

Strategia in materia di politica della vecchiaia

Rapporto del Consiglio federale

in risposta al postulato 03.3541 Leutenegger Oberholzer
del 3 ottobre 2003

29 agosto 2007

Riassunto

In risposta ad un intervento parlamentare (postulato Leutenegger Oberholzer 03.3541), il Consiglio federale definisce le linee direttrici di una possibile politica della vecchiaia su scala nazionale.

Considerate l'evoluzione demografica e le sue prevedibili conseguenze, è necessaria una strategia complessiva. Una strategia s'impone anche perché la politica della vecchiaia non si limita alla previdenza per la vecchia, ma si estende anche a numerosi altri settori, p. es. il sistema sanitario, il settore degli alloggi e la politica dei trasporti. Una visione d'assieme e una strategia comune permetterebbero un miglior coordinamento dei provvedimenti decisi o previsti.

Il rapporto illustra la situazione attuale degli anziani in relazione a cinque settori specifici: salute e copertura sanitaria, situazione degli alloggi e mobilità, lavoro e pensionamento, impegno e partecipazione sociale. Per ognuno di questi settori vengono evidenziate le risorse, le potenzialità e le esigenze degli anziani e sono descritte le sfide che si troveranno ad affrontare gli enti interessati.

In tutti e cinque i settori la situazione degli anziani può essere definita buona: hanno considerevoli risorse e grandi potenzialità. L'aumento della speranza di vita senza disabilità, l'esigua percentuale di poveri tra gli anziani e le prestazioni che essi forniscono a famiglie e società sono la chiara dimostrazione che l'immagine della vecchiaia piena d'acciacchi ha ormai fatto il suo tempo. Tuttavia, nonostante il quadro complessivamente positivo, non va dimenticato che il processo d'invecchiamento ha un decorso spiccatamente individuale. La politica della vecchiaia ha il compito di trovare soluzioni a importanti problemi sociali, quali p. es. l'assistenza agli anziani bisognosi di cure

Partendo da queste constatazioni, il rapporto definisce due linee direttrici complementari. La prima si concentra sulle risorse e sulle potenzialità ed ha lo scopo di promuovere l'autodeterminazione e la partecipazione degli anziani e il riconoscimento delle loro prestazioni. La seconda intende rispondere alle esigenze specifiche degli anziani e punta a garantire un'ultima fase di vita dignitosa ed adeguata ai desideri individuali. Secondo il rapporto la politica della vecchiaia non deve concentrarsi su una determinata fascia d'età, ma fondarsi sulle biografie individuali (nella prospettiva della prevenzione) e tener conto di tutte le generazioni. La vecchiaia è dunque un argomento che richiede l'impegno coordinato di tutti i settori della politica (cosiddetto *mainstreaming*).

Entrambe le linee direttrici possono essere impostate a diversi livelli. Il rapporto descrive attività in corso e possibili interventi. Nell'eventualità di un'attuazione si dovrà tener conto del principio di sussidiarietà e del quadro finanziario definito nei preventivi e nel piano di finanziamento della Confederazione. Poiché il presente rapporto non intende proporre un piano d'azione, le analisi non si limitano all'ambito di competenza della Confederazione. Per la definizione di modalità d'attuazione concrete e delle relative implicazioni finanziarie saranno necessari ulteriori lavori, cui dovranno partecipare i anche Cantoni e altri interlocutori. Dapprima però sarà il Parlamento, cui il rapporto è destinato, a doversi pronunciare sull'ulteriore procedimento.

Sommario

Riassunto	i	
Sommario	iii	
Abbreviazioni	v	
1	Introduzione.....	1
11	Mandato e procedimento	1
12	Contesto: la politica della vecchiaia sullo sfondo dell'evoluzione demografica e sociale.....	1
13	Le sfide di una politica nazionale della vecchiaia	2
14	Apporto della riflessione condotta sul piano internazionale.....	4
15	Struttura del rapporto	5
2	L'evoluzione demografica in Svizzera	5
3	Settori della vita e campi d'intervento	8
31	Salute e servizio medico-sanitario	8
311	Descrizione	8
312	La salute degli anziani: risorse ed esigenze attuali	8
312.1	Le risorse	8
312.2	La prospettiva del corso della vita	9
312.3	Esigenze	10
313	Le sfide della politica sanitaria	11
313.1	Il sistema sanitario: quadro istituzionale	11
313.2	Favorire la partecipazione e l'autonomia: promozione della salute e prevenzione	11
313.3	Affrontare la dipendenza: le cure di lunga durata	13
313.4	Morire con dignità: cure palliative ed eutanasia.....	16
32	Situazione abitativa e mobilità	18
321	Situazione abitativa, configurazione dell'ambiente abitativo e del quartiere	18
321.1	Descrizione	18
321.2	Situazione abitativa della popolazione anziana	19
321.3	Sfide per la politica in materia di alloggi	21
322	Mobilità e trasporti pubblici e privati.....	24
322.1	Descrizione	24
322.2	Sfide della politica dei trasporti : servizi di trasporto pubblico a misura d'uomo	24
33	Lavoro e passaggio alla pensione	25
333	Descrizione	25
334	I lavoratori anziani sul mercato del lavoro	26
334.1	Le risorse dei lavoratori anziani	26
334.2	Sfide per il mercato del lavoro, la politica aziendale e la sicurezza sociale	27
335	Pensionamento flessibile	29
336	L'attività lucrativa dei pensionati (4° pilastro).....	31
336.1	Descrizione	31
336.2	Proseguimento dell'attività lucrativa: scelta personale o necessità.....	31
336.3	Sfide per la previdenza per la vecchiaia	32
337	Ripartizione del lavoro sull'arco di tutta l'esistenza	32
34	Situazione economica dei pensionati	33
341	Descrizione	33
342	Il sistema della previdenza per vecchiaia	34
343	Le risorse economiche dei pensionati	35
343.1	Situazione reddituale	35
343.2	Situazione patrimoniale.....	36
344	Le prestazioni degli anziani: i trasferimenti privati	36

345	Sfide per la previdenza di vecchiaia	36
345.1	Livello di previdenza delle generazioni di pensionati attuali	36
345.2	Mantenere il livello di previdenza: condizioni quadro	37
35	Impegno e partecipazione alla vita sociale	38
351	Descrizione	38
352	Volontariato e trasferimenti volontari: prestazioni degli anziani, solidarietà tra le generazioni.....	38
352.1	Volontariato informale e trasferimenti tra le generazioni	38
352.2	Volontariato formale nell'ambito delle associazioni e delle organizzazioni di autoaiuto.....	39
352.3	Sfide per il sostegno al volontariato e alle organizzazioni che si occupano della vecchiaia.....	40
353	Partecipazione alla società dell'informazione: pari opportunità	40
353.1	Il divario digitale	40
353.2	Sfide per la società dell'informazione	41
354	Diritto delle persone non autosufficienti: dignità e autodeterminazione	42
4	Conclusioni e possibilità d'intervento	43
41	Bilancio.....	43
411	La situazione delle persone anziane	43
412	Le istituzioni e le politiche per gli anziani	43
42	Linee direttrici di una possibile strategia.....	44
43	Ruolo della Confederazione.....	46
44	Equilibri difficili.....	47
45	Prossimi passi.....	47
	Allegati	49
	Allegato 1. Compendio delle proposte	49
	Allegato 2. Mozione Leutenegger Oberholzer.....	53
	Politica a favore degli anziani. Sviluppo di una strategia (03.3541).....	53
	Allegato 3. Bibliografia.....	55

Abbreviazioni

AFF	Amministrazione federale delle finanze
AOCMS	Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie
ARE	Ufficio federale dello sviluppo territoriale
CSA	Consiglio svizzero degli anziani
DFGP	Dipartimento federale di giustizia e polizia
NPC	Nuova Perequazione finanziaria e dei compiti tra Confederazione e Cantoni
Obsan	Osservatorio svizzero della salute
ONG	Organizzazioni non governative
SECO	Segreteria di Stato dell'economia
UFAB	Ufficio federale delle abitazioni
UFAS	Ufficio federale delle assicurazioni sociali
UFCOM	Ufficio federale delle comunicazioni
UFM	Ufficio federale della migrazione
UFSP	Ufficio federale della sanità pubblica
UFT	Ufficio federale dei trasporti
UFU	Ufficio federale per l'uguaglianza tra donna e uomo
UST	Ufficio federale di statistica
USTRA	Ufficio federale delle strade

1 Introduzione

11 Mandato e procedimento

Il presente rapporto è stato scritto in risposta al postulato Leutenegger Oberholzer depositato nel mese di ottobre 2003¹. Con detto postulato si chiede al Consiglio federale di gettare le basi di una politica federale in favore degli anziani, di prevedere le risorse necessarie a tale scopo sia in termini di finanze che di personale ed eventualmente di presentare al Parlamento gli emendamenti richiesti a livello di legge. Nella sua presa di posizione, il Consiglio federale ricorda che da decenni esso considera la politica in favore degli anziani come una questione di primaria importanza. Esso ritiene, inoltre, che il dibattito politico non debba vertere unicamente sulla sicurezza materiale degli anziani e sulle assicurazioni sociali (AVS, LPP, PC e LAMal), ma che debba anche includere il fattore vecchiaia in molti campi, quali la circolazione, la pianificazione del territorio, gli alloggi, la salute, la sicurezza, i mezzi di comunicazione, lo sport e il tempo libero. A questo riguardo, esso ricorda che numerose questioni generali in materia di vecchiaia sono – o sono già state – trattate a livello federale: il tema vecchiaia è stato affrontato in alcuni rapporti nazionali pubblicati da commissioni di esperti negli anni 1966, 1979 e 1995, come pure nelle ricerche a livello del PNR 32 condotte negli anni Novanta e in alcuni programmi d'attività – compresa la legislazione – degli uffici federali.

Inoltre, l'interesse per un approccio interdisciplinare che emerge dal postulato ben s'inserisce nella prospettiva della Strategia federale per lo sviluppo sostenibile, secondo la quale il Consiglio federale tiene conto, nelle sue attività, degli aspetti economici, ambientali e sociali della questione, come pure della solidarietà tra le generazioni².

Il presente rapporto non si limita, nell'analisi, alla sfera di competenza della Confederazione. Le opzioni messe in evidenza riguardano diversi soggetti, anche se la Confederazione non può imporre misure nei campi di competenza dei Cantoni o dei Comuni, in particolare quello della salute e dei servizi sociali. In questa sede si tratta di stabilire le linee guida della strategia e non un piano d'azione. Le conseguenze finanziarie delle diverse linee d'azione non sono indicate, nemmeno quando corrispondono a progetti in corso. La concretizzazione di un programma d'azione rientrerebbe in una fase ulteriore e imporrebbe di valutare i risparmi realizzabili a medio o lungo termine grazie a misure di carattere preventivo, incentivante o promozionale.

Il presente rapporto è il risultato di lavori condotti sotto la direzione dell'UFAS in seno a un gruppo di lavoro interdipartimentale composto da rappresentanti degli uffici seguenti: AFF, ARE, UFAS, UFAB, UST, UFSP e SECO.

In più, vi hanno contribuito gli uffici o servizi seguenti: UFCOM, USTRA, UFT e UFU.

Il Consiglio svizzero degli anziani (CSA), che ha la funzione di rappresentare gli interessi degli anziani dinanzi al Consiglio federale e all'Amministrazione federale, è stato consultato.

12 Contesto: la politica della vecchiaia sullo sfondo dell'evoluzione demografica e sociale

Oggi, l'impostazione della politica della vecchiaia è oggetto di controversie e di accese discussioni. I compiti che la politica della vecchiaia deve affrontare oggi e nel prossimo futuro sono legati allo sviluppo demografico e ai cambiamenti sociali che ne derivano. La situazione degli anziani – siano essi uomini o donne – è profondamente cambiata, come pure le relazioni tra le varie classi di età e tra le generazioni. I processi d'invecchiamento variano moltissimo da persona a persona e comportano una grande varietà di stili di vita e di forme d'invecchiamento a seconda del sesso, dell'età, dell'ambiente, del grado d'istruzione e della situazione economica di ogni individuo.

- Lo sviluppo demografico comporterà un sensibile aumento del numero degli anziani ed uno slittamento di peso tra le classi di età. Il dibattito pubblico è incentrato, in particolare, sui problemi che ne conseguono per lo sviluppo delle opere sociali, sulle ripercussioni sul

¹ 03.3541 mozione Leutenegger Oberholzer (trasmessa dal Consiglio nazionale sotto forma di postulato), v. allegato.

² Consiglio federale svizzero (2002). Strategia 2002 per lo sviluppo sostenibile. Rapporto del Consiglio federale del 27 marzo 2002. Berna; la Strategia 2008-2011 è in preparazione.

mercato del lavoro³ e sul rapporto tra responsabilità propria, reti di parentela e istituzioni pubbliche della politica della vecchiaia.

- In particolare, il prolungamento della speranza media di vita, a dispetto del fatto che, alla nascita del primo figlio, uomini e donne hanno un'età più avanzata, comporta un più ampio intervallo di vita comune tra giovani e anziani. La simultanea presenza di anche quattro generazioni successive che ne consegue offre nuove potenzialità relazionali. Queste nuove potenzialità – cioè la possibilità di offrirsi reciprocamente aiuto e sostegno nella vita di tutti i giorni, lo scambio di esperienze e l'impegno comune nell'ambito di determinati compiti sociali (custodia dei nipoti, sostegno finanziario alle giovani famiglie da parte dei genitori, assistenza ai genitori anziani ecc.) – possono tuttavia comportare oneri supplementari. Le relazioni intergenerazionali non sono prive di tensioni a causa della diversità delle esperienze maturate, degli ambienti frequentati e degli interessi personali.
- In generale, negli ultimi decenni, le condizioni di vita della maggior parte degli anziani della nostra società sono migliorate sotto diversi aspetti. La possibilità di vivere più a lungo senza disabilità, di decidere talvolta autonomamente quando ritirarsi dall'attività professionale ed il buon livello di sicurezza garantito dallo stato sociale in età avanzata consentono alla maggior parte degli anziani di vivere attivamente e a lungo l'ultima fase della loro vita, indipendentemente dal sostegno da parte di altri.
- Nel complesso, l'immagine dell'anziano è andata trasformandosi abbandonando gli stereotipi del decadimento fisico e del declino per essere associata, invece, a una fase della vita con un proprio valore e le sue possibilità d'impostazione. Le scoperte in campo gerontologico dimostrano anche che, se da un lato, la terza età porta con sé un calo delle prestazioni, dall'altro essa comporta la possibilità di sviluppare e coltivare capacità specifiche. Comunque, l'immagine della vecchiaia continua ad essere ambigua. Dal punto di vista dell'individuo, l'aumento della speranza di vita presenta prevalentemente aspetti positivi. Dal punto di vista della società, prevalgono invece gli accenni a un crescente bisogno di sostegno e assistenza ed ai problemi che ne derivano. C'è da sottolineare che la ricerca gerontologica⁴ è unanime nel sostenere che il processo di invecchiamento segue un andamento molto individuale, che è caratterizzato dalle esperienze e dalle circostanze di tutta la vita e che per molte persone può essere modificato fino in età avanzata.

13 Le sfide di una politica nazionale della vecchiaia

I cambiamenti citati si ripercuotono sulla formulazione di una politica della vecchiaia volta al futuro:

- **Potenziali di prestazioni.** Il crescente allungamento della fase attiva e priva di disturbi nella vecchiaia e il contemporaneo aumento dei problemi posti dall'evoluzione demografica fanno sorgere questi quesiti: quali sono le prestazioni effettive e potenziali della popolazione anziana? In che modo si possono sostenere e riconoscere⁵?
- **Partecipazione e autonomia della condotta di vita.** A un'idea di vecchiaia intesa come una fase attiva e condotta autonomamente della vita si associano diverse finalità. Per "attivo" non si intende solo l'essere attivi per se stessi, ma anche organizzare attivamente le relazioni sociali e la partecipazione alla vita sociale. Per "autonomia" si intende che le persone anziane possono decidere autonomamente come organizzare la propria vita. In fin dei conti, si tratta di favorire e sostenere il più a lungo possibile un'impostazione attiva e autonoma della propria vita. La politica della vecchiaia, dunque, ha il compito di favorire e sostenere la partecipazione e l'autonomia nella terza età.⁶
- **Diversità delle situazioni di vita e di bisogno.** Il fatto che il processo di invecchiamento segua un andamento individuale vuol dire che le situazioni individuali di persone della stessa

³ Gruppo direttore misto DFI/DFE "Partecipazione dei lavoratori anziani" (2005); Unione svizzera degli imprenditori (2006a).

⁴ Cfr. ad es. Baltes B. P. (1996).

⁵ Cfr. Dichiarazione politica e Piano d'azione internazionale 2002 di Madrid sull'invecchiamento (A/CONF.197/9), punto 21; Regional Implementation Strategy for the Madrid International Plan of Action on Ageing 2002 (ECE/AC.23/2002/2/Rev.6), Commitment 2.

⁶ Regional Implementation Strategy for the Madrid International Plan of Action on Ageing 2002 (ECE/AC.23/2002/2/Rev.6), Commitment 2; OMS (2002), Invecchiare rimanendo attivi: quadro d'orientamento, p. 12.

età anagrafica possono differire anche molto tra loro, sia per quanto concerne le risorse individuali di tipo finanziario, sociale e culturale, l'efficienza e le potenzialità d'efficienza, sia per quanto concerne i desideri e i bisogni. Queste differenze si spiegano in parte col fatto che ognuno ha alle spalle un proprio entroterra e che la vita di ciascuno segue un andamento diverso – anche in funzione di fattori quali il sesso, le origini culturali e sociali, la presenza di disabilità dall'infanzia o dalla gioventù, la carriera professionale, l'appartenenza generazionale. In più, si presume che le aspettative delle giovani generazioni di oggi verso quella che sarà la loro vecchiaia siano diverse dalle aspettative degli anziani di oggi. Ciò significa che la politica della vecchiaia deve tenere conto delle diverse situazioni di vita e di bisogno, dei diversi desideri e dei cambiamenti che a questo riguardo è possibile aspettarsi.

- **Prospettiva del corso della vita.** La parziale possibilità di influenzare il proprio processo di invecchiamento suggerisce, inoltre, di orientare la politica della vecchiaia secondo una prospettiva che tenga conto dell'intero corso della vita e preveda anche la preparazione individuale e sociale alle successive fasi dell'esistenza.
- **Solidarietà.** Una politica sociale della vecchiaia orientata sulla valorizzazione delle potenzialità degli anziani e sul contributo che, in diversi modi, essi possono dare alla società e alle generazioni più giovani deve inoltre continuare ad assicurare la solidarietà e a sostenere le persone anziane dipendenti e più svantaggiate.
- **Equilibri difficili.** Infine, nonostante il miglioramento della situazione generale della popolazione anziana, la politica della vecchiaia deve trovare una risposta anche al progressivo aumento delle uscite per l'assicurazione della vecchiaia e al previsto aumento del bisogno di assistenza e sostegno da parte degli anziani. La politica della vecchiaia da attuare per affrontare i diversi problemi menzionati dovrà quindi inevitabilmente confrontarsi con determinati conflitti di obiettivi e di interessi.
- **Mainstreaming.** Vista l'importanza che l'invecchiamento demografico riveste per tutti i settori politici, si rende necessario un cosiddetto «*mainstreaming*», ossia la presa in considerazione della dimensione dell'invecchiamento in tutte le politiche nonché dell'obiettivo di una società per tutte le età⁷.
- **Politica generazionale.** Lo slittamento del peso delle diverse classi di età e l'allungamento della fase di vita comune tra generazioni diverse influenzano le relazioni tra queste ultime e pongono la questione di una politica intergenerazionale strettamente legata alla politica della vecchiaia da definire. Naturalmente, dovranno essere presi in considerazione anche altri settori politici, come la politica familiare o la politica del mercato del lavoro⁸.

Inoltre, la politica della vecchiaia è tenuta a rispettare anche obiettivi sociopolitici generali. Citiamo qui il rispetto della dignità umana e della libera espressione della personalità – conformemente ai diritti fondamentali dell'uomo –, la responsabilità propria degli individui, anche in età avanzata, e il rispetto delle pari opportunità nella realizzazione delle misure.

In questo contesto, va sottolineata, in particolare, l'**idea guida dello sviluppo sostenibile**. Questo è opportuno per due motivi: da un lato, questa idea guida crea esplicitamente un collegamento tra le generazioni più giovani (anche quelle non ancora nate) e le generazioni più anziane. Dall'altro, lo sviluppo demografico porta con sé oneri specifici. E l'organizzazione dell'assicurazione della vecchiaia, ma in generale anche l'organizzazione della politica della vecchiaia, deve sempre essere valutata in funzione della sostenibilità. Tuttavia, non c'è da osservare solo l'aspetto del transfer finanziario, ma anche il più ampio contesto rappresentato da tutte le relazioni di scambio tra le generazioni. Secondo la Strategia federale per lo sviluppo sostenibile, andrebbe eseguita una valutazione della sostenibilità dei progetti e delle politiche federali, ovvero un'analisi degli effetti che essi hanno sull'economia, sull'ambiente e sulla società.⁹

Com'è stato già detto, da un lato, il processo d'invecchiamento segue un andamento individuale, dall'altro, però, la situazione di vita e i bisogni si presentano diversamente per differenti gruppi di

⁷ Regional Implementation Strategy for the Madrid International Plan of Action on Ageing 2002 (ECE/AC.23/2002/2/Rev.6), Commitment 1.

⁸ Cfr. Dichiarazione politica e Piano d'azione internazionale 2002 di Madrid sull'invecchiamento (A/CONF.197/9), punto 44.

⁹ Ufficio federale dello sviluppo territoriale ARE (2004).

persone. Una politica della vecchiaia di tipo globale deve rivolgersi a tutti, senza discriminazioni, e tenere conto dei bisogni individuali, ad esempio:

- **Differenze in funzione del grado di autonomia o di dipendenza.** Sebbene, in età avanzata, la maggior parte delle persone conducano una vita priva di disturbi e improntata all'autodeterminazione, alcuni sono colpiti da gravi limitazioni o addirittura hanno perso la loro autonomia. E ormai è diventato di uso comune parlare di terza età per indicare un'età avanzata ma ancora ampiamente priva di disturbi e parlare invece di quarta età per indicare quella fase della vita caratterizzata da forti limitazioni. A causa dell'andamento individuale del processo di invecchiamento, non è opportuno stabilire queste fasi riferendole all'età anagrafica. A livello individuale, la perdita di autonomia può iniziare prima o magari più tardi del normale, o addirittura può non verificarsi affatto. Ciononostante, le due fasi di vita si differenziano fortemente l'una dall'altra in quanto a situazione di vita, bisogni e desideri, per cui si deve tenere conto di questa circostanza nella formulazione di strategie all'interno della stessa tematica. In particolare, nella fase in cui l'autonomia permette ancora lo sviluppo personale e la partecipazione, i limiti d'età imposti all'esercizio di determinate funzioni o la restrizione dell'accesso alla formazione e all'informazione sono forme di discriminazione. Nella fase caratterizzata dalla dipendenza il rischio di discriminazione è invece piuttosto legata alla difficoltà di far valere i propri diritti tramite terzi indipendenti.
- **Differenze specifiche tra i sessi.** La maggior speranza di vita delle donne e le differenze tra le biografie maschili e femminili richiedono in parte soluzioni specifiche per i due sessi. Ad esempio, le donne vivono a casa loro da sole per un periodo di tempo più lungo rispetto agli uomini che, invece, se dovessero rendersi necessarie cure e assistenza, possono contare sulla propria moglie o su altre persone di riferimento. La politica della vecchiaia deve tenere conto, nelle sue strategie, delle differenze tra i sessi e della qualità della vita delle donne che, pur molto anziane, vivono da sole. Da questo, deve inoltre trarre conclusioni.
- **Disabili.** Le persone che presentano una disabilità già in età giovanile o fin dalla nascita nella vecchiaia incontreranno ulteriori problemi. A causa degli svantaggi cui sono confrontate nella formazione e nell'attività professionale, ben difficilmente saranno in grado di accumulare con le proprie forze una previdenza per la vecchiaia più che minima.
- **Migranti anziani.** Solo negli ultimi anni, tra gli esperti del lavoro senile, è maturata la consapevolezza che l'invecchiamento dei migranti può assumere connotazioni diverse rispetto all'invecchiamento della gente del posto. Giunti a una certa età, i migranti si chiedono se tornare in patria o se restare nel loro nuovo ambiente. Per chi è vissuto sempre nello stesso Paese, invece, il problema non si pone. Questo può far nascere tensioni in seno a una famiglia di migranti, specie se non tutti la pensano allo stesso modo circa l'eventualità di un rientro in patria. In caso di richieste di cure e assistenza, possono evidenziarsi atteggiamenti e aspettative nuove e diverse da parte dei migranti rispetto al contesto svizzero tradizionale. Perciò, si deve tenere conto dell'aspetto della migrazione nelle singole strategie.
- **Effetti generazionali.** Com'è noto, l'evoluzione dei modi di vivere, della medicina e del mondo del lavoro influenza lo stato di salute e i comportamenti delle generazioni successive. Le osservazioni fatte sulle persone anziane e molto anziane di oggi non dicono molto su quella che sarà la futura evoluzione della vecchiaia e delle prossime generazioni. Dunque, meglio essere prudenti nell'estrapolare osservazioni passate.

14 Apporto della riflessione condotta sul piano internazionale

Gli orientamenti precedentemente esposti riflettono quelli del Piano d'azione di Madrid, adottato in occasione della seconda Assemblea mondiale sull'invecchiamento nel 2002¹⁰, e gli impegni presi nella Strategia regionale (europea) di attuazione¹¹.

Le due idee chiave emerse dai lavori condotti nel quadro delle Nazioni Unite sono, da un lato, il «*mainstreaming*» o presa in considerazione della dimensione dell'invecchiamento in tutte le politiche, dall'altro, l'obiettivo di una società per tutte le età. Esse sottolineano la necessità di non considerare l'invecchiamento in maniera isolata ma come fenomeno che interessa tutta la società e tutte le

¹⁰ Dichiarazione politica e Piano d'azione internazionale 2002 di Madrid sull'invecchiamento (A/CONF.197/9).

¹¹ Regional Implementation Strategy for the Madrid International Plan of Action on Ageing 2002 (ECE/AC.23/2002/2/Rev.6).

politiche. L'invecchiamento attivo, la piena partecipazione degli anziani alla società e il riconoscimento del loro apporto sono particolarmente messi in evidenza, assieme alla salute e al benessere, alla sicurezza materiale e alla promozione di un ambiente adatto e stimolante. Mentre il Piano d'azione di Madrid e la Strategia regionale di Berlino partivano dal fenomeno globale dell'invecchiamento demografico per poi trarne le conseguenze economiche e sociali, il presente rapporto parte dalla situazione degli anziani nelle diverse sfere dell'esistenza.

D'altronde, l'invecchiamento della popolazione è un aspetto centrale delle strategie nazionali di sviluppo sostenibile adottate in Europa.

15 Struttura del rapporto

La definizione di una strategia per la politica della vecchiaia richiede un approccio trasversale. Pertanto, la politica della vecchiaia deve essere formulata nel modo più ampio possibile, in riferimento ai diversi ambiti della vita e ai bisogni degli anziani e della società in cui vivono.

Dopo aver stabilito il quadro dell'evoluzione demografica di cui tenere conto (cap. 2), il rapporto affronta, al capitolo 3, cinque grandi temi determinanti per l'invecchiamento individuale e per la situazione nella vecchiaia, sui quali è possibile intervenire attraverso politiche pubbliche.

- Salute e servizio medico
- Situazione abitativa e mobilità
- Lavoro e pensionamento
- Situazione economica dei beneficiari di rendita
- Impegno e partecipazione sociale

Per ogni tema, innanzitutto vengono posti dei quesiti guida. Seguono poi una rappresentazione della situazione attuale, l'analisi dei punti di forza e dei punti deboli e la formulazione di proposte strategiche *ad hoc*.

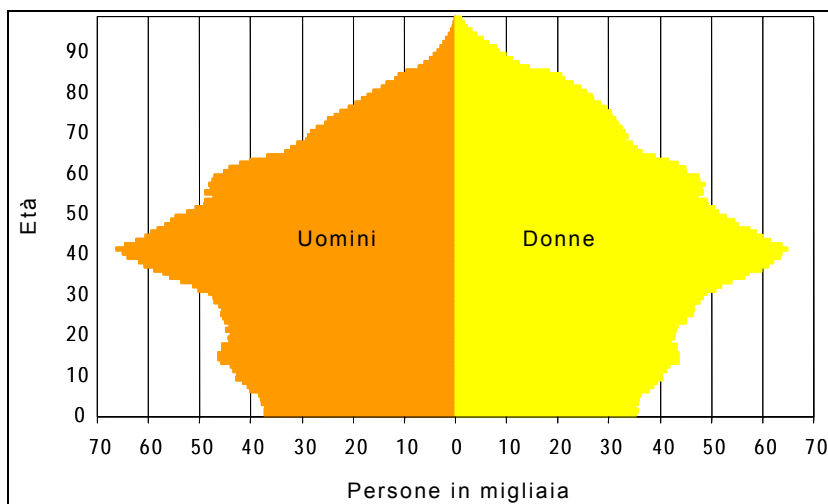
2 L'evoluzione demografica in Svizzera

Nei prossimi anni la Svizzera registrerà, come gli altri Paesi sviluppati, un netto e rapido invecchiamento della sua popolazione. La percentuale di persone di 65 anni e oltre aumenterà sensibilmente, mentre la percentuale dei giovani diminuirà. Questa modifica della struttura dell'età è frutto, da un lato, dell'evoluzione della fecondità, dall'altro, dell'evoluzione della speranza di vita. Come mostrano gli ultimi scenari dell'evoluzione della popolazione svizzera delineati dall'Ufficio federale di statistica (UFS)¹², l'invecchiamento della popolazione è inevitabile perché è scritto nell'attuale piramide delle età della Svizzera, disegnata dall'evoluzione demografica di questi ultimi decenni.

- **Un invecchiamento demografico programmato.** Dalla metà del XX secolo, la fecondità ha registrato forti variazioni. È stata molto alta in certi periodi – i famosi *baby-boom* degli anni 1940 e 1960 – per poi diminuire sensibilmente e rapidamente all'inizio degli anni 1970 e, infine, stabilizzarsi su un livello molto basso da oltre trent'anni a questa parte (circa 1,5 bambini a donna). Queste variazioni hanno indiscutibilmente segnato l'attuale piramide delle età della Svizzera che comprende generazioni molto numerose, quelle nate all'epoca dei *baby-boom*, e altre nettamente meno numerose nate fra il 1970 e il 2006 (cfr. grafico 1). Nel contempo, la progressione della speranza di vita permette a un numero sempre maggiore di persone di raggiungere età sempre più avanzate.

¹² Ufficio federale di statistica UST (2006d).

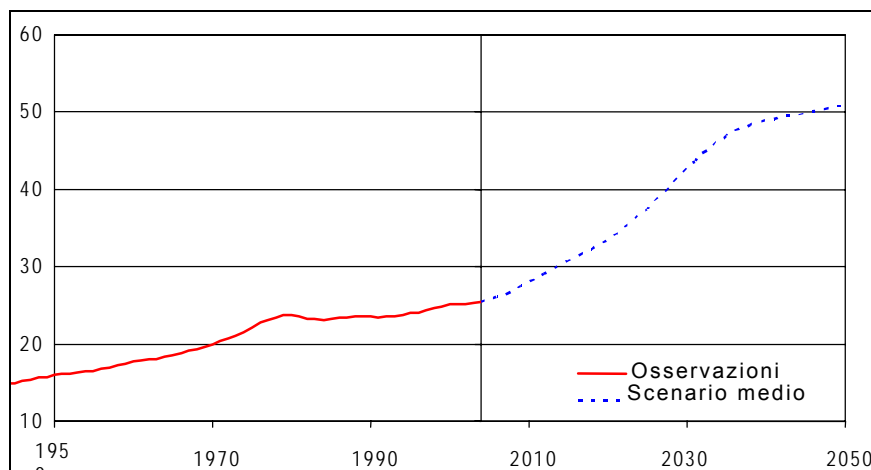
Grafico 1. Struttura delle età della popolazione svizzera nel 2005



Fonte: UST (2006b).

- Un aumento rapido e notevole del numero di anziani.** Fra il 2005 e il 2035, le generazioni molto numerose dei *baby-boom* raggiungeranno gradualmente l'età di pensionamento e avranno ancora una speranza di vita elevata. Lo scenario medio dell'UFS prevede che fra il 2005 e il 2030 la percentuale degli anziani di 65 anni e oltre crescerà dal 16% al 24,4%, facendo registrare una progressione di 795 000 persone (+67%). Per le persone di 80 anni e oltre, l'aumento sarà ancora più marcato (+86%) e nel 2030 saranno 627'000 contro le 338'000 del 2005. Nello stesso periodo, la percentuale dei minori di vent'anni diminuirà dal 21,9% del 2005 al 18,4% del 2030. Il rapporto di dipendenza degli anziani aumenterà sensibilmente da un anziano per quattro persone attive nel 2005 a un anziano per due persone attive nel 2050 (cfr. grafico 2).

Grafico 2. Evoluzione del rapporto di dipendenza degli anziani (numero di persone di 65 anni e oltre per 100 persone di età compresa fra 20 e 64 anni) secondo lo scenario medio 2005 dell'UFS.

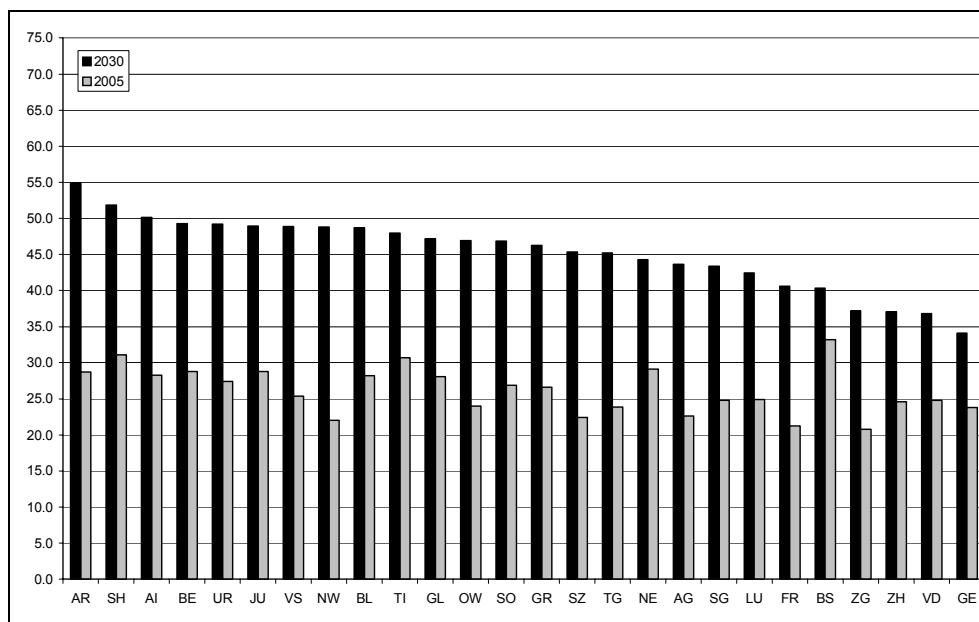


Fonte: UST, scenari 2005.

- Verso una società longeva.** Le generazioni molto numerose che nei prossimi anni raggiungeranno l'età di pensionamento avranno una speranza di vita maggiore rispetto a quelle che hanno raggiunto la stessa età alla fine del XX secolo. Nel 1991, le donne che raggiungevano i 65 anni potevano sperare di vivere altri 19,8 anni, mentre nel 2005 la loro speranza di vita è salita a 21,5 anni e nel 2030 salirà a 24,1 anni. I valori corrispondenti per gli uomini sono rispettivamente di 15,5 anni, 18 anni e 20,9 anni. Questo aumento della speranza di vita a 65 anni permetterà a un numero consistente di persone di raggiungere età molto avanzate e contribuirà all'invecchiamento della popolazione anziana, che conterà un numero sempre crescente di appartenenti alla 4^a età.

- **Più anziani ma di diverso tipo.** Gli anziani di domani saranno tuttavia diversi da quelli di ieri e da quelli di oggi. Parallelamente all'evoluzione della speranza di vita, progredisce anche la speranza di vita senza disabilità. Gli anziani godranno mediamente anche di una salute migliore. Saranno verosimilmente economicamente più agiati e più attivi tanto sul mercato del lavoro quanto nelle attività non remunerate. Avranno anche un grado d'istruzione più elevato. Considerata l'evoluzione dei modi di vivere – aumento del numero delle persone senza figli, incremento dei divorzi – gli anziani di domani non avranno probabilmente una famiglia attorno a sé. L'aumento della mobilità geografica della popolazione accentuerà ulteriormente questo fenomeno allontanando geograficamente i componenti della famiglia.
- **Verso una società quadrigerazionale.** In ragione della maggiore speranza di vita, si estende anche il periodo di coesistenza di varie generazioni. Nel 1900, un adulto di 30 anni non aveva praticamente alcuna probabilità, statisticamente, di avere ancora un nonno in vita; un secolo dopo, il 40% delle persone di quell'età hanno ancora un nonno o una nonna in vita¹³. Al contempo, la probabilità per un neonato di far parte di una famiglia di quattro generazioni si è moltiplicata per 35, e nella fascia d'età compresa fra i 35 e i 49 anni, l'80% della popolazione può avere al tempo stesso almeno un genitore e un figlio in vita.
- **Sempre più anziani con origini culturali diverse.** La percentuale di stranieri fra coloro che hanno più di 50 anni è molto più bassa che fra coloro che appartengono a fasce di età più giovani. Per lungo tempo, infatti, la politica migratoria ha privilegiato la migrazione di breve durata di persone attive, rientrate poi nel loro Paese d'origine. Le naturalizzazioni, la cui frequenza varia secondo le comunità migranti, hanno anche contribuito a ridurre la percentuale di stranieri tra coloro che hanno più di 65 anni. Mentre un quarto delle persone di età inferiore ai 50 anni è di nazionalità straniera, tra i residenti di più di 80 anni gli stranieri sono solo il 5%. Dal 1980, tuttavia, si osserva un aumento della percentuale di stranieri nella popolazione di età compresa fra i 50 e i 79 anni.¹⁴
- **Una sfida per tutti i Cantoni.** L'invecchiamento demografico interesserà tutti i Cantoni, ma la sua proporzione varierà in funzione dell'evoluzione della loro fecondità e delle loro migrazioni. Il rapporto di dipendenza degli anziani aumenterà in tutti i Cantoni, ma non nella stessa misura. Nel 2030, questo rapporto di dipendenza oscillerà da 34 nel Cantone di Ginevra a 55 nel Cantone di Appenzello Esterno. Nel Cantone di Berna, si attesterà su un valore pari a 49, mentre nei Cantoni di Zurigo e Vaud sarà pari a 37.

Grafico 3. Evoluzione del rapporto di dipendenza degli anziani nei Cantoni fra il 2005 e il 2030, secondo lo scenario «medio» 2005 dell'UST



¹³ Höpflinger F., Hummel C., Hugentobler V. (2006), pag. 24.

¹⁴ Wanner et al. (2005), pag. 88 e segg.

3 Settori della vita e campi d'intervento

31 Salute e servizio medico-sanitario

Aspetti salienti

Prospettiva del corso della vita/Partecipazione e autonomia nella condotta di vita. *Lo stato di salute nella vecchiaia è in parte il risultato del comportamento adottato in gioventù nei confronti della propria salute. In che misura la prevenzione e le prestazioni mediche aiutano a condurre una vita improntata alla partecipazione e all'autonomia?*

Potenziali di prestazioni. *In che misura gli anziani attivi possono/devono assumersi le prestazioni di cura e di assistenza a favore di coloro che non godono più di ottima salute o che non sono più autonomi? In che modo si possono sostenere e promuovere gli anziani attivi che si fanno carico delle cure e dell'assistenza di persone più anziane?*

Esigenze. *Quali sono le esigenze, i bisogni, i desideri degli anziani? Quali saranno i futuri sviluppi a tale riguardo? Determinate categorie di persone (in particolare donne, migranti) hanno esigenze particolari di cui tenere conto?*

Equilibri difficili. *Come affrontare i bisogni e il continuo aumento dei costi delle cure di lunga durata? Come conciliare il volontariato e la garanzia della qualità delle cure?*

311 Descrizione

L'invecchiamento è, in gran parte, influenzabile e modulabile lungo il corso della vita. La vecchiaia non è una malattia e i dati epidemiologici dimostrano che, se la frequenza della morbidità aumenta con l'avanzare dell'età, le malattie e i disturbi che causano la perdita di autonomia riguardano solo una minoranza della popolazione anziana.

Affrontare il tema della salute delle persone anziane richiede, dunque, un approccio a livello di sanità pubblica specifico all'età:

- promozione della salute,
- prevenzione delle malattie croniche e dell'incapacità funzionale,
- copertura medica integrata e coordinata,
- cure di lunga durata a domicilio e in istituto,
- cure palliative e accompagnamento alla morte.

Questi cinque aspetti sono collegati gli uni agli altri. Infatti, le misure di prevenzione comprendono anche provvedimenti medici, terapeutici, di cura, riabilitativi o reintegrativi. Un trattamento terapeutico può al contempo avere un'azione preventiva: ad esempio, l'impianto di una protesi all'anca permette di prolungare l'autonomia e di prevenire l'incapacità funzionale.

L'invecchiamento demografico pone problemi a ciascuno di questi settori della politica sanitaria. Nella presente strategia, ci concentriamo tuttavia sugli orientamenti indicati nel riquadro all'inizio del capitolo.

312 La salute degli anziani: risorse ed esigenze attuali

312.1 Le risorse

Nel complesso, la situazione e la salute degli anziani sono migliorate sotto diversi aspetti nel corso degli ultimi decenni, mentre aumentava la speranza di vita e, in particolare, la speranza di vita senza disabilità. In Svizzera, si constata addirittura una contrazione assoluta della morbidità (che causa la perdita di autonomia) per le donne: la percentuale degli anni d'autonomia aumenta (tabella 1). I progressi compiuti nel trattamento e nella reintegrazione dei malati cronici offrono maggiori probabilità di guarigione o, per lo meno, di poter svolgere una vita autonoma.

Tabella 1. Speranza di vita senza disabilità a 65 anni

	Speranza di vita media degli uomini		Speranza di vita media delle donne	
	in generale	senza disabilità	in generale	senza disabilità
1981/82	14.6	11.5	18.5	12.2
1988/89	15.4	12.2	19.6	14.9
1992/93	15.9	12.4	20.3	15.1
1997/99	16.7	13.0	20.6	16.3

Fonte: Höpflinger F., Hugentobler V. (2003), pag. 27.

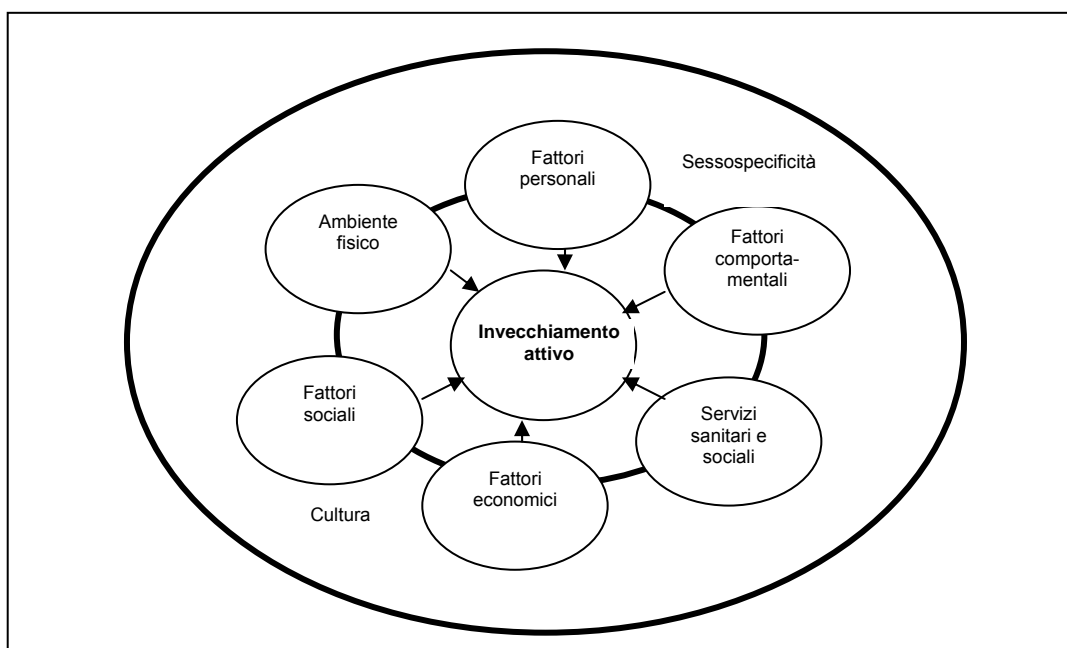
Anche la valutazione soggettiva dello stato di salute fornisce un'immagine positiva. Ad esempio, il 68% degli anziani di 75 anni o più che vivono a casa giudica la propria salute da "buona" a "ottima". In questa fascia di età, la soddisfazione è la stessa per entrambi i sessi, mentre è più elevata per gli uomini rispetto alle donne sull'insieme della popolazione. Rispetto al 1992/93, nel 2002 la percentuale degli uomini e delle donne che vivono a casa e giudicano positivo il proprio stato di salute è in parte addirittura ulteriormente aumentata.¹⁵

312.2 La prospettiva del corso della vita

Il vissuto di una persona, lo stile di vita che ha assunto nel corso della sua esistenza e determinati fattori esterni influenzano il suo stato di salute nella vecchiaia dando vita a differenze individuali molto nette.

Il sottostante schema dell'OMS illustra l'invecchiamento attivo come il prodotto di vari fattori determinanti, influenzati nel loro insieme dal sesso e dalla cultura.¹⁶

Grafico 4. Fattori determinanti per un invecchiamento attivo



Fonte: OMS (2002), pag. 19.

La maggior parte di questi fattori può essere influenzata attraverso condizioni quadro che favoriscono scelte attente alla salute. Anche l'ambiente, vale a dire l'alloggio e il quartiere, l'attività, le risorse economiche, le relazioni sociali e le politiche in merito, trattate nei capitoli seguenti, hanno un impatto sul processo d'invecchiamento.

Esempio Fattore comportamentale: il movimento. Alcuni lavori di ricerca internazionale dimostrano l'importanza della mancanza di movimento come fattore di rischio per il sovrappeso e per tutta una serie di malattie croniche come le malattie cardiovascolari, il diabete della vecchiaia, varie forme di tumore e

¹⁵ Wyss K. (2005).

¹⁶ Organizzazione Mondiale della Sanità OMS (2002).

l'osteoporosi. Ancora più rilevante dal punto di vista individuale è, tuttavia, l'importanza del movimento e dello sport sulla qualità della vita e sull'autosufficienza. Le persone fisicamente attive restano efficienti e autonome più a lungo e sono anche maggiormente in grado di assecondare i propri interessi e di svolgere attività sociali. Con l'avanzare dell'età, l'attività fisica diminuisce. Se si considerano i vari gruppi di età nei dati del Sondaggio svizzero sulla salute, i 65-74enni sono ancora vicini alla media della popolazione: anche qui il 64% rientra nel gruppo di coloro che non sono abbastanza attivi, ma in seno a questo gruppo le persone totalmente inattive sono maggiormente rappresentate con il 27%. Per le persone a partire da 75 anni, la percentuale di chi non è abbastanza attivo è già pari al 74% e il gruppo di chi è totalmente inattivo è già del 46%.

È dimostrato che i comportamenti che riguardano la salute dipendono dal grado di istruzione, dal reddito e dal ceto sociale di una persona. Così, la speranza di vita continua a non essere uguale per tutti, perché i ricchi e coloro che hanno un alto grado di istruzione continuano a vivere più a lungo rispetto ai poveri e a chi ha poche qualifiche. Analogamente, gli anziani che dispongono di un reddito basso rischiano maggiormente rispetto alla media di soffrire di disturbi di salute o di essere colpiti da un handicap¹⁷. I fattori determinanti trasversali come il sesso e la cultura influenzano notevolmente il processo di invecchiamento, il tipo di malattie e d'infortuni e la longevità delle persone. Esiste infatti un complicato nesso fra la variabile del «sesso» e i fattori sociali e sanitari, perché il sesso determina in parte la situazione socioeconomica, ad esempio le condizioni di vita e di lavoro. Le differenze esistenti fra uomini e donne sono dunque molto evidenti anche nella vecchiaia: statisticamente le donne raggiungono un'età più avanzata degli uomini, ma, a parità di età, presentano più disturbi e malattie psichiche e fisiche¹⁸.

312.3 Esigenze

I problemi di salute e il fenomeno della multimorbilità

Nonostante i miglioramenti precedentemente menzionati, con l'avanzare dell'età aumentano le malattie croniche, gli handicap e le malattie degenerative, spesso associati tra loro¹⁹. Con questi disturbi, in particolare in caso di multimorbilità (presenza di più malattie), l'autonomia degli anziani diminuisce, mentre aumenta la dipendenza dalle cure di lunga durata. Dalle stime emerge che il numero di anziani dipendenti dalle cure è pari a 115 000 – 135 000 (nel 2005)²⁰. La percentuale delle persone interessate dovrebbe aumentare sensibilmente nei prossimi anni, anche se la portata dell'evoluzione è incerta. È proprio questo il principale problema da affrontare in materia di vecchiaia (avanzata) e di salute. In questa sede ci concentriamo, in particolare, sugli aspetti seguenti:

Demenza e alterazioni cognitive. Fra le 83 000 persone di più di 65 anni che soffrono di demenza, quasi due terzi hanno più di 80 anni²¹. Siccome più donne che uomini raggiungono un'età molto avanzata, la maggioranza delle persone colpite da demenza è di sesso femminile. I deficit cognitivi si manifestano più rapidamente nelle persone che hanno un livello d'istruzione più basso, più di frequente fra le donne, il che tenderebbe a mostrare che il rischio di disturbi organici cerebrali non è legato al sesso della persona, ma alle condizioni della sua vita antecedente e a fattori genetici. I pensionati di oggi godono decisamente di uno stato di salute fisica migliore rispetto ai pensionati delle generazioni precedenti. In futuro, l'evoluzione del livello generale d'istruzione e la pratica dell'apprendimento nel corso di tutta la vita dovrebbero permettere di compensare più a lungo le difficoltà cognitive di origine organica. A medio o a lungo termine, il rischio di demenza dovrebbe diminuire grazie al miglioramento della prevenzione e del trattamento dei disturbi. Le proiezioni lineari possono servire al massimo fino al 2020 (da 114 000 a 117 000 casi).

Bisogno di cure. Una persona ha bisogno di assistenza o di cure quando non è capace di compiere da sola i gesti della vita quotidiana. Fra il 9,8% e l'11,4% di coloro che hanno 65 anni e oltre hanno bisogno di cure e le ricevono a domicilio o in un istituto medico-sociale (IMS). Fino all'età di 79 anni meno del 10% ha bisogno di cure. A 80-84 anni un buon quinto ha bisogno di cure, mentre un terzo abbondante degli 85enni dipende dall'assistenza e dalle cure di terzi.²²

¹⁷ Künzler G., Knöpfel C. (2002).

¹⁸ Ufficio federale di statistica UST (2003b). Pour une analyse des différences de genre dans la santé, vedasi UFU/UFSP (1997) e Camenzind P., Meier C. (2004).

¹⁹ Nella maggior parte dei casi si tratta dei seguenti problemi di salute : conseguenze di lesioni e fratture dovute alle cadute, malattie cardio-vascolari, ipertensione, ictus cerebrale, diabete, tumori, bronco-pneumopatia cronica ostruttiva, affezioni osteomuscolari (come artrite e osteoporosi), disturbi mentali (soprattutto demenza e depressione), cecità e deficit visivi.

²⁰ Höpflinger F. (2005), pag. 260.

²¹ Höpflinger, Hugentobler (2003), pag. 67.

²² Höpflinger, Hugentobler (2003), pag. 41 e segg.

L'estrapolazione lineare del tasso di dipendenza fino al 2020 (base: 2000) indica un incremento di un terzo (dal 32% al 36%) del numero delle persone che hanno bisogno di cure. Ma alcuni modelli mostrano che una moderata riduzione del bisogno di cure – grazie alla prevenzione e alla reintegrazione – può attenuare sensibilmente gli effetti dell'invecchiamento demografico (aumento di un quinto anziché di un terzo). Probabilmente, dunque, le proiezioni lineari sopravvalutano i bisogni futuri²³.

313 Le sfide della politica sanitaria

313.1 Il sistema sanitario: quadro istituzionale

In virtù del federalismo e del principio di sussidiarietà, l'organizzazione e l'offerta delle cure mediche stazionarie e ambulatoriali dell'intera popolazione compete ai Cantoni, eventualmente ai Comuni e ai distretti. Spetta a loro determinare le esigenze degli anziani in materia di promozione della salute, prevenzione, assistenza medica, cure palliative e cure di lunga durata e garantire nell'ambito della pianificazione sanitaria del proprio territorio una sufficiente offerta di cure. Ad essi incombe anche il coordinamento di questa offerta a livello cantonale, regionale e nazionale. La collaborazione sul piano intercantonale è affidata alla buona volontà dei Cantoni.

I Cantoni devono preventivare nel capitolo delle proprie spese sanitarie gli importi necessari al finanziamento degli istituti sanitari. Essi svolgono un importante ruolo nel controllo della qualità delle cure ambulatoriali e stazionarie e nella vigilanza sul funzionamento e sulla gestione delle case di cura. Sorvegliano l'attuazione delle leggi federali e verificano che gli istituti di cura non commettano irregolarità in materia di eutanasia.

Nel sistema federale vigente la competenza per l'offerta medica di base incombe ai Cantoni (secondo la legislazione sulla sanità pubblica). Il finanziamento dell'offerta è disciplinato nella legge federale sull'assicurazione malattie (che è la base dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie).

Il settore non statale occupa una posizione di spicco nel sistema sanitario: le organizzazioni senza scopo di lucro, principalmente Pro Senectute e Croce Rossa, offrono infatti svariate prestazioni a favore delle persone anziane. Il settore privato conta una moltitudine di case di cura, case per anziani e organizzazioni Spitex che propongono un'offerta articolata, complementare a quella delle strutture pubbliche.

Spesso per le persone anziane e i loro familiari è difficile farsi un quadro delle possibilità e delle offerte esistenti. Se poi subentrano esigenze particolari che non possono essere soddisfatte localmente (p. es. in caso di demenza) i problemi aumentano, proprio perché il più delle volte i diretti interessati non conoscono le soluzioni proposte dagli altri Comuni.

Possibili interventi

A1	<p>Accesso alle informazioni su prestazioni e servizi</p> <p>Le persone interessate devono potersi fare un quadro delle offerte e delle possibilità esistenti.</p> <p>→ Qualora non vi provvedano già, i Comuni dovrebbero fornire le informazioni relative all'offerta pubblica e privata di servizi a livello comunale, regionale e sovraregionale e assicurarsi che gli interessati possano ottenere una consulenza professionale in tal senso²⁴.</p>	c
-----------	--	----------

Competenze: a = Confederazione, b = Cantoni, c = Comuni, d = Privati

313.2 Favorire la partecipazione e l'autonomia: promozione della salute e prevenzione

La promozione della salute è il processo che consente alle persone di esercitare un maggiore controllo sulla propria salute e di migliorarla (salutogenesi²⁵). La prevenzione è un approccio articolato su tre livelli: la prevenzione primaria (conservare la salute riducendo i fattori di rischio, p. es. facendo sufficiente esercizio fisico), la prevenzione secondaria (diagnosi precoce delle malattie croniche e riduzione dei fattori di rischio conosciuti, p. es. trattamento dell'ipertensione) e la prevenzione terziaria, cioè trattamenti clinico adeguati e la riabilitazione al fine di ridurre la

²³ Höpflinger, Hugentobler (2003), pag. 50.

²⁴ Cfr. anche Bachmann R., Müller F., Balthasar A. (2005).

²⁵ La salutogenesi considera la salute come un processo, non come uno stato, e studia i fattori che mantengono sane le persone.

cronicizzazione ed impedire conseguenze durature (p. es. disabilità). Tutte queste attività estese all'intero arco della vita, vecchiaia inclusa, contribuiscono a ridurre il rischio d'incapacità.

A livello federale non esiste né una politica di promozione della salute degli anziani né un sistema di prevenzione delle malattie specifiche (eccetto la vaccinazione contro l'influenza tra le persone di più di 65 anni) e dell'incapacità funzionale, nonostante la necessità di provvedervi sia riconosciuta. Nel giugno del 2006 la commissione peritale "Prevenzione + promozione della salute", costituita dal DFI, ha pubblicato delle raccomandazioni per un nuovo disciplinamento della prevenzione e promozione della salute²⁶. Il Consiglio federale prenderà una decisione di principio sull'ulteriore procedimento nel settembre del 2007.

Miglior qualità di vita e minori costi sanitari e di cura: dovrà essere questo il filo conduttore di un'apposita strategia nazionale di prevenzione ed un piano d'azione per la promozione della salute e dell'autonomia nella vecchiaia. Allo scopo la mozione Heim invita il Consiglio federale ad avviare una strategia di prevenzione primaria e secondaria nazionale per la promozione della salute e dell'autonomia nella vecchiaia e a creare le basi giuridiche necessarie (05.3436, 17 giugno 2005). Dato che la Confederazione non dispone delle risorse supplementari necessarie per sviluppare nuovi provvedimenti di prevenzione, gli obiettivi della mozione, trasmessa nel giugno 2006, dovranno essere perseguiti nel quadro dei mezzi disponibili e concentrarsi sulla prosecuzione e sul coordinamento dei progetti in corso.

L'assenza di una politica globale a livello federale non esclude tuttavia lo sviluppo di iniziative a titolo preventivo, che il più delle volte sono però promosse da organizzazioni non governative e private (Pro Senectute, associazioni per la terza età).

Approcci: la Svizzera dispone già dal 1999 di raccomandazioni sul movimento elaborate congiuntamente dall'Ufficio federale dello sport e dall'Ufficio federale della sanità pubblica²⁷. Secondo queste raccomandazioni di base, in linea con quelle internazionali, donne e uomini di tutte le età dovrebbero muoversi almeno mezz'ora al giorno. In seno alla Rete svizzera salute e movimento sono ormai un centinaio le associazioni che collaborano al conseguimento di questo obiettivo. L'Ufficio federale dello sport ha sviluppato attività sportive dedicate specificamente agli anziani e proposte da Pro Senectute e altre organizzazioni, che secondo le stime coinvolgono dalle 125'000 alle 315'000 persone all'anno. Stando alle prime valutazioni queste attività sono molto apprezzate, ma interessano prevalentemente persone già molto attive fisicamente.

L'obiettivo strategico «Salute psichica e stress» della Fondazione Promozione Salute Svizzera si occuperà anche in futuro delle persone anziane (problematica della depressione nella terza età).

È stato dimostrato che le visite preventive riducono sensibilmente il bisogno di cure e in quest'ottica i Cantoni hanno messo a punto programmi di visite preventive a domicilio e di valutazione dello stato di salute (multidimensionales geriatrisches Assessment, progetto EIGER; Health Risk Appraisal, progetto SOPRA).

Anche il mercato del *wellness* e dei trattamenti anti-invecchiamento è in piena espansione. In seno alla Confederazione un gruppo di lavoro è incaricato di coadiuvare uno studio sulle prospettive e i limiti della medicina anti-invecchiamento²⁸.

²⁶ Commissione peritale "Prevenzione + promozione della salute" (2006); cfr. www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00388/01811/01823/index.html?lang=de

²⁷ Martin B.W. et al. (2000).

²⁸ Studio «Antiviellissement est-il synonyme de mieux vieillir? La médecine améliore-t-elle nos vieux jours», su mandato del Centro per la valutazione delle scelte tecnologiche (TA-SWISS), dell'Accademia svizzera delle scienze mediche (ASSM) e dell'Agenzia per la promozione dell'innovazione (CTI).

Possibili interventi

A2	<p>Potenziamento della promozione della salute e dell'autonomia nella vecchiaia Gli obiettivi e le priorità della promozione della salute e della prevenzione nella vecchiaia vanno definiti secondo le linee guida della mozione Heim e tenendo conto dei mezzi disponibili. La prevenzione e la promozione della salute nella vecchiaia sono destinate a tutti, ma dovrebbero prestare un'attenzione particolare alle esigenze specifiche delle categorie più svantaggiate o più difficili da raggiungere, come i migranti e le persone che vivono in situazioni precarie.</p> <p>→ Elaborazione di una strategia nazionale per la promozione della salute ed il rafforzamento dell'autonomia nella vecchiaia nel quadro delle risorse disponibili e in collaborazione con i Cantoni. La Confederazione esercita una funzione di coordinamento.</p> <p>→ Maggior coinvolgimento delle principali comunità di migranti (p. es. italiana e spagnola) nei programmi destinati alla terza età già in atto.</p>	a b c d
-----------	--	--

Competenze : a = Confederazione, b = Cantoni, c = Comuni, d = Privati

313.3 Affrontare la dipendenza: le cure di lunga durata

Offerta di prestazioni

L'offerta di prestazioni destinata alle persone anziane non autosufficienti implica da un lato l'assistenza in istituto (case per anziani, case di cura), dall'altro l'assistenza ambulatoriale (specialmente le cure e l'aiuto a domicilio – Spitex) e semiambulatoriale (centri diurni). Le prestazioni comprendono le cure mediche e le cure di base nonché l'aiuto nell'economia domestica, l'assistenza e l'accompagnamento. La maggior parte delle prestazioni è fornita dalle reti informali (famiglia, vicinato, ecc.) e il resto da professionisti.

Aiuti e cure dispensati dalle reti informali a domicilio. In base alla rilevazione sulle forze di lavoro in Svizzera (RIFOS) del 2004, il 3,3 per cento delle persone dai 65 ai 79 anni accudisce altri membri adulti della propria economia domestica, generalmente il marito o la moglie, ma anche figli bisognosi di cure. Con l'innalzamento della speranza di vita delle persone disabili, capita infatti che genitori anziani debbano ancora prendersi cura di un figlio handicappato in età avanzata. Le persone anziane, nella stragrande maggioranza donne (80%), assistono anche parenti che non vivono nella stessa economia domestica. In questa fascia d'età il tempo medio destinato settimanalmente a tali attività è di nove ore in seno all'economia domestica e di sei ore fuori casa. Le persone di più di 80 anni che assumono ancora compiti di cura sono poche, ma il tempo che vi dedicano è superiore. Spesso chi dispensa cure ne necessita a sua volta.

In genere, sembra che la disponibilità ad assistere e fornire delle cure tra generazioni non decresca in modo significativo. A breve e medio termine il potenziale di assistenza e di cure in seno alla coppia e alla famiglia aumenterà perché gli anziani che possono contare sul coniuge e i discendenti sono di più rispetto alle generazioni precedenti. Ma i mutamenti dello stile di vita (mobilità, distanza, instabilità delle coppie e delle famiglie, vita da *single*), il numero crescente di donne che svolge un'attività lavorativa e il fatto che una su 5 tra i 30 e i 40 anni è senza figli comporteranno senz'altro un calo dell'offerta di aiuto in seno alla famiglia a fronte di un bisogno crescente²⁹.

Accudire un familiare, man mano che il bisogno di cure aumenta, è un compito gravoso che può condurre la persona che assiste all'esaurimento e nei casi estremi anche ad avere lei stessa bisogno di cure³⁰. Il sostegno e lo sgravio dei prestatori d'assistenza non professionisti assume quindi un'importanza fondamentale.

Possibili interventi

A3	<p>Sostegno dei prestatori d'assistenza non professionisti Sostenere i prestatori d'assistenza non professionisti, in maggioranza donne anziane, attraverso servizi di sollievo, formazioni e cure infermieristiche a domicilio.</p> <p>→ Potenziare ulteriormente le valide offerte di Pro Senectute, della Croce Rossa e delle organizzazioni Spitex, come i servizi di sollievo, di visite e di trasporto, e promuovere la formazione e la supervisione dei volontari.</p>	a b c d
-----------	---	--

Competenze: a = Confederazione, b = Cantoni, c = Comuni, d = Privati

²⁹ Höpflinger F, Hugentobler V. (2005); Fux B. et al. (2006); Ufficio federale di statistica UST (2005b); Schön-Bühlmann (2005).

³⁰ Cfr. ricerche Prey H. et al. (2004) e Wettstein A. et al. (2004), PNR 45.

Cure dispensate da professionisti a domicilio e in istituto. Il settore delle cure professionali, siano esse ambulatoriali, a domicilio o stazionarie, presenta delle lacune. Le professioni sanitarie occupano principalmente donne (90%) e sono poco valorizzate. Il livello dei salari è relativamente basso. Gli impieghi a tempo parziale sono molto frequenti, i salari relativamente bassi e il personale qualificato carente, in particolare negli istituti di piccole dimensioni. Inoltre, la precarietà delle finanze pubbliche esercita una pressione sui costi del personale. Il cumulo di questi fattori può creare demotivazione e favorire l'esodo di personale (qualificato), proprio in un momento in cui il bisogno aumenta.

L'offerta di aiuto e di cure a domicilio in funzione delle esigenze locali varia da una regione all'altra. Alcuni Cantoni hanno puntato sul potenziamento delle cure a domicilio, mostrandosi invece più riluttanti a costruire nuove case di cura³¹. Di conseguenza, il tasso di soggiorno in case di cura in età avanzata è molto più alto nella Svizzera centrale e nordorientale che nei Cantoni della Svizzera romanda³². Con l'introduzione della NPC muteranno anche le competenze in questo ambito.

NPC I sussidi che l'AVS versa attualmente (in virtù dell'art. 101bis LAVS) alle istituzioni private di utilità pubblica che svolgono compiti di aiuto e cure a domicilio a favore delle persone anziane andranno direttamente a carico dei Cantoni. L'AVS continuerà a finanziare direttamente soltanto le istituzioni private attive su scala nazionale (associazioni mantello) per i compiti di coordinamento e sviluppo o perfezionamento del personale ausiliario e volontario. Anche i servizi di sollievo forniti dalle ONG dietro remunerazione dovranno essere sussidiati dai Cantoni.

Diversamente, le differenze locali a livello di offerta potrebbero aumentare ulteriormente. Già oggi, la disponibilità di strutture diurne e di servizi di sollievo, estremamente importanti per supportare i familiari assistenti specie nelle patologie caratterizzate da demenza, è molto eterogenea³³. Spesso le offerte esistenti non sono integrate, e la mancanza di collaborazione tra le strutture per le cure acute e quelle per le cure di lunga durata si ripercuote sull'assistenza ai pazienti.

Gli anziani non autosufficienti e i loro familiari si trovano spesso confrontati con difficoltà legate all'organizzazione e al coordinamento dei diversi aiuti e servizi di sostegno. In simili situazioni, il *case management*, basato da un lato su una valutazione geriatrica, dall'altro su precise conoscenze delle strutture e delle offerte locali, può rivelarsi molto utile per migliorare la qualità e ridurre i costi dell'assistenza³⁴.

Gli anziani di origine straniera devono fare i conti anche con barriere di origine linguistica o culturale che possono ostacolare l'accesso alle cure o la relazione con il prestatore d'assistenza. Per questa ragione, da alcuni anni è stata avvertita la necessità di una sensibilizzazione ai problemi specifici di questo gruppo.

Esempio Campagna di sensibilizzazione del progetto «Anzianità e Migrazione» mediante un bus della migrazione³⁵. Il progetto diretto da CURAVIVA e sostenuto da AVS e UFM prosegue nel 2007.

Per i migranti in generale, l'Ufficio federale della sanità pubblica ha sviluppato la strategia «Migrazione e salute 2002-2006» che persegue le pari opportunità di questa fascia di popolazione. La seconda fase è prevista dal 2008 al 2013³⁶.

Possibili interventi

A4	<p>Pianificazione integrata dei servizi sanitari La collaborazione tra le offerte di cure acute ambulatoriali e stazionarie e le offerte di cure di lunga durata va migliorata.</p> <p>➔ Competenza cantonale.</p>	b
-----------	---	----------

³¹ Guilley E. (2005), p. 117 segg.; CURAVIVA (2005).

³² Sauvain-Dugerdil (2006), p. 42.

³³ Associazione Alzheimer Svizzera / Pro Senectute Svizzera (2002).

³⁴ Nagel Dettling M. (2006).

³⁵ <http://www.seniorennetz.ch/migrationsbus.cfm>; Steiner B. (2006), Wo der Bus halt macht, kommen die Leute ins Erzählen. Bilancio intermedio positivo del progetto «Anzianità e Migrazione», in CURAVIVA. Maggio 2006, pp. 38 – 41.

³⁶ Ufficio federale della sanità pubblica UFSP (2002).

A5	Sviluppo dei modelli di case management	a
	Un <i>case management</i> finalizzato al coordinamento dell'assistenza medica, curativa e sociale degli anziani può ridurre il rischio di degenza in un istituto.	b
	→ A livello federale: sostenere la ricerca sul <i>case management</i> e lo sviluppo dei relativi modelli in collaborazione con dei partner (inclusi i rappresentanti degli anziani).	c
		d

Competenze: a = Confederazione, b = Cantoni, c = Comuni, d = Privati

La problematica del finanziamento

Situazione attuale. Con l'entrata in vigore della legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal, 832.10), il 1° gennaio 1996, il settore delle cure è stato notevolmente potenziato: le case di cura e le organizzazioni di assistenza e cure a domicilio (Spitex) sono state riconosciute come fornitori di prestazioni e l'elenco delle prestazioni di cura extraospedaliere³⁷ è stato ampliato. Da allora al 1999 la quota di finanziamento dell'assicurazione malattie nel settore delle cure è quasi raddoppiata per poi stabilizzarsi successivamente. È invece regredita la quota di finanziamento delle economie domestiche private. L'attuale ripartizione dei costi complessivi³⁸ nel settore delle cure (case di cura e Spitex) si presenta come segue:

Tabella 2: Quote di finanziamento dei costi complessivi nel settore delle cure (istituti e Spitex), in %

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Quota AOCMS (netta*)	10.5	10.6	17.6	19.8	20.6	20.5	20.0	20.6	21.2	22.2
Altre ass. sociali	2.5	2.5	3.0	2.9	2.8	2.8	2.7	2.6	2.6	2.5
Cantoni/Comuni	13.2	13.3	10.8	10.2	10.0	9.1	12.6	13.5	13.5	13.9
Ec. domestiche**	71.8	71.6	66.7	65.4	64.9	65.8	62.4	60.9	60.3	59.1
Altri finanz. privati	2.0	2.0	1.9	1.7	1.7	1.8	2.4	2.3	2.4	2.2

Costi complessivi delle cure in mio. di franchi	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
	4'909.2	5'201.6	5'361.7	5'644.6	5'783.6	6'084.1	6'514.7	6'948.9	7'230.6	7'437.3

* Non è contemplata in questa voce la partecipazione ai costi (aliquota percentuale e franchigia) nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOCMS). In questa tabella la partecipazione ai costi AOCMS è parte integrante della voce «economie domestiche».

**La voce «economie domestiche» comprende la partecipazione ai costi (aliquota percentuale e franchigia) conformemente alla LAMal e le prestazioni AVS, AI e PC.

Fonte: Ufficio federale di statistica, elaborazione dei dati pubblicati in «Kosten des Gesundheitswesens», (Costi del sistema sanitario, d/f).

Il rapporto dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali «Pflegetfinanzierung und Pflegebedarf: Schätzung der zukünftigen Entwicklung» (Finanziamento delle cure e fabbisogno di cure: stima dello sviluppo futuro, d)³⁹, dell'ottobre 2003, illustra il previsto incremento dei costi delle cure sostenuti dall'assicurazione malattie entro gli anni 2020 e 2040. Secondo i calcoli, che tengono conto della progressione dei costi dovuta sia all'andamento demografico sia ad altri fattori, l'incremento sarà dell'83 per cento entro il 2020 e del 208 per cento entro il 2040. In base alle stime, poco più di un terzo della progressione totale dei costi delle cure è legata meramente a fattori demografici. Poiché l'aumento dei costi delle cure dell'AOCMS risulta nettamente più forte dell'aumento dei costi complessivi di questo settore, con il regime di finanziamento vigente c'è da attendersi anche in futuro un notevole trasferimento a carico dell'assicurazione malattie.

In caso di bisogno di cure, l'AOCMS assume i relativi costi, a prescindere dal genere (cure di base, cure mediche, cure di patologie acute o croniche) e dal luogo in cui esse sono dispensate (in un istituto o a domicilio). Agli assicurati non possono essere fatturate sostanzialmente altre spese di cura

³⁷ L'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOCMS) assume i costi delle cure, ma non quelli alberghieri e assistenziali in casa di cura e per l'aiuto nell'economia domestica.

³⁸ I costi complessivi contemplano sia i costi per le cure a domicilio e in casa di cura sia i costi alberghieri e assistenziali in casa di cura.

³⁹ Ufficio federale delle assicurazioni sociali UFAS, Netzwerk Ökonomie (2003)

all'infuori della partecipazione ai costi (protezione tariffale). L'AOCMS non rimborsa invece i costi dell'aiuto nell'economia domestica e degli interventi di sollievo e nemmeno i costi alberghieri e assistenziali delle case di cura o di brevi soggiorni nei cosiddetti letti di emergenza. Sono quindi le stesse persone bisognose di cure a doversi assumere questi costi non coperti dall'AOCMS. A titolo di sgravio, esse hanno tuttavia diritto all'assegno per grandi invalidi in caso di dipendenza grave e alle prestazioni complementari in caso di ristrettezze finanziarie.

Secondo gli istituti, le tariffe per le prestazioni di cura non coprono la totalità dei costi. Tuttavia, vista l'insufficiente trasparenza dimostrata dalle case di cura in materia di costi⁴⁰ e la necessità di conferire anche a Spitex basi per la conclusione di accordi tariffali adeguati, sono state fissate a livello di ordinanza⁴¹ tariffe quadro per le prestazioni di cura degli istituti e di Spitex, in seguito congelate in vista del nuovo ordinamento del finanziamento delle cure.

Progetto di revisione. Considerate le previsioni sui costi a medio e a lungo termine nel settore delle cure, il Consiglio federale ha deciso di rivederne anche il finanziamento nell'ambito della riforma della LAMal. Attraverso il messaggio del 16 febbraio 2005⁴² concernente la legge federale sul nuovo ordinamento del finanziamento delle cure ha proposto un nuovo modello di finanziamento delle prestazioni di cura da parte dell'assicurazione malattie obbligatoria. Lo scopo principale di questa riforma è la stabilizzazione dell'aumento dei costi delle cure dell'AOCMS. Prima della fine di giugno del 2007, il disegno è stato dibattuto sia al Consiglio nazionale che al Consiglio degli Stati. Le due Camere concordano sul fatto che l'AOCMS debba versare un contributo ai costi delle cure dispensate nelle case di cura o dalle organizzazioni Spitex. Il contributo deve essere stabilito dal Consiglio federale per tutta la Svizzera e graduato secondo il bisogno di cure. Non vi è invece ancora accordo sull'obbligo dei Cantoni di assumere costi di cura e sulla limitazione degli oneri delle persone bisognose di cure ad una determinata quota dei costi non coperti dall'AOCMS. La procedura di appianamento delle divergenze è in corso.

In linea con una copertura sussidiaria (parziale) dei costi delle cure, il gruppo liberale-radicalo chiede con una mozione⁴³ al Consiglio federale di introdurre un «pilastro 3c» volto a costituire un avere facoltativo fiscalmente agevolato al fine di finanziare le cure individuali (di lunga durata) nella vecchiaia e di sottoporre al Parlamento una proposta per la sua realizzazione. Il 6 settembre 2006 il Consiglio federale si è dichiarato disposto ad accogliere la mozione. In tal modo si creerebbe un incentivo alla previdenza individuale per l'eventualità del bisogno di cure.

Attività in corso

A6	Disciplinamento del finanziamento delle cure nella LAMal → Nuovo ordinamento del finanziamento delle cure in discussione in Parlamento.	a
A7	Esame dell'introduzione di un «pilastro 3c» Riguardo al finanziamento delle cure nella vecchiaia è pendente una mozione del gruppo liberale-radicalo che chiede al Consiglio federale di introdurre un «pilastro 3c» volto a costituire un avere facoltativo fiscalmente agevolato al fine di finanziare le cure individuali (di lunga durata) nella vecchiaia e di sottoporre al Parlamento una proposta per la sua realizzazione. Il 6 settembre 2006 il Consiglio federale si è dichiarato disposto ad accogliere la mozione. → Proseguire i lavori relativi alla mozione.	a

Competenze : a = Confederazione, b = Cantoni, c = Comuni, d = Privati

313.4 Morire con dignità: cure palliative ed eutanasia

Le cure palliative e l'eutanasia non sono argomenti necessariamente legati alla vecchiaia. I due temi, oggi intensamente dibattuti, sono qui trattati insieme anche se evocano problematiche diverse.

⁴⁰ Ordinanza del 3 luglio 2002 sul calcolo dei costi e la registrazione delle prestazioni da parte degli ospedali e delle case di cura nell'assicurazione malattie (OCPre; **832.104**).

⁴¹ Ordinanza del DFI del 29 settembre 1995 sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (ordinanza sulle prestazioni OPRe; **832.112.31**).

⁴² FF **2005** 1839.

⁴³ Mozione 06.3271 Gruppo liberale-radicalo del Consiglio nazionale «Pilastro 3c per finanziare le cure individuali nella vecchiaia» del 15.06.2006 (cfr. anche mozione 06.3274 relativa alla stessa tematica, depositata lo stesso giorno al Consiglio degli Stati).

Cure palliative

La medicina e le cure palliative rientrano in un approccio interdisciplinare che comprende tutti i trattamenti medici, le cure fisiche, il sostegno psicologico, sociale e spirituale destinati a malati sofferenti di un'afezione evolutiva inguaribile. Il loro scopo è di alleviare la sofferenza, di assicurare al paziente e ai suoi familiari la migliore qualità di vita possibile e di accompagnare il malato fino al termine della sua esistenza.

Nel novembre 2000, su mandato della Lega Svizzera contro il Cancro e della Società Svizzera di Medicina e Cure Palliative (SSMCP) è stato stilato uno stato dell'arte delle cure palliative⁴⁴. Dallo studio risulta che in Svizzera l'accesso alle cure palliative non è garantito ovunque. L'offerta si concentra infatti prevalentemente nei centri urbani e si indirizza soprattutto ai malati di cancro. Per gli altri malati, per i bambini e le persone anziane l'accessibilità a questi servizi è insufficiente. Mancano formazioni nelle cure palliative a livello nazionale e il controllo della qualità è ancora in fase di sviluppo.

La LAMal, che non contempla la nozione di cure palliative, copre i costi di queste prestazioni nella stessa misura di altre prestazioni di cura. In ospedale le cure palliative prescritte dal medico possono essere dispensate nell'ambito di un trattamento stazionario. Per la copertura delle spese, l'AOCMS prevede importi forfetari (per giornata o per caso). Le cure dispensate ambulatorialmente o in casa di cura sono fissate nell'elenco dell'ordinanza sulle prestazioni (art. 7 cpv. 2 OPre) e si applicano anche alle prestazioni palliative. Queste prestazioni sono coperte dall'AOCMS purché siano prescritte dal medico ed effettuate da fornitori di prestazioni riconosciuti dalla LAMal. Non sono invece riconosciute le prestazioni legate al disbrigo delle faccende domestiche, all'assistenza sociale, psicosociale e spirituale.

La prevista nuova impostazione del finanziamento ospedaliero, in particolare il finanziamento orientato sulle prestazioni che comporterà l'introduzione di tariffe forfetarie per caso (sistema DRG), non dovrebbe avere effetti specifici rilevanti sulla fornitura e sul finanziamento delle cure palliative in ospedale⁴⁵. E nemmeno il nuovo disciplinamento del finanziamento delle cure proposto dal Consiglio federale dovrebbe limitare la copertura dei costi dell'AOCMS nel settore della medicina palliativa. Al momento del suo recepimento a livello di ordinanza⁴⁶ sarà necessario verificare e se del caso precisare le attuali definizioni delle prestazioni di cura, tenendo conto anche delle esigenze delle persone dipendenti in situazioni particolari (p. es. medicina palliativa o cure in caso di demenza).

Eutanasia

Le forme di eutanasia sono varie e ognuna è soggetta ad una normativa legale specifica: in Svizzera, dove vige il divieto assoluto di uccidere, l'eutanasia attiva diretta è vietata (art. 114 CP); l'eutanasia passiva e l'eutanasia attiva indiretta non sono disciplinate giuridicamente e, a determinate condizioni, sono ammesse. L'assistenza al suicidio non è punibile. In una recente sentenza (DTF 133 I 58), il Tribunale federale ha precisato che lo Stato deve rispettare il diritto alla morte, ma non è tenuto ad agevolare il suicidio (p. es. fornendo farmaci mortali senza prescrizione medica). In relazione all'assistenza al suicidio, la normativa svizzera è dunque relativamente liberale. Un medico può infatti senz'altro prescrivere sostanze mortali suscettibili di essere usate per un suicidio, a condizione che visita, diagnosi e consegna avvengano nel rispetto della deontologia professionale. Nel quadro della ponderazione degli interessi tra la protezione della vita e il diritto all'autodeterminazione dell'individuo, lo Stato, conformemente alla Costituzione e al diritto convenzionale, ha tuttavia la facoltà di formulare determinate condizioni e quindi, in questo contesto, p. es. di mantenere l'obbligo di ricetta per le sostanze mortali.

⁴⁴ «Stato dell'arte delle cure palliative in Svizzera 1999/2000», studio realizzato su mandato della Lega Svizzera contro il Cancro e della Società Svizzera di Medicina e Cure Palliative.

⁴⁵ Cfr. il messaggio del 16 febbraio 2005 concernente la legge federale sul nuovo ordinamento del finanziamento delle cure, FF **2005** 1879, e il messaggio del 15 settembre 2004 concernente la modifica della legge federale sull'assicurazione malattie (Finanziamento ospedaliero), FF **2004** 4903.

⁴⁶ Ordinanza del DFI del 29 settembre 1995 sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (ordinanza sulle prestazioni, OPre, **832.112.31**)

Da qualche anno, l'eutanasia e il potenziamento delle cure palliative come alternativa sono regolarmente oggetto di dibattiti a livello federale⁴⁷. Nel suo rapporto dal titolo «Eutanasia e medicina palliativa – La Confederazione deve legiferare?» il DFGP non ritiene necessario regolamentare giuridicamente l'eutanasia attiva indiretta e quella passiva, sostenendo che le norme deontologiche (direttive etico-mediche dell'ASSM) sono più adatte a disciplinare le svariate costellazioni di casi complessi⁴⁸. I Cantoni devono invece potenziare la propria offerta nel settore della medicina palliativa e anche la Confederazione dovrebbe rafforzare le cure in questo ambito in virtù delle proprie competenze (formazione e perfezionamento nelle professioni mediche universitarie, garanzia del finanziamento attraverso la LAMal, ricerca ecc.). Infine, si rinuncia a emanare una legge sulla sorveglianza delle associazioni di aiuto al suicidio. Vigilanza e sanzione degli abusi rientrano nelle competenze dei Cantoni.

Possibili interventi

A8	<p>Potenziamento delle cure palliative</p> <p>Prese di posizione politiche a livello nazionale e raccomandazioni di organizzazioni non governative come la Lega Svizzera contro il Cancro o la Società Svizzera di Medicina e Cure Palliative (SSMCP) considerano indispensabile e urgente sviluppare le cure palliative.</p> <p>→ La Confederazione potenzia il settore della medicina palliativa in funzione delle sue competenze (formazione e perfezionamento nelle professioni mediche universitarie, formazione ecc.). Dal canto loro i Cantoni accrescono le proprie offerte in tal senso.</p>	a b
-----------	--	----------------------

Competenze: a = Confederazione, b = Cantoni, c = Comuni, d = Privati

32 Situazione abitativa e mobilità

321 Situazione abitativa, configurazione dell'ambiente abitativo e del quartiere

<p>Aspetti salienti</p> <p>Autonomia. <i>Quali condizioni abitative permettono di condurre una vita autonoma anche nella vecchiaia?</i></p> <p>Potenziamenti di prestazioni. <i>Quali prestazioni fornisce effettivamente o può potenzialmente fornire la popolazione anziana in relazione all'ambiente abitativo e al quartiere e come possono essere valorizzate al fine di creare un contesto favorevole a tutte le generazioni?</i></p> <p>Esigenze. <i>Quali sono le diverse esigenze e desideri riguardo alla situazione abitativa, all'ambiente abitativo e alla configurazione del quartiere?</i></p> <p>Equilibri difficili. <i>Costi degli interventi architettonici realizzati in case d'abitazione o nei quartieri a favore delle persone con capacità di movimento ridotte.</i></p>

321.1 Descrizione

Con l'uscita dal mondo del lavoro, l'abitazione o la casa, il vicinato e il quartiere diventano punti di riferimento importanti nella vita. Gran parte della popolazione anziana, specialmente se neopensionata, è molto attiva (viaggi, escursioni, visite culturali ecc.), ma nelle fasi più avanzate della vita la mobilità diminuisce per l'insorgere di problemi di salute e handicap funzionali. A quel punto, le condizioni abitative e le caratteristiche dell'ambiente circostante diventano determinanti per la qualità della vita. Nell'incentivare l'autonomia e l'autodeterminazione degli anziani è quindi necessario prestare grande attenzione a questi fattori. In considerazione dell'evoluzione demografica, anche la

⁴⁷ Mozione Menétrey-Savary 03.3405 Inserire l'aiuto al suicidio tra le materie d'insegnamento delle facoltà di medicina, del 20 giugno 2003; Mozione Baumann J. Alexander 02.3623 Vietare il «turismo del suicidio» in Svizzera, del 4.10.2002; Mozione Zäch 01.3523 Eutanasia. Colmare le lacune legali invece di ammettere l'omicidio, del 3 ottobre 2001; Interpellanza Bortoluzzi 00.3668 Potenziamento della medicina palliativa, del 13 dicembre 2000. Iniziativa parlamentare Cavalli 00.441, punibilità dell'eutanasia attiva. Nuove disposizioni; Mozione Rossini 00.3342 Finanziamento delle cure palliative, del 202 giugno 2000; Interpellanza Gross Medicina palliativa. Ospizi per l'assistenza ai malati terminali, dell'11 aprile 2003.

⁴⁸ Dipartimento federale di giustizia e polizia DFGF (2006).

politica edilizia e la pianificazione del territorio devono adeguarsi alle esigenze della futura maggioranza.

Per tutto quanto riguarda le persone anziane residenti in case di cura si rinvia al capitolo 31.

Studi recenti

Negli ultimi tempi la situazione abitativa della popolazione anziana che vive in economie domestiche private è stata oggetto di varie ricerche. Basata sui dati del censimento federale della popolazione del 2000, la pubblicazione «Alter und Generationen – Das Leben in der Schweiz ab 50 Jahren» (Età e generazioni, la vita in Svizzera dopo i 50 anni, d/f) curata dall'Ufficio federale di statistica (UST)⁴⁹ esamina tra l'altro la situazione abitativa degli anziani e l'ambiente circostante. La pubblicazione «Wohnen 2000» (Alloggio 2000, d/f) dell'Ufficio federale delle abitazioni (UFAB)⁵⁰ mette a confronto le condizioni d'abitazione delle economie domestiche di anziani e quelle di altre categorie di occupanti basandosi sui dati della rilevazione degli edifici e delle abitazioni del 2000. Su mandato della Fondazione privata Age nel 2000 è stata condotta un'indagine rappresentativa sulle condizioni e i desideri in materia d'abitazione delle persone ultrasessantenni residenti nella Svizzera tedesca. I risultati ottenuti sono confluiti nella pubblicazione «Traditionelles und neues Wohnen im Alter» (Modalità abitative innovative e tradizionali nella vecchiaia, d)⁵¹. Infine, anche il Panel svizzero delle economie domestiche fornisce indicazioni sulla qualità abitativa e sul grado di soddisfazione delle diverse categorie sociali, tra cui anche le persone anziane⁵².

Nel 2003, in collaborazione con il Senioren-Verband Nordwestschweiz (associazione degli anziani della Svizzera nordoccidentale) SVNW, a Basilea è stata condotta tra la popolazione anziana un'indagine su vasta scala relativa alla configurazione dell'ambiente abitativo nei quartieri residenziali⁵³. Anche il rapporto dell'OCSE sull'invecchiamento e la mobilità fornisce alcune risposte a problematiche di natura urbanistica. Lo studio formula raccomandazioni per la politica e la ricerca attinenti alle esigenze delle persone anziane in materia di trasporti e sicurezza⁵⁴. Dai risultati di un progetto di ricerca condotto in Germania sulla mobilità degli anziani nel tempo libero⁵⁵ emerge che generalmente le persone in là con gli anni trascorrono il proprio tempo libero in un territorio particolarmente circoscritto e che si spostano molto a piedi. Dal canto suo, il programma nazionale di ricerca «Integration und Ausschluss» (Integrazione ed esclusione, d/f) esamina il potenziale d'integrazione negli spazi pubblici dei quartieri residenziali urbani⁵⁶. Anche questi studi forniscono indicazioni importanti per una configurazione del contesto abitativo a misura di anziano.

Il presente capitolo si basa sulle analisi e sui risultati di questi studi.

321.2 Situazione abitativa della popolazione anziana

321.21 Le risorse che favoriscono una vita autonoma

Vivere a domicilio. Gran parte delle persone anziane conducono una vita autonoma nella propria abitazione o nella propria casa. Nel 2000 soltanto l'8,5 per cento delle persone di più di 65 anni viveva in case per anziani e di cura o in altre istituzioni. Fino agli 80 anni è normale vivere (autonomamente) al proprio domicilio e continua ad esserlo anche per quasi quattro ultraottantenni su cinque. In questo caso si tratta quasi esclusivamente di economie domestiche di una o due persone. Nella fascia di età dai 65 anni in su prevalgono le economie domestiche di coppia, seguite, e con l'avanzare dell'età surclassate dalle economie domestiche unipersonali, tra le quali predominano le donne. La preponderanza tra le persone anziane di economie domestiche composte da una o due persone aumenta il rischio di isolamento specialmente se esse vivono in un ambiente poco ospitale che le spinge a ritirarsi sempre di più nella propria abitazione. Seconda l'indagine considerata, fino a un terzo delle persone anziane non ha contatti stretti con il proprio vicinato. Queste medie non consentono tuttavia di distinguere le persone realmente isolate da quelle che pur vivendo da sole possono contare su un sostegno.

⁴⁹ Wanner Ph. Et al. (2005)

⁵⁰ Ufficio federale delle abitazioni UFAB (2005).

⁵¹ Höpflinger F. (2004); la Fondazione Age intende ripetere l'indagine e il relativo resoconto a distanza di 5 anni, per verificare gli eventuali mutamenti intervenuti nelle condizioni di abitazione e nelle esigenze della popolazione.

⁵² Brunner B. (2005).

⁵³ Schneider-Sliwa R. (2004)

⁵⁴ Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico OCSE (2002).

⁵⁵ Scheiner J. (2004).

⁵⁶ Sauter D., Hüttenmoser M, Integration und Ausschluss, (2006)

Gli anziani dispongono in genere di una superficie abitativa *pro capite* superiore alla media. Le ragioni di questo fenomeno vanno ricercate nella riluttanza di gran parte di queste persone a lasciare la propria abitazione o il proprio quartiere dopo la fase di vita familiare per trasferirsi in un alloggio più piccolo.

Elevata quota di proprietari. Le persone anziane, specialmente se di nazionalità svizzera, sono proprietarie dell'abitazione o della casa dove vivono con una proporzione superiore alla media⁵⁷. La proprietà immobiliare rappresenta una notevole sicurezza abitativa (rispetto agli inquilini meno protetti). È anche un elemento importante della situazione economica delle economie domestiche di beneficiari di rendite (cap. 34).

Affitti più bassi. Di norma, gli inquilini anziani pagano affitti contenuti. Per metro quadrato di superficie abitativa l'affitto risulta inferiore dell'8 per cento alla media svizzera tra le persone dai 60 ai 74 anni e del 13 per cento tra quelle che superano i 74 anni. Gli affitti corrisposti dai migranti anziani risultano invece di poco inferiori alla media nazionale. Il diritto di locazione vigente consente di adeguare solo moderatamente gli affitti nel corso di un rapporto di locazione: un vantaggio di cui gli anziani, che dispongono spesso di rapporti di locazione di lunga data, beneficiano con grande frequenza. Altri fattori che spiegano il livello mediamente più basso degli affitti in questa categoria sociale sono l'elevata proporzione di anziani che vivono in abitazioni di organizzazioni di utilità pubblica, la disponibilità a vivere in alloggi più vetusti (circa un'economia domestica di anziani su tre abita in un edificio costruito prima del 1946) e l'ottenimento di sussidi per l'alloggio.

Grazie al livello degli affitti mediamente più contenuto e all'elevata quota di economie domestiche di anziani proprietari di una casa o abitazione che spesso hanno estinto totalmente o in gran parte le ipoteche costituite, per la maggioranza della popolazione anziana i costi dell'abitazione non rappresentano un onere gravoso. Questo non vale però per tutti. Infatti, l'indagine sul reddito e sul consumo del 2004 rivela p. es. che la metà degli inquilini ultrassessantacinquenni soli spende per l'abitazione più del 36 per cento del reddito disponibile, contro il 27 investito dalle economie domestiche di coppia. Il valore mediano per tutte le economie domestiche è del 25 per cento⁵⁸.

Situazione abitativa molto soddisfacente. Gran parte della popolazione anziana è soddisfatta o molto soddisfatta della propria situazione abitativa. Secondo il Panel svizzero delle economie domestiche, le economie domestiche di anziani presentano il grado di soddisfazione più elevato di tutte le diverse categorie sociali. Anche in base ad Age Report la soddisfazione nei confronti della propria situazione abitativa è globalmente molto alta. Va comunque precisato che i proprietari, gli occupanti di abitazioni spaziose e le persone in buona salute risultano più soddisfatti rispetto a inquilini, occupanti di abitazioni piccole o persone con disturbi di salute. Apparentemente i desideri degli anziani in materia di alloggio – priorità ad abitazioni comode, economicamente vantaggiose, tranquille, in prossimità di punti d'acquisto e se possibile di familiari – sono in gran parte soddisfatti. L'elevato grado di soddisfazione riguardo all'abitazione non è tuttavia una prerogativa della popolazione anziana, ma si riscontra regolarmente anche in altre categorie sociali.

321.22 Esigenze

Pensare alla problematica degli alloggi nella prospettiva dell'intera esistenza. Gli anziani sono consapevoli del fatto che in molti casi il loro attuale alloggio non sarà più consono alle loro esigenze quando saranno in età molto avanzata, per via delle maggiori difficoltà motorie. In base all'Age Report, a seconda delle fasce di età solo il 15% - 20% degli interrogati ritiene che il proprio alloggio sarebbe appropriato per spostarsi in sedia a rotelle. In particolare le dimensioni e le soglie delle porte, le scale, i bagni, i gabinetti e le cucine spesso non vengono considerati adeguati alla terza età. Rimuovere le barriere architettoniche prima del tempo di solito è un'opzione poco presa in considerazione, perché equivarrebbe ad ammettere che si è diventati "vecchi e fragili". Si spera soprattutto che il proprio stato di salute permetterà di continuare a vivere nel proprio appartamento. Solo quando la salute si deteriora al punto da rendere inadeguato l'appartamento vengono effettuate le modifiche necessarie. Di norma viene preso in considerazione anche il trasferimento in una casa di riposo o di cura. In base al sondaggio, un quarto degli interrogati di età tra gli 80 e gli 84 anni ed un terzo di quelli ancora più anziani si è già messo in lista per un posto in una casa di riposo.

Case di riposo Partendo dal presupposto che anche in futuro circa il 20% delle persone di più di 80 anni vivranno in una casa di riposo o di cura e visto l'atteso aumento della popolazione anziana, il numero dei posti disponibili in questi istituti dovrebbe essere aumentato e portato, entro il 2040, dai circa 55 000 posti

⁵⁷ Tuttavia, le economie domestiche di persone di nazionalità straniera possiedono spesso una casa nel Paese d'origine. Mancano però dati più precisi al riguardo.

⁵⁸ Ufficio federale di statistica UST (2007a), T 20.3.1.2.

del 2000 a 108 000 - 122 000 unità, a seconda dell'evoluzione demografica. In tal modo ogni anno dovranno essere creati dai 1330 ai 1660 nuovi posti – quattro volte in più di quanto era il caso negli anni Novanta⁵⁹. Del resto, le case di riposo costruite 20 o 30 anni fa non rispondono più completamente alle esigenze attuali (camere comuni o troppo piccole ecc.) e sono difficilmente adattabili.

Si stanno tuttavia sviluppando modelli di alloggi modulabili («flexibles Wohnen») basati su una struttura neutra dal punto di vista funzionale che permette di modulare gli spazi a seconda delle esigenze.⁶⁰

Oltre ad un'offerta di appartamenti in linea con le esigenze degli anziani, l'esistenza di una rete di assistenza e cura affidabile e a prezzi contenuti è un altro presupposto indispensabile per continuare a vivere nel proprio appartamento e a condurre un'esistenza autonoma (si veda il capitolo 314.4).

Qualità e sicurezza dello spazio vitale. Secondo gli anziani, le lacune riscontrate nello spazio in cui vivono riguardano raramente l'appartamento in sé. Spesso vengono menzionate carenze che riguardano piuttosto i dintorni del luogo di domicilio. Secondo l'Age Report, un anziano su cinque soffre a causa del rumore o della cattiva qualità dell'aria, mentre uno su sei considera poco sicuro il quartiere in cui vive.

321.3 Sfide per la politica in materia di alloggi

321.31 Quadro istituzionale

Conformemente agli obiettivi sociali della Costituzione federale, la Confederazione e i Cantoni integrano la responsabilità personale e l'iniziativa privata affinché coloro che cercano un appartamento per sé stessi e per la loro famiglia possano trovare un alloggio adeguato a condizioni sostenibili. Questo aspetto si concretizza nell'articolo sulla promozione della costruzione d'abitazioni e dell'accesso alla proprietà (art. 108 Cost.), nel quale gli anziani sono citati esplicitamente come destinatari di questo compito della Confederazione. Tuttavia la Confederazione non ha una politica degli alloggi espressamente orientata sulle esigenze degli anziani. Ciononostante sono state adottate misure contingenti, soprattutto in materia di sostenibilità finanziaria e di conformità degli alloggi.

321.32 Incoraggiamento della sostenibilità finanziaria degli alloggi

Tra il 1975 e il 2001, nell'ambito della legge che promuove la costruzione di abitazioni e l'accesso alla loro proprietà (LCAP), la Confederazione ha contribuito in maniera determinante a mettere a disposizione degli anziani un numero sufficiente di alloggi a prezzi convenienti e orientati sulle loro esigenze, ragion per cui oggi questa fascia di popolazione non deve più affrontare gravi difficoltà finanziarie. Circa la metà dei 70 000 alloggi locativi promossi in questo periodo sono abitati da persone anziane di reddito modesto. Circa il 45% dei circa 112 milioni di franchi versati nel 2005 in forma di riduzioni suppletive per diminuire le spese relative all'alloggio è andato a nuclei familiari di pensionati.

Dall'ottobre 2003 la legge sulla promozione dell'alloggio (LPrA) è subentrata alla LCAP, accompagnata da un apposito credito-quadro. Il principale strumento di promozione previsto dalla LPrA consiste in prestiti a tassi ridotti o a tasso zero. Tali prestiti sono possibili non solo per i nuovi alloggi a prezzi vantaggiosi ma anche per la ristrutturazione socialmente sostenibile di edifici e alloggi adattati alle esigenze degli anziani. Questi prestiti diretti della Confederazione sono stati sospesi nell'ambito del programma di sgravio 03 sino alla fine del 2008. Il 28 febbraio 2007 il Consiglio federale ha deciso di non attivare questi prestiti, ma di continuare gli aiuti federali indiretti a favore dell'edilizia di pubblica utilità.

Nell'ambito delle prestazioni complementari AVS/AI sono previsti sussidi per le persone e i nuclei familiari gravati da elevati costi abitativi. Per il 2000 i versamenti di PC per la voce "alloggio" sono stati valutati intorno ai 110 milioni di franchi. È possibile che in futuro il calo delle sovvenzioni federali in materia di promozione degli alloggi faccia lievitare le spese relative a questa voce.

Accessoriamente va ricordato che vari Cantoni (BS, BL, GE) e alcune Città e Comuni concedono sussidi per il pagamento delle spese abitative, anche se questi ultimi non sono destinati unicamente agli anziani, ma sono accessibili a tutti i nuclei familiari che ne hanno bisogno.

⁵⁹ Hornung D. (2004). Wohnungsmarkt-Szenarien bis 2040, Forschungsbericht im Auftrag von are und BWO, Bern 2004, www.bwo.admin.ch/dokumentation/00106/00108/index.html?lang=de

⁶⁰ SozialAktuell 3/2007, S. 14-15; Studio „Flexibles Wohnen im Alter“ della Hochschule Wädenswil nella casa di riposo Haus Tabea di Horgen.

321.33 Promozione dell'adeguatezza dell'alloggio e dell'ambiente circostante

Dall'analisi sull'attuale situazione degli alloggi è emersa la necessità di adeguare alle esigenze degli anziani il parco alloggi e i quartieri abitativi. Questo è uno dei presupposti indispensabili ad un'esistenza autonoma anche in età avanzata. Inoltre è indispensabile ampliare e differenziare l'offerta di strutture abitative. Anche le esigenze degli anziani sono soggette ai grandi mutamenti della società, ragion per cui l'attuale elevata soddisfazione degli anziani in materia di alloggi non deve spingerci a trarre conclusioni per il futuro. Pertanto, dobbiamo aspettarci che i futuri inquilini anziani desiderino avere maggiori possibilità di scelta. La molteplicità delle strutture abitative non dovrebbe orientarsi unicamente sul grado di autonomia o sulla gamma di servizi e assistenza proposti. Assumono un'importanza sempre maggiore anche diversi "quartieri abitativi", poiché gli anziani di domani avranno una varietà di stili di vita molto maggiore di quelli di oggi. Una grande molteplicità di strutture abitative aumenta anche le possibilità di scambi tra generazioni. Nell'ottica della promozione di alloggi e quartieri abitativi adeguati alle esigenze, la Confederazione ha adottato varie misure:

- Per quanto riguarda la costruzione di alloggi, è stata inserita nella legge sui disabili⁶¹ la disposizione che gli edifici di nuova costruzione con più di otto unità abitative debbano essere accessibili alle persone con mobilità ridotta. Alcune leggi cantonali contengono disposizioni ancora più restrittive.

Prima della promulgazione della legge sui disabili (LDis) si è dibattuto a lungo della generalizzazione di norme edilizie conformi alle esigenze degli handicappati, di cui avrebbero beneficiato tutte le fasce di popolazione visto che si tratta di un'edilizia maggiormente "a misura d'uomo". Tuttavia tale generalizzazione è stata respinta da vari gruppi d'interesse, principalmente per via dei costi aggiuntivi che ne sarebbero derivati. A seconda delle dimensioni del progetto e del volume degli investimenti edili, questi costi si aggirano intorno all'1,5 - 3,5%.⁶² A tali considerazioni finanziarie si sarebbero dovute contrapporre delle stime o valutazioni dei risparmi eventualmente generati dalla possibilità di far restare gli anziani nel proprio alloggio anziché trasferirli in una casa di riposo.

- Le costruzioni incentivate nell'ambito della promozione degli alloggi della Confederazione devono adempiere la norma SN 521500 per gli edifici conformi alle esigenze degli handicappati e degli anziani. In tal modo è stato possibile creare un nucleo fondamentale di alloggi a prezzi convenienti e adeguati alle esigenze degli anziani. Questi incentivi per un'edilizia in linea con le esigenze degli anziani anche al di fuori della promozione statale ha dato luogo alla creazione di una norma attualmente in fase di elaborazione presso la SIA (Société suisse des ingénieurs et des architectes), le cui disposizioni si allineano a quelle della norma già esistente, ma il cui campo d'applicazione si limita alla costruzione di alloggi locativi. Ai fini dei miglioramenti futuri sarà determinante la decisione dei Cantoni di dichiarare vincolante la norma SIA nell'ambito delle rispettive legislazioni.
- La Confederazione sostiene l'operato della Pro Senectute, che dispone di centri di consulenza in ogni Cantone. L'associazione offre tra le altre cose una consulenza finanziaria, consigli sulle offerte di appartamenti da parte delle istituzioni e sull'adeguamento degli alloggi. Anche il *Centro svizzero per la costruzione adatta agli handicappati*⁶³ promuove un'edilizia conforme alle esigenze dei disabili.⁶⁴
- Anche il programma di ricerca dell'UFAB si adopera affinché le esperienze in materia di nuove strutture abitative per gli anziani siano fatte conoscere e vengano maggiormente seguite. Esso sostiene l'attuale valutazione di una nuova edilizia nella quale vengono messi in pratica valori come l'autoaiuto e la promozione delle comunità negli alloggi per gli anziani nonché programmi a favore d'insediamenti innovativi per la terza età nelle zone rurali. Anche in altri lavori di ricerca si tiene conto degli aspetti che riguardano la terza età, come per esempio in un progetto in corso sul miglioramento dell'ambiente abitativo. Inoltre l'UFAB partecipa alla rete "Alter – Wohnen – Umwelt" (età-alloggi-ambiente) promossa dal Wohnforum del Politecnico di Zurigo che riunisce vari attori del settore dell'edilizia per la terza età. Tuttavia queste forme di promozione indiretta sono molto limitate per via della mancanza di risorse.

Le attività di promozione summenzionate hanno contribuito ad avviare la differenziazione dell'offerta di alloggi per gli anziani. Mentre per molto tempo sono stati i costruttori di opere di pubblica utilità con il

⁶¹ Legge federale del 13 dicembre 2002 sull'eliminazione di svantaggi nei confronti dei disabili (legge sui disabili LDis; **151.3**).

⁶² Schweizerische Fachstelle für behindertengerechtes Bauen (2004).

⁶³ www.hindernisfrei-bauen.ch/

⁶⁴ www.wohnform50plus.ch

sostegno dei poteri pubblici a costruire alloggi per la terza età, negli ultimi tempi sono sempre più gli offerenti privati a scoprire gli anziani come interessante segmento di mercato. Oltre alle offerte di prezzo elevato, da tempo sul mercato (residenze per i seniori), incominciano a fare la loro apparizione anche appartamenti con varie prestazioni accessorie per gli anziani di reddito medio. In definitiva ad essere attuati sono stati singoli progetti dovuti all'iniziativa privata, essenzialmente basati sulla creazione di strutture composte da case o comunità abitative.

Iniziativa Con l'Age Stiftung nel 2000 ha fatto la sua apparizione un istituto privato che sostiene – con crediti all'investimento ed altro – progetti innovativi per alloggi adeguati alle esigenze degli anziani, premia ogni due anni con l'Age Award un progetto edile per gli anziani particolarmente valido e divulga informazioni sugli alloggi per la terza età.

321.34 Un ambiente propizio

Necessità di adeguamenti delle infrastrutture delle zone periferiche. Una sfida particolare è costituita dallo spostamento della popolazione anziana dalle città alle periferie e alle cinture periferiche degli agglomerati urbani. In futuro un numero sempre maggiore di anziani vivrà in quartieri che negli anni Settanta e Ottanta erano stati concepiti per giovani famiglie con bambini. Mentre le città dispongono solitamente di offerte abitative specifiche e di servizi di assistenza per gli anziani, nei quartieri di periferia sono necessari interventi di ampio respiro ed ingenti investimenti.⁶⁵

Mix e scambio tra generazioni. Quando per motivi di salute dispongono di una mobilità ridotta, gli anziani svolgono più spesso le loro attività quotidiane nelle immediate vicinanze della loro abitazione. Per questa ragione è ancora più importante creare zone residenziali in cui possano convivere più generazioni. I quartieri che dispongono di alloggi per le diverse fasce di età della popolazione incoraggiano gli scambi tra le varie generazioni. In Svizzera sono ancora molto rari i programmi edili appositamente orientati al *mix* generazionale. Programmi di questo tipo puntano a creare reti di rapporti intergenerazionali anche al di fuori dell'ambiente familiare al fine di sfruttare in comune nella vita di tutti i giorni le risorse delle varie generazioni. Presupposti indispensabili alla nascita spontanea di tali reti sono una struttura dell'insediamento priva di barriere architettoniche e un'offerta di alloggi destinata a diversi tipi di nucleo familiare e a diverse fasce di età.

Principi L'insediamento di Steinacker della Baugenossenschaft ASIG di Zurigo – premiato con l'Age Award nel 2005 – offre appartamenti differenziati per le varie generazioni di single, coppie e famiglie. Gli alloggi non sono equipaggiati in maniera particolare per gli anziani, ma non ne escludono l'accesso. Anche chi è avanti con gli anni e ha bisogno di cure o assistenza non ha bisogno di lasciare il suo ambiente, poiché in uno degli edifici c'è un gruppo di assistenza. La Baugenossenschaft ha può influire sull'eterogeneità generazionale mediante la politica degli affitti e quindi impedire che il quartiere diventi un ghetto di coetanei.

Da due anni la Pro Senectute Vaud - in partenariato con la Fondation Leenaards - sta sperimentando dei progetti di quartieri solidali. Il progetto si basa sui principi dello sviluppo comunitario che consistono nell'incoraggiare la popolazione, le associazioni e i professionisti del settore ad agire insieme al fine d'individuare le esigenze e le risorse di un edificio, di un quartiere e di una regione intera. Lo scopo è quello di lottare contro l'isolamento e l'emarginazione di alcune categorie di anziani.

Anche la possibilità di fare acquisti, di usufruire di servizi, caffè e ristoranti, zone per il relax e spazi verdi gioca un ruolo importante nella vita di quartiere, quando questi spazi sono facilmente accessibili alla popolazione. Va infine tenuto conto anche del bisogno di un ambiente sicuro.

Come emerso da un'indagine nell'ambito del PNR 51⁶⁶, gli spazi strutturati in maniera accogliente e al riparo dal traffico non sono unicamente un'esigenza degli anziani: anche i bambini, le famiglie e gli handicappati ne traggono vantaggio. Allo stesso modo, i quartieri che tengono conto delle esigenze dei bambini, come pubblicizzato p. es. da un'iniziativa dell'UNICEF⁶⁷, vengono incontro anche alle esigenze degli anziani.

Possibili interventi

B1	Sostegno ai progetti di alloggi innovativi e adeguati Al fine di assicurare a tutti gli appartenenti alle generazioni più anziane la massima autonomia possibile e la permanenza nel proprio alloggio fino in età avanzata sono necessari gli sforzi coordinati di tutti gli enti pubblici di ogni livello. È importante sperimentare le varie forme	a
-----------	--	----------

⁶⁵ Batt P. (1996).

⁶⁶ Batt P. (1996).

⁶⁷ Per la campagna svizzera dell'UNICEF "Comuni amici dei bambini" si veda: <http://www.unicef-suisse.ch/update/d/aktuell/initiativen/kfg.shtml>

	<p>abitative, scambiare le esperienze fatte a livello nazionale e integrare le esigenze e risorse delle fasce di popolazione interessate.</p> <p>→ Nell'ambito della promozione degli alloggi e della ricerca nel settore dell'alloggio la Confederazione continua a contribuire all'esistenza di un nucleo di base di alloggi conformi alle esigenze degli anziani, alla sperimentazione di nuovi tipi di strutture abitative per gli anziani, alla valutazione delle esperienze e alla loro divulgazione negli ambienti interessati.</p>	
B2	<p>Quartieri "a misura d'uomo"</p> <p>Le esigenze degli anziani devono essere prese maggiormente in considerazione dalla pianificazione territoriale. Nella creazione e dotazione di spazi vitali, quartieri e città conformi alle esigenze della terza età entrano in gioco soprattutto i Comuni e le loro pianificazioni del territorio e dei trasporti, perché si tratta principalmente di questioni da risolvere a livello locale. Molto promettenti sono le soluzioni che non si rivolgono in maniera specifica alle esigenze degli anziani, ma promuovono un ambiente "a misura d'uomo" tenendo conto delle esigenze di tutte le fasce della popolazione.</p> <p>→ La Confederazione deve sostenere Comuni e Cantoni negli sforzi volti a creare spazi vitali e quartieri conformi alla terza età e a misura d'uomo collegando tra loro le varie iniziative locali e regionali e promuovendo lo scambio di esperienze e di <i>know how</i>. Sarebbe opportuno vagliare anche l'ipotesi di elaborare linee guida per una pianificazione conforme alla terza età e a misura d'uomo da sottoporre a Cantoni e Comuni. Inoltre bisognerebbe verificare anche l'opportunità di sostenere progetti pilota intesi come progetti modello, analogamente a quanto raccomandato dall'OCSE nel suo rapporto sull'età e la mobilità.</p>	<p>a b c</p>

Competenze: a = Confederazione, b = Cantoni, c = Comuni, d = Privati

322 Mobilità e trasporti pubblici e privati

<p>Aspetti salienti</p> <p>Autonomia. <i>In materia di mobilità quali condizioni quadro facilitano un'esistenza autonoma anche nella vecchiaia?</i></p> <p>Prospettiva generazionale. <i>Quali servizi e condizioni di trasporto soddisfano le esigenze di tutte le fasce di età?</i></p>
--

322.1 Descrizione

Conservare la propria mobilità e la possibilità di spostarsi fuori casa è uno dei presupposti principali per partecipare alla vita sociale. Molti anziani hanno la macchina e si muovono molto: si pone quindi il problema della loro sicurezza nel traffico. La Confederazione non ritiene che l'introduzione di un limite d'età per la licenza di guida sia una restrizione appropriata. Una licenza a validità limitata permetterebbe meglio di tener conto delle condizioni individuali dei conducenti. Il programma d'azione "Via sicura"⁶⁸ contempla altre disposizioni per migliorare la sicurezza del traffico.

Tuttavia, con l'avanzare dell'età i trasporti pubblici assumono un'importanza sempre maggiore. Per poter condurre un'esistenza autonoma il più a lungo possibile è quindi necessario poter usufruire dei servizi di trasporto pubblico. I quartieri abitati dovrebbero quindi disporre di linee di autobus con pianale ribassato e di fermate comode e facilmente accessibili, senza sottopassaggi né scale.

322.2 Sfide della politica dei trasporti : servizi di trasporto pubblico a misura d'uomo

Orientamento attuale : adeguarsi alle esigenze delle persone con mobilità ridotta

Negli ultimi anni la situazione delle persone con mobilità ridotta è gradualmente migliorata. Conformemente alla legge sui disabili, i trasporti pubblici della Svizzera devono tenere conto delle esigenze dei passeggeri con difficoltà motorie. Tuttavia in questo campo resta ancora molto da fare.

Esempi In linea di massima le misure riguardano tutti i settori dei trasporti pubblici: infrastrutture (stazioni, fermate), gestione delle linee, orari, acquisto dei titoli di trasporto (facilità di acquisto, istruzioni per gli utenti più facili, mantenimento degli sportelli con personale, vendita di biglietti da parte del personale viaggiante senza supplemento) impianti tecnici (pianali ribassati), informazione e comunicazione alla clientela (sistemi acustici e visivi), sicurezza (introduzione di un servizio di sicurezza nei trasporti pubblici), e prestazioni particolari (assistenza da parte del personale).

⁶⁸ www.astra.admin.ch.

Spesso le misure dovute a ristrutturazioni o a nuove installazioni comunque necessarie o alla sostituzione di vecchi veicoli sono possibili a costi relativamente contenuti – si calcolano spese supplementari tra lo 0 e il 5% della spesa globale del progetto. In caso contrario le spese possono essere notevoli, di norma sostenute dai poteri pubblici perché di pubblico interesse. Tuttavia, vista l'attuale situazione finanziaria dello Stato, spesso alcune misure non possono essere realizzate nei tempi previsti.

Attività in corso

C1	<p>Strategia per una rete completa per l'uso autonomo e spontaneo dei trasporti pubblici Entro il 2023 va creata una situazione che consenta agli anziani di spostarsi comodamente e senza stress.</p> <p>→ In collaborazione con la Confederazione, i Cantoni e le circa 200 aziende di trasporto concessionarie vengono elaborati piani e progetti volti ad una pianificazione dei trasporti e adattate le rispettive condizioni quadro al fine di prendere in considerazione le esigenze dei passeggeri a mobilità ridotta e quindi anche degli anziani. Si tratta di un gran numero di singoli progetti.</p>	a b d
-----------	---	----------------------------------

Competenze: a = Confederazione, b = Cantoni, c = Comuni, d = Privati

Le esigenze degli anziani – con mobilità ridotta o meno – coincidono con le esigenze e le preferenze di altre fasce della popolazione. Su questo punto, quindi, l'approccio dell'«adeguamento alle esigenze degli handicappati» è troppo limitato.

Opportunità dell'economia degli anziani

Del resto gli anziani sono tra i principali clienti dei trasporti pubblici e costituiscono un mercato molto interessante. Le aziende di trasporto che ne tengono conto vengono incontro non solo alle esigenze della vita di tutti i giorni ma anche a quelle del turismo e del tempo libero.

33 Lavoro e passaggio alla pensione

<p>Aspetti salienti</p> <p>Prestazioni e prestazioni potenziali. <i>Quali sono le prestazioni, effettive e potenziali, dei lavoratori più anziani? Come possono essere riconosciute e promosse?</i></p> <p>Prospettiva del corso della vita, prospettiva generazionale. <i>Come riorganizzare il mondo del lavoro per poter sfruttare il potenziale di uomini e donne di tutte le fasce d'età al di là del percorso esistenziale? Come devono adeguarsi gli individui e la società?</i></p> <p>Equilibri difficili. <i>Aspettative personali, conciliazione dell'aspirazione ad anticipare il pensionamento con l'interesse collettivo (finanziamento della previdenza professionale) e la logica demografica (prolungamento della vita professionale come corollario all'aumento della speranza di vita).</i></p>
--

333 Descrizione

Vengono considerati lavoratori in età avanzata coloro che hanno superato i 50 anni e che sono ancora sul mercato del lavoro. La situazione dei lavoratori di questa fascia di età è al centro di varie riflessioni, dovute a:

- le difficoltà incontrate in caso di disoccupazione in seguito a riassetti aziendali e licenziamenti;
- la necessità di adattare subito il mercato del lavoro ad una popolazione attiva più avanti con gli anni e relativamente meno numerosa, valorizzando il potenziale a disposizione;
- la necessità di rivedere la ripartizione del lavoro sull'arco di tutta la vita, soprattutto il momento del passaggio dalla vita attiva al pensionamento

Attualmente, rispetto agli altri Paesi del mondo, in Svizzera il tasso di occupazione poco prima dell'età del pensionamento è relativamente elevato, come dimostrato dalle ricerche dell'OCSE

