Categoria | Percentuale | Intervallo di confidenza | Stima UST ³ |
|---|-----------------------|-------------|--------------------------|------------------------|
| Sesso | Uomini | 46.30% | +/- 1.0% | 44.97% |
| | Donne | 53.70% | +/- 1.0% | 55.02% |
| Categoria di età | 65-74 | 59.30% | +/- 1.1% | 50.78% |
| | ≥ 75 | 40.70% | +/- 1.1% | 49.20% |
| Massimo livello di formazione conseguito | Scuola dell'obbligo | 14.60% | +/- 0.7% | 23.80% |
| | Livello secondario II | 48.80% | +/- 1.1% | 48.10% |
| | Formazione terziaria | 36.60% | +/- 1.0% | 28.10% |
| Nazionalità | Nazionalità straniera | 6.90% | +/- 0.5% | 11.07% |
| | Nazionalità svizzera | 93.10% | +/- 0.5% | 88.93% |

Tabella A1: Caratteri sociodemografici del campione del Sondaggio svizzero sull'anzianità e della popolazione over 65 anni

²Il Sondaggio svizzero sull'anzianità contemplava le classi di età 55-64, 65-74, 75-84 e 85+. Poiché in alcuni cantoni l'attendibilità dei risultati non era sufficientemente garantita per le categorie dei soggetti in età più avanzata a causa del loro basso tasso di risposta, nella presente analisi le due classi di età superiori sono state accorpate.

³Fonti: Sesso, età e nazionalità: STATPOP, 2021 (tabella T 01.02.03.02); livello di formazione: Rilevazione strutturale, 2020 (tabella T 40.02.15.08.07).

La tabella mostra che, fondamentalmente, il Sondaggio svizzero sull'anzianità restituisce una rappresentazione accurata della popolazione di età superiore ai 65 anni e che non vi sono scostamenti significativi rispetto alla popolazione totale suscettibili di pregiudicare la rilevanza dell'analisi. Si osservano lievi divergenze per quanto riguarda la struttura demografica: le persone di età pari o superiore ai 75 anni figurano nell'Indagine in misura leggermente inferiore, mentre la percentuale di stranieri in età da pensione è leggermente più elevata – risultato che tuttavia, da un punto di vista analitico, è da valutarsi in modo piuttosto positivo, poiché in tal modo è possibile indagare meglio sul gruppo relativamente ristretto degli anziani non svizzeri; infine, la percentuale dei soggetti che hanno completato una formazione terziaria è leggermente più elevata.

A 1.1.4 Limiti del set di dati

Nonostante le consistenti dimensioni del campione (circa 3300 persone over 65), alcune analisi devono fare i conti con una criticità legata alla base relativamente ridotta di osservazioni su cui si fondano, il che determina una stima piuttosto imprecisa. Il problema riguarda in particolare gli studi che utilizzano caratteri particolarmente poco diffusi. Per tener conto di questa circostanza, in tutte le analisi condotte vengono indicati cosiddetti intervalli di confidenza che informano sul grado di accuratezza o, viceversa, di incertezza relativamente alle stime presentate.

Oltre all'ostacolo delle casistiche talvolta piuttosto ristrette per determinati caratteri, si pone il problema della mancata risposta ad alcune domande. Poiché gli intervistati erano liberi di non rispondere a certe domande, le analisi possono essere anche influenzate da questa quota di risposte mancanti (chiamate item non-response). Le valutazioni riguardanti questioni con una percentuale particolarmente elevata di «non risposte» sono state contrassegnate come tali nel testo. Inoltre, il grado di incertezza relativamente alle stime viene anch'esso rappresentato negli intervalli di confidenza.

Infine, va anche menzionato il fatto che l'esclusione delle persone che vivono in case di cura o istituti per anziani potrebbe determinare una riduzione delle quote stimate in relazione al percepimento delle PC rispetto a quelle riportate nelle statistiche nazionali della Confederazione.

A 2 Tabelle di regressione

A 2.1 DIFFERENZE DEMOGRAFICHE

A 2.1.1 Fruizione di cure a pagamento

Modello di regressione logistica per la fruizione di cure a pagamento

| | Odds-Ratio | | | | |
|---------------------------|------------|-----------|----------|----------|-----------|
| | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) |
| Età | 1.13*** | 1.10*** | | | 1.10*** |
| Condizioni fisiche (GALI) | | 0.25*** | | 0.21*** | 0.25*** |
| Donne | | | 1.22 | 1.10 | 0.98 |
| Costante | 0.0000*** | 0.0001*** | 0.07*** | 0.39*** | 0.0001*** |
| Observations | 3,234 | 3,203 | 3,234 | 3,203 | 3,203 |
| Log Likelihood | -825.04 | -719.19 | -922.85 | -775.58 | -719.18 |
| Akaike Inf. Crit. | 1,654.09 | 1,444.37 | 1,849.70 | 1,557.16 | 1,446.36 |

Note: *p<0.1; **p<0.05; ***p<0.01

A 2.1.2 Fruizione di assistenza/aiuto domestico

Modello di regressione logistica per la fruizione di assistenza/aiuto domestico

| | Odds-Ratio | | | | |
|---------------------------|------------|-----------|-----------|----------|-----------|
| | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) |
| Età | 1.14*** | 1.12*** | | | 1.11*** |
| Condizioni fisiche (GALI) | | 0.31*** | | 0.25*** | 0.31*** |
| Donne | | | 1.89*** | 1.82*** | 1.68*** |
| Costante | 0.0000*** | 0.0001*** | 0.04*** | 0.20*** | 0.0000*** |
| Observations | 3,228 | 3,197 | 3,228 | 3,197 | 3,197 |
| Log Likelihood | -954.16 | -857.34 | -1,072.23 | -931.32 | -849.48 |
| Akaike Inf. Crit. | 1,912.32 | 1,720.67 | 2,148.45 | 1,868.64 | 1,706.97 |

Nota: *p<0.1; **p<0.05; ***p<0.01

A 2.2 DIFFERENZE IN BASE ALLA SITUAZIONE ABITATIVA

A 2.2.1 Fruizione di cure a pagamento

Modello di regressione logistica per la fruizione di cure a pagamento in base al tipo di economia domestica

| | Odds-Ratio | | | |
|--|------------|----------|-----------|----------|
| | (1) | (2) | (3) | (4) |
| Tipo di economia domestica: Persone sole (rif. coppie [di coniugi]) | 1.44* | 1.44* | 1.35 | 1.42* |
| Tipo di economia domestica: Altro | 0.46*** | 0.52*** | 0.65*** | 0.60*** |
| Condizioni fisiche (GALI) | | 0.22*** | 0.25*** | 0.25*** |
| Età | | | 1.09*** | 1.09*** |
| Donne | | | | 0.72** |
| Costante | 0.09*** | 0.43*** | 0.0004*** | 0.001*** |
| Observations | 3,205 | 3,177 | 3,177 | 3,177 |
| Log Likelihood | -872.24 | -739.62 | -698.71 | -696.46 |
| Akaike Inf. Crit. | 1,750.49 | 1,487.24 | 1,407.42 | 1,404.92 |

Nota: *p<0.1; **p<0.05; ***p<0.01

A 2.2.2 Fruizione di assistenza/aiuto domestico

Modello di regressione logistica per la fruizione di assistenza/aiuto domestico in base al tipo di economia domestica

| | Odds-Ratio | | | |
|--|------------|----------|-----------|-----------|
| | (1) | (2) | (3) | (4) |
| Tipo di economia domestica: Persone sole (rif. coppie [di coniugi]) | 1.27 | 1.25 | 1.16 | 1.12 |
| Tipo di economia domestica: Altro | 0.37*** | 0.40*** | 0.50*** | 0.52*** |
| Condizioni fisiche (GALI) | | 0.26*** | 0.31*** | 0.31*** |
| Età | | | 1.10*** | 1.10*** |
| Donne | | | | 1.26 |
| Costante | 0.11*** | 0.46*** | 0.0002*** | 0.0001*** |
| Observations | 3,199 | 3,171 | 3,171 | 3,171 |
| Log Likelihood | -1,011.31 | -883.45 | -824.74 | -823.49 |
| Akaike Inf. Crit. | 2,028.61 | 1,774.90 | 1,659.48 | 1,658.98 |

Nota: *p<0.1; **p<0.05; ***p<0.01

A 2.3 DIFFERENZE IN BASE AL LIVELLO DI ISTRUZIONE

A 2.3.1 Fruizione di cure a pagamento

Modello di regressione logistica per la fruizione di cure a pagamento in base al titolo di studio di grado più elevato conseguito

| | Odds-Ratio | | | |
|---|------------|----------|-----------|-----------|
| | (1) | (2) | (3) | (4) |
| Formazione: Formazione terziaria (rif. sec. II) | 0.66*** | 0.69** | 0.79 | 0.75 |
| Basso livello di formazione | 1.65*** | 1.51** | 1.31 | 1.36* |
| Condizioni fisiche (GALI) | | 0.21*** | 0.25*** | 0.25*** |
| Età | | | 1.10*** | 1.10*** |
| Donne | | | | 0.85 |
| Costante | 0.09*** | 0.46*** | 0.0002*** | 0.0002*** |
| Observations | 3,195 | 3,167 | 3,167 | 3,167 |
| Log Likelihood | -898.67 | -757.98 | -705.63 | -705.04 |
| Akaike Inf. Crit. | 1,803.33 | 1,523.95 | 1,421.25 | 1,422.09 |

Nota: *p<0.1; **p<0.05; ***p<0.01

A 2.3.2 Fruizione di assistenza/aiuto domestico

Modello di regressione logistica per la fruizione di assistenza/aiuto domestico in base al titolo di studio di grado più elevato conseguito

| | Odds-Ratio | | | |
|---|------------|----------|-----------|-----------|
| | (1) | (2) | (3) | (4) |
| Formazione: Formazione terziaria (rif. sec. II) | 1.27 | 1.25 | 1.16 | 1.12 |
| Basso livello di formazione | 0.37*** | 0.40*** | 0.50*** | 0.52*** |
| Condizioni fisiche (GALI) | | 0.26*** | 0.31*** | 0.31*** |
| Età | | | 1.10*** | 1.10*** |
| Donne | | | | 1.26 |
| Costante | 0.11*** | 0.46*** | 0.0002*** | 0.0001*** |
| Observations | 3,199 | 3,171 | 3,171 | 3,171 |
| Log Likelihood | -1,011.31 | -883.45 | -824.74 | -823.49 |
| Akaike Inf. Crit. | 2,028.61 | 1,774.90 | 1,659.48 | 1,658.98 |

Nota: *p<0.1; **p<0.05; ***p<0.01

A 2.4 DIFFERENZE IN BASE ALLA NAZIONALITÀ

A 2.4.1 Fruizione di cure a pagamento

Modello di regressione logistica per la fruizione di cure a pagamento in base alla nazionalità

| | Odds-Ratio | | | |
|---------------------------|------------|----------|-----------|-----------|
| | (1) | (2) | (3) | (4) |
| Nazionalità svizzera | 0.73 | 0.72 | 0.66 | 0.66 |
| Condizioni fisiche (GALI) | | 0.21*** | 0.25*** | 0.25*** |
| Età | | | 1.10*** | 1.10*** |
| Donne | | | | 0.99 |
| Costante | 0.12*** | 0.62* | 0.0002*** | 0.0002*** |
| Observations | 3,232 | 3,201 | 3,201 | 3,201 |
| Log Likelihood | -923.08 | -774.98 | -718.03 | -718.02 |
| Akaike Inf. Crit. | 1,850.16 | 1,555.95 | 1,444.06 | 1,446.05 |

Nota: *p<0.1; **p<0.05; ***p<0.01

A 2.4.2 Fruizione di assistenza/aiuto domestico

Modello di regressione logistica per la fruizione di assistenza/aiuto domestico in base alla nazionalità

| | Odds-Ratio | | | |
|---------------------------|------------|----------|-----------|-----------|
| | (1) | (2) | (3) | (4) |
| Nazionalità svizzera | 1.11 | 1.15 | 1.07 | 1.05 |
| Condizioni fisiche (GALI) | | 0.25*** | 0.31*** | 0.31*** |
| Età | | | 1.12*** | 1.11*** |
| Donne | | | | 1.68*** |
| Costante | 0.11*** | 0.46*** | 0.0001*** | 0.0000*** |
| Observations | 3,226 | 3,195 | 3,195 | 3,195 |
| Log Likelihood | -1,086.34 | -942.39 | -857.26 | -849.42 |
| Akaike Inf. Crit. | 2,176.69 | 1,890.78 | 1,722.51 | 1,708.83 |

Nota: *p<0.1; **p<0.05; ***p<0.01

A 2.5 DIFFERENZE IN BASE ALLA COMPENSABILITÀ DELLA POVERTÀ

A 2.5.1 Fruizione di cure a pagamento

Modello di regressione logistica per la fruizione di cure formali in caso di povertà non compensabile

| | Odds-Ratio | | | |
|---|------------|----------|-----------|-----------|
| | (1) | (2) | (3) | (4) |
| Persone in condizioni di povertà non compensabile | 2.40*** | 2.98*** | 3.39*** | 3.45*** |
| Condizioni fisiche (GALI) | | 0.20*** | 0.23*** | 0.23*** |
| Età | | | 1.10*** | 1.10*** |
| Donne | | | | 0.92 |
| Costante | 0.09*** | 0.45*** | 0.0002*** | 0.0002*** |
| Observations | 2,793 | 2,778 | 2,778 | 2,778 |
| Log Likelihood | -786.17 | -656.56 | -610.47 | -610.32 |
| Akaike Inf. Crit. | 1,576.33 | 1,319.12 | 1,228.95 | 1,230.64 |

Nota: *p<0.1; **p<0.05; ***p<0.01

A 2.5.2 Fruizione di assistenza/aiuto domestico

Modello di regressione logistica per la fruizione di assistenza/aiuto domestico in caso di povertà non compensabile

| | Odds-Ratio | | | |
|---|------------|----------|-----------|-----------|
| | (1) | (2) | (3) | (4) |
| Persone in condizioni di povertà non compensabile | 1.65 | 1.88* | 2.12** | 1.93* |
| Condizioni fisiche (GALI) | | 0.24*** | 0.29*** | 0.29*** |
| Età | | | 1.11*** | 1.11*** |
| Donne | | | | 1.67*** |
| Costante | 0.11*** | 0.52*** | 0.0001*** | 0.0000*** |
| Observations | 2,789 | 2,775 | 2,775 | 2,775 |
| Log Likelihood | -929.61 | -801.91 | -732.00 | -725.21 |
| Akaike Inf. Crit. | 1,863.23 | 1,609.82 | 1,472.00 | 1,460.42 |

Nota: *p<0.1; **p<0.05; ***p<0.01

A 2.6 DIFFERENZE IN BASE AI GRUPPI DI REDDITO SECONDO LA LPC**A 2.6.1 Fruizione di cure a pagamento**

Modello di regressione logistica per la fruizione di cure formali in base al reddito secondo la LPC

| | Odds-Ratio | | | |
|---|------------|----------|-----------|-----------|
| | (1) | (2) | (3) | (4) |
| Reddito secondo la LPC <2279 (rif. reddito secondo la LPC >10 000) | 4.41*** | 3.89*** | 3.25*** | 3.53*** |
| Reddito secondo la LPC 2280-2999 | 3.73*** | 3.09*** | 2.32*** | 2.52*** |
| Reddito secondo la LPC 3000-4999 | 2.66*** | 2.31*** | 1.87*** | 1.97*** |
| Reddito secondo la LPC 5000-7999 | 2.10*** | 1.97*** | 1.63** | 1.68** |
| Reddito secondo la LPC 8000-9999 | 1.19 | 1.13 | 1.10 | 1.11 |
| Condizioni fisiche (GALI) | | 0.21*** | 0.25*** | 0.24*** |
| Età | | | 1.09*** | 1.09*** |
| Donne | | | | 0.83 |
| Costante | 0.04*** | 0.23*** | 0.0002*** | 0.0002*** |
| Observations | 2,827 | 2,809 | 2,809 | 2,809 |
| Log Likelihood | -766.51 | -647.18 | -609.64 | -608.98 |
| Akaike Inf. Crit. | 1,545.02 | 1,308.37 | 1,235.29 | 1,235.97 |

Nota: *p<0.1; **p<0.05; ***p<0.01

A 2.6.2 Fruizione di assistenza/aiuto domestico

Modello di regressione logistica per la fruizione di assistenza/aiuto domestico in base al reddito secondo la LPC

| | Odds-Ratio | | | |
|---|------------|----------|----------|-----------|
| | (1) | (2) | (3) | (4) |
| Reddito secondo la LPC <2279 (rif. reddito secondo la LPC >10 000) | 3.04*** | 2.63*** | 2.22*** | 1.71** |
| Reddito secondo la LPC 2280-2999 | 3.00*** | 2.44*** | 2.06*** | 1.45 |
| Reddito secondo la LPC 3000-4999 | 2.56*** | 2.29*** | 2.06*** | 1.58** |
| Reddito secondo la LPC 5000-7999 | 2.00*** | 1.90*** | 1.81*** | 1.46* |
| Reddito secondo la LPC 8000-9999 | 1.18 | 1.14 | 1.10 | 1.07 |
| Condizioni fisiche (GALI) | | 0.26*** | 0.26*** | 0.31*** |
| Età | | | 1.60*** | 1.59*** |
| Donne | | | | 1.11*** |
| Costante | 0.06*** | 0.29*** | 0.15*** | 0.0000*** |
| Observations | 2,822 | 2,805 | 2,805 | 2,805 |
| Log Likelihood | -920.05 | -805.15 | -799.37 | -737.33 |
| Akaike Inf. Crit. | 1,852.10 | 1,624.30 | 1,614.74 | 1,492.65 |

Nota: *p<0.1; **p<0.05; ***p<0.01

Impressum e contatti

Impressum

© Pro Senectute Svizzera, 2023

1a edizione

Editore e contatto di riferimento

Pro Senectute Svizzera, Lavaterstrasse 60, casella postale, 8027 Zurigo

Telefono 044 283 89 89, e-mail: info@prosenectute.ch, www.prosenectute.ch

Autori

Flurina Meier (co-responsabile del progetto presso la ZHAW, concetto e redazione)

Rainer Gabriel (co-responsabile del progetto presso la ZHAW, analisi statistiche, revisione e correzione del testo)

Team di progetto di Pro Senectute

Alexander Widmer (responsabile del progetto presso Pro Senectute Svizzera)

Eliane Müller (collaboratrice scientifica presso Pro Senectute Svizzera)

Fonti statistiche

Sondaggio svizzero sull'anzianità 2022

Fonte immagine di copertina

copyright@freepik.com

Ambito tematico

Assistenza, cura, salute

Proposta di dicitura per citazione

Meier, Flurina & Gabriel, Rainer. (2023). Monitoraggio dell'anzianità di Pro Senectute: Fruizione di prestazioni d'assistenza e cura nell'anzianità. Rapporto parziale, parte 3. Zurigo: Pro Senectute Svizzera.

Impaginazione/design

Pro Senectute Svizzera



L'opera, nella sua totalità e nelle parti che la compongono, è rilasciata sotto la licenza Creative Commons - Attribuzione 4.0 BY, NC. Questa licenza consente, previa attribuzione dell'autrice, di utilizzare, riprodurre e diffondere il materiale in qualsiasi formato o su qualunque supporto.

Qualsiasi utilizzo commerciale è vietato. I termini della licenza Creative Commons si applicano solo al materiale originale.

Il riutilizzo di materiale ripreso da altre fonti (contrassegnato con l'indicazione della fonte), come figure, foto o parti di testo, può necessitare di ulteriori autorizzazioni all'uso da parte del rispettivo titolare dei diritti.

ISBN 978-3-907481-02-8



9 783907 481028 >

Pro Senectute Svizzera

Lavaterstrasse 60
Casella postale
8027 Zurigo
Telefono 044 283 89 89

info@prosenectute.ch
www.prosenectute.ch