
Fragilità e disuguaglianze di salute nella terza e nella quarta età

[Stefano Cavalli](#)

Le condizioni di salute della popolazione anziana residente in Ticino sono qui esaminate a partire dai risultati di una importante ricerca condotta a livello nazionale. Il lettore è indotto a rivedere le proprie rappresentazioni: se la maggior parte delle persone della terza età gode di una salute relativamente buona, la caratteristica comune della quarta età non è né la malattia né la dipendenza, bensì la fragilità.

Mai così numerosi, i pensionati vivono in media sempre più a lungo e formano un gruppo sociale eterogeneo. Nel dopoguerra, il termine «vecchiaia» si riferiva all'insieme delle persone che avevano superato l'età della pensione. Complici l'allungamento della speranza di vita e il miglioramento di salute e condizioni materiali di esistenza delle persone anziane, nella seconda metà del XX secolo abbiamo assistito all'emergere della «terza età», frutto di una progressiva dissociazione tra l'uscita dal mondo del lavoro e il momento in cui si entra nella vecchiaia¹. La terza età racconta di una nuova fase della vita ricca di potenzialità, laddove «quarta età» è espressione riservata a una realtà antica quanto l'uomo - la vecchiaia - che tuttavia oggi presenta due peculiarità: sopraggiunge sempre più tardi e riguarda un numero crescente di individui². Non è questo il luogo per discutere di come e quando si transita da un'età all'altra; mettiamo però in guardia chi legge dal rischio di considerare tutti i giovani anziani in buona salute, attivi e desiderosi di approfittare di quanto la vita e il mondo moderno offrono loro, contrapponendoli a dei grandi anziani affetti da poli-patologie e abbandonati ai margini della società. In questo scritto, in cui saranno esaminate le condizioni di salute della popolazione anziana residente in Ticino, avremo modo di verificare se tutte le persone della terza età stanno bene e se la quarta età è sinonimo di dipendenza, ma soprattutto ci interrogheremo sull'entità delle disuguaglianze sociali.

Vulnerabilità e fragilità

Nel corso degli ultimi anni, in ambito umano e sociale, il concetto di vulnerabilità ha riscosso un notevole successo. Non è un caso che il Fondo nazionale svizzero per la ricerca scientifica abbia dedicato a questo tema uno dei rari Poli di ricerca nelle scienze sociali³. Dario Spini e colleghi definiscono la vulnerabilità come una situazione dinamica di vita in cui la scarsità di risorse - siano esse biologiche, economiche, sociali o psicologiche - espone degli individui, o dei gruppi di individui, al rischio di sperimentare le conseguenze negative di eventi avversi, senza riuscire a farvi fronte in modo efficace⁴. Si tratta di un concetto multidimensionale e interdisciplinare, diversamente da quelli di povertà, isolamento o esclusione sociale propri alla sociologia e da quelli di stress o depressione in voga in psicologia.

Nel campo della gerontologia si predilige invece la nozione di fragilità, che pone l'accento sul declino della salute e rappresenta la forma più comune di vulnerabilità nella terza e soprattutto nella quarta età. L'età avanzata è caratterizzata dalla riduzione, progressiva o repentina, delle riserve fisiologiche e sensomotorie. La fragilità subentra quando questo processo raggiunge un livello tale da ledere la resilienza di una persona, vale a dire la sua capacità a preservare un equilibrio con l'ambiente circostante o a ristabilirlo in seguito a degli eventi avversi⁵. Se ne deduce che la differenza tra un anziano fragile e uno che non lo è (ancora) non risiede tanto nel loro stato di salute oggettivo, quanto nelle possibili conseguenze di un episodio esterno.

Lo scrittore siciliano Andrea Camilleri ci regala una descrizione efficace delle due diverse situazioni quando il suo celebre commissario Montalbano, nel corso di un'indagine, si lascia andare alla seguente riflessione sull'incedere dell'età: «Fino a un certo jorno della tò vita, sciddrichi, cadi, ti susi e

non ti sei fatto niente, invece po' arriva il jorno che sciddrichi, cadi e non ti puoi cchiù susiri pirchè ti sei rotto il femore. Che è capitato? È capitato che hai varcato il confine invisibile da un'età all'altra»⁶. Una persona fragile si trova quindi in una situazione a rischio di disabilità, dalle conseguenze talvolta irreversibili, anche a fronte di episodi in apparenza banali. La citazione evidenzia altresì la difficoltà nel delimitare il confine tra un'età e l'altra, sia per i ricercatori sia per i diretti interessati. Chiamati a descrivere il momento del loro ingresso nella vecchiaia, diversi novantenni, pur consapevoli di aver vissuto la transizione, non sono in grado di identificare un punto di svolta e forniscono un'immagine sfocata del cambiamento⁷.

Differenze e disuguaglianze

Prima di affrontare la questione della salute in età avanzata, chiariamo cosa intendiamo con il termine di «disuguaglianze», e in che misura queste si distinguono dalle differenze. Una differenza è un divario fra due o più individui/ cose in un dato parametro: persone grandi o piccole, con gli occhi azzurri o marroni, maschi o femmine, ecc. Si tratta di una descrizione classificatoria che, a priori, non comporta (o perlomeno non dovrebbe comportare) giudizi di valore. Una differenza diventa una disuguaglianza quando una società o un gruppo d'individui la inseriscono in un sistema gerarchico, che conferisce potere, prestigio o privilegi⁸. La salute, uno dei beni più preziosi di cui disponiamo, è oggi percepita come un diritto e, se intaccata, diventa fonte di disuguaglianze poiché ci ostacola nelle nostre attività, riduce le possibilità di partecipazione sociale e, in generale, di godersi la vita.

Fino a qualche decennio fa era pensiero comune che le disuguaglianze si assottigliassero una volta usciti dal mondo del lavoro. Ciò sarebbe dovuto alla diminuzione degli effetti della stratificazione socio-professionale tra i pensionati e a una sorta di selezione naturale della morte, che colpisce i più deboli e tende a risparmiare i più robusti. Oggi, al contrario, è assodato che la popolazione anziana è molto eterogenea e si stima che le disuguaglianze aumentino con l'età, come conseguenza di processi cumulativi di vantaggi e svantaggi nel corso della vita: a medio e lungo termine, i più fortunati tendono ad aumentare i privilegi sui loro contemporanei⁹.

Le disuguaglianze di salute presso la popolazione anziana possono essere dovute a vari fattori. Innanzitutto, l'appartenenza di genere con il suo noto paradosso secondo il quale le donne vivono più a lungo, ma gli uomini hanno una salute migliore¹⁰. Altro elemento discriminante, l'iscrizione dei percorsi di vita nel tempo storico - le nuove generazioni di anziani beneficiano, nell'insieme, di migliori condizioni di salute - e nello spazio, come il fatto di risiedere in un'area urbana piuttosto che rurale, o di aver vissuto dei percorsi migratori. Infine, ed è su questo che ci soffermeremo, lo statuto socioeconomico, che include aspetti correlati fra loro, pur presentando ciascuno le proprie specificità, come il livello di formazione, la categoria professionale e la situazione finanziaria.

Al fine di analizzare stato e disuguaglianze di salute nella popolazione anziana residente in Ticino, passeremo ora in rassegna alcuni risultati tratti dalla ricerca trasversale «Vivre/Leben/Vivere» (VLV), che studia le condizioni di vita degli over 65 in cinque regioni della Svizzera¹¹. In Ticino, un'indagine si è svolta tra il 2011 e il 2012 su di un campione rappresentativo della popolazione di sessantacinque anni e oltre, residente a domicilio o in casa per anziani (N=704). I dati sono stati raccolti con il supporto di due questionari standardizzati. Nei casi in cui l'anziano non era in grado di rispondere personalmente alle domande, poiché affetto da una forma di demenza o presentava dei deficit di memoria importanti, un familiare, un conoscente stretto o un operatore ha compilato una versione ridotta del questionario.

Fragilità nella popolazione anziana

Per determinare lo stato di salute complessivo delle persone anziane residenti in Ticino, ci avvaliamo del concetto di fragilità, misurata attraverso cinque dimensioni: la mobilità, le capacità sensoriali, la cognizione, il metabolismo energetico, e infine i dolori e i problemi fisici. È considerata come fragile una persona che presenta dei deficit in almeno due dimensioni¹².

La stragrande maggioranza delle persone di età compresa tra i 65 e i 79 anni è indipendente e solo il 2% di esse dipende dall'aiuto di terzi per espletare le funzioni fondamentali della vita quotidiana. Ben diversa è la distribuzione tra chi ha superato gli ottant'anni, ancorché vecchiaia non sia sinonimo di

dipendenza. Raggiungere un'età avanzata significa esperire la fragilità (i dipendenti sono tutti anche fragili), ma se alcune situazioni sfociano nella dipendenza, questa non s'impone inesorabilmente. Tra gli 85 e gli 89 anni, prevalgono le persone fragili. Oltre i 90 anni, i dipendenti rappresentano il gruppo più cospicuo, anche se, presi insieme, fragili e indipendenti si confermano come più numerosi.

Vulnerabilità nella terza età

La maggior parte dei giovani anziani, l'abbiamo appena visto, sono autonomi e in buona salute, eppure una persona su cinque di età compresa tra i 65 e i 79 anni risulta essere fragile. In che misura i problemi di salute si combinano con altre forme di vulnerabilità e quali sono i gruppi della popolazione maggiormente a rischio¹³? Sono qui considerate tre dimensioni della vulnerabilità nella terza età, che riguardano rispettivamente lo stato di salute (la fragilità), la situazione economica (il reddito, il patrimonio e l'essere proprietario dell'abitazione) e l'inserimento relazionale (il fatto di vivere soli e l'intensità dei contatti con familiari e amici).

Sebbene siano rari i casi di dipendenza funzionale (1%), povertà (6%) e isolamento completo (1%), per ogni dimensione analizzata pressoché un quinto dei membri di questa fascia della popolazione è da ritenersi vulnerabile: il 16% dei giovani anziani si trova in una condizione di precarietà finanziaria, il 19% ha una vita relazionale limitata. Persone, dunque, che, un domani e a fronte di eventi avversi, rischiano di ritrovarsi in situazioni di notevole difficoltà. Rileviamo innanzitutto che la metà delle persone di età compresa tra i 65 e i 79 anni gode di buona salute, dispone di mezzi finanziari sufficienti e beneficia di una rete relazionale solida. Il rovescio della medaglia è che un giovane anziano residente in Ticino su due è vulnerabile in almeno una delle tre dimensioni prese in esame. Ciò nonostante, solo in casi eccezionali (2%) vi è un accumulo delle tre forme di vulnerabilità, mentre una persona su sette (14%) deve far fronte a due tipi di difficoltà (sono soprattutto i problemi nelle sfere della salute ed economica ad andare di pari passo).

Non tutti gli anziani sono uguali davanti al rischio di vulnerabilità e la natura delle differenze varia secondo la dimensione considerata. Prendiamo l'esempio dell'appartenenza di genere: a fronte dell'assenza di disparità nell'ambito della salute, le donne sono sfavorite dal punto di vista finanziario – la percentuale di coloro che vivono in condizioni di povertà o di precarietà è doppia rispetto a quella degli uomini –, ma anche meglio integrate sul piano relazionale. In generale, gli anziani fragili si contano soprattutto tra le persone con un livello d'istruzione e uno statuto professionale bassi, che non esercitano più un'attività lavorativa retribuita, che sono separate o divorziate. Si trova più spesso in una situazione di vulnerabilità economica chi ha frequentato solo le scuole dell'obbligo e ha svolto delle professioni manuali, così come le persone che vivono nei centri urbani, quelle di nazionalità straniera (si tratta essenzialmente di italiani) e quelle che non possono contare sulla presenza del coniuge. Infine, l'isolamento sociale concerne in maggior misura i celibi e le nubili, chi non ha figli o nipoti, disagio economico o di esclusione sociale. In che misura si tratta degli stessi individui, che di conseguenza accumulano più difficoltà?

Disuguaglianze di salute nella terza e nella quarta età

Torniamo alla questione delle disuguaglianze di salute in età avanzata. Il grado di istruzione e la stratificazione professionale sono fonte di importanti e ben note disparità per quanto attiene all'aspettativa di vita ma anche in materia di salute, e questo sia tra i giovani che tra i grandi anziani¹⁴. I dati dell'indagine vlv confermano anche per il Ticino che le traiettorie formative e lavorative, così come il reddito, sono associati allo stato di salute della popolazione anziana. Le disuguaglianze sono particolarmente elevate in rapporto al livello di formazione: nella terza età, la proporzione di fragili è doppia tra chi non è andato oltre la scuola dell'obbligo (28%) rispetto a chi ha intrapreso degli studi superiori (13%); tra gli ultraottantenni, le condizioni di salute migliorano con il crescere del grado di istruzione.

Le disuguaglianze di salute non sono legate solo alla posizione occupata al momento dell'entrata nell'età adulta (educazione), ma anche a quella assunta nel corso della vita lavorativa (professione) e alla situazione economica attuale (reddito). Gli anziani che hanno esercitato delle professioni manuali – operai

e agricoltori in primis - appaiono penalizzati in termini di salute e soffrono più spesso di incapacità. Lo stesso vale per le persone che dispongono di un reddito individuale mensile modesto (inferiore a 2'400 franchi), che incorrono in un rischio maggiore di essere fragili, ma questo solo tra i giovani anziani.

Per quanto riguarda gli ultraottantenni, aggiungiamo che alcuni eventi inerenti alla salute sono più frequenti tra le persone con un basso profilo educativo e professionale. È il caso delle cadute occorse nell'ultimo anno - che interessano il 40% di chi si è fermato alle scuole dell'obbligo contro il 29% di chi ha effettuato degli studi superiori - e del fatto di soffrire di una malattia, mentre non vi sono differenze significative per operazioni e ricoveri in ospedale. Nel contempo, il fatto di disporre di un reddito elevato è correlato a un minore rischio di cadute e malattie.

Conclusione

I risultati qui presentati fanno stato, anche per il Ticino, di una popolazione anziana assai eterogenea. Da un lato, vi è la necessità di identificare varie tappe della vita dopo il pensionamento (giovani e grandi anziani differiscono sotto molti aspetti); dall'altro, a età anagrafica simile corrispondono forti disparità tra individui, risultato dell'effetto congiunto o cumulativo di circostanze specifiche succedutesi nei loro percorsi di vita. Abbiamo pure evidenziato che la maggior parte delle persone della terza età sono in buona salute e che la caratteristica comune della quarta età non è né la malattia né la dipendenza, ma la fragilità. Ciò non vuol dire che tutti i giovani anziani sono in perfetta forma psicofisica e i grandi anziani gravati da problemi di ogni sorta. Una persona su due di età compresa tra i 65 e i 79 anni è vulnerabile in almeno una dimensione (salute, economica e/o relazionale). Inoltre, lo statuto socioeconomico conserva un impatto sulla qualità delle ultime fasi dell'esistenza. Il passato della vita adulta continua a plasmare il presente della vecchiaia.

Nel corso degli ultimi decenni, le condizioni di salute della popolazione anziana sono sensibilmente migliorate¹⁵. Possiamo però chiederci se tutti approfittano di questo trend positivo o, come sembra suggerire il persistere delle disuguaglianze sociali, alcuni anziani ne sono esclusi. Una questione di estrema attualità in un'epoca caratterizzata da una profonda crisi economica e dalla messa in discussione delle conquiste sociali.

¹ P. Laslett, *Una nuova mappa della vita. L'emergere della terza età*, Il Mulino, Bologna, [1989] 1992.

² C. Lalive d'Épinay, S. Cavalli, *Le quatrième âge ou la dernière étape de la vie*, PPUR, Lausanne, 2013.

³ LIVES - Overcoming vulnerability: Life course perspectives (<http://lives-nccr.ch>).

⁴ Tradotto e adattato da D. Spini, D. Hanappi, L. Bernardi, M. Oris, J.-F. Bickel, «Vulnerability across the life course: A theoretical framework and research directions», in *LIVES Working Paper*, n. 27, 2013.

⁵ C. Lalive d'Épinay, D. Spini (a cura di), *Les années fragiles. La vie au-delà de quatre-vingts ans*, Les Presses de l'Université Laval, Québec, 2013.

⁶ A. Camilleri, *La luna di carta*, Sellerio, Palermo, 2005, p. 181.

⁷ S. Cavalli, K. Henchoz, «L'entrée dans la vieillesse: paroles de vieux», in M. Oris *et al.* (a cura di), *Transitions dans le parcours de vie et construction des inégalités*, PPUR, Lausanne, 2009, pp. 389-406.

⁸ C. Lalive d'Épinay, S. Cavalli, *op. cit.*, cap. 4.

⁹ Vedi ad esempio: D. Dannefer, «Cumulative advantage/disadvantage and the life course: Cross-fertilizing age and social science theory», in *Journal of Gerontology: Social Sciences*, vol. 58B, n. 6, 2003, pp. S327- S337.

¹⁰ E. Lahelma, S. Arber, P. Martikainen, O. Rahkonen, K. Silventoinen, «The myth of gender differences in health: Social structural determinants across adult ages in Britain and Finland», in *Current Sociology*, vol. 49, n. 3, 2001, pp. 31-54.

¹¹ La ricerca VLV, condotta dal Centre interfacultaire de gérontologie et d'études des vulnérabilités dell'Università di Ginevra, è stata finanziata dal Fondo nazionale svizzero per la ricerca scientifica (progetto Sinergia CRSII1_129922/1 e PRN LIVES) e da Pro Senectute Svizzera. In Ticino, l'indagine è stata realizzata in collaborazione con la supsi e grazie al sostegno del Dipartimento della sanità e della socialità. Per maggiori dettagli si veda: C. Ludwig, S. Cavalli, M. Oris, «“Vivre/Leben/ Vivere”: An interdisciplinary survey addressing progress and inequalities of aging over the past 30 years in Switzerland», in *Archives of Gerontology and Geriatrics*, vol. 59, n. 2, 2014, pp. 240-48.

¹² Per una presentazione dettagliata si vedano: C. Lalive d'Épinay, D. Spini, *op. cit.*; S. Cavalli, N. Dasoki, D. Dus, B. Masotti, A. Rosciano, «Condizioni di salute, benessere e scambi di servizi nella popolazione anziana residente in Ticino», in F. Giudici, S. Cavalli, M. Egloff, B. Masotti (a cura di), *Fragilità e risorse della popolazione anziana in Ticino*, Ufficio di statistica, Bellinzona, 2015, pp. 47-66.

¹³ Riprendiamo alcuni risultati, che riguardano unicamente la popolazione a domicilio, presentati in: S. Cavalli, D. Dus, «Terza età e vulnerabilità», in F. Giudici, S. Cavalli, M. Egloff, B. Masotti, *op. cit.*, pp. 67-86.

¹⁴ M. Tognetti Bordogna (a cura di), *I grandi anziani tra definizione sociale e salute*, FrancoAngeli, Milano,

2007. Per la Svizzera si veda: C. Lalive d'Epinay, D. Spini, *op. cit.*

¹⁵ C. Lalive d'Epinay, S. Cavalli, *op. cit.*, cap. 2.

rMH 30 Gennaio-Aprile 2015