

Settembre 2023



Rapporto 10

Promozione della salute per e con le persone anziane

Approfondimenti scientifici e raccomandazioni per la prassi

Promozione Salute Svizzera è una fondazione sostenuta da cantoni e assicuratori. Su incarico della Confederazione, essa coordina e valuta le misure volte a promuovere la salute (art. 19 della Legge federale sull'assicurazione malattie). La Fondazione sottostà alla vigilanza della Confederazione. L'organo decisionale supremo è il Consiglio di fondazione. Promozione Salute Svizzera ha due sedi operative, situate negli uffici di Berna e Losanna. Ogni persona residente in Svizzera versa annualmente CHF 4.80 a favore di Promozione Salute Svizzera, importo che viene prelevato dagli assicuratori malattia. Ulteriori informazioni: www.promozionesalute.ch

Nell'ambito della serie «Rapporti Promozione Salute Svizzera» vengono pubblicate informazioni di fondo allestite o commissionate da Promozione Salute Svizzera. I rapporti, sottoposti a un controllo della qualità (reviewboard, gruppo di affiancamento), servono agli specialisti in campo pratico e scientifico nonché ai media e agli attori della politica sanitaria. Responsabili della redazione dei contenuti dei rapporti sono i rispettivi autori. I rapporti di Promozione Salute Svizzera sono in genere disponibili in formato elettronico (PDF).

Impressum

Editrice

Promozione Salute Svizzera

Primo autore

- Dominik Weber, lic. phil. (Promozione Salute Svizzera)

Altri autori

- **Capitolo 3.7**, «Gestione degli impatti»: lic. phil. Dominik Weber, con contributi del Dr. Günter Ackermann (Università di scienze applicate di Zurigo ZHAW)
- **Capitolo 6**, «Media digitali»: Dr. phil. Alexander Seifert (Facoltà di lavoro sociale, FHNW)
- **Capitolo 9**, «Salute psichica»: lic. phil. Dominik Weber e lic. phil. Cornelia Waser (Promozione Salute Svizzera)
- **Capitolo 10**, «Interazione»: lic. phil. Dominik Weber, con contributi di lic. phil. Cornelia Waser (Promozione Salute Svizzera), Ronia Schiftan (Servizio specializzato PEP ed Externas GmbH) e Anne-Françoise Wittgenstein Mani (Scuola universitaria professionale di Ginevra, HESGE)

Gruppo di sostegno

Andreas Bircher (Croce Rossa Svizzera), Florence Chenux (Radix), Mehregan Joseph (Pro Senectute Vaud), Marco Oesterlin (Dipartimento della sanità, Basilea Città), Maya Pfeiffer-Schlatter (Zürich im Alter, Zurigo), Angelo Tomada (Dipartimento della sanità e della socialità, Ticino), Susanne van Gogh (Servizio della sanità pubblica e degli affari sociali, Svitto), Esther Zürcher (Direzione salute, affari sociali e integrazione, Canton Berna)

Responsabili della revisione

- **Rapporto completo**: Bettina Abel (Promozione Salute Svizzera), Fabienne Amstad (Promozione Salute Svizzera), Andreas Biedermann (Public Health Services [PHS]), Ilona Hannich (Promozione Salute Svizzera), Claudia Kessler (Public Health Services [PHS]), Chiara Testera (Promozione Salute Svizzera), Cornelia Waser (Promozione Salute Svizzera)
- **Capitoli 2.1-2.3**: François Höpflinger (Università di Zurigo)
- **Excursus sulla prevenzione della demenza**: Stefanie Becker (Alzheimer Svizzera), Anna De Benedetti (Ufficio del medico cantonale, Canton Ticino), Emiliano Albanese (Università della Svizzera italiana e Università di Ginevra), Eva Bruhin e Margit Jochum Christin (UFSP), Silvia Marti (CDS)
- **Capitolo 5 (pari opportunità)**: Corina Salis Gross (Public Health Services [PHS] e Università di Zurigo)
- **Capitolo 7 (attività fisica)**: Davide Malatesta (Università di Losanna), Laurance Seematter-Bagnoud (Università di Losanna), Julia Schmid (Università di Berna), Claudio Nigg (Università di Berna), Oliver Faude (Università di Basilea), Ralf Roth (Università di Basilea), Nicole Ruch (UFSP), Nadja Mahler (UFSP), Hansjürg Thüler (UPI), Othmar Brügger (UPI), Eva Stocker (UPI), Michel Reymond (UPI), Ursula Meier Köhler (UPI), Tobias Jakob (UPI), Florian Koch (Promozione Salute Svizzera)
- **Capitolo 8 (alimentazione)**: Karin Haas (BFH Berna, Salute), Chantale Coenegracht e Bettina Husemann (Promozione Salute Svizzera)
- **Capitolo 9.4.3 (salute psichica dei familiari curanti)**: Veronika Boss (Promozione Salute Svizzera)

Direzione del progetto Promozione Salute Svizzera

- Dominik Weber
- Christa Rudolf von Rohr, traduzione e layout
- Ronia Schiftan, traduzione e layout

Serie e numero

Promozione Salute Svizzera, Rapporto 10

Citazione

Weber, D. (2022). *Promozione della salute per e con le persone anziane – Approfondimenti scientifici e raccomandazioni per la prassi*. Rapporto 10. Promozione Salute Svizzera.

Foto di copertina

iStock

Informazioni

Promozione Salute Svizzera, Wankdorfallee 5, CH-3014 Berna, tel. +41 31 350 04 04, office.bern@promotionsante.ch, www.promozionesalute.ch

Testo originale

Tedesco

Numero d'ordinazione

02.0452.IT 09.2023

La presente pubblicazione è disponibile anche in francese e in tedesco (numeri d'ordinazione 02.0452.FR 11.2022 e 02.0452.DE 11.2022).

Scarica PDF

www.promozionesalute.ch/publicazioni

© Promozione Salute Svizzera, settembre 2023

Editoriale

La salute è un bene prezioso

La situazione pandemica degli ultimi anni ha evidenziato chiaramente quanto sia importante la salute per noi tutti. La salute è un bene particolarmente prezioso perché ci mette nelle condizioni di svolgere delle attività e di condurre una vita appagante. La pandemia ha rivelato e rafforzato la rilevanza sociale della promozione della salute. La Fondazione Promozione Salute Svizzera vuole utilizzare questa consapevolezza per rafforzare ulteriormente la promozione della salute, proseguendo sulla scia dei successi finora ottenuti.

Programmi d'azione cantonali – una storia di successi

Nel 2007 la Fondazione Promozione Salute Svizzera, in collaborazione con i Cantoni, ha iniziato a pianificare e realizzare i programmi d'azione cantonali sul tema del peso corporeo sano, destinati a bambini e adolescenti. Questi programmi hanno dato un impulso positivo alla promozione della salute in tutto il paese. Cinque anni più tardi, alla luce dei successi ottenuti, il Consiglio di fondazione ha deciso di sviluppare ulteriormente i programmi d'azione cantonali, estendendo il raggio d'azione al gruppo target delle persone anziane e integrando il tema della salute psichica. Ad oggi quasi tutti i Cantoni conducono con successo un programma d'azione cantonale.

Informazioni basate sulle evidenze e orientate alla pratica

Il presente rapporto rappresenta la base per le attività di Promozione Salute Svizzera in relazione agli specifici ambiti tematici e gruppi target e, di conseguenza, costituisce la base anche per i programmi d'azione cantonali. Le basi scientifiche sono state aggiornate e per la prima volta è stato redatto un rapporto separato per ciascun gruppo target della Fondazione, ovvero

- bambini;
- adolescenti e giovani adulti;
- persone anziane.

I tre rapporti hanno una struttura analoga e racchiudono al loro interno ampie conoscenze specialistiche. Numerosi esperti hanno contribuito alla redazione dei singoli capitoli, redigendo dei testi sugli stessi argomenti (salute psichica, attività fisica e alimentazione) per i diversi gruppi target.

Il presente rapporto dedicato alle persone anziane illustra quali opportunità offre la promozione della salute per questo gruppo target e come si possono realizzare degli interventi basati sulle evidenze.

La Fondazione desidera esprimere la propria gratitudine agli autori nonché ai membri del gruppo di accompagnamento per l'eccellente lavoro svolto e augura a tutti un'interessante e proficua lettura.



Thomas Mattig
Direttore



Bettina Abel
Vicedirettrice

Indice

Management Summary	8
1 Introduzione	12
2 Persone anziane in Svizzera	14
2.1 Invecchiamento demografico in Svizzera	14
2.2 I molteplici volti dell'età e della vecchiaia	15
2.3 Salute e malattia	16
2.4 Processi evolutivi ed eventi critici della vita	17
3 Principi e metodi della promozione della salute in età avanzata	23
3.1 Una concezione della salute adeguata all'età	23
3.2 Cosa determina una buona salute in età avanzata	23
3.3 Obiettivi della promozione della salute in età avanzata	24
3.4 Pianificazione e priorità della promozione della salute in età avanzata	25
3.5 Integrazione tra promozione della salute, prevenzione e cura	28
3.6 Setting e attori	30
3.7 Gestione degli impatti: monitoraggio e valutazione	33
4 I benefici della promozione della salute in età avanzata	35
5 Pari opportunità di salute	38
5.1 Fattori sociali all'origine delle disparità di salute	39
5.2 Cosa può fare la promozione della salute	40
5.3 Misure di comprovata efficacia e criteri di successo	41
5.4 Definizione dei gruppi target	42
6 Digitalizzazione nella promozione della salute in età avanzata	44
6.1 Uso dei media in età avanzata	44
6.2 Utilizzo delle TIC nella promozione della salute in età avanzata	45
6.2.1 Internet come fonte di informazioni e canale di comunicazione per la salute	45
6.2.2 Uso delle tecnologie mobili per la salute in età avanzata	46
6.3 Competenze medialti utili per la salute	47
6.4 Cosa occorre considerare?	48
7 Promozione dell'attività fisica regolare	49
7.1 Principi	49
7.2 Perché è utile promuovere l'attività fisica in età avanzata?	49
7.3 Raccomandazioni di movimento e comportamento motorio in età avanzata	51
7.3.1 Raccomandazioni per l'attività fisica in età avanzata	51
7.3.2 Comportamento motorio delle persone anziane in Svizzera	53
7.4 Promozione del movimento in età avanzata	55
7.4.1 Promozione di uno stile di vita attivo in generale	56
7.4.2 Programmi di attività fisica	57
7.4.3 Prevenzione delle cadute	58
7.4.4 Pari opportunità nella promozione dell'attività fisica	59
7.5 Fattori di successo	61

8	Promozione di un'alimentazione equilibrata	63
8.1	Principi e definizioni	63
8.2	Perché è utile promuovere un'alimentazione equilibrata in età avanzata?	64
8.3	Raccomandazioni nutrizionali e comportamento alimentare in età avanzata	64
8.3.1	Raccomandazioni nutrizionali per le persone anziane	64
8.3.2	Comportamento alimentare della popolazione anziana in Svizzera	65
8.4	Promozione di un'alimentazione equilibrata	66
8.5	Fattori di successo	71
9	Promozione della salute psichica	73
9.1	Principi e definizioni	73
9.2	La salute psichica delle persone anziane in Svizzera	75
9.3	Perché è utile promuovere la salute psichica in età avanzata?	77
9.4	Promozione della salute psichica in età avanzata	78
9.4.1	Rafforzamento dell'autoefficacia	79
9.4.2	Rafforzamento del sostegno sociale nel contesto della partecipazione sociale	81
9.4.3	Promozione della salute psichica dei familiari curanti	84
9.4.4	Pari opportunità nella promozione equa della salute psichica	86
10	Interazione tra alimentazione, attività fisica e salute psichica	89
10.1	Interazioni tra alimentazione, attività fisica e salute psichica	89
10.1.1	In che modo l'attività fisica influenza gli altri ambiti	89
10.1.2	In che modo l'alimentazione influenza gli altri ambiti	90
10.1.3	In che modo la salute psichica influenza gli altri ambiti	90
10.2	Raccomandazioni	91
10.3	Esempio dell'autoefficacia	92
11	Conclusioni e raccomandazioni	94
11.1	Argomenti a favore della promozione della salute in età avanzata: PERCHÉ	94
11.2	Raccomandazioni: COSA e COME	95
12	Riferimenti bibliografici	99

Indice delle figure e tabelle

Figura 1	Fasce di età e rispettiva quota di popolazione	14
Figura 2	Aspettativa di vita a 65 anni	16
Figura 3	Possibili meccanismi per la prevenzione della demenza	22
Figura 4	Le tre componenti della salute in età avanzata	24
Figura 5	Percorsi per un invecchiamento in salute	29
Figura 6	Partner di cooperazione nella promozione della salute in età avanzata (con ruoli svolti con maggiore frequenza)	31
Figura 7	Modello d'impatto del progetto pilota fittizio «Attività fisica nel quartiere»	34
Figura 8	Spesa sanitaria complessiva	37
Figura 9	Modello esplicativo dell'inequità di salute	40
Figura 10	Relazione dose-risposta	52
Figura 11	Modello di promozione dell'attività fisica sulle 24 ore	53
Figura 12	Catena alimentare	67
Figura 13	Dual Continuum Model in relazione alla salute psichica	74
Figura 14	Modello risorse-carichi modificato	74
Figura 15	Modello dei quattro ambiti di vita	92
Tabella 1	Invecchiamento demografico in Svizzera	14
Tabella 2	Indicatori: salute (nelle economie domestiche private)	16
Tabella 3	Indicatori: problemi di salute (nelle economie domestiche private)	17
Tabella 4	Carico di malattia nelle persone di età superiore ai 55 anni in Svizzera 2019	26
Tabella 5	Gli effetti benefici dell'attività fisica sulla salute	50
Tabella 6	Sport più popolari tra le donne e gli uomini anziani fisicamente attivi nel 2020	54
Tabella 7	Le sei competenze di vita in età avanzata	80

Indice dei riquadri

Definizioni

Definizione 1	La fase (le fasi) di vita «età avanzata»	18
Definizione 2	Il concetto della qualità di vita	27
Definizione 3	Distinzione tra pari opportunità e eque opportunità	39
Definizione 4	Attività fisica	49
Definizione 5	Alimentazione equilibrata	63
Definizione 6	Salute psichica	73
Definizione 7	Autoefficacia	79
Definizione 8	Competenze di vita	79
Definizione 9	Partecipazione sociale	81
Definizione 10	Sostegno sociale	81
Definizione 11	Familiari curanti	84

Excursus

Le «nuove persone anziane»	19
Prevenzione delle malattie legate alla demenza	21

Conoscenze di base, fatti e cifre

La diversità sociodemografica in età avanzata	15
Differenze di salute dettate da fattori sociali	17
La promozione della salute in età avanzata è efficace	35
Limitazioni individuali e pari opportunità	42
Differenze di natura sociale nel comportamento motorio	55
Differenze di natura sociale nel comportamento alimentare	66
Differenze di natura sociale a livello di salute psichica	76
Chi soffre particolarmente di solitudine	82
Il tabù della violenza nella terza età	85

Management Summary

La pandemia ha messo in risalto l'importanza della promozione della salute, perché nelle crisi è più importante che mai rafforzare le risorse delle persone. Per la promozione della salute le persone anziane sono un gruppo target ampio e in forte crescita. Inoltre, durante la pandemia le persone anziane sono state sin da subito al centro dell'attenzione poiché soffrono più spesso di malattie croniche (MNT), che a loro volta aumentano il rischio di decorso grave di Covid-19.

Il presente rapporto mette in luce i motivi per cui è fondamentale impegnarsi a favore della salute delle persone anziane e, sulla scorta delle più recenti conoscenze scientifiche, spiega perché le tematiche dell'attività fisica, dell'alimentazione e della salute psichica sono pilastri importanti per la salute nella terza e quarta età. Infine presenta interventi e approcci di comprovata efficacia e fornisce alcune utili raccomandazioni.

Il capitolo 2 traccia un profilo del gruppo target delle persone anziane in Svizzera.

Invecchiamento demografico: in Svizzera la popolazione continuerà a invecchiare nei prossimi anni: oggi il 19% delle persone ha più di 65 anni, entro il 2050 si stima che gli over 65 rappresenteranno più di un quarto della popolazione complessiva (26%).

Diversità: le persone anziane sono un gruppo target straordinariamente eterogeneo che differisce, tra le altre cose, in termini di risorse finanziarie, livello di istruzione, genere, situazione migratoria, stato civile, orientamento sessuale e identità di genere. Questa eterogeneità si traduce in grandi differenze sul piano della salute, dello stile di vita e dei bisogni individuali, che a loro volta richiedono l'utilizzo di approcci diversi e misure eque in tutti gli ambiti di intervento.

Salute: come in tutte le fasce d'età, anche la terza e la quarta età sono caratterizzate da alti e bassi, gioie e dolori. La buona notizia è che oltre a vivere più a lungo, in Svizzera le persone restano anche più a lungo in salute. Si osserva, ad esempio, un aumento del numero di anni di vita vissuti in buona salute, una buona percezione soggettiva del proprio stato di

salute come pure un alto senso di soddisfazione nei confronti della vita. Particolarmente tediose sono le malattie croniche, che, insieme ai disturbi psichici, causano oltre il 90% del carico di malattia in età avanzata. In Svizzera quasi una persona su due dopo i 65 anni soffre di almeno una malattia cronica, mentre la percentuale di chi è affetto da almeno una malattia psichica è compresa, a seconda dell'età, tra l'11% e il 13%.

Età avanzata come fase (o fasi) della vita: la vecchiaia è contraddistinta da molteplici cambiamenti, che possono sì essere difficili, ma che rappresentano anche momenti propizi per attuare misure di promozione della salute. In generale, l'età avanzata si può suddividere in due fasi, la cosiddetta terza e quarta età. Le persone nella terza età sono spesso molto agili e attive, vogliono essere parte attiva e contribuire alla vita sociale (la cosiddetta «nuova terza età»). Il passaggio alla quarta età (a partire dagli 80 anni), per contro, è maggiormente associato a crescenti problemi di salute e a un progressivo bisogno di cure.

Il capitolo 3 espone i principi e i metodi della promozione della salute in età avanzata.

Concetto di salute: la buona salute in età avanzata indica la capacità di un individuo di fare ed essere ciò che ama. L'attenzione quindi non è sulle malattie, ma sull'autonomia, sul benessere soggettivo e sulla qualità di vita.

Determinanti della salute: la salute delle persone anziane dipende dalle risorse e dai carichi che risiedono nella persona stessa e nel suo ambiente. L'ambiente è sempre importante per la salute, ma lo diventa ancora di più nel momento in cui le risorse personali sono limitate.

Obiettivi della promozione della salute in età avanzata: la promozione della salute mira a favorire l'empowerment delle persone anziane e a rafforzare la loro autodeterminazione e partecipazione. L'obiettivo non è sempre quello di migliorare la salute e la qualità di vita, ma a volte consiste piuttosto nella stabilizzazione. Per essere efficace, la promozione della salute deve rafforzare le risorse della

persona stessa e quelle del suo ambiente (combinazione di misure orientate al comportamento e misure orientate al contesto strutturale). Un ambiente favorevole alla salute, infatti, oltre a compensare (in parte) il declino delle risorse personali, può facilitare il cambiamento comportamentale rendendo le scelte sane quelle più facili.

Priorità tematiche: le priorità della promozione della salute in età avanzata riflettono, da un lato, la necessità oggettiva sul piano epidemiologico e, dall'altro, le motivazioni e i bisogni soggettivi delle persone anziane stesse. Gli ambiti di intervento più importanti includono la promozione di una regolare attività fisica, di un'alimentazione equilibrata e della salute psichica. Questi temi sono particolarmente indicati per migliorare o preservare la salute, l'autonomia e la qualità di vita in età avanzata.

Messa in rete e collaborazione: la promozione della salute, la prevenzione e le cure sono approcci complementari che apportano contributi specifici al raggiungimento dell'obiettivo comune della «salute e qualità di vita in età avanzata». Oltre al settore sanitario, numerosi altri ambiti e attori possono influenzare la salute delle persone anziane. Al fine di sfruttare in modo ottimale le rispettive competenze, è necessario garantire fin dall'inizio una collaborazione partecipativa, che includa esplicitamente anche le persone anziane. I Comuni sono il setting centrale della promozione della salute in età avanzata. Una buona ripartizione dei ruoli e la definizione di basi strategiche e politiche a livello comunale sono criteri di successo decisivi nella pratica.

Gestione degli impatti: il monitoraggio e la valutazione servono a legittimare la promozione della salute e a sostenere i processi di apprendimento. I modelli d'impatto consentono di valutare l'efficacia di una misura e illustrano gli impatti a diversi livelli.

Il capitolo 4 illustra quali sono i benefici della promozione della salute in età avanzata.

La ricerca ha ampiamente dimostrato che è possibile migliorare considerevolmente o almeno stabilizzare la salute e l'autonomia delle persone anziane. I cambiamenti dello stile di vita e dell'ambiente concorrono a prevenire o almeno influenzare positivamente le malattie non trasmissibili (MNT). Esercizi mirati riducono significativamente il rischio di cadute. La promozione della salute può influenzare anche la salute psichica in età avanzata. Una promozione della salute efficace produce benefici per tutti:

le persone anziane stesse hanno maggiori possibilità di vivere a lungo in modo autonomo a casa propria, in buona salute e con un'elevata qualità di vita. Le loro **famiglie** sono sollevate perché se le persone anziane riescono a vivere più a lungo in maniera indipendente avranno bisogno di meno cure da parte dei familiari. Alla fine ne trae vantaggio la **società nel suo insieme:** in primo luogo, perché se le persone anziane godono di buona salute sarà più facile per loro partecipare e contribuire alla vita sociale, sia essa in un contesto prossimo o più ampio. In secondo luogo, la promozione della salute contribuisce a ritardare i ricoveri nelle case di riposo, a ridurre il bisogno di cure e di conseguenza a contenere il previsto aumento della spesa per malattie e cure.

Il capitolo 5 è dedicato al tema delle pari opportunità nella salute.

Anche in età avanzata la salute e la malattia sono distribuite in modo diseguale e dipendono da caratteristiche sociali. Il livello di istruzione, il genere, la condizione migratoria e l'orientamento sessuale sono esempi di caratteristiche sociali che possono influenzare le opportunità nel campo della salute. Queste caratteristiche possono sovrapporsi e determinare situazioni di particolare vulnerabilità (intersezionalità).

Alcuni **importanti criteri di successo** per lo sviluppo di misure eque sono la partecipazione del gruppo target, il lavoro basato sulle relazioni, l'adeguamento delle offerte in funzione del gruppo target (ad es. contenuti e lingua), l'accessibilità dei servizi offerti, la collaborazione multisettoriale e il coordinamento su piccola scala. Oltre alle suddette caratteristiche sociodemografiche, anche le limitazioni individuali come le disabilità si possono tradurre in una maggiore vulnerabilità nel campo della salute.

Nel capitolo 6 si parla dei potenziali offerti dalla digitalizzazione nella promozione della salute in età avanzata.

Uso dei media: i media digitali stanno diventando sempre più parte integrante della vita quotidiana delle persone anziane. Molti anziani usano Internet (74%), possiedono uno smartphone (64%) o sono aperti all'uso di dispositivi indossabili («wearables») come il contapassi. Attualmente l'uso di questi strumenti differisce notevolmente tra le persone in terza e quarta età. Ad esempio, l'86% dei «giovani

anziani» (65-79 anni) utilizza Internet, a fronte di una quota pari al 45% nella popolazione di età pari o superiore a 80 anni.

Applicazione: la digitalizzazione influisce su molti ambiti di vita delle persone anziane, come la mobilità, l'integrazione sociale, la salute, l'assistenza e le cure. Internet e le tecnologie mobili hanno un grande potenziale di applicazione nel campo della salute. La pandemia ha anche sottolineato le potenzialità dei programmi televisivi e dei servizi di messaggistica. In questo contesto, oltre a sviluppare offerte digitali è importante promuovere le competenze digitali delle persone anziane.

Pari opportunità: le persone con scarsi mezzi finanziari o con un basso livello di istruzione tendono a usare meno i media digitali. Alla luce di questo divario digitale è importante e necessario continuare a proporre anche offerte «analogiche».

Il capitolo 7 riguarda la promozione dell'attività fisica.

Impatto sulla salute: una regolare attività fisica ha un impatto preventivo e terapeutico sulla salute fisica, emotiva e psichica e contribuisce in modo evidente a rafforzare l'autonomia delle persone anziane.

Comportamento motorio: l'attività fisica in età avanzata è aumentata significativamente negli ultimi due decenni, ma si osservano delle differenze legate all'età: quasi l'80% delle persone anziane più giovani rispetta le raccomandazioni di movimento, mentre tra le persone di età pari o superiore a 75 anni il dato scende al 64%. Le persone anziane apprezzano in modo particolare attività come l'escursionismo, il nuoto e il ciclismo, mentre tendono a trascurare l'allenamento muscolare (così importante in età avanzata). Tra i motivi più importanti per fare attività fisica in età avanzata figurano la salute, stare a contatto con la natura, il piacere di muoversi, rimanere mobili nella vita di tutti i giorni (autonomia) e preservare la capacità di pensiero.

Approcci di intervento: oltre a fare regolarmente attività fisica, per la salute è anche importante non fare una vita troppo sedentaria. Alla base della promozione del movimento in età avanzata vi è quindi la promozione generale di uno stile di vita attivo. Alcune misure che si sono dimostrate efficaci in questo contesto sono l'accompagnamento da parte di persone esperte o di pari, il sostegno sociale e l'uso di tecnologie come i contapassi. Per favorire la pratica di un'attività fisica regolare è fondamentale disporre

di un ambiente commisurato all'età, favorevole al movimento e sicuro. Strumenti utili, in tal senso, sono gli stimoli visivi che incentivano l'attività fisica («nudging»), la presenza di strutture ricreative facilmente accessibili e di programmi a livello comunale che affrontano la questione da prospettive diverse (ad es. comunicazione, offerte e pianificazione territoriale). La promozione generale di uno stile di vita attivo idealmente deve essere integrata da programmi di attività fisica strutturati e, se necessario, dalla prevenzione terapeutica delle cadute.

Pari opportunità: le caratteristiche sociali come l'istruzione, il reddito, la nazionalità e il genere hanno un impatto significativo sul comportamento motorio. Le grandi differenze di carattere sociale richiedono lo sviluppo di interventi di promozione dell'attività fisica che favoriscano le pari opportunità. A tal fine sono particolarmente importanti le misure strutturali (ad es. sconti sulle offerte di attività fisica, pianificazione territoriale).

Il capitolo 8 fa luce sulla promozione dell'alimentazione equilibrata.

Impatto sulla salute: un'alimentazione equilibrata serve a prevenire le malattie non trasmissibili (MNT) e ha un effetto positivo sulla mobilità e sull'indipendenza; rafforza il sistema immunitario e influisce positivamente sulla salute psichica.

Comportamento alimentare: la maggior parte (95%) delle persone anziane ritiene che sia importante seguire un'alimentazione sana. Tuttavia, molti anziani non sanno esattamente in cosa consiste un'alimentazione sana. Inoltre alcuni degli alimenti consumati si discostano in modo significativo dalle raccomandazioni. La malnutrizione diventa un problema crescente man mano che l'età avanza; il sovrappeso e l'adiposità sono fenomeni diffusi anche in età avanzata. Oltre alle condizioni fisiologiche (ad es. la salute orale), vi sono fattori sociali, finanziari e psicologici (ad es. solitudine e povertà) che influenzano il comportamento alimentare delle persone anziane. Anche le convinzioni personali incidono sul comportamento alimentare: in età avanzata, ad esempio, è diffusa la percezione che l'alimentazione sana non sia gustosa.

Approcci di intervento: la comunicazione e la motivazione sono elementi fondamentali anche nell'ambito della promozione di un'alimentazione equilibrata. È importante veicolare il messaggio che l'alimentazione equilibrata contribuisce ad aspetti

importanti per le persone anziane (ad es. il mantenimento dell'autonomia e delle capacità cognitive). Misure efficaci in questo ambito sono la promozione delle competenze alimentari delle persone anziane e delle loro famiglie nonché la creazione di occasioni per mangiare insieme.

Pari opportunità: i comportamenti e le conoscenze in campo alimentare variano, tra le altre cose, in funzione del livello d'istruzione, del genere e della regione in cui vivono le persone anziane. Alla luce delle grandi differenze di natura sociale è fondamentale realizzare interventi che favoriscono le pari opportunità nel campo dell'alimentazione, come la concessione di sconti su cibi sani, le visite preventive a domicilio oppure consigli concreti su come alimentarsi in modo equilibrato con un budget limitato.

Il capitolo 9 è dedicato alla promozione della salute psichica.

Impatto sulla salute: la salute psichica è particolarmente importante in età avanzata poiché permette di affrontare con maggiore facilità il progressivo declino fisico e gli eventi critici della vita. La salute psichica rafforza l'autonomia e la capacità di relazionarsi con le altre persone.

Dati e prevalenze: per le persone anziane, prendersi cura della propria salute psichica è più importante che per qualsiasi altra fascia di età. Per alcuni aspetti la salute psichica delle persone anziane è eccezionalmente buona e si manifesta, ad esempio, in un alto livello di soddisfazione per la vita e in uno spiccato ottimismo. Tuttavia, rispetto alle generazioni più giovani, le persone anziane sono più restie a chiedere aiuto e a parlare dei loro sentimenti. Sono inoltre più propense a stigmatizzare i disturbi mentali. A seconda dell'età, si stima che una quota compresa tra l'11% e il 13% delle persone anziane soffra di almeno una malattia psichica; particolarmente diffusi sono la depressione e i disturbi d'ansia. Quasi un terzo degli anziani (32%) si sente solo a volte o molto spesso.

Approcci di intervento: è opportuno promuovere la salute psichica anche in assenza di qualsiasi disturbo di natura psichica, rafforzando in particolare le risorse dell'autoefficacia e del sostegno sociale. A tal fine sono necessarie misure a livello individuale (ad es. la promozione delle competenze di vita) e contestuale. Anche la salute psichica dei familiari curanti dovrebbe essere promossa in modo mirato.

Pari opportunità: le persone con uno scarso livello d'istruzione e un basso reddito, alcune fasce della popolazione migrante, le persone sole, le donne, i familiari curanti e le persone appartenenti alla comunità LGBTIQ corrono un rischio maggiore di soffrire di un disturbo psichico. In questo contesto è fondamentale sviluppare interventi che favoriscano le pari opportunità, come la creazione di un accesso facilitato alle offerte e informazioni (che tengono conto della diversità), la sensibilizzazione dei professionisti e il sostegno a strutture di (re)integrazione sociale.

Il capitolo 10 illustra la stretta interazione tra alimentazione, attività fisica e salute psichica.

A tal fine mette in evidenza le correlazioni e le interazioni reciproche tra questi tre temi. L'attività fisica, ad esempio, favorisce il benessere, riduce lo stress e influisce sulla qualità del sonno. La pratica di un'attività fisica regolare e l'alimentazione equilibrata contribuiscono a mantenere l'autonomia e una buona mobilità, mentre un elevato senso di autoefficacia e il sostegno sociale possono spronare le persone anziane a fare più attività fisica. Il comportamento alimentare è spesso influenzato anche dalle emozioni e dalla (mancanza di) vita sociale. Al contrario, un'alimentazione squilibrata può favorire l'insorgere della depressione. Nella pratica occorre pertanto sviluppare interventi di carattere olistico, che tengano conto di queste interazioni (positive) e le promuovano. Le offerte olistiche sono spesso più attraenti ed efficaci e consentono di risparmiare risorse, ma richiedono anche un certo pragmatismo, perché non tutti i progetti possono e devono coprire tutti gli argomenti.

In conclusione, il capitolo 11 riassume i principali argomenti a favore della promozione della salute in età avanzata e fornisce delle raccomandazioni riguardo ai contenuti e ai metodi da applicare nella promozione della salute con questo specifico gruppo target.

1 Introduzione

Promozione Salute Svizzera collabora con i Cantoni per promuovere la salute della popolazione in Svizzera. Progetti e programmi d'azione cantonali collaudati e di successo promuovono la salute psichica di bambini, giovani e persone anziane, un'attività fisica regolare e un'alimentazione equilibrata. La fondazione pubblica, a intervalli regolari, documenti di base sui quali fondare questi programmi d'azione e progetti, documenti che costituiscono la base scientifica della sua attività. I rapporti di base sono rivolti a gruppi target specifici:

- bambini
- adolescenti e giovani adulti
- persone anziane

Questo rapporto si occupa del gruppo target delle persone anziane.

Definizione del gruppo target «persone anziane»

Il gruppo target principale a cui si riferisce questo rapporto di base sono le persone di età superiore ai 65 anni che vivono in modo autonomo o che ricevono supporto o assistenza nelle proprie case.

Obiettivi e destinatari dei rapporti

I rapporti di base forniscono una sintesi delle evidenze scientifiche sui temi dell'attività fisica, dell'alimentazione e della salute psichica e sono redatti con un occhio di riguardo alla pratica. Essi si propongono di mostrare quali aree presentano necessità d'intervento e quali approcci si sono dimostrati efficaci per i vari gruppi target e argomenti. Partendo da dati scientifici, i rapporti di base offrono un aiuto per trasferire nella pratica le evidenze di cui attualmente disponiamo. Il rapporto rappresenta un primo passaggio dalla teoria alla realizzazione operativa. In fase di attuazione intervengono altri servizi come le consulenze, le liste di controllo e i materiali predisposti da Promozione Salute Svizzera ai fini della pratica.

I destinatari dei rapporti sono principalmente:

- specialiste e specialisti di Cantoni, Comuni e ONG responsabili della strategia e dell'attuazione di programmi e progetti di promozione della salute
- altre persone specializzate attive sul campo o impegnate nello studio e nella ricerca

Interdisciplinarietà del rapporto

Per via della natura interdisciplinare del rapporto, il documento è stato revisionato da diverse persone esperte dei rispettivi settori scientifici (università e università di scienze applicate). Un gruppo di sostegno ha assicurato la vicinanza alle esigenze del pubblico cui sono destinati i rapporti.

Pandemia di coronavirus

La pandemia di coronavirus influisce sulla salute e sul comportamento sanitario delle persone anziane, nonché sull'attività di promozione della salute in età avanzata. I suoi effetti sono quindi esaminati sistematicamente in tutti i capitoli del rapporto.

Struttura del rapporto

Questo rapporto dedicato al gruppo target delle persone anziane inizia illustrando le caratteristiche salienti della vita di persone di età pari o superiore a 65 anni. Seguono capitoli in cui vengono presentati i fondamenti e i metodi di promozione della salute tra le persone anziane, i potenziali vantaggi di promuovere la salute in età avanzata, la questione dell'equità nella salute e il ruolo dei media digitali nella promozione della salute. L'attività fisica, l'alimentazione e la salute psichica vengono trattati in capitoli separati. Il rapporto si conclude con un capitolo sull'interazione tra questi temi.

Per una lettura veloce

I contenuti più importanti sono riassunti nel **Management Summary**. Le principali conclusioni e raccomandazioni sono raccolte nel capitolo 11 **«Conclusioni e raccomandazioni»**.

Guida alla lettura

I tre rapporti, specifici per gruppo target, sono simili nella forma e in parte anche nei contenuti al fine di facilitare l'orientamento all'interno del testo. Le seguenti istruzioni forniscono utili indicazioni per un'efficace consultazione dei rapporti.

Il capitolo sulle pari opportunità è sostanzialmente lo stesso in tutti e tre i rapporti.

Ciascun rapporto offre una panoramica autonoma e completa in tema di promozione della salute nel rispettivo gruppo target.

Nei riquadri colorati si trovano definizioni, ulteriori riferimenti bibliografici, considerazioni sulla pandemia di coronavirus, indicazioni per l'attuazione, conoscenze di base come pure dei brevi excursus su argomenti di particolare interesse.

**Riquadro: definizione**

Nelle caselle colorate di verde si trovano le definizioni dei termini chiave.

**Riquadro: bibliografia di approfondimento**

Nelle caselle colorate di arancione si trovano riferimenti bibliografici per l'approfondimento degli argomenti trattati. I fogli di lavoro e gli opuscoli di Promozione Salute Svizzera sono segnalati per primi. Basta un semplice clic sul prodotto desiderato per trovare le informazioni rapidamente.

**Riquadro: prassi**

Una selezione di esempi pratici illustra come vengono attuate le raccomandazioni in Svizzera.

**Riquadro: pandemia di coronavirus**

Nelle caselle colorate di rosso si trovano informazioni specifiche sulla pandemia di coronavirus.

**Riquadro: conoscenze di base, fatti e cifre**

I riquadri con questa icona propongono conoscenze approfondite e dati interessanti su un argomento specifico.

**Riquadro: excursus**

Nelle caselle colorate di blu sono indicati altri argomenti di interesse.

2 Persone anziane in Svizzera

Questo capitolo introduce il gruppo target delle persone anziane: quante persone di età superiore ai 65 anni vivono in Svizzera oggi e qual è la tendenza (2.1)? Chi sono le «persone anziane» (2.2)? Qual è il loro stato di salute (2.3)? Quali sono le principali caratteristiche della fase di vita «età avanzata» (2.4)?

2.1 Invecchiamento demografico in Svizzera

Oggi più persone che mai raggiungono un'età molto avanzata. In Svizzera, al momento di andare in pensione, donne e uomini hanno davanti a sé ancora quasi un quarto della propria vita. Questo sviluppo è riconducibile ai progressi compiuti nel secolo scorso nel campo della medicina, dell'igiene, della nutrizione, dell'istruzione e della sicurezza sociale. Non a caso le Nazioni Unite definiscono la crescente aspettativa di vita come «una delle maggiori conquiste dell'umanità» [1].

Il basso tasso di natalità e la crescente aspettativa di vita fanno sì che la popolazione svizzera continuerà ad invecchiare nei prossimi decenni. Ciò si rifletterà in un aumento del numero complessivo di persone anziane in generale (65+) e, in particolare, delle persone molto anziane (80+) (tabella 1). Se oggi il 19% della popolazione svizzera ha più di 65 anni si stima che entro il 2050 tale quota salirà a oltre un quarto (26%). Questo significa che, a fronte di un ridotto numero di persone in età lavorativa (da 20 a 64 anni), ci saranno sempre più persone in pensione (65+) (quoziente di vecchiaia crescente) [2].

Le persone con più di 65 anni (e soprattutto con più di 80 anni) sono l'unica grande fascia di età la cui quota di popolazione è ancora in crescita (figura 1). Per la prima volta nella storia, in Svizzera e in altri paesi dell'OCSE ci sono più persone di età superiore ai 65 anni che bambini e giovani sotto i 20 anni. Le persone anziane sono quindi uno dei maggiori gruppi target per la promozione della salute.

TABELLA 1

Invecchiamento demografico in Svizzera

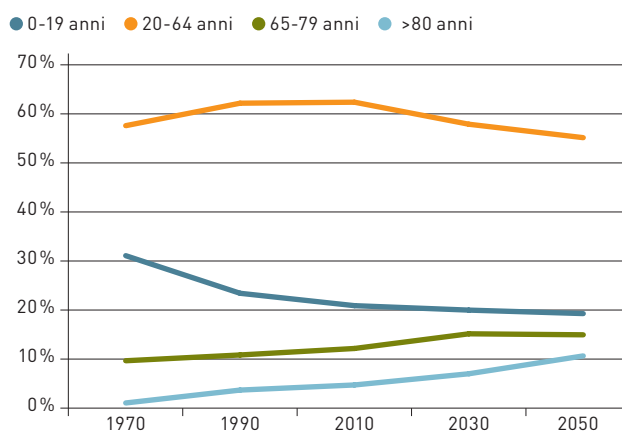
	2020	2050
65+	1,64 mln.	2,67 mln.
Quota 65+	18,9%	25,6%
80+	0,46 mln.	1,11 mln.
Quoziente di vecchiaia*	31	46

* Persone di età superiore ai 65 anni per ogni 100 persone di età compresa tra 20 e 64 anni

Fonte: [2]

FIGURA 1

Fasce di età e rispettiva quota di popolazione



Fonti: [3-5]

2.2 I molteplici volti dell'età e della vecchiaia

I termini «età avanzata» e «persone anziane» danno facilmente l'impressione che le persone di età pari o superiore a 65 anni siano un gruppo omogeneo della popolazione. In realtà è difficile standardizzare questa fase di vita perché il processo di invecchiamento e la situazione di vita in età avanzata dipendono dalla biografia, dalle caratteristiche individuali e dall'ambiente. In altre parole, le persone vivono diversamente, invecchiano diversamente e in età avanzata si trovano ad affrontare realtà di vita diverse.

Il gruppo di popolazione che oggi chiamiamo «persone anziane» in Svizzera ha un'età compresa tra 65 e 110 anni circa, corrispondente a un arco di tempo di oltre quattro decenni! In età avanzata «ci sono persone che sono ancora parzialmente occupate nel mondo del lavoro e ce ne sono altre, sul lato opposto dello spettro, che dipendono invece dalle cure e dal sostegno esterni» [6]. Di conseguenza, nel gruppo delle «persone anziane» le differenze in termini di condizioni di salute, stile di vita ed esigenze sono più marcate che in qualsiasi altra fase della vita [7].

Occorre uno sguardo differenziato rispetto all'«età avanzata» e alle «persone anziane» per poter cogliere a fondo l'estrema eterogeneità di questa fascia della popolazione. Differenze particolarmente significative si registrano per quanto riguarda l'insorgenza di malattie e limitazioni. Sul piano della salute, le persone anziane si possono suddividere in tre gruppi principali [8]:

- 1) persone attive, sane, autosufficienti («agilità»)
- 2) persone con i primi sintomi di fragilità, aumentata suscettibilità alle malattie, presenza di una o due malattie croniche e primi segni di limitazioni nella vita di tutti i giorni («limitazioni iniziali»)
- 3) soggetti che, a causa di limitazioni funzionali, non sono più in grado di svolgere autonomamente le attività quotidiane («dipendenza funzionale»)

Le persone anziane non differiscono solo sul piano delle condizioni di salute, ma sono un gruppo eterogeneo anche sul piano sociodemografico. Il riquadro contiene una selezione di dati che illustrano la diversità sociodemografica delle persone anziane.



La diversità sociodemografica in età avanzata

Condizioni economiche: il 10% dei pensionati più ricchi dispone di risorse finanziarie 3,4 volte superiori rispetto al 10% dei loro coetanei più poveri. Più di un quinto delle persone in età AVS è a rischio di povertà [9].

Livello di istruzione: poco meno di un terzo (30%) delle persone anziane riferisce di aver completato la scuola dell'obbligo, il 49% il livello secondario II e il 21% il livello terziario [10].

Ripartizione per sesso: mentre nella fascia di età compresa tra i 65 e i 79 anni le donne sono solo leggermente sovrarappresentate, con l'aumentare degli anni la loro percentuale aumenta costantemente, raggiungendo il 60% (tra gli 80 e gli 89 anni), il 71% (tra i 90 e i 99 anni) e quasi l'82% dopo i 100 anni di età [11].

Stato migratorio: quasi un quarto (24%) della popolazione di età compresa tra 65 e 79 anni che risiede permanentemente in Svizzera è nato

all'estero. Oggi, questa proporzione è quasi identica per le persone con più di 80 anni (23%) [12].

Situazione abitativa: tra i 65 e i 79 anni, il 55% delle donne e il 31% degli uomini vivono da soli. A partire dagli 80 anni queste proporzioni sono pari all'80% per le donne e al 45% per gli uomini [13]. Circa il 15% delle persone di età superiore agli 80 anni vive in una casa di cura o di riposo [14].

Orientamento sessuale e identità di genere: Sebbene manchino informazioni attendibili sulla popolazione LGBTIQ¹ a causa di difficoltà di definizione e metodi di indagine diversi, gli esperti presumono, ad esempio, che dal 3% al 10% della popolazione sia strettamente omosessuale (lesbiche e gay) [15]. Se si includono le persone bisessuali, intersessuali e trans, si può presumere che almeno il 10% della popolazione anziana appartenga alla comunità LGBTIQ.

1 LGBTIQ è un acronimo inglese che sta per lesbiche, gay, bisessuali, trans, intersex e queer.

2.3 Salute e malattia

Occorre stabilizzare i successi

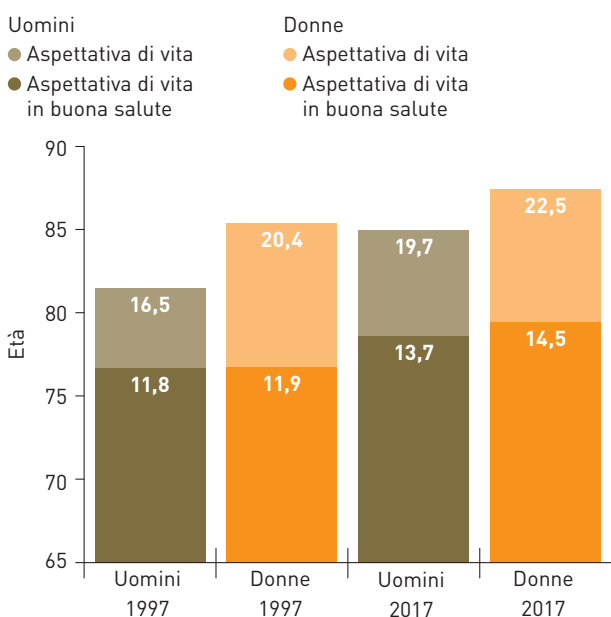
In Svizzera la popolazione sta invecchiando, ma al tempo stesso sempre più persone anziane godono di buona salute. Questo vale in particolare per le persone di età compresa tra 65 e 75 anni, ma molte persone rimangono in salute ancora più a lungo. Questi successi si riflettono, ad esempio, nel numero di **anni** che in media una persona di 65 anni trascorrerà **in buona salute**, vale a dire senza importanti limitazioni funzionali (figura 2) [16].

Anche il livello di salute percepito [17], il senso di appagamento [18] e la sensazione di vitalità [19, 20] restano alti ancora per molto tempo (tabella 2). Rispetto alla popolazione più giovane le persone anziane sono generalmente **più soddisfatte della propria vita**. Nessun'altra categoria della popolazione si sente inoltre tanto piena di **energia e vitalità** quanto la fascia di età compresa tra i 65 e i 74 anni [20, 21]. Solo ad un'età molto avanzata inizia a diminuire il livello percepito di salute e vitalità, mentre il senso di appagamento rimane elevato [22].

FIGURA 2

Aspettativa di vita a 65 anni

Aspettativa di vita / Aspettativa di vita in buona salute a 65 anni, in funzione del sesso, Svizzera, 1997 e 2017



Fonte: [16]

È importante stabilizzare i successi ottenuti negli ultimi decenni affinché la qualità di vita e il livello di salute rimangano elevati anche in età avanzata.

Ridurre le sfide

Come ad ogni età, anche a partire dai 65 anni la vita è fatta di alti e bassi. Mentre l'età avanzata può essere vista come un «periodo di crescita personale, creatività e produttività» [23], nel corso della vita si verificano spesso cambiamenti che influiscono sulla salute e sul benessere.

Con l'età aumentano soprattutto **le malattie croniche (malattie non trasmissibili, MNT)**. Quasi la metà delle persone di età superiore ai 65 anni ha almeno una MNT e queste patologie diventano ancora più frequenti con l'aumentare dell'età [17]. Rientrano nella categoria delle MNT le malattie cardiovascolari, i tumori, le malattie respiratorie croniche, il diabete, i disturbi dell'apparato muscoloscheletrico e la demenza. Ad esempio, quasi 700 000 persone di età superiore ai 65 anni soffrono di ipertensione o assumono farmaci per contrastarla [24]. Un altro esempio: in Svizzera, quasi un uomo su due (48%) e il 42% delle donne sviluppano una forma di neoplasia nel corso della propria vita, ma nel 90% dei casi i tumori colpiscono persone di età pari o superiore a 50 anni [17].

A partire dai 65 anni una persona su quattro (24%) che vive in un'economia domestica privata in Svizzera cade almeno una volta all'anno. Nelle persone di età pari o superiore a 80 anni che vivono a domicilio tale quota sale persino al 33% [25]. **Le cadute** in età avanzata hanno anche maggiori probabilità di causare lesioni gravi e persino la morte. Ogni anno, in Svizzera, quasi 1600 persone anziane muoiono per le conseguenze di una caduta [26].

TABELLA 2

Indicatori: salute (nelle economie domestiche private)

	Età 65-74	75+
(Alto) livello di salute percepito	77%	67%
Alto livello di energia e vitalità	63%	48%
Soddisfazione della propria vita (su una scala da 0 a 10)	8,4/10	8,3/10

Fonti: [17-19]



Differenze di salute dettate da fattori sociali

I dati relativi alla salute della popolazione anziana presentati in questo rapporto sono valori medi. Il problema, più volte sottolineato in questo rapporto, è che i valori medi tendono a oscurare un fatto essenziale: non tutte le persone anziane hanno le stesse opportunità di essere e rimanere in buona salute. Alcune caratteristiche sociodemografiche (cfr. 2.2 e 5.1) determinano differenze in termini di risorse e carichi [27, 28], tali per cui i membri di determinati gruppi sociali si ammalano più spesso, soffrono più frequentemente di problemi di salute e muoiono prima delle persone appartenenti ad altri gruppi [29]. Nella pratica servono misure di equità che tengano conto di questa circostanza (cfr. capitolo 5).

Le limitazioni relative alle attività quotidiane sono particolarmente critiche per la capacità di condurre una vita autonoma. In Svizzera quasi l'11% delle persone tra i 65 e i 79 anni che vivono in casa non riesce o fatica a svolgere almeno un'attività strumentale della vita quotidiana (IADL) [30], come per esempio prepararsi da mangiare, fare la spesa, fare i lavori domestici o utilizzare i mezzi pubblici in autonomia. Tale percentuale sale al 32% nelle persone di età pari o superiore agli 80 anni. Le limitazioni delle attività quotidiane di base (ADL), come per esempio fare il bagno o la doccia, vestirsi e svestirsi, coricarsi e alzarsi dal letto, andare in bagno, sono più rare. Il 2% delle persone tra i 65 e i 79 anni che vivono a domicilio non riesce o fatica a svolgere una o più di queste attività, mentre la percentuale sale quasi al 6% tra le persone di oltre 80 anni [30]. Queste limitazioni spesso portano a un maggiore bisogno di aiuto e cure e al trasferimento in strutture di lunga degenza.



Letture e approfondimenti sul tema delle persone anziane in Svizzera

Il [rapporto 5](#) [8] approfondisce i temi dell'invecchiamento demografico e della diversità in età avanzata e descrive gli indicatori di salute e malattia.

TABELLA 3

Indicatori: problemi di salute (nelle economie domestiche private)

	Età 65-74	75+
Almeno una malattia cronica / un problema permanente di salute	45%	50%
Carico psichico medio o alto	11%	13%
Senso di solitudine (a volte o molto spesso)	28%	35%

Fonti: [17, 31-33]

Il disagio psichico e le malattie psichiche sono una sfida da non sottovalutare, anche in età avanzata [31], così come il senso di solitudine [32, 33] (cfr. anche 9.2).

In età avanzata capita con maggiore frequenza che diverse malattie insorgano contemporaneamente e interagiscano tra loro (multimorbilità), con ripercussioni negative sull'autonomia e sulle capacità funzionali, sulla gravità delle singole malattie nonché sui costi per la salute. In Svizzera il 25% delle persone di età compresa tra 65 e 79 anni che vivono a domicilio è affetta da due o più malattie croniche. A partire dagli 80 anni tale quota supera il 41% [34].

2.4 Processi evolutivi ed eventi critici della vita

In ogni fase della vita vi sono processi evolutivi ed eventi della vita tipici dell'età. Cosa influenza i processi evolutivi in età avanzata? Quali cambiamenti avvengono? E quali sfide potrebbero portare con sé?

Attenzione alle grandi differenze

Quando si parla di cambiamenti e sfide in età avanzata, bisogna prestare attenzione alle grandi **differenze esistenti tra le persone anziane** (cfr. 2.2 e capitolo 5). Le differenze in termini di risorse, carichi e desideri possono essere riconducibili a fattori sociali oppure alla biografia individuale.

Bisogna inoltre tenere presente che le sfide e i bisogni delle singole persone cambiano nel tempo.

In età avanzata possono inoltre emergere nuove differenze in funzione dei bisogni che cambiano con il passare degli anni (cfr. 3.4).

Processi evolutivi in età avanzata

Oggi è dimostrato che non esiste un «declino generale legato all'età della persona, delle sue capacità e della sua adattabilità» [35]. Al contrario, le persone possono ancora imparare, cambiare ed evolversi anche in età avanzata [35]. La **plasticità** – ovvero la capacità di adattarsi a nuove condizioni [36] – persiste fino in età avanzata. Questo vale anche per le persone anziane che presentano già limitazioni a livello cognitivo, socio-emotivo e nella vita di tutti i giorni [35].

Le persone sono inoltre **«autrici del proprio sviluppo»** [35]: possono plasmare il proprio sviluppo praticando e ampliando le proprie abilità e adattando gli obiettivi alle mutate circostanze. Lo sviluppo individuale non dipende esclusivamente dalle premesse e condizioni esterne [35].

Dopotutto lo sviluppo in ogni fase della vita è «associato a conquiste e punti di forza, oltre che a perdite e deficit specifici» [35]. In età avanzata lo sviluppo non è unidirezionale. In questo periodo della vita si assiste piuttosto a uno sviluppo in diverse aree (**multidimensionalità dei processi evolutivi**). In età avanzata si osservano «vari processi evolutivi, alcuni dei quali molto diversi tra loro sul piano fisico, mentale, spirituale e sociale» [35]. Ciò significa che entro ciascun piano e tra un piano e l'altro, perdite e conquiste sono talvolta distribuiti in modo molto eterogeneo.

Prendiamo l'esempio della dimensione cognitiva per illustrare la presenza di sviluppi diversi ma spesso concomitanti. Da un lato si può osservare che l'elaborazione delle informazioni rallenta con l'età. Questo non significa, tuttavia, che le persone anziane non siano più in grado di sviluppare e mantenere sistemi di conoscenza differenziati. Al tempo stesso, infatti, «sviluppano punti di forza e ottengono miglioramenti in quelle funzioni cognitive e psichiche che riflettono le esperienze maturate nel corso della vita» [35].

In conclusione, cosa possiamo dire della continuità e dei cambiamenti in età avanzata? Emergono **alcune tendenze nonostante le grandi differenze?**

Con la suddivisione in terza e quarta età si possono individuare delle analogie che spesso esistono nonostante le sostanziali differenze (cfr. **definizione 1** ed **excursus**). Nel corso della terza età le «competenze fisiche e mentali-spirituali rimangono sostanzialmente intatte» e le persone sono in grado di adottare uno «stile di vita attivo e produttivo» in funzione delle proprie esigenze e dei propri obiettivi [35]. Nel corso della quarta età aumenta la «vulnerabilità soprattutto sul piano fisico, ma anche a livello psichico» e le persone sono sempre meno in grado di «compensare le crescenti perdite sul piano fisico, psichico e sociale» [35].



Definizione 1

La fase (le fasi) di vita «età avanzata»

Come tutte le altre fasi della vita (ad es. «infanzia» e «adolescenza»), anche la fase «età avanzata» è condizionata da fattori culturali e storici.

Le caratteristiche e le immagini che associamo all'età avanzata sono quindi costrutti sociali.

L'inizio di questa fase di vita è solitamente fissato all'età biologica di 65 anni. Poiché la durata complessiva della «vecchiaia» si è notevolmente allungata e differenziata negli ultimi decenni, risulta opportuno suddividere ulteriormente questa fase della vita. Nella discussione in ambito scientifico e pubblico si tende quindi a fare una distinzione tra la «terza» e la «quarta» età.

Si presume che i cosiddetti «giovani anziani» (**terza età**) vivano in gran parte in autonomia e libere da disabilità, mentre i «grandi anziani» (**quarta età**) siano costretti ad adeguare sempre più la propria vita quotidiana alle limitazioni fisiche legate all'età e necessitano di cure (in particolare a causa della multimorbilità).

Tuttavia le grandi differenze tra singoli individui rendono difficile una definizione cronologica di queste due fasi di età. Per ragioni pragmatiche si tende a definire terza età la fascia da 65 a 79 anni e quarta età quella a partire dagli 80 anni (o persino dagli 85 anni) [8, 35].



Excursus

Le «nuove persone anziane»

Le persone in Svizzera non solo vivono più a lungo, ma restano anche più a lungo in salute (cfr. 2.1 e 2.3). Oggi molte delle persone dai 65 anni in su sono più sane e più attive rispetto alle generazioni precedenti. Ne conseguono anche un alto livello di vitalità e di soddisfazione per la propria vita (cfr. 2.3) così come nuove opportunità per uno stile di vita attivo e possibilità di impegno al termine della vita lavorativa (cfr. capitolo 4).

La percezione della «vecchiaia» sta cambiando ed è aumentata l'età in cui le persone vengono considerate anziane. Da sondaggi condotti in Svizzera emerge come oggigiorno l'anzianità sia considerata tale a partire dai 75 anni circa. Più anziane sono le persone intervistate, più tardi individuano la soglia dell'età avanzata: le persone con più di 70 anni dicono che solo chi ha più di 80 anni è una persona anziana [383].

In questo contesto è emersa da tempo l'immagine delle «nuove persone anziane» [384, 385]. Si tratta di una generazione che è sicura di sé e articola i propri bisogni [385], che vuole essere

parte attiva e contribuire [84, 386] e che si sente a proprio agio anche nel mondo digitale (cfr. 6.1), in breve una generazione che sta «rimodellando l'età della pensione» [387]. Questa generazione trova modelli di riferimento nella sfera privata, in personaggi noti e persino nei cosiddetti [senior influencer](#).

Si tratta di un risultato importante che rappresenta una nuova realtà per molte persone anziane. Non dobbiamo però dimenticare che le persone anziane costituiscono un gruppo molto eterogeneo e molte di loro non vivono questa fase di vita in maniera spensierata e socialmente integrata. La povertà limita fortemente l'attività e la partecipazione sociale, il duro lavoro fisico lascia tracce evidenti nella vecchiaia, la solitudine e la discriminazione sono diffuse [388]. Termini come «best ager», «invecchiamento attivo» o «anni d'oro» possono anche escludere e turbare. Al centro della promozione della salute in età avanzata devono esserci immagini differenziate di questo periodo della vita e offerte eque.

Eventi critici della vita

Ogni fase della vita comporta cambi di percorso che richiedono adeguamenti straordinari. Questi cosiddetti **eventi critici della vita** svolgono un ruolo cruciale per la salute psichica e fisica [37]. Modificano le risorse e i carichi che gravano su una persona e influiscono quindi sul suo stato di salute.

Gli eventi critici della vita in età avanzata si possono suddividere approssimativamente in base alla terza e alla quarta età [8, 38, 39].

Nella terza età rientrano tra gli eventi critici:

- il pensionamento e quindi la perdita o il cambiamento di ruolo e dell'identità sociale precedenti, nonché la perdita dei contatti sociali legati al lavoro,
- i cambiamenti a livello familiare (separazione o divorzio, assistenza ai genitori),
- la crescente libertà da impegni fissi e il problema di trovare nuovi contenuti e nuovi modi di occupare la vita,
- il possibile peggioramento delle condizioni di salute e dell'accesso alle cure mediche (ambulatoriali).

Nella quarta età si verificano con sempre maggiore frequenza le seguenti eventualità:

- contrazione di una malattia grave e crescente multimorbilità,
- limitazioni funzionali e sensoriali, perdita di autonomia e mobilità e crescente bisogno di cure,
- deterioramento cognitivo (ad es. demenza),
- riduzione delle risorse finanziarie,
- assistenza di un partner malato o disabile,
- morte di familiari (soprattutto partner) e amici,
- restringimento della rete sociale,
- trasferimento (involontario) in una casa di riposo o di cura.

Numerosi argomenti di rilevanza pratica

Che significato hanno questi processi evolutivi ed eventi che si verificano nella vita di una persona ai fini della promozione della salute? Nella vita quotidiana delle persone anziane sono all'origine di tutta una serie di problematiche per le quali la promozione della salute può (parzialmente) fornire un supporto.

Nel campo della **salute psichica** alcuni temi importanti sono le competenze di vita, la capacità di affrontare il dolore cronico e situazioni di lutto, la cura di familiari, domande esistenziali, le malattie psichiche, le dipendenze e l'assunzione eccessiva di farmaci. Altri temi (psicosociali) includono la partecipazione sociale, il dare e ricevere sostegno sociale, gli incontri intergenerazionali, la percezione della vecchiaia, il ruolo delle persone anziane nella società e le loro opportunità di contribuire alla vita sociale.

Tra gli argomenti relativi alla **salute fisica** figurano la prevenzione delle malattie non trasmissibili (MNT) e il rallentamento della loro progressione, il mantenimento e la promozione di una vita autonoma, la prevenzione e la diagnosi precoce della demenza (cfr. [excursus](#)), la (cattiva) alimentazione e il mantenimento della salute orale.

Nell'**area di intersezione tra salute psichica e fisica** andrebbe prestata particolare attenzione alle seguenti questioni: come incidono i cambiamenti fisici sull'immagine che si ha del proprio corpo, sulla fiducia nel proprio corpo e sul senso di sicurezza, sulla sessualità e sul sonno.

Argomenti a **livello sistemico** comprendono un ambiente materiale e un contesto sociale adeguati all'età (promozione strutturale della salute), sistemi di cura e assistenza a lungo termine commisurati all'età e alle esigenze, coordinamento delle diverse professioni sanitarie con il paziente al centro, cure palliative, diritti degli anziani e digitalizzazione.

Focus tematico nei programmi d'azione cantonali (PAC)

Questa panoramica mostra quanto siano complessi i temi della salute e della qualità di vita in età avanzata e quanto sia ampio lo spettro di questioni potenzialmente importanti in questo periodo della vita. Alcune rientrano nell'area della promozione della salute, mentre altre rientrano in altri ambiti politici. Sono stati affrontati anche argomenti che non saranno approfonditi ulteriormente nel rapporto. Perché nella pratica è fondamentale stabilire delle priorità. La [sezione 3.4](#) mostra e spiega su quali argomenti si concentrano i programmi d'azione cantonali.



Excursus

Prevenzione delle malattie legate alla demenza

Lo sviluppo della demenza è complesso e non è stato ancora del tutto chiarito [40]. Solo alcuni fattori di rischio all'origine della demenza sono influenzabili. L'età, il sesso e la genetica sono fattori di rischio importanti, ma non si possono controllare [41]. Ai fini della prevenzione e della promozione della salute contano i rischi che si possono influenzare. Secondo le più recenti ricerche si tratta in particolare dei seguenti dodici fattori [42]:

- fattori legati allo stile di vita come **il fumo** (compreso il fumo passivo), **il consumo eccessivo di alcol e l'inattività fisica**
- fattori fisiologici come **l'ipertensione, il sovrappeso e il diabete**
- limitazioni sensoriali come **problemi dell'udito** e lesioni come il **trauma cranico**
- fattori cognitivi come un **basso livello di istruzione** o un livello di attività cognitiva scarso e/o unilaterale
- fattori psicosociali come gli **episodi di depressione** e la **solitudine**
- fattori ambientali come **l'inquinamento dell'aria**

Circa il 40% di tutte le forme di demenza è riconducibile a questi dodici fattori di rischio influenzabili [42]. Questa circostanza presenta grandi opportunità per la prevenzione: grazie a una prevenzione mirata è infatti possibile ridurre significativamente i rischi ed evitare o ritardare le forme più importanti di demenza.

La Commissione Lancet conclude: «I singoli individui hanno un enorme potenziale per ridurre il proprio rischio di sviluppare una demenza» [42]. Allo stesso tempo la commissione sottolinea che i rischi menzionati non sono esclusiva responsabilità dei singoli. Come tutte le risorse e tutti i carichi per la salute anche i **rischi di demenza sono determinati in modo decisivo dalle condizioni quadro sociali** (cfr. capitolo 5). Molti fattori di rischio si presentano quindi più frequentemente nei gruppi socialmente svantaggiati (cfr. capitoli 7, 8 e 9).

Nella pratica, ciò significa che le misure non si dovrebbero concentrare solo sui singoli individui. Il carico di malattia si può ridurre anche attraverso

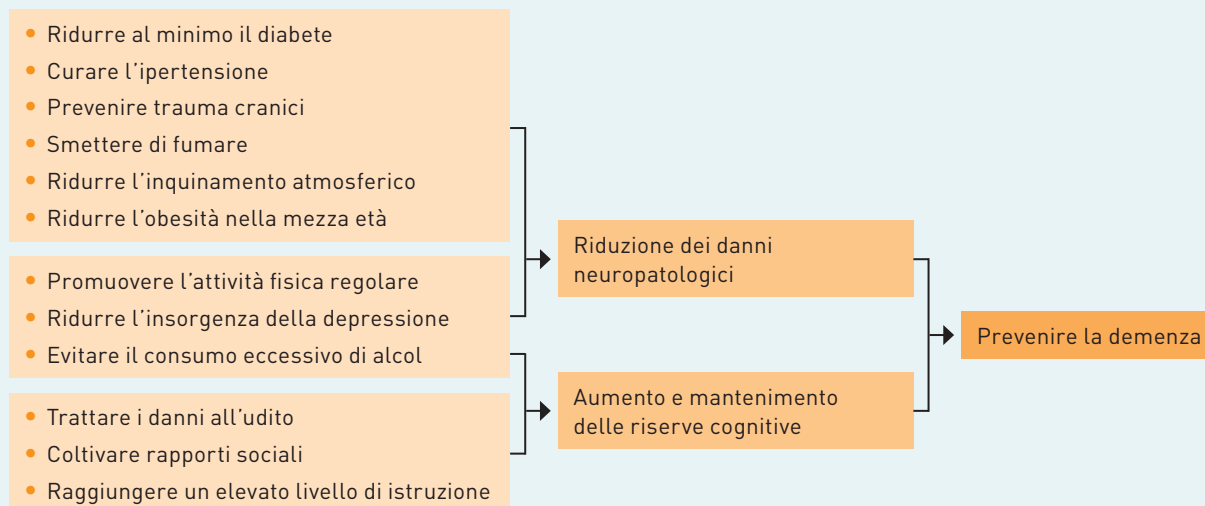
un miglioramento delle condizioni di vita per tutti e la riduzione delle disuguaglianze sociali [42]. Servono tuttavia anche misure mirate per i gruppi che presentano un rischio elevato. Inoltre, a seconda del gruppo, è necessario dare priorità a determinati fattori di rischio [43]. In breve: **la prevenzione della demenza deve essere progettata secondo criteri di equità.**

La figura 3 fornisce una panoramica delle possibili misure di prevenzione della demenza. Si può intervenire in due modi: il primo consiste nel **ridurre i danni neuropatologici**. Ciò implica individuare e trattare i fattori di rischio fisiologici e ridurre i rischi legati allo stile di vita allo scopo di migliorare la salute cardiovascolare [44-47]. In generale vale infatti la regola secondo cui «ciò che fa bene al cuore fa bene anche al cervello» [45]. Il secondo modo consiste nel promuovere lo **sviluppo delle riserve cognitive**. Uno dei modi per proteggere il nostro cervello è impegnarlo in attività di apprendimento complesse e in altre attività mentali varie e diversificate come lo studio delle lingue, la lettura, la scrittura, la pratica musicale, la stimolazione mentale che deriva dagli scambi con altre persone e l'attività fisica [45-47].

La gamma di possibili misure mette in luce il fatto che **la prevenzione della demenza non è solo appannaggio del settore sanitario**. Poiché l'istruzione è lo strumento che maggiormente riesce a modulare il rischio di demenza [45, 47] è particolarmente importante investire nel sistema educativo, con l'obiettivo di rendere possibile una migliore istruzione per tutti. Un altro esempio: la politica ambientale è responsabile della riduzione dell'inquinamento atmosferico.

Ma è evidente che anche le **misure dei PAC** contribuiscono a prevenire la demenza. Una raccomandazione chiave della Commissione Lancet è infatti: «Raccomandiamo alle persone di mezza età e di età avanzata di rimanere attive sul piano cognitivo, fisico e sociale» [42]. La promozione di un'attività fisica regolare e di un'alimentazione equilibrata, della salute psichica e della partecipazione sociale contribuisce a rafforzare importanti fattori di protezione in relazione alla demenza.

FIGURA 3

Possibili meccanismi per la prevenzione della demenza

Fonte: [42]

La prevenzione della demenza risulta essere più efficace se attuata in una **prospettiva del ciclo di vita** (life-span perspective), perché «non è mai troppo presto né troppo tardi per prevenire la demenza» [42]. Uno scarso livello di istruzione in giovane età, ad esempio, come pure il sovrappeso e una pressione arteriosa elevata nelle persone di mezza età sono rischi significativi per la successiva insorgenza della demenza [45]. La promozione della salute cardiovascolare e delle riserve cognitive si rivela comunque essere efficace anche in età avanzata [42].

L'impatto della malattia e la capacità della persona di continuare a svolgere determinate attività dipende anche dal sostegno fornito da chi le sta attorno. La promozione del sostegno sociale serve essenzialmente a mantenere l'autonomia delle persone affette da demenza. In questo contesto è importante pensare ai **familiari curanti, perché offrono un importante supporto**, svolgono compiti impegnativi e la loro salute è particolarmente a rischio [48]. È dimostrato che le misure volte a promuovere la salute dei familiari hanno un effetto positivo su eventuali disturbi di depressione e ansia, migliorano la loro qualità di vita e sono efficaci sotto il profilo dei costi [42].

Finché non vi sarà una cura per la demenza, la prevenzione e la promozione della salute continuano ad essere centrali. Le misure menzionate offrono ad oggi la migliore protezione contro la demenza e contribuiscono quantomeno a ridurre il rischio. Ciononostante in molti casi non è possibile prevenire l'insorgere della demenza. Per questo motivo è opportuno sottolineare due aspetti: il primo è che queste misure rimangono importanti anche quando la demenza è già presente. Studi dimostrano che un buono stato di salute generale e uno stile di vita sano possono avere un impatto positivo sul suo decorso [42, 49]. Le misure citate non servono solo ai fini della prevenzione primaria, bensì anche alla **prevenzione secondaria e terziaria**, il che risolve la questione rispetto alla prevenzione nell'ambito delle cure e ci porta al secondo aspetto: una componente essenziale della prevenzione della demenza risiede nella diagnosi precoce e nel trattamento dei fattori di rischio fisiologici [50]. Una **prospettiva integrata** di promozione della salute, prevenzione medica o prevenzione nell'ambito delle cure è quindi indispensabile anche per prevenire la demenza (cfr. 3.5).

3 Principi e metodi della promozione della salute in età avanzata

Questo capitolo descrive in termini generali cos'è la promozione della salute in età avanzata e getta le basi per la lettura dei successivi capitoli, dedicati a temi specifici. Il capitolo inizia con una riflessione su ciò che caratterizza una buona salute in età avanzata e come si sviluppa. Successivamente illustra ciò che si vuole ottenere con i programmi e i progetti e spiega come pianificarli e definire le priorità. La salute e la qualità di vita in età avanzata dipendono da vari fattori e coinvolgono molte aree della società. Il capitolo fa quindi luce sul legame tra la promozione della salute, la prevenzione e il settore delle cure e indica quali collaborazioni possono essere interessanti. In conclusione fornisce alcune indicazioni sulla valutazione di progetti e programmi.

3.1 Una concezione della salute adeguata all'età

Ad ogni età la nostra salute dipende dalle risorse di cui disponiamo e da quanti carichi gravano su di noi in un determinato momento. Quando le risorse e i carichi sono in una condizione di equilibrio o quando le risorse prevalgono sui carichi ci sentiamo in salute [8]. Una concezione della salute adeguata all'età deve quindi porre l'accento sulle **risorse** e sulle **capacità delle persone anziane** perché sono importanti e consentono loro di affrontare i problemi di salute.

In breve, la salute delle persone anziane dipende dalla **«capacità di una persona di fare ed essere ciò che ama»**. L'OMS la chiama «capacità funzionale». Invecchiare in salute indica quindi «il processo di sviluppo e mantenimento della capacità funzionale che favorisce il benessere in età avanzata» [51, 52]. Il benessere è un concetto soggettivo che differisce da persona a persona. Le limitazioni fisiche e cognitive concorrono a determinare quanto ci sentiamo bene e in salute. Tuttavia, spesso i fattori decisivi per la percezione del proprio stato di salute sono altri. **In età avanzata la salute** (o la capacità funzionale) **si misura soprattutto in funzione dei seguenti indicatori** [52-56]:

- soddisfazione dei bisogni primari (alimentazione e alloggio adeguati, servizi sanitari e assistenziali);
- benessere soggettivo e senso di appagamento nonché la capacità di affrontare le sfide sociali, fisiche ed emotive;
- possibilità di apprendere, crescere e decidere (autonomia e dignità, realizzazione del proprio potenziale);
- mobilità (per vivere in modo autonomo e partecipare alle attività);
- costruire e mantenere relazioni sociali;
- contribuire alla società (mentoring, cura di familiari, volontariato e lavoro salariato).

Alla luce di queste considerazioni, un fenomeno che spesso osserviamo in età avanzata diventa comprensibile: la percezione soggettiva della salute tende infatti a diminuire in modo meno marcato rispetto alla «salute oggettiva», che si misura in termini di malattie e limitazioni [57].

3.2 Cosa determina una buona salute in età avanzata

Le risorse e i carichi della salute – chiamati anche determinanti della salute – risiedono nella persona stessa e nel suo ambiente:

- a livello personale sono rilevanti i fattori ereditari, l'età, il sesso e il comportamento individuale;
- per ambiente si intendono il contesto sociale, le condizioni di vita e di lavoro nonché il quadro socioculturale, economico ed ecologico.

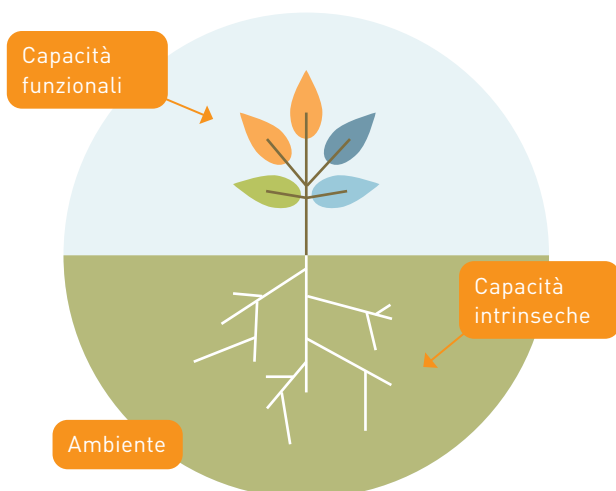
Di seguito utilizziamo una nota metafora per illustrare cos'è la salute in età avanzata e come si sviluppa (figura 4). La salute in età avanzata può essere descritta in poche parole come «capacità funzionale» («functional ability»; cfr. 3.1) e la si può rappresentare sotto forma di un fiore. La salute è il frutto delle capacità intrinseche di una persona (le radici) inserite in un determinato ambiente (il terriccio).

Le capacità intrinseche («intrinsic capacity») – cioè le radici – indicano le **risorse che si trovano dentro la persona stessa** [52, 53] e comprendono tutte le risorse fisiche, mentali e psicosociali che una persona può utilizzare. Rientrano in questa categoria la capacità di camminare, vedere, sentire e pensare, ma anche l'autoefficacia e numerose competenze di vita².

Il terriccio dal quale spunta il fiore rappresenta le **risorse e i carichi che si trovano nell'ambiente** («environments»). L'ambiente materiale, sociale e politico è determinante per la salute [23]. Alcune domande mirate ci permettono di valutare il modo in cui un ambiente influisce sulla salute di una persona anziana: la casa e l'ambiente di vita naturale e strutturale sono progettati per rispondere alle esigenze specifiche di quest'età? La persona anziana ha a disposizione tecnologie che semplificano le attività quotidiane? Ha una cerchia di familiari e amici che le offre sostegno sociale? La società coltiva un'immagine differenziata della vecchiaia, che riconosce sia le sfide sia le potenzialità di questa fase di vita? Le offerte nel settore sanitario e sociale sono pensate per le persone anziane? [52] Le risposte indicano se abbiamo a che fare con un ambiente che tende a supportare o piuttosto a ostacolare la conduzione di una vita autonoma in età avanzata [23].

FIGURA 4

Le tre componenti della salute in età avanzata



Fonte: [52]

Le capacità intrinseche e l'ambiente non sono due elementi distinti e indipendenti. Anzi: l'ambiente determina quanto può fare una persona anziana con determinate limitazioni funzionali. Le persone affette da una forma grave di artrosi, ad esempio, sono limitate nella loro mobilità, ma se dispongono di mezzi di trasporto facilmente accessibili possono continuare a spostarsi negli spazi pubblici e svolgere attività quotidiane come fare la spesa [23]. Un altro esempio: grazie ai servizi di trasporto e alla presenza di percorsi privi di ostacoli anche le persone con disabilità fisiche possono partecipare alle offerte di promozione della salute. **Le risorse presenti nell'ambiente possono** pertanto – in una certa misura – **compensare la diminuzione delle risorse personali** (cfr. figura 5).

3.3 Obiettivi della promozione della salute in età avanzata

La maggior parte dei determinanti della salute menzionati al punto 3.2 è influenzabile [52]. Ciò significa che i singoli individui possono fare qualcosa per conservare (più a lungo) la propria salute e autonomia in età avanzata. Allo stesso modo, anche la società può contribuire alla salute delle persone anziane. Per essere efficace, la promozione della salute idealmente deve combinare misure a livello individuale e ambientale (**livello comportamentale e contestuale**).

A livello dei singoli individui è fondamentale **trasmettere conoscenze, consigliare, rafforzare risorse e competenze** (ad es. le competenze di salute), **motivare e favorire i comportamenti favorevoli alla salute**. Queste misure rafforzano la capacità individuale di una persona anziana di prendere decisioni consapevoli che promuovono la sua salute e qualità di vita.

A livello di ambiente si tratta di **creare condizioni di vita che siano favorevoli alla salute, adeguate all'età e sicure come pure un contesto sociale che offra il necessario sostegno**. Questo obiettivo si può raggiungere in particolare attraverso la realizzazione di misure nei settori dei trasporti pubblici, dell'edilizia abitativa, dell'urbanistica, delle cure e dell'assistenza nonché dell'inclusione sociale e dei valori. È possibile attuare una vasta gamma di mi-

sure concrete: oltre a creare opportunità di partecipazione sociale, progettare spazi pubblici che tengano conto delle esigenze di questa fascia d'età, favorendo così una mobilità sicura, possiamo anche contribuire a creare un'immagine differenziata della vecchiaia nella società. Si crea così un ambiente in cui diventa più facile prendere decisioni e adottare comportamenti favorevoli alla salute, secondo il motto **«rendere la scelta sana la scelta più facile»**. A entrambi i livelli le misure contribuiscono all'obiettivo centrale della promozione della salute, ovvero «fornire alle persone i mezzi che consentono loro di esercitare un maggiore controllo sulla propria salute e di conseguenza rafforzarla» [58]. Al centro c'è quindi l'empowerment di individui e gruppi e il «rafforzamento delle opportunità di sviluppo in relazione alla salute» di tutte le persone [59]. Alla luce delle precedenti considerazioni è evidente che in Svizzera l'obiettivo della promozione della salute non è l'aumento dell'aspettativa di vita in termini assoluti. Si tratta piuttosto di **permettere al maggior numero possibile di persone di vivere in buona salute, benessere, autonomia e nella propria casa fino a un'età avanzata**.

La promozione della salute contribuisce così a migliorare la qualità di vita delle persone anziane, aiutandole a ottenere ciò che è importante per loro (cfr. 3.4). Inoltre aiuta a ridurre la necessità di cure e a frenare l'evoluzione dei costi della salute (cfr. capitolo 4).

3.4 Pianificazione e priorità della promozione della salute in età avanzata

Come si possono rafforzare le «opportunità di sviluppo della salute» delle persone anziane? In quali ambiti è particolarmente importante impegnarsi per promuovere la loro salute e qualità di vita?

L'esperienza pratica ci insegna che i programmi e i progetti sono più efficaci quando tengono conto sia della necessità oggettiva secondo una prospettiva professionale sia dei bisogni soggettivi del gruppo target.

Necessità dal punto di vista della salute pubblica

L'accento è posto sul carico di malattia, ovvero sulle principali malattie e limitazioni che insorgono in età avanzata, nonché sui fattori di rischio e di protezione che lo influenzano. Da questa prospettiva si possono individuare le risorse che necessitano di essere rafforzate e i carichi che devono invece essere ridotti. Analizzare il carico di malattia permette di rispondere alla domanda: «Dove vale particolarmente la pena impegnarsi per aumentare il numero di anni di vita in salute e ridurre i costi della salute?».

La **tabella 4** mostra quali sono i **15 problemi di salute più comuni in età avanzata** e il loro contributo al carico di malattia³ nelle persone di età superiore ai 55 anni in Svizzera [60]. Quasi il 90% del carico di malattia nelle persone anziane è riconducibile a malattie non trasmissibili (MNT) (comprese le malattie psichiche, che rappresentano il 4,3%) [61].

Per le principali **MNT di natura fisica** si possono individuare fattori di rischio simili, che si possono suddividere in due categorie, i fattori legati allo stile di vita e i fattori fisiologici [62]:

- i principali fattori di rischio **legati allo stile di vita** sono la sedentarietà, il tabagismo, il consumo eccessivo di alcol e l'alimentazione squilibrata;
- tra i principali **fattori di rischio fisiologici** figurano l'ipertensione, ipercolesterolemia, il sovrappeso, l'obesità e l'iperglicemia (diabete). Questi fattori di rischio possono essere di origine ereditaria, ma sono spesso il risultato di uno stile di vita inadeguato e risentono quindi dei fattori di rischio legati allo stile di vita menzionati in precedenza.

La promozione di una sufficiente attività fisica e di un'alimentazione equilibrata così come la prevenzione del tabagismo e dell'alcolismo sono strumenti utili per mantenere o migliorare la salute in età avanzata. L'Organizzazione mondiale della sanità stima addirittura che l'adozione di misure in queste quattro aree consentirebbe di prevenire fino all'80% di tutte le malattie cardiovascolari, ictus e casi di diabete nonché il 40% dei tumori [63].

3 Con riferimento agli studi «Global Burden of Disease» [382] il carico di malattia è calcolato sulla base del parametro «disability-adjusted life years» (DALY, ovvero anni di vita corretti per la disabilità). I DALY sono il risultato della somma degli anni di vita persi a causa di morte prematura e degli anni di vita trascorsi con una disabilità (questi ultimi ponderati in base al livello di gravità della disabilità). I DALY sono noti anche come «anni di vita in salute persi».

TABELLA 4

Carico di malattia nelle persone di età superiore ai 55 anni in Svizzera 2019

- Malattie trasmissibili
- Malattie non trasmissibili
- Lesioni

1	Tumori (in particolare neoplasie)	22,9%
2	Patologie cardiocircolatorie	19,9%
3	Disturbi dell'apparato muscoloscheletrico/ disturbi dell'apparato motorio	10,0%
4	Malattie neurologiche (in particolare Alzheimer e altre forme di demenza)	7,7%
5	Lesioni accidentali (in particolare cadute)	6,5%
6	Diabete e malattie renali	5,9%
7	Altre MNT	4,9%
8	Patologie respiratorie croniche	4,8%
9	Malattie psichiche	4,3%
10	Malattie dell'apparato digerente (in particolare cirrosi e altre malattie del fegato)	3,2%
11	Malattie degli organi sensoriali (in particolare perdita dell'udito e della vista)	3,0%
12	Malattie della pelle	1,5%
13	Infezioni respiratorie	1,5%
14	Autolesionismo e violenza interpersonale	1,0%
15	Abuso di sostanze (in particolare alcol e medicinali)	0,9%

Fonte: [60]

In relazione alla **salute psichica** si devono considerare i seguenti fattori di rischio:

- **fattori di rischio interni** come uno scarso senso di autoefficacia, scarse capacità di autoriflessione e autoregolazione e immagine di sé negativa;
- **fattori di rischio esterni** come eventi critici della vita (ad es. perdita del partner) e transizioni da una fase della vita all'altra (ad es. pensionamento), solitudine e mancanza di opportunità per un impegno significativo [64-66].

La promozione della salute psichica mira in particolare a rafforzare le risorse interne ed esterne, ovvero le competenze di vita (come la capacità di comunicazione e autoriflessione), il senso di autoefficacia, il sostegno sociale e le opportunità di svolgere attività significative.

La **salute fisica e psichica sono indissolubilmente legate tra loro**. Le misure legate agli aspetti fisici (promozione dell'attività fisica e dell'alimentazione equilibrata) hanno un effetto positivo anche sulla salute psichica. Viceversa, le misure volte a promuovere la salute psichica hanno spesso un effetto anche sul piano fisico. È stato infatti dimostrato che esiste una relazione significativa tra i fattori di rischio psicosociale (stress, mancanza di sonno, isolamento sociale e mancanza di riposo) e l'insorgenza delle malattie non trasmissibili (cfr. capitolo 10) [67].

I bisogni e le esigenze delle persone anziane

Per sviluppare misure attraenti ed efficaci, è essenziale conoscere la prospettiva delle persone anziane. Cosa significano salute e qualità di vita per le persone anziane? Quali sono i loro obiettivi e le loro preoccupazioni? In quali aree vorrebbero ricevere sostegno?

Dall'esperienza pratica emergono due aspetti importanti in questo senso: in primo luogo, le esigenze delle persone anziane non coincidono necessariamente con le idee di familiari e professionisti riguardo al significato di salute e qualità di vita in età avanzata.

In secondo luogo **le esigenze legate alla salute in età avanzata non possono essere ricondotte a un elenco standardizzato**. I concetti di salute e qualità di vita sono molteplici e diversi tra loro, tanto quanto lo sono le persone anziane (cfr. 2.2). Oltre ad essere radicati nella personalità di ciascuno, sono anche determinati da fattori socioculturali. Inoltre i bisogni delle persone non sono necessariamente costanti nel tempo, ma tendono a cambiare a seconda della situazione di vita attuale e dello stato di salute [68, 69]. Di conseguenza non tutte le persone, ad esempio, sentono il bisogno di avere un'ampia rete sociale per essere felici [68].



Definizione 2

Il concetto della qualità di vita

La qualità di vita è il risultato dell'interazione tra persona e ambiente [389], ovvero vi contribuiscono condizioni di vita oggettive e percezioni soggettive [8].

Si ha un'elevata qualità di vita «quando una persona ha la possibilità di fare cose che ritiene importanti e che contribuiscono ai propri obiettivi» [390]. Questa capacità di modellare la propria quotidianità secondo i propri desideri e di farvi fronte autonomamente ha spesso un impatto maggiore sulla qualità della vita rispetto alla presenza di singole malattie [53].

Consapevoli della difficoltà di stilare una lista generica e gerarchica dei bisogni e delle esigenze delle persone anziane, di seguito ci limitiamo ad illustrare gli ambiti in cui la promozione della salute può dare un sostanziale sostegno alle persone anziane.

Una revisione sistematica, che ha analizzato ben 48 studi, ha elaborato una sintesi di ciò che le persone anziane considerano importante nella vita [70]. Le affermazioni delle persone anziane relative alla qualità di vita sono state condensate in nove dimensioni, che sono spesso strettamente collegate tra loro:

- **salute:** sentirsi in salute e non subire limitazioni a causa di malattie fisiche, psichiche e cognitive;
- **ruolo e attività individuali:** fare attività gratificanti e piene di significato; disporre autonomamente del proprio tempo; sentirsi parte della società, contribuire e fare la differenza (sentirsi utili);
- **relazioni:** avere relazioni strette che danno un senso di sostegno e di appartenenza nonché la percezione di essere amati e apprezzati. Le persone anziane non vogliono solo ricevere sostegno, lo vogliono anche offrire (reciprocità). Se una relazione è percepita come unilaterale, le persone anziane possono avere difficoltà a cercare e accettare sostegno;
- **autonomia:** essere in grado di cavarsela da soli; mantenere la propria dignità; non sentirsi un peso; agire e decidere liberamente;
- **atteggiamento e adattabilità:** coltivare una visione positiva della propria vita, ovvero percepire fiducia e accettazione, ma anche essere in grado di adeguare abitudini e comportamenti alle circostanze;

- **benessere emotivo:** essere in armonia con sé stessi e il mondo; non farsi sopraffare dalle preoccupazioni; non sentirsi preda di esperienze passate; non sentirsi soli;
- **casa e quartiere:** vivere a casa propria il più a lungo possibile; sentirsi al sicuro a casa; vivere in un quartiere piacevole e adatto alla propria età; essere in grado di muoversi in autonomia negli spazi pubblici e poter raggiungere luoghi importanti;
- **sicurezza finanziaria:** non sentirsi limitati a causa della propria situazione finanziaria; essere in grado di soddisfare i bisogni primari e godersi la vita;
- **spiritualità:** sentire un legame con le proprie convinzioni; evolvere; sperimentare la contemplazione interiore.

La salute è spesso considerata un aspetto particolarmente importante perché incide su numerose altre dimensioni della qualità di vita e, soprattutto, è fondamentale per poter vivere in modo autonomo [70].

Come affermato nell'introduzione, queste nove dimensioni possono acquistare o perdere importanza a seconda della situazione di vita attuale. Nelle **persone anziane** molte esigenze rimangono costanti (in particolare il desiderio di poter vivere in modo autonomo e a casa propria), mentre altre esigenze cambiano o vengono valutate diversamente [71]: la «buona salute» rimane importante, ma più nel senso di libertà dal dolore che di libertà dalla malattia. Inoltre, con il passare del tempo gli aspetti sociali e cognitivi tendono a diventare più importanti della salute fisica [71].

Con l'insorgere della **multimorbilità** i bisogni delle persone anziane possono anche aumentare o assumere un significato diverso. Le persone affette da due o più patologie croniche spesso desiderano informazioni più comprensibili sul loro stato di salute e sulle opzioni di trattamento. Desiderano anche servizi e offerte meglio coordinati. Poiché le situazioni sanitarie complesse spesso rendono difficile la partecipazione sociale e sono particolarmente difficili da gestire, la promozione del sostegno sociale e delle competenze di vita è spesso molto importante per le persone con multimorbilità [69, 72].

Infine, anche la **cura di familiari** può comportare un cambiamento dei bisogni e delle esigenze. Secondo uno studio svizzero, i familiari curanti di età superio-

re ai 65 anni auspicano, tra le altre cose, un sostegno nei seguenti ambiti [73]: aiuto di emergenza in caso di malattia propria; servizio di accompagnamento e guida per la persona assistita; gruppi di auto-aiuto per parlare con persone che vivono una situazione simile; sostegno per potersi riposare. È opportuno informarsi su quali sono le esigenze e gli obiettivi individuali delle persone anziane e tenerne debitamente conto nelle misure in modo da rendere i progetti più attraenti e aumentare la probabilità di partecipazione nel lungo termine.

Ambiti di intervento dei programmi d'azione cantonali (PAC)

Conformemente alle necessità oggettive e ai bisogni soggettivi, i PAC – e il presente rapporto – si concentrano sui seguenti temi:

- promozione dell'attività fisica (compresa la prevenzione delle cadute)
- promozione di un'alimentazione equilibrata
- promozione della salute psichica

Grazie alla realizzazione di misure in queste tre aree si può ottenere il massimo beneficio possibile per la salute, la qualità di vita e l'autonomia in età avanzata, con mezzi generalmente limitati. Il lavoro su questi tre temi si svolge in parallelo all'impegno di altri attori che da anni sono attivi nella prevenzione del tabagismo e dell'alcolismo.

3.5 Integrazione tra promozione della salute, prevenzione e cura

Le misure sopra menzionate – la promozione dell'attività fisica, dell'alimentazione equilibrata e della salute psichica – contribuiscono in modo decisivo a migliorare la salute e la qualità di vita in età avanzata. Tuttavia, da sole, non sono sufficienti per raggiungere tale obiettivo.

Ragioni di una prospettiva integrata

Con l'avanzare dell'età le sfide per la salute tendono a diventare più complesse e croniche [74]. In Svizzera la metà di tutte le persone di età superiore ai 65 anni è affetta da almeno una malattia cronica; la tendenza è in aumento man mano che queste persone invecchiano (cfr. 2.3). Le persone con malattie croniche usufruiscono dell'assistenza sanitaria perché, oltre a rafforzare le proprie risorse, vogliono anche rallentare la progressione delle malattie ed

evitare l'insorgere di patologie secondarie [57]. **La promozione della salute, la prevenzione e la cura sono spesso concomitanti in età avanzata** e sono strettamente correlate.

L'importanza della prospettiva integrata diviene chiara prendendo in esame le malattie non trasmissibili (MNT). È stato dimostrato che la promozione della salute (più attività fisica, un'alimentazione equilibrata, rinuncia al fumo e minor consumo di alcol) consente di ridurre i principali fattori di rischio per le MNT. Queste misure fanno una grande differenza, ma da sole non potranno mai impedire l'insorgere di tutte le MNT. Per poter intervenire in modo tempestivo e ottimale, le MNT e i loro fattori di rischio fisiologici devono essere identificati e trattati precocemente. Nell'ambito delle cure, ad esempio, esistono delle misure per la diagnosi precoce delle forme più comuni di tumore (come il cancro al seno, alla prostata e al colon).

Un quadro concettuale

La promozione della salute, la prevenzione e la cura non solo si completano a vicenda, ma **rafforzano in modo reciproco l'efficacia e l'impatto delle rispettive misure**.

L'OMS ha sviluppato un quadro concettuale, rappresentato nella [figura 5](#), che rende più facile ideare e pianificare l'interazione tra promozione della salute, prevenzione e cura in età avanzata [52]. Questo modello ha un duplice vantaggio:

In primo luogo definisce un **obiettivo** prioritario e comune, ovvero il **mantenimento e il rafforzamento delle capacità funzionali delle persone anziane**. Questo obiettivo riflette l'essenza di una concezione della salute adeguata all'età (cfr. 5.2 e 5.4).

In secondo luogo il modello illustra come **le risorse nell'ambiente possono compensare la diminuzione delle risorse personali** (cfr. 3.2). Man mano che le nostre risorse personali diminuiscono, diventa più difficile fare ed essere ciò che amiamo. Nel modello questo fenomeno viene rappresentato come un divario crescente tra l'obiettivo (capacità funzionale) e la capacità di raggiungerlo (capacità intrinseca). La fascia di colore **arancione** indica in che modo un ambiente favorevole può colmare questo divario e quindi aiutare le persone anziane a mantenere le proprie capacità funzionali. Un esempio: grazie alla presenza di marciapiedi privi di ostacoli una persona anziana può continuare a muoversi in autonomia, anche se le sue capacità di deambulazione sono peggiorate.

Il modello individua **diversi approcci per il lavoro all'interno del sistema sanitario** che si possono suddividere nelle seguenti aree d'intervento prioritarie:

- 1) orientamento dei sistemi sanitari alle esigenze delle persone anziane
- 2) sviluppo di sistemi per l'assistenza a lungo termine
- 3) creazione di ambienti di vita a misura delle persone anziane

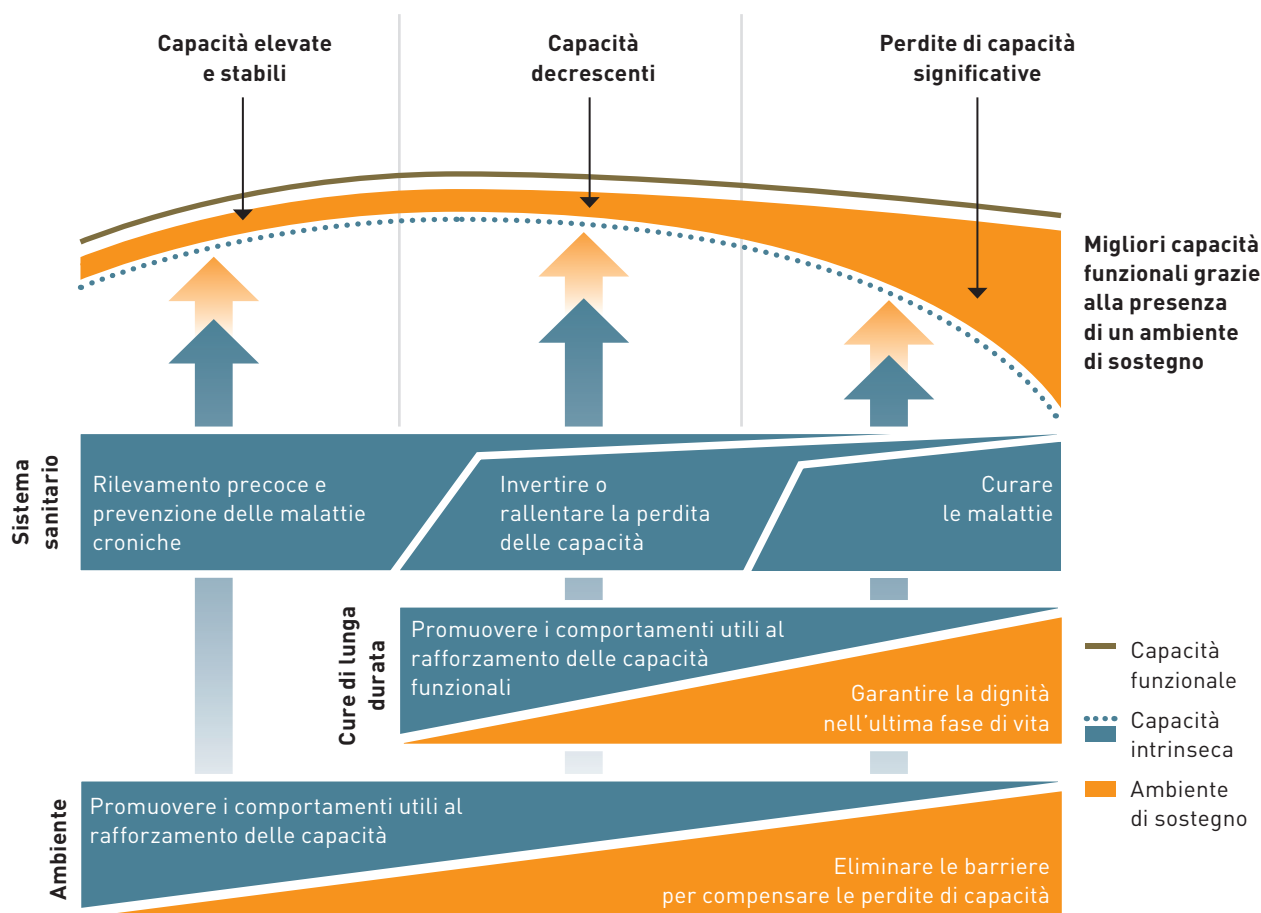
A seconda dello stato di salute di una persona anziana, si dà la priorità ad approcci diversi. Il modello distingue diversi processi di invecchiamento: ci sono percorsi caratterizzati da capacità elevate e stabili, percorsi caratterizzati da capacità decrescenti e percorsi caratterizzati da perdite di capacità significative.

I percorsi di promozione della salute, prevenzione e cura iniziano rispettivamente in punti specifici di questo modello. Le attività primarie e i gruppi target dei tre settori si sovrappongono in una certa misura, ma tendono a **collocarsi nel modello come segue** (cfr. [75]):

La promozione della salute si interroga sulla domanda «Cosa mantiene le persone anziane sane e autonome?» e persegue un approccio salutogenico. Il suo obiettivo è rafforzare le risorse personali e i comportamenti sani nonché migliorare le condizioni di vita. Rimane quindi tendenzialmente sul lato sinistro del grafico e si estende leggermente al centro. Le misure di promozione della salute sono rivolte principalmente a persone con capacità stabili ed elevate e secondariamente alle persone anziane con

FIGURA 5

Percorsi per un invecchiamento in salute



Fonte: [52]

capacità decrescenti. Vi è una parziale sovrapposizione tra promozione della salute e prevenzione primaria [76].

La prevenzione nell'ambito delle cure (PADC) si colloca al centro e si estende fino a entrambi i margini, a sinistra e a destra. L'accento è sulla prevenzione secondaria, il cui obiettivo è individuare tempestivamente, arginare e ritardare le malattie [77]. Se una malattia è già manifesta, la PADC interviene anche sotto forma di prevenzione terziaria, che serve a prevenire la progressione delle malattie, a limitare i danni, a prevenire le recidive e a ripristinare la funzionalità e la qualità della vita [76].

La cura, la lungodegenza e la riabilitazione si collocano dal centro al margine destro del grafico. Queste misure servono, tra le altre cose, a curare le malattie in stadio avanzato e accompagnare le persone nell'ultima fase della loro vita e hanno lo scopo di promuovere la dignità.

Dal margine sinistro al margine destro del modello – e di conseguenza sia nella promozione della salute che nella prevenzione e cura – è fondamentale rafforzare le risorse. Il Dual Continuum Model di Keyes (cfr. 9.1) indica l'importanza di rafforzare le risorse e il benessere a prescindere dalla presenza di eventuali malattie e disturbi. Questo vale anche nelle fasi della malattia, in età fragile e nel fine vita.

3.6 Setting e attori

La promozione della salute e della qualità di vita in età avanzata non è responsabilità di un solo settore politico. Anzi: **la salute delle persone anziane è influenzata da diversi attori del mondo professionale e della società civile** (figura 6). Il Consiglio dell'Unione europea chiede pertanto che ogni ambito della politica pubblica tenga conto del tema dell'invecchiamento e delle persone anziane [78].

La creazione di collaborazioni intersettoriali e interdisciplinari e il coordinamento delle misure è una delle raccomandazioni fondamentali per la promozione della salute in età avanzata. Questa collaborazione mira in particolare al raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- messa in rete delle parti interessate;
- scambio di esperienze;
- uso reciproco di conoscenze e competenze;
- integrazione delle attività e utilizzo di sinergie;
- ottimizzazione delle piattaforme esistenti.

È auspicabile la **creazione di reti a livello locale**, perché gran parte della vita delle persone anziane si svolge nel comune di residenza (vedi sotto). Per sfruttare al meglio le risorse e le competenze di tutti i soggetti coinvolti, è necessario garantire fin dall'inizio una collaborazione basata sulla partecipazione, che coinvolga tutti gli attori rilevanti che operano nel settore sanitario e nell'assistenza alle persone anziane, incluse espressamente le persone anziane stesse.

Collaborazione e ripartizione dei ruoli

Con chi sussiste una concreta opportunità di collaborazione? Nella pratica i diversi attori svolgono spesso ruoli diversi. Nel 2015 Promozione Salute Svizzera ha chiesto ai Cantoni in che modo erano distribuite al loro interno le attività connesse con la promozione della salute in età avanzata [8]. La **figura 6** mostra quali attori tendono a svolgere quali ruoli. In questo contesto occorre tenere presente che in linea di principio qualsiasi attore può svolgere qualsiasi ruolo; nell'immagine sono indicati i ruoli che i diversi soggetti svolgono con maggiore frequenza. Gli esempi concreti sono da considerarsi una selezione a scopo illustrativo e non un elenco esaustivo.

Le **amministrazioni comunali** sono attive principalmente nella pianificazione, nel coordinamento e nel finanziamento delle misure. Dall'esperienza pratica emerge come l'ancoraggio strategico e politico della promozione della salute in età avanzata nei Comuni sia un fattore di successo decisivo.

I **Cantoni** e la **Confederazione** svolgono un ruolo chiave nel (co)finanziamento e nello sviluppo di strategie. Alcuni Cantoni fungono da coordinatori e supportano i Comuni nell'attuazione delle misure.

Organizzazioni non governative come Pro Senectute, Caritas, Croce Rossa Svizzera (CRS) e le leghe sanitarie regionali svolgono un ruolo importante nella promozione della salute in età avanzata. Il loro compito principale è progettare e attuare misure. Molte assumono anche compiti di coordinamento.

Le figure professionali in campo medico e sanitario spesso hanno accesso privilegiato alle persone anziane e possono quindi trasmettere competenze di salute e incoraggiare le persone anziane ad adottare comportamenti favorevoli alla salute.

FIGURA 6

Partner di cooperazione nella promozione della salute in età avanzata (con ruoli svolti con maggiore frequenza)



Fattori di successo per una buona collaborazione

I partecipanti alla Conferenza dei programmi d'azione cantonali (PAC) del 2021 hanno discusso sugli aspetti che favoriscono la collaborazione interdisciplinare. Per molti professionisti del settore sono particolarmente importanti i seguenti fattori:

- dare priorità agli obiettivi comuni;
- pensare dal punto di vista delle persone anziane e orientarsi ai loro bisogni;
- comunicare in modo chiaro e trasparente;
- avere fiducia reciproca;
- adottare un approccio partecipativo;
- chiarire ruoli, compiti e processi;
- indicare gli uni agli altri qual è il margine di manovra per avere aspettative realistiche;
- mostrare curiosità per come si possono aiutare gli altri a raggiungere gli obiettivi;
- usare gli incontri di rete come importante piattaforma di scambio e connessione con gli altri.

Ulteriori fattori di successo per la collaborazione dei numerosi attori coinvolti si trovano nell'opuscolo [Promuovere la salute in età avanzata conviene! Argomenti e aree di intervento per comuni e città.](#)

Oltre alle figure professionali del settore medico, **le famiglie e i contatti personali** sono punti di riferimento importanti in caso di difficoltà e rappresentano quindi anch'essi importanti punti di accesso alle persone anziane nonché ai fini dell'attuazione delle misure [79].

Soggetti della società civile come **le reti di anziani** sono altre figure chiave indispensabili, soprattutto per l'attuazione, ma anche per la progettazione delle misure.

Il Comune è un setting decisivo

La promozione della salute lavora con il concetto di setting. In questo concetto le persone sono considerate parte di sistemi socio-spaziali, nei quali vivono, lavorano, apprendono e invecchiano. I setting hanno un impatto significativo sulla salute delle persone [80]. L'Organizzazione mondiale della sanità scrive: «La salute la fanno e la vivono le persone nel loro ambiente quotidiano» [58].

Contrariamente alla promozione della salute nell'infanzia e nell'adolescenza, che interviene prevalentemente negli asili e nel contesto scolastico, esistono pochi setting istituzionalizzati e percorsi di accesso per la promozione della salute in età avanzata [57].

Il Comune è generalmente considerato il setting principale per la promozione della salute e della qualità di vita in età avanzata, perché questo è il luogo in cui le persone anziane vivono la quotidianità, perseguono i loro interessi e prendono decisioni che influenzano la loro salute.

L'ambiente di vita del «comune» comprende il quartiere e il vicinato, la casa, la famiglia, le aree di incontro e le strutture diurne, i centri di consulenza e altre strutture socio-sanitarie, nonché le associazioni, le comunità religiose e le organizzazioni. Questi setting specifici all'interno del Comune si prestano per le attività di promozione della salute.



Esempio tratto dalla pratica in Svizzera

Attraverso la rete Réseau Seniors Vernier (RSV), il Comune di Vernier eroga dei servizi orientati alle persone anziane allo scopo di offrire loro un sostegno nella vita quotidiana. Per cominciare, la coordinatrice della rete si reca a domicilio, dove effettua un'analisi della situazione. Dopo di che, come un direttore d'orchestra, contatta la rete di partner (ad es. il medico curante, i vicini, il servizio di cure a domicilio, l'ospedale universitario di Ginevra, le case di cura e riposo, la Croce Rossa ginevrina, la Caritas, la Pro Senectute, le biblioteche, le associazioni di anziani) per offrire alla persona anziana un servizio che risponda alle sue esigenze.

Il label [«Commune en santé»](#) (Comune in salute) serve a sensibilizzare i Comuni sul tema della promozione della salute e a incoraggiarli ad impegnarsi in questo ambito.

3.7 Gestione degli impatti: monitoraggio e valutazione

Le persone anziane e la loro salute hanno ricevuto una crescente attenzione negli ultimi anni. Ciononostante **mancano ancora dati importanti** sulla salute delle persone anziane [52]. La carenza di dati contribuisce all'«invisibilità delle persone anziane» (e soprattutto di quelle molto anziane) ed è associata a importanti lacune di conoscenza [52, 74].

Per compiere ulteriori progressi e permettere alle persone anziane di invecchiare in salute è necessario investire di più nella raccolta e analisi dei dati. Il «miglioramento in termini di misurazione, monitoraggio e comprensione dei dati» è una delle misure centrali per promuovere la salute e la qualità di vita in età avanzata [52].

La gestione degli impatti è importante anche perché la promozione della salute è in gran parte finanziata con fondi pubblici. **Lo scopo della gestione degli impatti** è [8]:

- supportare i processi di apprendimento;
- legittimare le attività e l'uso delle risorse;
- supportare le attività di controllo, fornendo informazioni sui servizi resi, sul raggiungimento degli obiettivi e sugli sviluppi nell'ambiente.

Il monitoraggio e le valutazioni servono quindi a esaminare criticamente gli interventi realizzati e a imparare dalle esperienze.

Quando si avviano, coordinano e valutano programmi e progetti, è importante essere consapevoli di quali obiettivi si vogliono raggiungere per il tramite di quali misure. A tal fine Promozione Salute Svizzera elabora **modelli d'impatto** per i suoi progetti e programmi, che servono da base per le attività di monitoraggio e valutazione.

I modelli d'impatto mostrano essenzialmente quali misure vengono implementate in un progetto e attraverso quali percorsi e obiettivi intermedi si mira a raggiungere gli impatti desiderati. I modelli d'impatto illustrano e spiegano i (presunti) rapporti di causa ed effetto alla base di un progetto o di un programma, creando così le condizioni per valutarne l'efficacia. Questo genere di modello consente anche di comunicare facilmente con gli attori interessati e coinvolti riguardo alla logica d'impatto e l'importanza delle singole misure.

Il progetto pilota fittizio «Attività fisica nel quartiere» ci permette di illustrare come funziona un modello d'impatto [81]. Il modello mostra i mezzi (input), il modo (attuazione) e i servizi (output) con i quali si vuole ottenere un effetto (outcome) su qualcuno (figura 7). Infine viene proposta una riflessione su come questo progetto si inserisce in un programma più ampio, mostrando in che modo contribuisce agli obiettivi di un programma d'azione cantonale per le persone anziane (impact).

Il modello indica chiaramente che si possono produrre impatti a diversi livelli. Non è interessante unicamente l'effetto che le misure hanno sulla salute delle persone anziane, bensì anche gli effetti che si ottengono a monte. Se un percorso che promuove l'attività fisica, ad esempio, trova un buon riscontro di partecipanti oppure se i responsabili a livello comunale si attivano a favore di questo tema a seguito di un'informazione e sensibilizzazione mirata, questi sono da considerarsi passi intermedi importanti all'interno di catene d'impatto più lunghe.



Ausili e strumenti pratici

Promozione Salute Svizzera fornisce informazioni, strumenti e servizi che servono ad aiutare i Cantoni e i partner di progetto a pianificare, monitorare e migliorare ulteriormente l'efficacia e la qualità di progetti e programmi.

Su quint-essenz.ch sono illustrati i concetti fondamentali, mentre sul [sito web di Promozione Salute Svizzera](#) sono disponibili diversi modelli d'impatto nonché un tool che consente di creare modelli ad uso personale in formato digitale.

Ulteriori riferimenti in letteratura:

- Foglio di lavoro 46: [Valutazione dell'impatto degli interventi](#)
- Foglio d'informazione 26: [Promozione della salute e prevenzione: esaminare l'efficacia delle misure](#)
- Foglio di lavoro 42: [Dimostrare o ottimizzare gli effetti della promozione della salute](#) (in tedesco e francese)

FIGURA 7

Modello d'impatto del progetto pilota fittizio «Attività fisica nel quartiere»

- Prevenzione comportamentale diretta
- Impatti previsti a lungo termine al livello Impact



Fonte: [81]

**Ulteriori informazioni sulla promozione della salute in età avanzata****Principi generali:**

- Opuscolo [Promozione della salute in età avanzata – ne vale la pena! Argomenti e aree di intervento per comuni e città](#)
- Foglio di lavoro 60: [L'applicazione degli approcci comportamentali agli interventi governativi](#) (in tedesco)
- Foglio di lavoro 48: [Partecipazione alla promozione della salute](#)
- Opuscolo UFSP [Guida all'economia comportamentale: comprendere e affrontare il comportamento](#) (in tedesco)

Pandemia di coronavirus:

- Promozione della salute in età avanzata nel contesto del Covid-19: [situazione ed esperienze | Raccomandazioni ed esempi pratici](#) (in tedesco)

- Foglio di lavoro 56: [Impatto della pandemia del coronavirus sulla promozione della salute](#)
- Foglio di lavoro 52: [Impatto della pandemia di coronavirus sui limiti e sulle risorse della popolazione in materia di salute](#)

Supporti per l'attuazione a livello comunale:

- [Consulenza per la salute in età avanzata](#) (in tedesco)
- [Eventi e corsi sulla promozione della salute in età avanzata](#) (in tedesco)
- [Creare reti comunali per le persone anziane](#) (in tedesco)
- Radar di rete: [introduzione allo sviluppo delle reti](#)
- Lista di controllo [Partecipazione dei medici di base](#) (in tedesco)

4 I benefici della promozione della salute in età avanzata

La possibilità di influenzare lo stato di salute anche in età avanzata fa sì che le persone anziane non debbano essere necessariamente malate o bisognose di assistenza [57]. Tra i cosiddetti determinanti della salute che si possono influenzare figurano, ad esempio, il comportamento, le risorse personali, le condizioni di vita e il sistema sanitario [57]. Le misure di promozione della salute che intervengono a livello comportamentale e contestuale sono efficaci in tal senso (cfr. riquadro).



La promozione della salute in età avanzata è efficace

I nostri comportamenti e le condizioni che hanno caratterizzato la nostra vita condizionano il nostro stato di salute in età avanzata (cfr. capitolo 5). Tuttavia, è possibile influenzare lo stato di salute e il livello di autonomia anche in età avanzata. L'introduzione di cambiamenti nello stile e nell'ambiente di vita consente di prevenire o almeno influenzare positivamente le malattie non trasmissibili (MNT). Esercizi mirati riducono significativamente il rischio di cadute. In età avanzata è possibile stabilizzare e favorire efficacemente anche la salute psichica. I capitoli 7, 8 e 9 forniscono prove dell'efficacia della promozione della salute in età avanzata. Per una discussione generale sull'efficacia e l'utilità della promozione della salute, si rimanda all'[Argomentario Promozione della salute e prevenzione](#) (con infografica e video).

Una buona salute: un vantaggio sia per le persone anziane che per le loro famiglie

Per gli anziani stessi, godere di buona salute equivale a un enorme guadagno in termini di qualità di vita e benessere. Le persone anziane in salute possono, ad esempio, vivere più a lungo in modo autonomo e

nella propria casa, partecipare alla vita sociale, impegnarsi nella società e svolgere attività importanti per loro (cfr. 3.4).

Oltre alle persone anziane, anche le loro famiglie traggono beneficio dalla promozione della salute: più gli anziani sono autonomi, meno bisogno hanno dell'assistenza dei parenti, un compito che spesso grava sulle donne [23]. La minore necessità di assistenza da parte degli anziani preserva la salute dei familiari curanti e permette loro di dedicarsi maggiormente alla vita professionale, il che ha un effetto positivo sulla loro qualità di vita.

Gli anziani sono una risorsa sociale indispensabile

Oggi molte persone anziane si impegnano attivamente nella loro sfera personale e sociale con competenza, conoscenza ed esperienza. Anche le persone affette da malattia e disturbi fisici o mentali possono dare un contributo prezioso alla società. Tuttavia, tale coinvolgimento è solitamente più facile quando si è in buona salute. In questo senso, la promozione della salute rafforza la capacità degli anziani di continuare a impegnarsi nella società.

In Svizzera, nel 2016⁴ ben il 53% delle persone tra i 65 e i 74 anni ha dichiarato di fare attività di volontariato [82], una percentuale di partecipazione che non si riscontra in nessun'altra fascia di età. Anche tra le persone di età pari o superiore a 75 anni, la quota di persone che svolgono attività di volontariato rimane elevata, intorno al 30%. Il volontariato informale risulta essere due volte più diffuso del volontariato istituzionalizzato.

- Il 22% delle persone di età compresa tra i 65 e 74 anni e circa l'11% delle persone di età pari o superiore a 75 anni partecipano ad attività di volontariato istituzionalizzato (attività non retribuite per un'organizzazione, un'associazione o un ente pubblico) [82, 83].
- Un buon 43% delle persone di età compresa tra i 65 e 74 anni e circa il 23% delle persone di età pari o superiore a 75 anni dichiara di svolgere

⁴ Durante la pandemia di coronavirus la percentuale di persone che svolgono attività di volontariato è diminuita in alcune fasce di età [82]. Per escludere questa conseguenza del coronavirus, invece di utilizzare i dati attuali del 2020, in questo capitolo si fa riferimento ai dati dell'ultimo sondaggio effettuato prima del coronavirus (2016).

attività di volontariato in modo informale (assistenza non retribuita su iniziativa personale per le persone che vivono in un nucleo familiare diverso) [82, 83]. Questa cifra non comprende le persone anziane che si prendono cura di una persona all'interno del loro stesso nucleo familiare (ad es. partner).

L'impegno all'interno e all'esterno del proprio nucleo familiare è diversificato: gli anziani si prendono cura dei familiari, aiutano amici e vicini di casa, accudiscono i nipoti, sono mentori per i giovani, si impegnano nell'ambito dell'accoglienza ai profughi e nelle associazioni ambientaliste [84]. Inoltre, l'80% delle persone tra i 55 e 74 anni dona regolarmente denaro a cause sociali o benefiche [84]. Gli anziani contribuiscono inoltre all'economia naziona-

le in qualità di consumatori e in alcuni casi anche come lavoratori attivi [23]. Infine, gli anziani assumono sempre più un ruolo attivo nella pianificazione e nell'attuazione delle misure di promozione della salute.

Alla luce di queste considerazioni, le persone anziane sono un'importante risorsa sociale e contribuiscono in modo essenziale alla società. Con il cambiamento demografico il loro contributo sta diventando sempre più importante [85]. I gerontologi tedeschi Andreas Kruse ed Eric Schmitt scrivono: «La produttività delle generazioni giovani, da sola, non è sufficiente per garantire la capacità di innovazione [...] e il benessere di una società che invecchia o assicurare l'efficienza dei sistemi previdenziali e pensionistici. I bisogni e le esigenze di un numero sempre maggiore di persone anziane non possono essere finanziati nel lungo termine da un gruppo sempre minore di giovani, se si rinuncia a potenziali (contro)prestazioni delle generazioni più anziane» [85].

È quindi un «compito centrale dello sviluppo sociale» garantire che le persone anziane possano dare un contributo all'economia e alla società e creare costantemente nuove opportunità per un loro impegno in questo senso [85]. In effetti, tali opportunità rispondono ai bisogni di molte persone anziane, come fare qualcosa di significativo, provare un senso di appartenenza e non solo ricevere ma anche offrire sostegno (cfr. 3.4).

Il potenziale economico della promozione della salute in età avanzata

Nel 2019 i costi sanitari per le persone di età superiore a 65 anni si sono assestati a circa 37 miliardi di franchi [86], pari a circa il 45% della spesa sanitaria totale. Si rende utile esaminare nel dettaglio i diversi tipi di prestazione erogati alle persone anziane:

- per trattamenti sanitari stazionari sono stati spesi 7,5 miliardi di franchi (ben il 9% del totale della spesa sanitaria);
- le cure ambulatoriali sono costate 6,5 miliardi di franchi (il 7,9% della spesa sanitaria totale);
- i costi per le cure di lungodegenza (stazionarie e ambulatoriali) hanno raggiunto circa 12,5 miliardi di franchi (il 15% della spesa sanitaria totale);
- nelle misure preventive sono stati investiti 300 milioni di franchi (pari allo 0,36% della spesa sanitaria totale).



Volontariato durante la pandemia di coronavirus

Durante la pandemia si è osservata una riduzione del volontariato in alcune fasce di età. A causa del rischio accresciuto, questa diminuzione è stata più pronunciata nella popolazione anziana. In Svizzera l'attività di volontariato svolta dalle persone tra i 65 e i 74 anni è passata da un buon 53% nel 2016 a poco meno del 45% nel 2020 [82]. Tuttavia, queste cifre mostrano che le persone anziane hanno continuato a dare un contributo significativo alla società anche durante la pandemia, nonostante i maggiori rischi e la raccomandazione di isolarsi. Uno studio tedesco ha analizzato in modo specifico la cura dei nipoti durante la pandemia, rilevando che la percentuale di nonni che si sono presi cura dei propri nipoti è rimasta sostanzialmente stabile, così come la quantità di tempo dedicata a tale attività [391]. Questo in un momento in cui il contatto con i nipoti era sconsigliato ma in cui, allo stesso tempo, spesso gli asili nido e gli istituti scolastici erano chiusi e molti genitori avevano urgente bisogno di aiuto per accudire i bambini mentre loro erano al lavoro. L'autrice principale dello studio conclude quindi che «le persone anziane non sono solo un gruppo a rischio vulnerabile, bensì contribuiscono anche attivamente alla gestione delle crisi» [392].

A seguito dell'invecchiamento demografico è presumibile che si verifichi un aumento dei costi per le cure di lungodegenza nonché per le cure, l'assistenza e gli aiuti alle persone anziane [87-93]. La spesa sanitaria futura dipenderà in misura determinante dalla salute delle persone in età avanzata [94]. Evitare o ritardare le disabilità, la necessità di assistenza, i ricoveri ospedalieri e i ricoveri in case di riposo e di cura delle persone in età avanzata consentirà di ridurre notevolmente l'evoluzione dei costi prevista.

Per ottenere una stima del vantaggio economico di una popolazione anziana che si mantiene in buona salute il più a lungo possibile è possibile utilizzare calcoli esemplificativi. Uno studio dell'Università di San Gallo ha calcolato che, riducendo la durata del periodo di vita trascorso in condizioni di malattia grave e con necessità di assistenza, si possono ridurre i costi per le cure di lungodegenza di circa due terzi. Gli autori dello studio concludono che uno sviluppo positivo della salute delle persone anziane può «mitigare in modo significativo l'impatto della crescita e dell'invecchiamento della popolazione sui costi dell'assistenza a lungo termine» [95].

Tali calcoli confermano i risultati di uno studio precedente del 2012, che concludeva che il futuro aumento della spesa sanitaria potrebbe essere ridotto

fino al 40% se si riuscissero a ridurre gli anni di vita trascorsi in condizione di malattia e dipendenza dalle cure (cfr. [figura 8](#), scenario «Compression of Morbidity» rispetto a «Pure Ageing»), con un risparmio annuo pari a oltre 10 miliardi di franchi [87, 91].

È possibile quindi concludere che investire nella promozione della salute in età avanzata «vale la pena» in termini di qualità della vita degli anziani, di coesione sociale e di funzionamento della società civile. Gli investimenti nella promozione della salute in età avanzata di oggi hanno il potenziale per alleggerire il bilancio finanziario di domani. Il vantaggio finanziario non va unicamente a beneficio di Comuni e Cantoni, ma anche degli anziani stessi. L'importanza economica della promozione della salute in età avanzata aumenta quindi di pari passo con l'invecchiamento demografico.

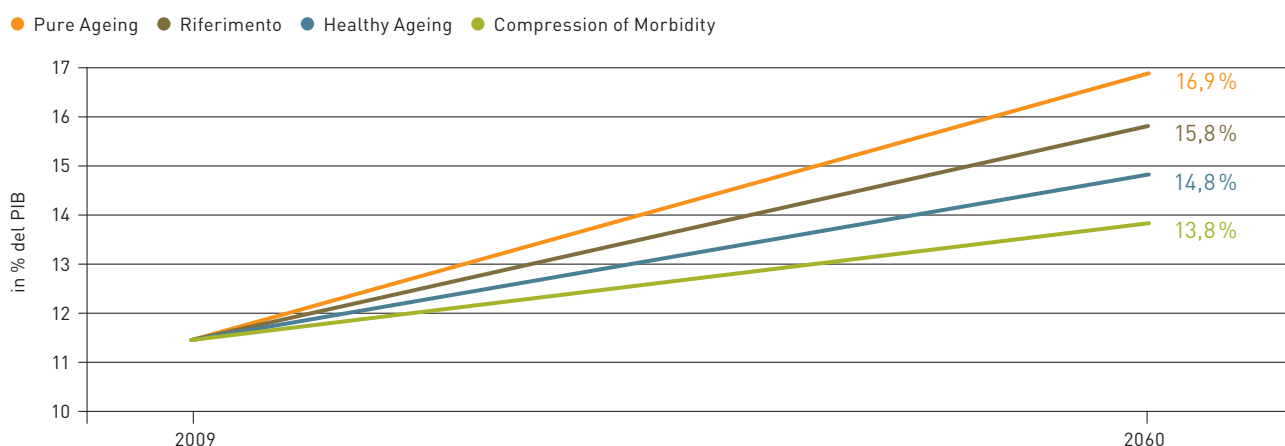


Ulteriori informazioni sul rapporto costo-efficacia

Il potenziale economico della promozione della salute in età avanzata viene esaminato in maggiore dettaglio nel [rapporto 5 «Salute e qualità di vita in età avanzata»](#).

FIGURA 8

Spesa sanitaria complessiva



Fonte: rappresentazione grafica propria basata su [96]

5 Pari opportunità di salute

In Svizzera le premesse per una vita lunga e sana sono tra le migliori al mondo. Ma le condizioni non sono uguali per tutti i sottogruppi della popolazione. Anche in Svizzera, così come in altri paesi, la possibilità di crescere, vivere e invecchiare in salute dipende in modo decisivo da diversi fattori sociali:

- le persone senza **titolo di studio** successivo alla scuola dell'obbligo hanno quasi tre volte più probabilità di soffrire di gravi disagi psichici rispetto a coloro che hanno un'istruzione di terzo livello [21];
- a Berna e Losanna, gli uomini che vivono in **quartieri** socialmente svantaggiati muoiono quasi cinque anni prima degli uomini che vivono in zone privilegiate [97];
- nel complesso, le donne dichiarano di avere una salute funzionale peggiore rispetto agli uomini e le **differenze di genere** tendono ad acuirsi con il passare degli anni [98]. Nella fascia di età dai 75 anni in su, il 7,4% delle donne è fortemente limitato nelle attività quotidiane, mentre la quota corrispondente maschile è pari al 4,3% [99];
- quasi il 35% delle persone di età superiore ai 65 anni con un **passato migratorio** (prima generazione) non percepisce la propria salute come buona. Tra le persone della stessa età senza background migratorio la percentuale è di poco inferiore al 25% [100];
- in molte aree tematiche (ma non tutte), le persone **LGBTIQ** non hanno le medesime opportunità di salute rispetto al resto della popolazione. Le disuguaglianze riguardano, tra le altre cose, l'accesso al sistema sanitario, la salute psichica e alcuni aspetti della salute fisica [101]. Studi internazionali mostrano che le persone omosessuali di età pari o superiore a 55 anni hanno maggiori probabilità di essere single rispetto ai loro coetanei eterosessuali (41% contro 28%). Questa circostanza si può riflettere in un maggiore senso di solitudine. Le persone omosessuali tendono inoltre a vivere in un contesto sociale più omogeneo in termini di età, il che si può ripercuotere in modo negativo sulla disponibilità di sostegno nelle attività quotidiane [102].

Queste **differenze** non sono né casuali né imputabili a fattori biologici. **Seguono** piuttosto **un chiaro schema sociale**: in genere le persone socialmente svantaggiate hanno uno stato di salute peggiore e un'aspettativa di vita inferiore rispetto alle persone con una posizione sociale migliore. Poiché sono determinate dalle condizioni sociali, queste differenze sono considerate in ampia misura evitabili e ingiuste [103, 104]. In questo contesto si parla di iniquità di salute («health inequities») [29].

La società è chiamata a intervenire per contrastare le iniquità di salute, perché le disparità nel campo della salute sono in netto contrasto con i valori e i principi fondamentali della Svizzera, minacciano la coesione sociale e provocano inutili costi aggiuntivi [29]. Nessun Paese si può permettere di non affrontare la questione delle disparità nel campo della salute [105].



Pari opportunità e coronavirus

La pandemia agisce come una lente d'ingrandimento sulle condizioni di svantaggio nella società: non ha creato nuove disparità, ma ha accentuato le disuguaglianze esistenti.

Nel settore della salute vale l'affermazione «same script, different illness»: gli effetti del coronavirus seguono modelli epidemiologici comuni, il che significa che vi è una correlazione tra i fattori sociali menzionati nell'introduzione di questo capitolo e l'incidenza del coronavirus. A livello empirico sono state individuate delle differenze dovute a fattori sociali in relazione ai seguenti indicatori:

- contagio da Covid-19 e gravità del decorso [393-395];
- competenze di salute in relazione al Covid-19 [396];
- effetti delle misure restrittive [397-399];
- volontà di farsi vaccinare [400-403]

Promuovere le pari opportunità di salute attraverso misure adeguate

Le misure di promozione della salute e prevenzione tendono a raggiungere più facilmente i gruppi della popolazione con uno statuto socioeconomico medio o alto [106-108], mentre fanno più fatica a raggiungere quei gruppi sociali che ne trarrebbero il maggior beneficio [108]. La crescente digitalizzazione può creare ulteriori disparità («digital divide», cfr. [capitolo 6](#)).

Migliorare le pari opportunità nel campo della salute rientra tra gli obiettivi prioritari della promozione della salute. In Svizzera questo obiettivo è sancito, tra le altre cose, nella strategia di politica sanitaria del Consiglio federale Sanità2030, nella Strategia MNT e nella Strategia nazionale Dipendenze.

Pari opportunità di salute non significa che tutte le persone debbano godere dello stesso stato di salute: con le pari opportunità non si mira ad ottenere lo stesso risultato («salute uguale per tutti»), bensì si punta alla **parità in termini di possibilità e condizioni** («pari opportunità di salute per tutti»).



Definizione 3

Distinzione tra pari opportunità e eque opportunità

Le *pari opportunità* di salute sono un obiettivo fondamentale della politica sanitaria, che mira a fare in modo che tutte le persone abbiano le medesime possibilità di sviluppare, mantenere e recuperare la salute.

Le *eque opportunità* nel campo della salute sono un principio d'attuazione operativo che prevede la creazione delle condizioni necessarie affinché tutte le persone possano condurre una vita sana.

In breve: le pari opportunità sono l'obiettivo, mentre le eque opportunità sono il cammino da percorrere [29].

5.1 Fattori sociali all'origine delle disparità di salute

Per capire dove la promozione della salute e la prevenzione possono fare leva per ridurre l'iniquità di salute occorre innanzitutto comprendere come la stessa si sviluppa e si riproduce.

Un reddito elevato, ad esempio, non ci rende automaticamente più sani. Cionondimeno, le disparità economiche incidono in maniera complessa, e spesso incomprensibile, sulla nostra vita e pertanto anche sulla nostra salute. Il seguente modello ([figura 9](#)) tenta di illustrare le origini dell'iniquità di salute in quattro passaggi (per un'analisi approfondita si veda [29]):

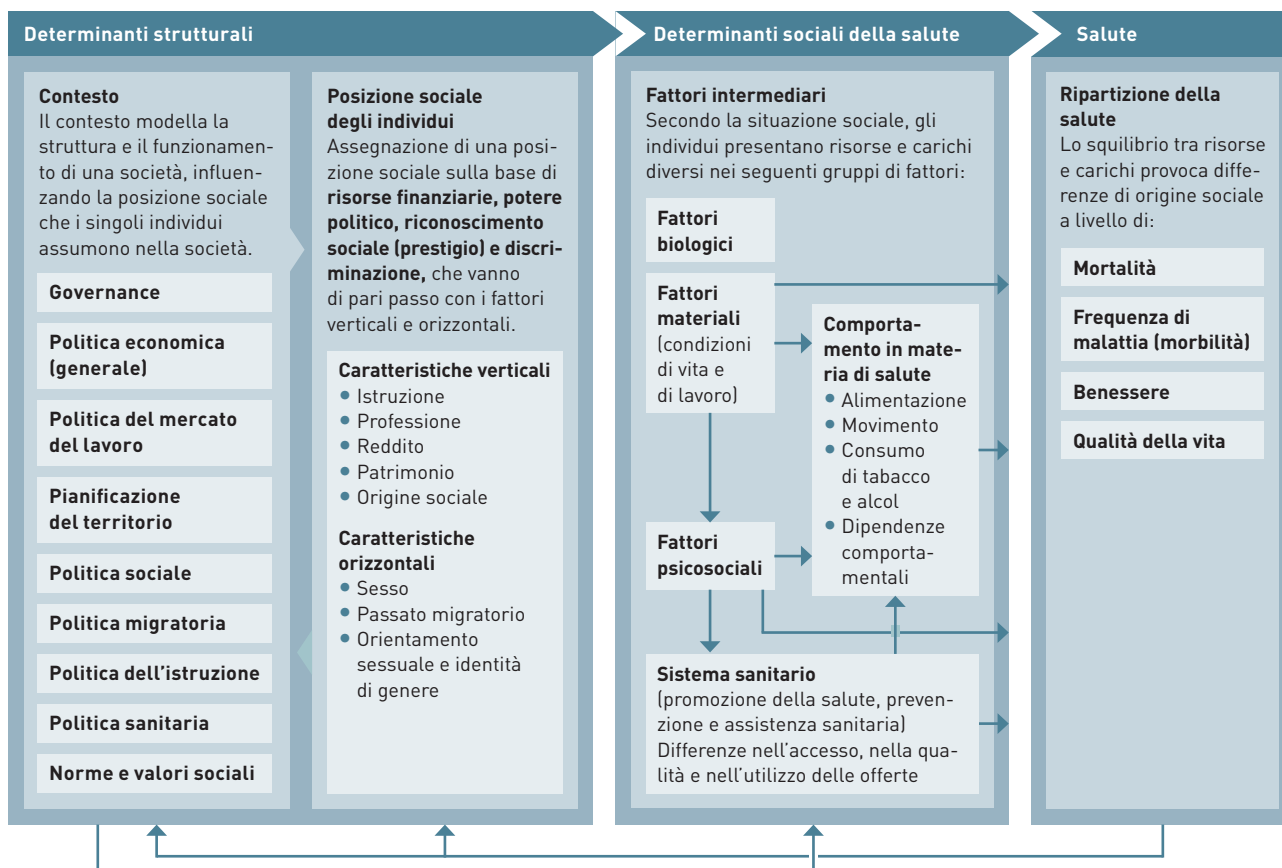
- 1) **Il contesto sociale** (ovvero le politiche economiche, sociali e sanitarie nonché le norme e i valori) determina la posizione che una persona occupa nella società. A seconda del contesto, una determinata persona ha uno status sociale superiore o inferiore ed è quindi privilegiata o svantaggiata rispetto ad altri membri della società.
- 2) **La posizione sociale** definisce i carichi specifici a cui è esposta una persona e quali risorse ha a disposizione. In generale, le persone socialmente svantaggiate presentano allo stesso tempo un livello di carico maggiore e una mancanza di risorse.
- 3) **I carichi e le risorse** hanno un impatto diretto sulla salute. Generalmente, più carichi e meno risorse ha una persona, peggiore sarà il suo stato di salute.
- 4) Al termine di questa catena di impatto si trova **l'iniquità di salute**, documentata dalle evidenze empiriche.

Il modello indica che la disparità sociale, ovvero la ripartizione impari delle risorse materiali e immateriali in seno a una società, si ripercuote in modo evidente sulla salute. **L'iniquità di salute** non è quindi un problema individuale, bensì anche e **soprattutto un problema sociale**. Anche il comportamento in materia di salute – spesso causa diretta di diverse malattie – non dipende unicamente da una grande forza di volontà, ma è determinato in modo decisivo dalle condizioni sociali quadro.

Naturalmente la responsabilità individuale è fondamentale anche nell'ambito della salute e va pertanto rafforzata in modo mirato. Al contempo dobbiamo tuttavia riconoscere che non si può risolvere un pro-

FIGURA 9

Modello esplicativo dell'inequità di salute



Fonte: [29]

blema sociale unicamente adottando provvedimenti incentrati sui singoli individui (livello comportamentale). È fondamentale creare le condizioni che permettano a tutte le persone di essere, rimanere e tornare in salute (livello contestuale).

5.2 Cosa può fare la promozione della salute

Per consolidare le pari opportunità nel campo della salute è necessario in primo luogo **ridurre le disparità sociali** imputabili a fattori come il reddito, l'istruzione, il genere, il passato migratorio, l'orientamento sessuale e l'identità di genere. Di norma, le misure specifiche non sono di competenza della politica sanitaria e rientrano piuttosto nella sfera d'influenza della politica del mercato del lavoro, della socialità e dell'educazione. Il compito degli attori del

settore sanitario consiste nel sensibilizzare gli altri ambiti politici (*agenda setting*) e nell'avviare collaborazioni (multisetoriali) mirate.

In secondo luogo, si raccomanda di intervenire sui **determinanti sociali della salute**, ovvero le condizioni nelle quali le persone crescono, vivono, giocano, lavorano e invecchiano, affinché siano favorevoli alla salute per tutti. Le misure in questo ambito rientrano anche nella **sfera d'influenza della promozione della salute e della prevenzione**. In questo contesto è fondamentale sia promuovere le risorse e la capacità di agire sia ridurre i carichi delle persone socialmente svantaggiate, intervenendo nei seguenti ambiti [29]:

- condizioni materiali di vita e di lavoro;
- fattori psicosociali;
- comportamento e competenze in materia di salute;
- sistema sanitario.

5.3 Misure di comprovata efficacia e criteri di successo

Alla luce dei diversi processi di invecchiamento e delle disparità nel campo della salute, le misure universali, ovvero quelle indirizzate a tutta la popolazione, devono tenere conto della diversità sociale e delle possibilità di azione individuali («apertura delle offerte»). Può essere altresì opportuno elaborare e attuare misure mirate per gruppi target specifici.

Nei capitoli successivi presenteremo alcuni approcci d'intervento che si sono rivelati efficaci nel migliorare le opportunità di salute delle persone svantaggiate in relazione alle seguenti tematiche prioritarie:

- attività fisica (7.4.4);
- alimentazione (8.4);
- salute psichica (9.4.4).

Il successo degli approcci dipende in larga misura dal modo in cui sono stati elaborati, attuati e valutati. La [versione breve](#) del rapporto «Pari opportunità nella promozione della salute e nella prevenzione» illustra i principali criteri di successo che consentono di aumentare l'efficacia delle misure rivolte a gruppi della popolazione socialmente svantaggiati. I seguenti criteri di successo risultano essere particolarmente decisivi in questo contesto:

- La **partecipazione** del gruppo target a ogni fase di un progetto (dall'ideazione e pianificazione alla realizzazione e valutazione) [109, 110]. La partecipazione è fondamentale perché anche le persone socialmente svantaggiate dispongono di risorse alle quali la promozione della salute può attingere.
- Il **lavoro basato sulle relazioni**: si è dimostrato efficace il ricorso a figure di collegamento, ovvero singoli individui o istituzioni, professionali e informali. Tali figure sono validi «costruttori di ponti» che permettono di raggiungere più facilmente i gruppi svantaggiati [28, 111]. Un fattore decisivo in questo contesto è il rapporto di fiducia tra il gruppo target e le figure di collegamento (ad es. figure professionali attive in ambito sanitario e medico, ONG come la CRS, la Caritas e l'ACES, associazioni e figure chiave nonché familiari e vicini di casa). È importante che le prestazioni fornite dalle figure di collegamento, siano esse formali o informali, ottengano un riconoscimento materiale o simbolico [112].
- Un altro approccio promettente è la **diversificazione dell'offerta**, che deve essere **adattata in termini di contenuti e lingua** al gruppo target e al suo contesto socioculturale. Rientrano in questa

categoria i materiali informativi redatti in un linguaggio semplice o nelle diverse lingue delle persone migranti, i contenuti orientati all'ambiente di vita del gruppo target, l'impiego di formatori provenienti dal contesto socioculturale dei partecipanti («peer educators») nonché lo svolgimento di attività nei setting delle comunità interessate (ad es. nelle chiese e presso le associazioni di migranti) [57, 109, 113-116].

- Utilizzare le offerte risulta più semplice se **sono il più possibile concrete, a bassa soglia e alla portata di tutti**. Servono informazioni pratiche e semplici da attuare (come istruzioni passo-per-passo) e offerte scontate o gratuite per le persone economicamente più deboli [115, 116].
- Le misure strutturali, ad esempio nel settore dell'alimentazione e dell'attività fisica, generalmente si rivelano efficaci solo se sono combinate con interventi a livello individuale, ad esempio sotto forma di informazione e sensibilizzazione (**combinazione di misure contestuali e comportamentali**) [117-121].
- Al fine di promuovere le pari opportunità di salute in modo duraturo ed efficace è fondamentale l'impegno di diversi settori politici. Occorre rafforzare sia il principio **«Health in All Policies»** (salute in tutte le politiche) che la **collaborazione multisettoriale e il coordinamento su piccola scala** [110].
- Per comprendere meglio lo sviluppo dell'inequità di salute e promuovere misure efficaci sono essenziali il **monitoraggio** e la **valutazione** delle misure e dei progressi ottenuti.



Esempi tratti dalla pratica in Svizzera

Quartiers solidaires (VD); Femmes-Tische e Männer-Tische (CH); Être Gai Ensemble (GE); AltuM – Età e Migrazione dell'ACES (CH); I migranti vivono in salute nella vecchiaia (BE); Feierabendtreff Männer 60+ (BE)

Le seguenti valutazioni documentano i benefici dei progetti volti alle pari opportunità e forniscono raccomandazioni pratiche:

- Foglio d'informazione 62: [Valutazione 2019-2021 del progetto «Femmes-Tische und Männer-Tische»](#) (in tedesco)
- Foglio d'informazione 66: [Valutazione del progetto di HEKS Età e migrazione \(AltuM\), 2019-2021](#)



Limitazioni individuali e pari opportunità

Sono due i motivi all'origine della vulnerabilità in relazione alla salute individuale: lo svantaggio sociale e/o una limitazione individuale [29]. Il presente capitolo è incentrato sulla vulnerabilità legata a una condizione di svantaggio sociale (dovuta ad esempio al livello di istruzione, al reddito, al passato migratorio, all'identità di genere o all'orientamento sessuale). Tuttavia, la vulnerabilità nel campo della salute può essere riconducibile anche alle cosiddette limitazioni individuali. La presenza di limitazioni fisiche (come una malattia o una disabilità) o psichiche (la presenza di traumi o la cura di familiari) può favorire l'insorgere di (altre) malattie e limitazioni [29]. È altresì importante tenere conto del fatto che le limitazioni individuali (come le disabilità) possono essere associate a una condizione di svantaggio sociale.

Prendiamo l'esempio delle limitazioni fisiche: L'[Ufficio federale di statistica](#) stima che nel 2019 ben il 22% delle persone residenti in Svizzera vivesse con una disabilità e che circa il 5% presentasse limitazioni gravi. Queste percentuali tendono ad aumentare con l'avanzare dell'età. Le persone con disabilità presentano un rischio accresciuto di sviluppare (ulteriori) malattie e limitazioni mentali, fisiche, cognitive e sensoriali ([OMS](#)). Sul sito dell'Agenzia federale tedesca per l'educazione sanitaria si trova un interessante testo introduttivo sul tema «[Inclusione e promozione della salute](#)».

5.4 Definizione dei gruppi target

L'obiettivo della promozione della salute e della prevenzione è sempre il miglioramento della salute dell'intera popolazione. Tuttavia, l'intensità degli sforzi idealmente dovrebbe corrispondere al grado di svantaggio dei singoli gruppi della popolazione (principio del cosiddetto **universalismo proporzionale**) [105].

All'origine di una condizione di svantaggio vi possono essere numerosi fattori, i quali dipendono dall'argomento considerato e differiscono in base a quale aspetto si prende in considerazione, ad esempio, comportamento motorio, tendenze suicide oppure ricorso alla diagnosi precoce.

Le statistiche svizzere mostrano che per analizzare le disparità di salute bisogna prendere in particolare considerazione le seguenti caratteristiche rilevanti per le disparità [122]: lo statuto socioeconomico – che comprende l'istruzione, la professione, il reddito, il patrimonio e l'estrazione sociale (la famiglia) – ma anche il genere, un eventuale passato migratorio nonché l'orientamento sessuale e l'identità di genere (comunità LGBTIQ).

Nel tracciare la definizione dei gruppi target, è necessario considerare quanto segue:

- In genere la situazione di vita, le risorse e i carichi di una persona non sono riconducibili a un'unica caratteristica. Se prendiamo l'esempio della popolazione migrante, è chiaro che la situazione di vita di una professoressa di origini germaniche sia fundamentalmente diversa rispetto a quella di un profugo eritreo. La salute di una persona non è influenzata unicamente o prevalentemente dalla caratteristica «passato migratorio», bensì anche e soprattutto da fattori come l'istruzione, il reddito, il genere e l'origine migratoria. Pertanto, la definizione «popolazione migrante» usata per il gruppo target di un progetto è spesso insufficiente e inadeguata. In genere vale la seguente regola: più caratteristiche rilevanti per la disparità presenta una persona, maggiori saranno le sue probabilità di ammalarsi e minore sarà la sua aspettativa di vita. Ai fini della definizione del gruppo di destinatari occorre pertanto prestare particolare attenzione alla sovrapposizione delle caratteristiche sociali (**intersezionalità**).



- I dati sanitari indicano che vi è un nesso tra le caratteristiche rilevanti per la disparità e la salute (ad es. «alcune fasce della popolazione migrante sono più spesso affette da malattie»), ma in genere i dati non sono in grado di spiegare la presenza di tale nesso. Servono quindi analisi più approfondite per individuare i fattori che conducono a un rischio accresciuto di malattia. Se prendiamo l'esempio della popolazione migrante, potrebbero essere decisivi l'insufficiente conoscenza di una lingua nazionale, oppure la carente integrazione sociale ed economica oppure ancora uno statuto di soggiorno precario.

Più ampia e differenziata sarà la nostra comprensione del gruppo target, maggiore sarà l'efficacia delle misure attuate, soprattutto se si tiene debitamente conto delle risorse concrete e dei carichi specifici del gruppo target.

Il seguente esempio lo illustra chiaramente: uno studio neozelandese ha infatti dimostrato che i singoli fattori di rischio per la demenza hanno un peso diverso a seconda del gruppo etnico [43]. In pratica, ciò significa che, a seconda del gruppo target, è necessario dare una maggiore priorità a fattori di rischio differenti.

Ulteriori informazioni sul tema delle pari opportunità

Il rapporto [Pari opportunità nella promozione della salute e nella prevenzione in Svizzera](#) [29]

approfondisce i seguenti aspetti:

- fornisce argomenti a favore di un rafforzamento delle pari opportunità di salute;
- chiarisce termini e concetti in un tema complesso e spesso vago;
- fornisce spunti per la pianificazione sistematica di una promozione della salute volta alle pari opportunità;
- individua approcci d'intervento basati sull'evidenza e criteri di successo pratici.

Altre pubblicazioni di Promozione Salute Svizzera:

- [Versione breve del rapporto di base «Pari opportunità nella promozione della salute e nella prevenzione in Svizzera»](#)
- [Rapporto sulle competenze di salute in contesti di disagio](#) (in tedesco)
- Foglio di lavoro 59: [Come raccogliamo i dati relativi al genere, al passato migratorio e allo statuto socioeconomico?](#) (in tedesco e francese)
- Promozione della salute in età avanzata in funzione del genere: [Foglio d'informazione Epidemiologia](#) (in tedesco)
- Guida [«Come raggiungiamo gli uomini over 65?»](#)
- Foglio d'informazione 19: [Minoranze sessuali e di genere nella promozione della salute e prevenzione](#) (in tedesco)

6 Digitalizzazione nella promozione della salute in età avanzata

- **Dott. phil. Alexander Seifert**, Scuola universitaria per il lavoro sociale FHNW

Le tecnologie dell'informazione e della comunicazione (TIC) come la radio, la televisione, Internet e i social media sono da tempo considerate tecnologie di uso quotidiano e vengono utilizzate, ad esempio, per ottenere informazioni o mantenere i contatti. Gli ambiti in cui le tecnologie digitali giocano un ruolo decisivo sono sempre di più, rendendo impossibile immaginare la quotidianità senza di esse.

Il presente capitolo illustra in che misura le persone anziane utilizzano i dispositivi tecnologici di uso quotidiano per il reperimento di informazioni e per la comunicazione e in che misura la promozione della salute in età avanzata si può avvalere di soluzioni digitali.

6.1 Uso dei media in età avanzata

Le TIC digitali sono sempre più utilizzate dalle persone anziane

Uno studio svizzero [123], che analizza l'utilizzo delle TIC tra le persone di età pari o superiore a 65 anni da ormai dieci anni (2009-2019), ci permette di ottenere un buon quadro della situazione attuale [124]. Dallo studio emerge che le persone anziane frequentano sempre di più il mondo virtuale e utilizzano offerte, strumenti e app digitali.

Mentre nel 2009 solo il 37,8% degli intervistati utilizzava **Internet**, nel 2019 tale quota è salita al 74,2% [123]. Internet fa ormai parte della vita di tutti i giorni, soprattutto tra gli anziani più giovani: oggi il 95% delle persone di età compresa tra i 65 e i 69 anni è online. Questi valori diminuiscono con l'avanzare dell'età e in particolare le persone con più di 80 anni utilizzano queste tecnologie meno frequentemente: solo il 45% delle persone di età pari o superiore a 80 anni utilizzava Internet nel 2019.

Anche l'uso di **smartphone e tablet** è in forte crescita dal 2014, attestandosi al 63,7% (smartphone) e al 40% (tablet) nel 2019. Anche nel caso di questi

dispositivi mobili più recenti, nel 2019 si rileva una differenza tra terza e quarta età: il 75,2% delle persone tra i 65 e i 79 anni possiede uno smartphone e il 47,3% un tablet, mentre tra gli ultraottantenni le percentuali scendono, rispettivamente, al 34,6% e al 21,9%.

Oggi i valori relativi all'attività fisica e alla salute si misurano spesso in modo digitale, grazie all'uso di **dispositivi indossabili («wearables»)** e **app**. L'«auto-misurazione» dei valori di salute è un fenomeno sempre più diffuso, che offre un grande potenziale in termini di monitoraggio dei comportamenti di salute. Studi empirici mostrano che i dispositivi indossabili (ad es. braccialetti e fitness tracker) e le applicazioni per la salute su smartphone e tablet stanno acquisendo una crescente importanza e popolarità in età avanzata, anche se le persone anziane (a partire dai 65 anni) li utilizzano meno rispetto alle generazioni più giovani [125-127].

I mezzi di informazione e comunicazione tradizionali godono tuttora di una maggiore popolarità

Nel 2009 il 96,7% degli intervistati ha affermato di possedere un **televisore** e di questi l'89,0% ha dichiarato di usarlo tutti i giorni. Nel 2014 e nel 2019, questa percentuale è rimasta pressoché invariata. Una tendenza altrettanto stabile, anche se leggermente in calo, è quella relativa all'uso di **radio e telefono fisso**.

Le persone di età superiore ai 65 anni, che non sono cresciute con le tecnologie digitali, continuano a utilizzarle meno dei giovani [128]. Sebbene le moderne tecnologie come i promemoria dello smartphone possano fornire un utile supporto in età avanzata, gli studi dimostrano che talvolta le persone anziane non hanno le competenze tecniche necessarie o non vedono alcun vantaggio diretto nell'utilizzo della tecnologia poiché finora, nella quotidianità, si sono affidate a «metodi classici», come i contatti diretti o le biglietterie delle stazioni [129]. Inoltre, altri fattori come le risorse sociali o finanziarie limitate, la mancanza di pratica o i timori verso l'uso delle tecnologie possono a loro volta renderle meno accessibili [130].



Uso delle TIC durante la pandemia di coronavirus

La pandemia di coronavirus ha nuovamente evidenziato la presenza di un divario digitale tra le generazioni più giovani e la popolazione anziana. Infatti, le persone senza capacità e strumenti tecnici non sono riuscite (non riescono) a compensare con soluzioni tecniche la mancanza di contatti sociali legata alle misure restrittive imposte nell'ambito dell'emergenza sanitaria [135]. Durante la pandemia, è stato registrato un aumento dell'utilizzo di Internet nella fascia di età «più giovane», di età compresa tra i 46 e i 69 anni (una persona su quattro ha dichiarato di averne fatto un uso maggiore), mentre nella fascia di età tra i 76 e i 90 anni solo una persona su otto circa ha indicato di utilizzare maggiormente Internet [404].

La pandemia di coronavirus ha dimostrato che le soluzioni digitali da sole non sono sufficienti per garantire il mantenimento dei contatti sociali [405].

oltre all'età, anche l'istruzione, il reddito e l'interesse per la tecnologia si riflettono sull'uso di Internet [124, 131, 132]. Le persone che hanno 80 anni o più hanno meno probabilità di usare Internet e lo stesso vale per le persone con uno scarso livello di istruzione e un reddito basso. È più probabile, per contro, che le persone con un marcato interesse per la tecnologia rientrino nella categoria degli utenti online piuttosto che di quelli offline [124]. I fattori determinanti «istruzione» e «interesse nella tecnologia» condizionano anche l'utilizzo di dispositivi indossabili, come gli smartwatch [133].

Oltre all'impatto sulla salute, la mancata partecipazione alla vita digitale nel quotidiano (ad es. ricerca di informazioni sulla salute, registrazione online) limita la partecipazione sociale in generale [134]. Ad esempio, le persone che non utilizzano Internet non ricevono determinate informazioni o le ricevono solo indirettamente e di conseguenza si sentono escluse dalla società [135].

Applicazioni classiche delle TIC digitali

Il sondaggio del 2019 mette in rilievo la varietà di usi da parte degli utenti online. A fronte di un prevalente utilizzo per attività classiche come la ricerca di informazioni, la scrittura di e-mail o la ricerca di orari di viaggio, le persone anziane usano in misura crescente le TIC anche per altre applicazioni, come l'Internet banking o la lettura di giornali online. Tuttavia, anche nel 2019 meno della metà delle persone intervistate utilizzava Internet per effettuare un acquisto, ad esempio. Lo stesso vale per l'utilizzo dei social network: meno del 50% delle persone che hanno partecipato al sondaggio utilizza questa funzione [123].

Vi sono alcune barriere all'utilizzo

I principali motivi del mancato utilizzo di Internet in età avanzata includono timori riguardo alla sicurezza e la percezione che l'uso di Internet sia troppo complicato o che imparare a utilizzarlo sia troppo difficile. La questione del costo conta meno. Inoltre, Internet spesso non viene utilizzato perché le persone anziane affidano la ricerca di informazioni online ad altre persone. Questo motivo è diventato ancora più rilevante nel corso degli anni [123].

Divario digitale: l'istruzione e l'interesse per la tecnologia favoriscono l'uso di Internet

Studi condotti in Svizzera e in Europa mostrano che,

6.2 Utilizzo delle TIC nella promozione della salute in età avanzata

La digitalizzazione interessa le persone anziane in sei importanti aspetti della vita e aree di intervento: abitare, mobilità, integrazione sociale, salute, cure e assistenza, nonché spazio sociale [128]. In queste sei aree vi sono molteplici possibilità di applicazione delle TIC. Nel settore sanitario, Internet e le tecnologie mobili in particolare hanno grandi potenzialità.

6.2.1 Internet come fonte di informazioni e canale di comunicazione per la salute

Se un tempo il medico era il primo e il principale interlocutore, oggi Internet sta guadagnando sempre più terreno come **fonte di informazioni** [136]. In presenza di problemi di salute minori si fa una rapida ricerca su Google, mentre per ottenere informazioni e consigli si consultano i forum sulla salute o le informazioni ufficiali delle associazioni sanitarie online. Studi condotti nel gruppo target degli utenti Internet più anziani mostrano che la rete è un'importante fonte di informazioni sul tema della salute anche per le persone anziane, che lo consultano soprattutto dopo una visita dal medico [137, 138]. Molti utenti online (64%), intervistati nell'ambito dello studio «Digital Seniors» [123], hanno dichiarato di utilizzare Internet per cercare informazioni relative alla salute; per gli anziani questo sembra essere

importante e spesso un'esigenza quotidiana. Oggi, grazie alle moderne tecnologie dell'informazione, ci si può informare su molteplici temi in poco tempo, ma questa possibilità nasconde anche dei rischi, come quello che le persone si fidino ciecamente delle informazioni trovate online oppure pratichino l'automedicazione solo sulla base di tali informazioni.

Oltre alla ricerca di informazioni relative alla salute, Internet può essere utilizzato anche per entrare in contatto con il personale medico. Le offerte della **«telemedicina»** [139] comprendono, ad esempio, la possibilità di fare una visita medica tramite una video-conferenza oppure consultare i propri parametri vitali online. Inoltre, i canali di comunicazione digitale possono essere utilizzati per realizzare in-

terventi di promozione della salute. Tuttavia, è importante garantire che gli interventi digitali nel campo della salute non siano solo efficienti, bensì anche sicuri e facilmente accessibili per le persone con scarse competenze digitali [140, 141].

6.2.2 Uso delle tecnologie mobili per la salute in età avanzata

Oggi le tecnologie per **la misurazione e il «monitoraggio»** (osservazione) dei dati sanitari (ad es. i parametri vitali) sono oggetto di intensa discussione nell'ambito della promozione della salute [133]. Il numero di persone che utilizzano sensori fitness, contapassi, smartwatch e applicazioni su smartphone e tablet per rilevare i dati relativi al proprio corpo e alla propria salute è in costante aumento [142, 143].

Uso di dispositivi indossabili e app in età avanzata

Uno studio condotto in Svizzera ha esaminato l'utilizzo **di braccialetti fitness, smartwatch e app per la salute** su smartphone e tablet in un campione di oltre 1000 persone di età superiore ai 65 anni [123]. Dallo studio è emerso che solo l'8% utilizza un braccialetto fitness e solo il 3% usa uno smartwatch. Tuttavia, il 56% degli utenti con braccialetti fitness e il 61% degli utenti con smartwatch utilizzano i propri dispositivi quotidianamente.

Alla domanda se avessero mai utilizzato app per la salute, i partecipanti allo studio succitato hanno affermato di utilizzare principalmente le **app per il fitness e la cassa malattia**, anche se l'uso di tali app non risulta essere molto elevato, con un valore pari, rispettivamente, al 18% e al 13%. Le app per la misurazione o il salvataggio dei parametri vitali (5%), le app per la comunicazione con i medici (2%) o di memoria per l'assunzione di farmaci (1%) sono utilizzate raramente o quasi per nulla. Se si sommano tutte le persone che utilizzano almeno una di queste cinque app per la salute, possiamo dedurre che il 22,9% utilizzi attualmente app correlate alla salute.

Le **motivazioni** per l'uso di fitness tracker da polso o di app per la salute sullo smartphone sono molteplici. Da uno studio svizzero che ha intervistato persone di età pari o superiore a 50 anni è emerso che i partecipanti desiderano controllare, ad esempio, quanta attività fisica fanno ogni giorno e quanto sono in forma. Allo stesso tempo, l'uso di queste tecnologie serve da stimolo ad adottare un comportamento che li mantenga in salute. La condivisione sociale è stata citata con minor frequenza, ma con un 20% delle menzioni non è comunque un aspetto trascurabile. In quest'ul-



Promozione della salute digitale durante la pandemia di coronavirus

Durante la pandemia sono stati utilizzati vari canali di comunicazione digitale per la promozione della salute in età avanzata. La promozione del movimento tramite programmi televisivi, ad esempio, si è dimostrata particolarmente efficace. Nell'ambito di offerte come **«Bliib fit – mach mit»**, **«Ça bouge à la maison»**, **«Gymnastik im Wohnzimmer»** oppure **«Aktiv zu Hause»** gli esperti hanno sviluppato programmi di attività fisica destinati alle persone anziane, che potevano partecipare da casa. Questi programmi sono stati trasmessi dalle emittenti televisive locali.

Progetti come **«Zäme go laufe»** o **«Tavolata»** hanno utilizzato i servizi di messaggistica (come Signal o WhatsApp) per creare chat di gruppo facilmente accessibili. Le chat consentivano di rivolgersi agli anziani, organizzare incontri o restare in contatto. Nell'ambito della migrazione, associazioni culturali e religiose (come l'Associazione curdo-turco-svizzera **Kutüsch** a Berna) hanno organizzato gruppi WhatsApp più grandi in cui i partecipanti potevano porre domande relative al coronavirus e alla situazione pandemica. In questi casi gli specialisti (ad es. i medici) rispondevano alle domande con videomessaggi registrati nella rispettiva lingua. È importante attingere a questa esperienza e sfruttare le potenzialità dei vari mezzi di comunicazione in maniera mirata anche dopo la pandemia.

tima categoria rientrano, da un lato, la possibilità di poter confrontare i propri dati con quelli degli amici e, dall'altro, la possibilità di discutere i dati raccolti con il proprio medico di famiglia [144].

Potenziale dei dispositivi indossabili e delle app per la promozione della salute

Raccogliere dati relativi alla salute tramite dispositivi indossabili o app per la salute consente di **analizzare la propria vita e i propri comportamenti**, riconoscere eventuali nessi e **prendere decisioni orientate a una migliore salute e a un maggior benessere** [145, 146].

La possibilità di misurare dati relativi alla salute con l'utilizzo di dispositivi mobili ha alimentato grandi speranze nel campo della promozione della salute e della prevenzione poiché, oltre ad aiutare le persone a **cambiare il proprio comportamento legato alla salute**, consente di monitorare i parametri di salute e promuovere le competenze di salute [142, 147]. Il monitoraggio della salute sta assumendo una crescente importanza, soprattutto tra le persone anziane, perché con l'età aumentano le malattie croniche e la multimorbilità [148]. Le soluzioni tecniche, come quelle offerte da un'app che documenta le abitudini alimentari, possono accompagnare e promuovere i comportamenti favorevoli alla salute (come un'alimentazione equilibrata o una regolare attività fisica) [127]. Gli strumenti di automisurazione concorrono a raggiungere l'obiettivo delle campagne di promozione della salute e prevenzione, ovvero il **passaggio dal «so cosa devo fare» a un concreto cambiamento di comportamento** [142].

Anche le persone anziane possono trarre vantaggio dall'impiego di approcci innovativi come la misurazione individuale e la **pianificazione individuale degli interventi** se condividono con il loro medico i dati sanitari che hanno raccolto con il proprio smartphone o un braccialetto fitness [149]. La condivisione dei dati con il proprio medico rappresenta un valore aggiunto poiché consente di sviluppare interventi personalizzati. Ad esempio, i dati registrati tramite un braccialetto fitness prima della realizzazione di un intervento per la promozione dell'attività fisica consentono di valutare qual è stato l'impatto dell'intervento sull'attività fisica a livello individuale e quali attività sono giudicate piacevoli dal paziente nella vita quotidiana.

Le app sono sempre più utilizzate anche per la **promozione dell'autogestione**, soprattutto per le persone che presentano importanti fattori di rischio (ad

es. ipertensione, diabete, problemi di sonno o dipendenze). Il progetto svizzero **«NoA-Coach»**, ad esempio, ha sviluppato un tool che permette di combinare l'autogestione digitale del consumo di alcol tramite chatbot con la consulenza individuale da parte di professionisti. La chatbot richiede al paziente informazioni sul consumo di alcol, fornisce dei feedback, osserva la sua autoefficacia, fornisce dei consigli per la regolazione dello stress e spiega come evitare o gestire le ricadute.

L'utilizzo di ausili tecnici favorisce anche **l'integrazione sociale**, ad esempio quando si condividono dati sulla salute con famigliari o amici che forniscono un feedback, oppure quando un gruppo di corridori si organizza tramite app e si motiva a vicenda. Le app per la salute possono inoltre fornire un importante contributo in termini di **assistenza sociale**, ad esempio, consentendo ai famigliari di monitorare l'assunzione di farmaci tramite un'app per farmaci sul proprio smartphone.

Anche **l'utilizzo della gamification** [150] è utile in questo contesto poiché rafforza i comportamenti di salute positivi con un approccio ludico, ad esempio «premiando» l'attività fisica registrata [151].

6.3 Competenze mediali utili per la salute

Soprattutto le persone anziane che non usano ancora Internet o lo usano solo occasionalmente auspicano un maggiore sostegno nell'apprendimento e nell'utilizzo delle TIC digitali [123].

Il termine «digital health literacy», che indica la capacità di ottenere, valutare e utilizzare informazioni relative alla salute, comprende due aspetti:

- le competenze digitali;
- la capacità di valutare le informazioni relative alla salute.

La **competenza digitale** consiste nel saper utilizzare con dimestichezza strumenti di hardware e software, come lo smartphone e le app. Allo stesso tempo, però, le persone devono **essere in grado di valutare le informazioni relative alla salute** che hanno ottenuto. Ciò significa, ad esempio, essere in grado di valutare l'utilità e la qualità delle informazioni sulla salute trovate in Internet oppure capire cosa significano concretamente i dati misurati tramite il proprio fitness tracker in relazione al proprio comportamento di salute. Grazie a queste competenze una persona dovrebbe, ad esempio, essere in grado

di valutare quanti passi al giorno deve fare per migliorare la propria salute.

Formazioni mirate consentono di migliorare le competenze digitali delle persone anziane. Oltre ai corsi di formazione classici risultano essere efficaci in questo contesto anche le soluzioni informali, ad esempio quando persone anziane esperte in materia aiutano i propri coetanei meno esperti a familiarizzare con le nuove tecnologie (cfr. ad esempio, il progetto [«Technikbotschafter*innen»](#) [152]).

6.4 Cosa occorre considerare?

La scarsa diffusione di dispositivi indossabili e app per la salute tra le persone anziane in Svizzera è probabilmente dovuta, tra l'altro, all'incertezza riguardo alla **validità** e all'**affidabilità delle misurazioni** e degli interventi. La maggior parte delle app e dei dispositivi indossabili sono prodotti di consumo. Ad oggi vi sono pochi dispositivi medici in commercio la cui validità e affidabilità sono garantite. Ci si interroga inoltre se i cambiamenti auspicati sul piano della motivazione sono destinati a durare nel tempo [153]. Alla luce di queste considerazioni, servono app per la salute che siano affidabili e utili, sia per gli utenti che per i professionisti della salute [133].

Le app mobili per la salute come i fitness tracker non offrono solo delle potenzialità in termini di vita sana, ma comportano anche dei **rischi**. Oltre alle misurazioni imprecise e alla qualità talvolta dubbia dei contenuti, molti dispositivi e app disponibili gratuitamente sollevano interrogativi in merito alla protezione dei dati. Spesso i dati non sono trasmessi in forma crittografata, sono archiviati su cloud insieme ai dati personali e persino utilizzati in modo improprio e venduti, all'insaputa dell'utente [142]. Queste preoccupazioni legittime relative alla qualità e alla protezione dei dati ostacolano la diffusione di queste tecnologie, soprattutto tra le persone anziane. Uno studio tedesco ha appurato che la mancanza di fiducia, le preoccupazioni legate alla protezione dei dati e il timore di diagnosi errate, in particolare, scoraggiano le persone anziane dall'utilizzare le app per la salute [125].

È fondamentale in questo contesto chiedere alle persone anziane quali sono **i loro bisogni, i loro desideri e le loro possibilità** in relazione all'uso della tecnologia e rispettare le condizioni etiche generali [154]. I fornitori di informazioni sulla salute online, ad esempio, dovrebbero preparare i propri contenu-

ti in modo tale che siano **di facile utilizzo** e accessibili (senza barriere) anche per le persone anziane [155], con un occhio di riguardo per la chiarezza delle pagine, la leggibilità e la facilità di navigazione. È importante tenere in considerazione le esigenze degli utenti più anziani anche nell'ambito dello sviluppo di nuove soluzioni tecniche [156].

L'attenzione alle esigenze implica anche sensibilizzare le persone anziane in merito ai vantaggi e alle potenzialità, oltre che al **beneficio diretto e quotidiano** delle TIC. Se le persone riconoscono il beneficio concreto di un'applicazione digitale, saranno maggiormente disposte ad apprendere l'utilizzo. Al fine di promuovere l'utilizzo in una prospettiva a lungo termine, l'uso delle TIC deve essere, se possibile, combinato **con offerte basate sulle relazioni e contatti sociali diretti** (ad es. con altri utenti o specialisti).

Infine, è importante ricordare che bisogna accettare la volontà delle persone anziane, se queste preferiscono non avvalersi delle offerte digitali. Allo stesso modo, si dovrebbe evitare di avere una percezione negativa della vecchiaia e pensare che le persone anziane non vogliono o non sono in grado di utilizzare le offerte digitali e le TIC. Al fine di evitare l'esclusione sociale di alcuni gruppi di persone, oltre ai corsi di formazione e introduzione ai nuovi servizi tecnologici, è essenziale continuare ad offrire soluzioni alternative per accedere alle informazioni e alle prestazioni (ad es. la visita medica tradizionale o la partecipazione a un gruppo di auto-aiuto in caso di malattie croniche).



Ulteriori informazioni sul tema della digitalizzazione

L'opuscolo [«Digital Seniors»](#) di Pro Senectute Svizzera riassume i principali risultati degli studi realizzati in Svizzera sull'uso delle TIC in età avanzata.

Il libro [«Altersgerechte Kanäle»](#) [155] e il sito web [ageweb.ch](#) forniscono utili consigli per la creazione di app e contenuti web che tengono conto delle esigenze delle persone anziane.

Il [Forum tedesco Seniorenarbeit](#) presenta, sul suo sito web, una serie di metodi per avvicinare le persone anziane al mondo digitale. La stessa organizzazione mette a disposizione strumenti di lavoro e presenta esempi di progetti che contribuiscono a rafforzare le competenze digitali degli [anziani con bisogni speciali](#).

7 Promozione dell'attività fisica regolare

La promozione dell'attività fisica (che comprende la prevenzione delle cadute) è una delle principali aree di intervento della promozione della salute in età avanzata. Il presente capitolo illustra la relazione tra attività fisica e salute, fornisce delle indicazioni riguardo alla quantità e alle forme di attività fisica consigliate in età avanzata e infine presenta alcune misure collaudate e i fattori di successo.

7.1 Principi

Cosa influenza il comportamento motorio

Il comportamento motorio di una persona dipende da un lato da fattori non modificabili come la familiarità, l'età e il sesso e, dall'altro, è condizionato soprattutto da fattori modificabili come le caratteristiche personali e l'ambiente sociale e fisico [157, 158].



Definizione 4

Attività fisica

I termini «esercizio fisico», «movimento» e «attività fisica» sono di seguito utilizzati come sinonimi e comprendono due categorie [406]:

- l'attività fisica quotidiana, svolta ad esempio nel contesto dell'attività lavorativa, delle faccende domestiche e degli spostamenti quotidiani;
- l'esercizio inteso come attività sportiva e ricreativa (in gergo scientifico «exercise»).

Il termine «attività fisica regolare» indica un livello di attività fisica corrispondente alle raccomandazioni di movimento in età avanzata (cfr. 7.3.1).

Tra **le caratteristiche personali** figurano, ad esempio, l'autoefficacia (la convinzione di poter svolgere un'attività con successo), la motivazione, le abitudini e l'atteggiamento verso l'attività fisica (ad es. la convinzione che faccia bene sia fisicamente che mentalmente). I **fattori ambientali** includono in particolare

le strutture insediative (ad es. i collegamenti dei trasporti pubblici e la presenza di percorsi pedonali sicuri), la presenza di spazi verdi o offerte di attività fisica nel proprio contesto abitativo nonché il sostegno sociale di familiari, amici e vicini. L'ambiente è fondamentale per la mobilità in età avanzata [159, 160].

7.2 Perché è utile promuovere l'attività fisica in età avanzata?

L'attività fisica ha un effetto conservativo e terapeutico per la salute

Uno stile di vita fisicamente attivo contribuisce in maniera decisiva al mantenimento della salute in età avanzata. La pratica di un'attività fisica regolare riduce considerevolmente la mortalità generale, ovvero il totale dei decessi per il complesso delle cause («all-cause mortality»).

L'attività fisica ha un effetto sia conservativo che terapeutico sul piano della salute: infatti, oltre a prevenire o ritardare l'insorgenza di numerose malattie psico-fisiche, l'esercizio fisico permette anche di alleviare disturbi preesistenti [157, 161, 162]. Esistono valide prove a sostegno degli effetti salutari dell'attività fisica, in particolare in relazione alle malattie e ai disturbi elencati nella [tabella 5](#).

Alla luce dei molteplici benefici menzionati, la pratica di un'attività fisica regolare contribuisce in maniera sostanziale a rafforzare l'autonomia in età avanzata [161, 178-183]. È stato anche comprovato che l'attività fisica regolare apporta enormi **benefici relativamente alla possibilità di condurre una vita autonoma**. Lo illustrano chiaramente gli studi sulla demenza e sulla necessità di assistenza nella vita di tutti i giorni:

- fare regolarmente attività fisica in età avanzata riduce di oltre il 10% il rischio di ammalarsi di demenza senile e ritarda di due o tre anni il suo insorgere [184]; anche nelle persone già affette da demenza, l'attività fisica regolare ha un effetto positivo sulle funzioni cognitive [185, 186];
- l'attività fisica regolare permette di ridurre fino al 50% il rischio di avere bisogno di aiuto nella vita quotidiana [187].

La pandemia di coronavirus ha inoltre messo in luce il fatto che un'attività fisica adeguata contribuisce a rinforzare il **sistema immunitario** nonché il sistema respiratorio e cardiovascolare e, di conseguenza, può avere un effetto positivo sull'incidenza e sul decorso delle malattie infettive [164-167].

In sintesi, si può affermare che l'attività fisica regolare consente di aumentare il numero di **anni di vita trascorsi in salute e autonomia** e contribuisce in modo decisivo al **benessere e alla qualità della vita** in età avanzata. Grazie alla maggiore autonomia e mobilità, alle persone anziane fisicamente attive risulta più facile **partecipare alla vita sociale** e usufruire delle offerte di promozione della salute (ad es. nel campo dell'alimentazione e della salute psichica).

La promozione del movimento in età avanzata è (economicamente) efficace

Le misure che mirano a promuovere l'attività fisica nella vita quotidiana, i cosiddetti interventi sullo stile di vita («life-style interventions»), sono considerate **semplici da attuare** [188-190] ed è stato dimostrato che contribuiscono ad aumentare la conoscenza, le competenze di salute e l'autoefficacia in relazione all'attività fisica delle persone anziane [191]. Inoltre, è comprovato che concorrono a **ridurre la sedentarietà e aumentare l'attività fisica** a bassa, media e alta intensità [188, 192-196]. Anche la prevenzione delle cadute si è dimostrata efficace: con un allenamento mirato si può ridurre la frequenza delle cadute dal 20% al 40% [175, 197, 198]. Inoltre, in caso di caduta, le persone allenate tendono a subire meno lesioni gravi rispetto ai coetanei che non allenano la muscolatura [199, 200].

La promozione dell'attività fisica e la prevenzione delle cadute contribuiscono quindi a ridurre la **necessità di prestazioni mediche** nonché a evitare o ritardare il **bisogno di ricevere cure e assistenza**

TABELLA 5

Gli effetti benefici dell'attività fisica sulla salute

Livello fisico	<ul style="list-style-type: none"> • Mortalità generale («all-cause mortality») • Malattie cardiovascolari come coronaropatie, ictus e ipertensione • Metabolismo e malattie metaboliche come il diabete di tipo 2 • Tumori, ad esempio cancro del colon, della mammella, del polmone e dell'utero • Malattie respiratorie, ad esempio la funzionalità polmonare generale • Disturbi muscoloscheletrici come mal di schiena e dolori articolari • Perdita di massa muscolare e forza • Frequenza delle cadute e rischio di lesioni (ad es. fratture) • Rafforzamento del sistema immunitario • Malattie infettive come Covid-19 e influenza
Livello affettivo	<ul style="list-style-type: none"> • Benessere e qualità della vita • Depressione • Disturbo d'ansia • Tolleranza allo stress • Qualità del sonno • Paura di cadere
Livello cognitivo	<ul style="list-style-type: none"> • Capacità di ragionamento, capacità di concentrazione e velocità di reazione • Malattie da demenza come Alzheimer • Disorientamento

[161, 162, 187]. La promozione del movimento ha di conseguenza anche un vantaggio economico: la sedentarietà, infatti, ha un costo elevato e «più attività fisica equivale a meno costi della salute» [201]. In Svizzera, l'inattività fisica provoca oltre 325 000 casi di malattia, oltre 1150 decessi e spese mediche dirette per oltre 1,165 miliardi di franchi all'anno e in tutte le fasce d'età [202]. Se si considera che in Svizzera le cadute in età avanzata causano costi annuali per la cura e l'assistenza pari a 1,7 miliardi di franchi, è evidente che anche la prevenzione delle cadute presenta un notevole potenziale in termini di riduzione dei costi [203].

7.3 Raccomandazioni di movimento e comportamento motorio in età avanzata

7.3.1 Raccomandazioni per l'attività fisica in età avanzata

Mentre in passato alle persone anziane con una salute compromessa si raccomandava il riposo fisico, oggi è risaputo che l'attività fisica regolare di norma fa bene alla salute a qualsiasi età e indipendentemente dallo stato di salute [177, 204]. Non esiste **alcuna controindicazione assoluta** allo svolgimento di un'attività fisica di intensità leggera, moderata o elevata in età avanzata e anche le persone anziane con problemi di salute, disabilità o dolori traggono beneficio dall'attività fisica (adattata alle loro esigenze specifiche) [157, 178, 204].

Muoversi di più...

Nelle sue più recenti linee guida, l'OMS afferma che [204]:

- ogni movimento conta e anche attività di breve durata e leggera intensità (come salire le scale) sono preziose;
- le persone anziane dovrebbero iniziare con un'attività fisica leggera, dopodiché **umentare gradualmente** la frequenza e la durata e infine l'intensità;
- gli anziani dovrebbero **adattare i livelli di attività** e di sforzo alle loro capacità funzionali, al livello di forma fisica e alle loro condizioni di salute attuali;
- i benefici dell'attività fisica superano i potenziali rischi ad essa associati.

Generalmente, alle persone anziane si raccomanda di fare attività di resistenza (attività aerobica) di intensità moderata per una durata compresa tra 150 e 300 minuti alla settimana o almeno 75-150 minuti di attività ad intensità elevata⁵ [204, 205]. L'attività fisica si può svolgere nell'ambito del tempo libero e dello svago (escursionismo, giochi, sport o corsi), degli spostamenti quotidiani (in bicicletta e a piedi) oppure nell'ambito delle faccende domestiche e del giardinaggio.

Per quanto concerne l'attività fisica in età avanzata è **determinante l'intensità relativa**, ovvero lo sforzo percepito dall'individuo per svolgere una determinata attività [204, 206]. In generale, per le persone anziane le attività aerobiche di moderata intensità includono:

- camminata rapida (non la corsa)
- acquagym
- andare in bicicletta a una velocità inferiore a 15 km/h
- ballo liscio
- giardinaggio in generale
- lavori domestici (ad es. passare l'aspirapolvere, pulire i pavimenti o salire le scale)

Esempi di attività aerobica a intensità vigorosa includono:

- jogging
- nuoto
- bicicletta a una velocità superiore a 15 km/h
- sport e giochi come il tennis
- giardinaggio pesante (scavo o zappatura continui)
- escursionismo

Inoltre, in età avanzata è importante **allenare la resistenza, la forza, l'equilibrio, la coordinazione e la flessibilità**.

Idealmente bisognerebbe **distribuire l'attività fisica su diversi giorni alla settimana**. Oltre all'attività aerobica settimanale, è importante eseguire esercizi per rafforzare e mantenere la massa muscolare almeno due o più volte alla settimana. Nell'ambito dell'attività aerobica settimanale si raccomanda di eseguire esercizi con diverse componenti (al fine di allenare tutte le dimensioni dell'attività fisica come resistenza, forza, equilibrio, ecc.) [204].

⁵ Intensità media o moderata equivale a uno sforzo da 5 a 6 su una scala da 0 a 10 (o da 3 a 6 MET [Metabolic equivalent of task]). Durante lo sforzo si riesce a parlare, ma non a cantare. Intensità vigorosa equivale a uno sforzo da 7 a 8 su 10 (ovvero da 6 MET in su). In questi casi non si riesce a pronunciare più di qualche parola senza prendere fiato [204, 206].

La «relazione dose-risposta» mostra chiaramente che l'attività fisica regolare ha un **effetto benefico sulla salute, anche se non si raggiunge il livello di attività fisica generalmente raccomandato per le persone anziane** (figura 10). Anche, e soprattutto, le persone anziane che in precedenza erano poco o per nulla attive possono ottenere importanti benefici per la salute attraverso un piccolo ma sostenuto aumento dell'attività fisica [157, 207].

Quest'ultima considerazione è cruciale per la prassi, perché le raccomandazioni per l'attività fisica non si dovrebbero basare unicamente su elementi scientifici, bensì dovrebbero tenere conto anche degli aspetti psicologici. Le persone che in passato non sono state molto attive in genere trovano più motivante un'attività di intensità leggera perché questa genera una sensazione piacevole. Il senso di **benessere percepito durante l'attività** è fondamentale per la continuità [208].

... e stare meno seduti

Per la salute non contano solo i minuti di attività fisica svolti sull'arco della giornata, ma anche **come**

FIGURA 10

Relazione dose-risposta



Fonti: [157, 204]

trascorriamo il resto della giornata. Anche se si rispettano le raccomandazioni per l'attività fisica, si rischia di minimizzare gli effetti positivi del movimento se si resta seduti troppo a lungo⁶ [209-211].

È comprovato che stare **seduti a lungo ha un impatto diretto sulla salute.** Nelle persone anziane si osserva una correlazione tra l'eccessiva sedentarietà e l'aumento della mortalità generale. La sedentarietà è associata anche all'insorgenza di malattie cardiovascolari, tumori, diabete di tipo 2 e al sovrappeso [204, 212-214].

Per promuovere la salute individuale, oltre ad aumentare l'attività fisica, si consiglia anche di ridurre il tempo trascorso in posizione seduta [204]. Per ottenere dei benefici per la salute si può sostituire il tempo sedentario con un'attività fisica di qualsiasi intensità, anche bassa [204, 206, 215]. Si può compensare o sostituire il comportamento sedentario introducendo brevi pause di attività fisica leggera durante la giornata [215]: ad esempio, facendo un'attività durante la pubblicità alla TV (come giocare con un animale domestico), facendo una passeggiata dopo cena, facendo le scale invece di prendere l'ascensore, passeggiando lentamente mentre si è al telefono, scegliendo un hobby attivo (come il giardinaggio) oppure ascoltando audiolibri mentre si passeggia [214].

Trovare il giusto equilibrio durante la giornata

Non si possono considerare le diverse forme di attività (dall'inattività fino alla pratica di uno sport intenso) in maniera isolata. Trovare un buon equilibrio tra attività sedentarie ed esercizio fisico è fondamentale [215].

Il Canada è stato il primo paese al mondo a pubblicare delle raccomandazioni di movimento che **considerano l'attività fisica sull'arco di tutta la giornata** [206]. Questo modello su 24 ore include, oltre all'attività fisica e al tempo sedentario, anche il sonno. Partendo dal modello canadese, la figura 11 riassume le principali raccomandazioni per l'attività fisica a partire dai 65 anni.

⁶ Il cosiddetto «comportamento sedentario» implica la presenza di fasi sedentarie prolungate nello stato di veglia. Le attività sedentarie sono caratterizzate dalla posizione seduta o sdraiata nonché da un basso dispendio energetico (inferiore a 1,5 MET, ad esempio lavorare alla scrivania, stare seduti sul divano, guardare la TV e guidare) [204, 214].

7.3.2 Comportamento motorio delle persone anziane in Svizzera

I dati dell'Indagine sulla salute in Svizzera (ISS) mostrano che vi è stato un **aumento dell'attività fisica o sportiva in età avanzata** negli ultimi due decenni. Un'ampia percentuale di persone di età compresa tra 65 e 74 anni ritiene di essere allenata (29%) o abbastanza attiva (50%)⁷. Tuttavia, mentre da un lato quasi l'80% delle persone anziane soddisfano le raccomandazioni per l'attività fisica, dall'altro il 20% non fa abbastanza esercizio [216].

Il livello di attività fisica diminuisce man mano che l'età avanza. A partire dai 75 anni, la percentuale di persone che si considerano abbastanza attive resta pressoché invariata al 47%, mentre la quota delle

persone allenate scende al 17%. In questa fascia di età il 37% delle persone non pratica più abbastanza attività fisica (il 21% è addirittura inattivo) [216].

In base alle loro dichiarazioni, le persone di età superiore ai 65 anni trascorrono in media 4,5 ore al giorno sedute [217]. Rispetto ad altre fasce di età, **le persone anziane trascorrono meno tempo sedute.** Tuttavia, circa un quarto delle persone anziane afferma di trascorrere 6 o più ore al giorno in posizione seduta [218]. È importante tenere presente che non si tratta di tempi misurati oggettivamente, ma di dati forniti direttamente dalle persone intervistate, e che quindi vi è un certo margine di imprecisione.

FIGURA 11

Modello di promozione dell'attività fisica sulle 24 ore



Fonti: [204, 206]

⁷ Secondo l'ISS «abbastanza attivo» significa «un'attività fisica intensa o almeno 150 minuti di attività moderata 2 volte a settimana», mentre «allenato» equivale a praticare «attività fisica intensa almeno 3 volte a settimana» [216].



Comportamento motorio durante la pandemia di coronavirus

Durante il lockdown un quarto delle persone di età superiore ai 60 anni (24%) ha fatto notevolmente meno movimento rispetto a quanto faceva prima, mentre l'8% ne ha fatto di più [331].

Sempre durante il confinamento, l'utilizzo di spazi aperti e di aree verdi si è ridotto per il 35% delle persone anziane, mentre è aumentato per il 29% di esse. Per quanto concerne la mobilità, al posto di mete più lontane per gite ed escursioni le persone anziane hanno scelto mete più vicine al proprio contesto abitativo [337].

Circa un quarto delle persone interpellate ha affermato di sentirsi meno attivo e più fragile dopo il lockdown [337].

Rispetto alle generazioni più giovani, in gran parte della popolazione anziana non si sono osservati grandi cambiamenti riguardo al tempo trascorso in posizione seduta o al sonno [330, 338].

Di norma, l'attività fisica o sportiva viene praticata per più di un motivo. Esistono sicuramente importanti differenze individuali, ma nel complesso vi sono alcuni **fattori** che, più di altri, **motivano la popolazione anziana svizzera a praticare attività fisica e sportiva** [219, 221]:

- tre motivi, particolarmente comuni in età avanzata, sono stati menzionati da oltre l'80% di tutte le persone anziane attive: promuovere la salute e la forma fisica (aspetto considerato importante per oltre il 95% delle persone anziane), trascorrere tempo nella natura e il piacere di muoversi;
- seguono motivazioni come il rilassamento e la riduzione dello stress, l'aspetto fisico e la socializzazione, che sono importanti per una quota compresa tra il 25% e il 45% delle persone anziane, a seconda dell'età e del sesso;
- la ricerca del rischio e della sfida nonché la competizione e la prestazione, invece, risultano essere meno rilevanti in età avanzata: a seconda dell'età e del genere solo una quota compresa tra l'1% e il 12% delle persone anziane considera questi motivi importanti;
- in età pensionabile, però, si aggiungono due importanti motivazioni: il 91% delle persone di età superiore ai 64 anni afferma che attività fisica e sportiva li aiuta a rimanere mobili nella vita di tutti i giorni (autonomia), mentre il 57% vi ricorre per mantenere la propria capacità di pensiero.

Preferenze, motivazioni e differenze sociali

In età avanzata sono particolarmente **apprezzati** gli «**sport adatti a tutte le età**» come camminare, nuotare e andare in bicicletta (tabella 6), mentre l'allenamento della forza e il potenziamento muscolare sono meno popolari. Mentre molti sport diventano meno interessanti con l'avanzare dell'età, la ginnastica gode di una rinnovata popolarità tra le persone anziane.

TABELLA 6

Sport più popolari tra le donne e gli uomini anziani fisicamente attivi nel 2020

Attività	Donne		Uomini	
	65-74	75+	65-74	75+
Passeggiate/escursioni in montagna	65%	44%	69%	56%
Nuoto	39%	26%	35%	24%
Ciclismo (escl. mountain bike)	36%	23%	44%	35%
Ginnastica	20%	27%	10%	20%
Yoga, Pilates	19%	12%	7%	6%
Sci (escl. sci alpinismo)	16%	2%	30%	11%
Palestra	13%	7%	16%	9%
Jogging/corsa	12%	7%	14%	10%
Danza	12%	11%	6%	4%
Allenamento di forza, tonificazione muscolare	7%	1%	9%	4%

Fonti: [219], rappresentazione secondo [220]

Tra i **motivi** più comuni citati dalle persone anziane **fisicamente inattive** figurano i «motivi di salute» come dolori e stanchezza, «l'idea di essere troppo vecchi» e la «mancanza di voglia» [219].

Tuttavia, una parte degli anziani inattivi è **disposta a muoversi di più**: il 21% delle persone inattive tra i 65 e i 74 anni dichiara di voler effettivamente praticare dello sport, mentre tra gli over 75 la percentuale è del 16% [219].

Cosa significano questi risultati a livello pratico per la promozione del movimento in età avanzata?

- 1) L'attività fisica in età avanzata corrisponde a un bisogno diffuso (soprattutto per motivi di salute). La promozione della salute può creare una dinamica positiva e sostenere gli anziani in un aspetto della vita importante per loro.
- 2) In età avanzata vi sono alcune motivazioni prevalenti alla base della pratica di un'attività fisica. Nella comunicazione rivolta alle persone anziane è importante porre l'accento su questi motivi (obiettivo: veicolare gli aspetti più stimolanti e divertenti dell'attività fisica).
- 3) Potrebbe rivelarsi utile creare offerte adattate, in particolare per le persone che temono gli effetti negativi di movimento e sport sulla salute.

Tali offerte dovrebbero mettere l'accento sul senso di benessere durante l'attività fisica e informare le persone anziane in merito agli effetti terapeutici e conservativi dell'attività fisica.

- 4) Nel passaggio dalla terza alla quarta età serve un sostegno mirato in modo che anche le persone più anziane possano continuare a fare sufficiente attività fisica.
- 5) Occorre trovare dei modi per rendere più attraente l'allenamento della forza (che è molto importante in età avanzata).
- 6) Alla luce delle differenze di natura sociale (cfr. riquadro) occorre migliorare le pari opportunità anche nell'ambito degli interventi di promozione dell'attività fisica.

7.4 Promozione del movimento in età avanzata

Il prossimo punto (7.4.1) illustra, in termini generali, come promuovere uno stile di vita attivo in età avanzata, mentre il punto 7.4.2 approfondisce la questione dei programmi strutturati di promozione dell'attività fisica, che risultano essere utili e diffusi anche in età avanzata. Il punto 7.4.3 affronta il tema della prevenzione delle cadute e sottolinea l'importanza di offrire



Differenze di natura sociale nel comportamento motorio

Diverse caratteristiche sociodemografiche condizionano in modo significativo il comportamento motorio della popolazione svizzera.

- Istruzione: maggiore è il livello di istruzione, più le persone risultano sufficientemente attive: livello terziario 79%, secondario superiore 75%, scuola dell'obbligo 69% [409].
- Reddito: maggiore è il reddito, più frequente è la pratica sportiva. Il 62% delle persone con un reddito familiare mensile superiore a 15000 franchi è fisicamente attivo più volte alla settimana e per almeno 3 ore, mentre nelle famiglie con un reddito inferiore a 3000 franchi solo il 44% delle persone pratica sport con la medesima frequenza [219].
- Nazionalità: nel complesso, gli svizzeri sono più sportivi rispetto agli stranieri che risiedono in Svizzera (il 53% degli svizzeri è fisicamente attivo più volte alla settimana e per almeno 3 ore,

mentre tra gli stranieri residenti la quota corrispondente è pari al 46%). Tuttavia, si osservano notevoli differenze a seconda della regione di origine: le persone che provengono dall'Europa centrale e settentrionale risultano essere ancora più attive degli svizzeri, mentre le persone provenienti dall'Europa meridionale e orientale praticano sport con una minore frequenza [219].

- Genere: se si considera la popolazione nel suo complesso, si osserva una progressiva riduzione delle differenze di genere in relazione al comportamento motorio. Tuttavia, nelle persone al di sopra dei 65 anni, il 77% degli uomini si può considerare allenato o abbastanza attivo, mentre tra le donne tale quota scende al 67% [409].

La sovrapposizione di diverse caratteristiche può incidere in maniera importante sul comportamento.

un sostegno terapeutico alle persone anziane con un rischio di caduta accresciuto. Infine, il punto 7.4.4 mette l'accento sull'importanza delle pari opportunità nel campo della promozione del movimento.

7.4.1 Promozione di uno stile di vita attivo in generale

Nell'ambito della promozione dell'attività fisica è fondamentale sfruttare ogni occasione per stimolare le persone a muoversi. A qualsiasi età, e soprattutto in età avanzata, l'attività fisica **quotidiana** è alla base di un comportamento attivo e quindi anche della promozione del movimento. Per attività fisica quotidiana si intendono gli spostamenti a piedi o in bicicletta (ad es. per fare la spesa), le faccende domestiche, salire le scale, fare giardinaggio e altre attività simili. Queste attività hanno in comune il fatto che non perseguono il fine ultimo di fare attività fisica; l'attività fisica risulta piuttosto essere un effetto collaterale positivo delle attività quotidiane.

Oltre all'attività fisica svolta nella vita quotidiana si possono praticare attività fisiche anche **nel tempo libero**: per staccare la spina (ad es. camminare e fare yoga), per il piacere di socializzare (ad es. andare in bicicletta in gruppo), per promuovere la salute e la vita autonoma (ginnastica e allenamento muscolare), per stare nella natura e per il piacere di fare movimento (sci e gite in bicicletta), per il piacere della competizione (ad es. corse popolari e ping-pong) o per favorire le prestazioni cognitive (ad es. tennis e ballo) [222].

Di seguito presentiamo alcuni interventi per promuovere l'attività fisica che si sono dimostrati efficaci nella ricerca e nella pratica [205]. In alcuni casi, gli interventi si concentrano su singoli individui o piccoli gruppi e mirano a cambiare le loro abitudini a livello di attività fisica (livello comportamentale). Altri interventi, invece, agiscono a livello strutturale per creare un ambiente favorevole al movimento e per rendere l'attività fisica una «scelta facile» (livello contestuale ovvero promozione strutturale dell'attività fisica).

Individui e piccoli gruppi

Le strategie rivolte ai singoli individui e ai piccoli gruppi risultano essere efficaci se si basano sulle teorie del cambiamento comportamentale. Attingendo alle conoscenze teoriche, è possibile trasmettere alle persone anziane consigli e abilità spe-

cifiche che consentono loro di integrare con successo più attività fisica nella loro vita quotidiana [205].

I seguenti tre approcci sono considerati particolarmente efficaci [205].

Guida da parte di professionisti o pari: in piccoli gruppi e sotto la guida di professionisti o coetanei appositamente formati, le persone anziane imparano a fissare degli obiettivi personali di attività fisica (secondo i criteri SMART) e a monitorare i propri progressi. Imparano inoltre a eseguire gli esercizi in sicurezza e ad avere maggiore fiducia nel proprio corpo e nelle proprie capacità motorie. Anche il lavoro di gruppo contribuisce a modificare alcune norme importanti per la salute [223-225]. Infine, le persone anziane imparano a riconoscere i propri progressi, a premiarsi e ad auto-motivarsi attraverso un dialogo interiore positivo, rafforzando così la propria autoefficacia. Un elemento importante in questo contesto consiste nel fornire fin da subito alle persone anziane delle soluzioni concrete che permettano loro di far fronte a possibili sfide e cali di motivazione. La (co)gestione dei gruppi insieme a persone anziane appositamente formate risulta promettente poiché i cosiddetti programmi «peer-led» vantano una maggiore adesione di partecipanti e sono maggiormente apprezzati [114, 226]. Il coinvolgimento attivo dei pari consente in particolare di raggiungere meglio le persone socialmente svantaggiate (cfr. 5.3). Un esempio di progetto realizzato in Svizzera e gestito da pari è [«zäme go laufe»](#).

Sostegno sociale: per alcune persone risulta più facile praticare un'attività fisica in compagnia, perché c'è la possibilità di conversare prima e dopo l'esercizio oppure ci si può sostenere e motivare a vicenda. Le reti di amici e i gruppi di camminata sono metodi comprovati che consentono di incoraggiare l'attività fisica in gruppo. Nei suoi progetti, la fondazione basilese [Hopp-la](#) dimostra che l'attività fisica e gli incontri possono coinvolgere anche due generazioni diverse, offrendo un beneficio a entrambe [195, 227].

Tecnologia: al giorno d'oggi la promozione dell'attività fisica si può avvalere di diverse tecnologie per le sue attività (cfr. capitolo 6). I contapassi (pedometro), ad esempio, sono molto diffusi e consentono di controllare facilmente se è stato raggiunto l'obiettivo di un'attività (ad es. 10 000 passi al giorno) [228]. I contapassi, insieme ad altri dispositivi e app simili,

forniscono agli utenti un feedback diretto e motivante sui progressi compiuti e sul raggiungimento degli obiettivi, contribuendo a rafforzare l'autoefficacia. In Svizzera, alcuni progetti e programmi hanno maturato esperienze positive con la tecnologia, ad esempio nel Canton Grigioni dove è stata introdotta l'app «Bisch fit?», oppure a Zurigo, dove il programma di allenamento «Active Lifestyle» utilizza l'iPad come strumento motivazionale. Queste app si possono avvalere anche degli strumenti della gamification (rappresentazione e promozione dell'attività fisica in chiave ludica). Infine, queste tecnologie rendono possibile anche un coaching virtuale, che permette di istruire e motivare le persone individualmente tramite SMS, telefono e Internet. Un esempio di coaching virtuale a livello europeo è il progetto «PreventIT», che prevede l'invio di messaggi e feedback motivanti agli utenti in tempo reale [229].

Livello strutturale

A seconda del contesto in cui vivono, le persone anziane possono trovare più o meno difficoltà nell'essere fisicamente attive [204]. Di conseguenza, le misure volte a creare un contesto favorevole all'attività fisica hanno un'influenza particolarmente rilevante e consentono di ottenere cambiamenti più duraturi rispetto alle misure che si concentrano esclusivamente sul comportamento individuale [205].

Nell'ambito della promozione strutturale del movimento si sono dimostrate efficaci le quattro misure seguenti [205].

Affiggere suggerimenti visibili nei luoghi in cui si prendono le decisioni: nella vita di tutti i giorni ci sono delle situazioni in cui ci troviamo davanti alla scelta se dedicarci o meno all'attività fisica, come quando vogliamo arrivare al secondo piano di un edificio e abbiamo a disposizione sia le scale che l'ascensore. In questi luoghi si possono affiggere dei cartelli che espongono i vantaggi dell'opzione attiva e che spingono la persona in tale direzione («nudging») [230]. Negli spazi pubblici, cartelloni di questo genere possono incoraggiare le persone a raggiungere determinate mete a piedi, come parchi, negozi e altre strutture.

Rendere accessibili le strutture ricreative interne ed esterne: alcuni edifici come palestre e sale fitness nonché diversi spazi esterni come parchi, campi sportivi, percorsi lungolago e sentieri per passeggiate offrono l'opportunità di fare attività da soli o in gruppo. L'accesso a tali luoghi si può ampliare attra-

verso l'adozione di varie misure come l'erogazione di sussidi e l'apertura al pubblico in modo che tutta la popolazione possa usufruirne, oppure attraverso un lavoro di pubbliche relazioni che informi le persone anziane riguardo alla presenza di tali strutture e alle opportunità che offrono.

Progettare un ambiente favorevole all'attività fisica e attento alle esigenze delle persone anziane:

una pianificazione territoriale che vuole promuovere l'attività fisica deve pensare a progettare un ambiente sicuro e invitante anche per la mobilità delle persone anziane. I luoghi di incontro, i negozi o i mezzi pubblici, ad esempio, dovrebbero essere facilmente accessibili a piedi, in bicicletta o in sedia a rotelle. La presenza di percorsi ciclopeditoni attraenti, di aree verdi, infrastrutture sportive, soluzioni che tengono conto delle esigenze delle persone anziane come ringhiere e marciapiedi ribassati, panchine e bagni pubblici in numero sufficiente come pure una buona illuminazione stradale sono tutti elementi che hanno un effetto positivo sul comportamento motorio [231, 232]. Sul sito web di Promozione Salute Svizzera è disponibile una [raccolta di offerte e materiale informativo](#) sul tema dell'ambiente favorevole all'attività fisica.

Programmi a livello di Comuni e comunità: i programmi a livello comunale riuniscono diversi attori nonché misure a vari livelli. A livello di comunicazione, ad esempio, si possono trasmettere messaggi motivazionali tramite la televisione, la cartellonistica e altri media. Si possono anche sviluppare offerte di consulenza o gruppi di auto-aiuto che consentono di formare e informare le persone anziane. Un'altra possibilità consiste nell'adottare misure a livello strutturale per creare un ambiente favorevole all'attività fisica, ad esempio progettando sentieri per passeggiate che tengono conto delle esigenze delle persone anziane.

7.4.2 Programmi di attività fisica

Idealmente, l'attività fisica legata alla quotidianità deve essere integrata da programmi di attività fisica e sport che favoriscono la creazione di abitudini e promuovono un allenamento più mirato e intenso.

In Svizzera i programmi strutturati di attività fisica si svolgono spesso sotto forma di corsi di gruppo in strutture comunitarie (come palestre, piscine pubbliche, centri fitness). Fare attività con altre persone ha spesso un effetto motivante.

Frequenza e intensità sono fondamentali per l'efficacia di questi programmi di attività fisica. Per ottenere l'effetto salutare desiderato sono auspicabili da due a tre sessioni di attività fisica alla settimana [157]. Se la salute dei partecipanti lo consente e se si sentono a proprio agio, si consiglia di non limitarsi a un allenamento leggero e moderato bensì di prevedere anche sedute di allenamento intenso [204]. Idealmente, i programmi di attività fisica e sport devono allenare **vari aspetti della prestazione fisica** (i cosiddetti esercizi a più componenti) [205], includendo in particolare le seguenti forme di sforzo fisico:

- la resistenza (chiamata anche allenamento aerobico), ad esempio attraverso il jogging, la camminata, il ciclismo, la danza o l'acquagym;
- la forza o la massa muscolare, che si possono rafforzare con esercizi a corpo libero, macchine o pesi liberi;
- la mobilità, che si può migliorare ad esempio attraverso lo yoga, il tai chi, la ginnastica, l'allenamento per la forza o la danza;
- l'equilibrio e la coordinazione, anche questi allenabili attraverso il tai chi, la danza, l'allenamento per la forza o esercizi di equilibrio specifici.

Alcune **forme di attività fisica** risultano essere più idonee per la prevenzione di determinate malattie o per l'ottenimento di un determinato effetto di promozione della salute. Le diverse forme **si completano** a vicenda. L'esercizio aerobico, ad esempio, è importante per prevenire le malattie cardiovascolari, mentre l'allenamento della forza per il mantenimento della massa muscolare, combinato con esercizi per migliorare l'equilibrio, è particolarmente importante per la prevenzione delle cadute [163].

In linea di principio, i programmi mirati di attività fisica e sport si possono svolgere sia nel contesto di **corsi di gruppo** sia **a domicilio**, con delle sedute di allenamento **individuali**. Per le persone che decidono di seguire un programma di attività fisica a domicilio, si è dimostrata efficace la supervisione regolare da parte di un allenatore personale, che mantiene alta la motivazione e verifica che gli esercizi vengano eseguiti correttamente. Un esempio positivo realizzato in Svizzera è il progetto [«DomiGym – Bewegungsangebot zu Hause»](#). Anche gli opuscoli contenenti illustrazioni fotografiche degli esercizi, nonché i programmi TV, i video e le app con programmi di allenamento commentati possono essere motivanti e fornire una guida utile.

7.4.3 Prevenzione delle cadute

L'incidenza delle cadute è significativamente più elevata tra le persone anziane (cfr. 2.3). In Svizzera, un ultrasessantacinquenne su quattro (24%) che vive in un'economia domestica privata cade almeno una volta all'anno. Dopo gli 80 anni l'incidenza sale al 33% [25]. Le cadute in età avanzata comportano spesso lesioni, complicazioni a lungo termine, una riduzione dell'autonomia, una maggiore necessità di cure e l'isolamento sociale e, non da ultimo, sono la causa di 1600 decessi all'anno [26, 200, 233-236]. La prevenzione delle cadute è quindi di grande importanza nell'ottica di una maggiore qualità della vita e di uno stile di vita autonomo in età avanzata.

Cause di caduta in età avanzata

I fattori di rischio di caduta si possono suddividere in due grandi categorie, ovvero i fattori legati alla salute individuale e i fattori legati all'ambiente e al contesto [236, 237]:

- i **fattori di rischio individuali** comprendono, tra gli altri, la perdita di massa muscolare e di forza nonché la perdita di equilibrio, i disturbi della vista e dell'udito, la salute psichica (ad es. depressioni, disturbi cognitivi e paura di cadere), la salute fisica (ad es. condizioni croniche come l'osteoporosi), l'assunzione di più farmaci nonché l'utilizzo di calzature inadeguate oppure ausili visivi e ausili per la deambulazione non idonei;
- tra i **fattori di rischio ambientali** rientrano i rischi di inciampo (come i gradini delle porte e i tappeti), la mancanza di dispositivi di sicurezza in bagno, i pavimenti scivolosi, l'assenza di corrimano sulle scale come pure le barriere negli spazi pubblici e nell'ambito dei trasporti.

Spesso gli ostacoli nell'ambiente sono un «amplificatore» perché, in presenza di limitazioni fisiche, anche piccoli intralci come la soglia di una porta o un marciapiede possono comportare il rischio di inciampare [238].

Alla luce del fatto che la forma fisica è il principale fattore di protezione per le cadute in età avanzata e che la metà delle cadute si verifica nel contesto abitativo privato, nei prossimi paragrafi il rapporto si sofferma sull'importanza della promozione della forma fisica nonché della configurazione dell'ambiente privato delle persone anziane [26].

Allenamento fisico

Sulla scorta delle attuali conoscenze scientifiche e pratiche si possono formulare le seguenti raccomandazioni per l'allenamento fisico ai fini della prevenzione delle cadute.

- I programmi di allenamento dovrebbero porre l'accento sulla **forza** e sull'**equilibrio**, integrando esercizi specifici per rafforzare le abilità cognitive («**dual tasking**») nonché esercizi per il mantenimento della mobilità e della **funzionalità** (esercizi di deambulazione, esercizi per le attività quotidiane e trasferimento dalla posizione eretta a quella sdraiata sul pavimento). In Svizzera si può fare riferimento ai criteri di qualità del marchio camminaresicuri.ch.
- In base al gruppo target bisogna tematizzare la **paura di cadere**. In questo contesto è importante anche esercitare il modo di cadere e rialzarsi correttamente, in modo che i partecipanti acquisiscano fiducia nel proprio corpo e siano pronti ad affrontare un'eventuale caduta.
- **Le motivazioni principali menzionate dalle persone anziane che frequentano i corsi di prevenzione delle cadute** sono la salute, l'aspetto sociale e il benessere. Nei corsi occorre quindi dare la priorità ad aspetti come la salute, la socialità e la qualità della vita nonché la fiducia nel proprio corpo. La motivazione «prevenire le cadute» ha ottenuto meno del 3% delle menzioni [239]. Bisognerebbe evitare di usare il termine «caduta», in quanto ha una forte connotazione negativa.
- I corsi di gruppo dovrebbero integrare **elementi legati alla socialità**.
- **La comunicazione mirata con il gruppo target** (ad es. uomini over 65) consente di raggiungere il gruppo target, aumentando la partecipazione ai corsi [240, 241].
- Gli **esercizi di prevenzione delle cadute** possono essere integrati nei programmi di attività fisica esistenti (un corso di nordic walking, ad esempio, può integrare degli esercizi di equilibrio).
- L'allenamento fisico deve essere accompagnato da un'**alimentazione** equilibrata e adatta all'età (cfr. [capitolo 8](#)). In particolare, va sottolineato l'apporto di proteine e vitamina D, poiché queste, in combinazione con un allenamento sufficiente, supportano in modo significativo il mantenimento e lo sviluppo dei muscoli [242, 243].

Adeguamenti a domicilio e negli spazi pubblici

Le visite a domicilio consentono di identificare i fattori di rischio di caduta nell'ambiente in cui vivono le persone anziane e definire misure concrete per eliminarli. Alcune misure di facile implementazione includono: rimuovere tappetini e tappeti non assicurati, posizionare un tappetino antiscivolo in bagno, applicare del nastro antiscivolo sulle scale, installare corrimano e guide come pure migliorare le condizioni di illuminazione [244].

Nello **spazio pubblico** si sono dimostrate valide le seguenti misure [245, 246]:

- mettere in sicurezza i punti nei quali vi è un elevato rischio di caduta attraverso la posa di ringhiere e parapetti;
- progettare scale sicure con corrimani su entrambi i lati, gradini regolari, ecc.;
- utilizzare rivestimenti antiscivolo per i pavimenti;
- ottimizzare l'illuminazione e i contrasti;
- garantire una buona accessibilità, ad esempio lasciando uno spazio libero davanti alle porte o creando un accesso senza soglie.

Ulteriori misure per prevenire le cadute

Esistono numerose altre misure che consentono di ridurre i fattori di rischio di caduta, tra le quali figurano l'uso di **calzature adeguate**, l'utilizzo di **ausili per la deambulazione** su misura come bastoni da passeggio o deambulatori, l'adeguamento della **terapia farmacologica** (soprattutto in caso di politerapia), l'adattamento dell'**alimentazione** (compreso il consumo di alcol), l'eventuale **correzione della vista e infine anche l'informazione e la sensibilizzazione** su situazioni potenzialmente pericolose e la comunicazione di strategie per affrontarle. Queste strategie sono descritte in modo più dettagliato nel documento [8]. Un progetto svizzero che implementa molte di queste strategie è «[mobil sein & bleiben](#)».

7.4.4 Pari opportunità nella promozione dell'attività fisica

Il comportamento motorio non è uguale per l'intera popolazione; è condizionato significativamente dalle caratteristiche sociali e dalle condizioni di vita (cfr. [7.3.2](#)). Per promuovere le pari opportunità, occorre rafforzare le risorse individuali e migliorare le condizioni quadro sociali per tutti.

Alcune delle misure indicate di seguito possono essere messe in atto direttamente dai soggetti attivi nella prevenzione e nella promozione della salute.

Altre misure, invece, rientrano nella sfera d'influenza di altri ambiti politici. Il compito della promozione della salute consiste nel segnalare a tali ambiti politici la presenza di disparità di salute e sensibilizzarli in merito al ruolo che svolgono nella promozione dell'attività fisica tra le persone socialmente svantaggiate (parole chiave: collaborazione multisettoriale e agenda setting, ad esempio in gruppi di lavoro interdipartimentali, procedure di consultazione, ecc.).



Fonte

Le seguenti raccomandazioni sono tratte dal rapporto «Pari opportunità nella promozione della salute e nella prevenzione in Svizzera» [29]. Al suo interno si trovano gli attuali approcci di intervento basati sulle evidenze e i criteri di successo delle misure finalizzate alla promozione delle pari opportunità di salute.

Le persone anziane con uno statuto socioeconomico basso sono talvolta escluse dalle offerte di attività fisica se queste sono associate a un costo economico eccessivo. **Agevolazioni e detrazioni fiscali per le offerte di attività fisica** possono rendere tali offerte più attrattive [247, 248].

La creazione di **condizioni di vita materiali e strutturali favorevoli all'attività fisica** è particolarmente importante nella promozione del movimento tra le persone anziane svantaggiate. Queste persone tendono infatti a vivere in un ambiente poco favorevole all'attività fisica (ad es. meno parchi, più strade e un ambiente poco sicuro). Misure collaudate in questo contesto includono la creazione di spazi verdi e la progettazione di percorsi pedonali e ciclabili che tengono conto delle esigenze delle persone anziane [118, 249].

La letteratura menziona anche i seguenti approcci per incoraggiare le persone anziane svantaggiate a praticare attività fisica:

- **visite preventive a domicilio da parte di professionisti della salute** che sensibilizzano le persone anziane all'importanza dell'attività fisica in età avanzata [250];

- invio di **lettere motivazionali che forniscono una valutazione individualizzata e consigli specifici per le attività che si possono praticare nelle immediate vicinanze** [251]. L'effetto positivo delle lettere non sembra dipendere dal livello di istruzione degli anziani;
- gli **interventi basati sulle tecnologie** (ad es. tramite l'uso di app o contapassi) possono contribuire ad aumentare l'attività fisica delle persone anziane svantaggiate [115, 252].

Le misure per la promozione del movimento hanno un effetto diverso a seconda del genere [253-256] che si riflette, tra l'altro, nell'effettivo utilizzo della misura e nella probabilità che la misura porti a un concreto cambiamento del comportamento. I parchi pubblici, ad esempio, una misura volta a migliorare le condizioni di vita materiali, sono utilizzati più frequentemente dagli uomini per attività sportive intense, mentre le donne tendono ad usufruirne per fare una passeggiata oppure per un'attività di tipo sedentario [254]. Nella pratica è importante tenere conto di queste differenze:

- La caratteristica del **genere** (intesa non solo in termini binari come uomo e donna) deve essere sistematicamente presa in considerazione nell'ideazione, attuazione e valutazione degli interventi.
- Si consiglia di realizzare **interventi specifici per le donne** (soprattutto delle donne con un passato migratorio). Tali interventi devono essere di natura partecipativa, adattati in un'ottica socio-culturale e linguistica, gestiti da pari e realizzati in specifici setting della comunità [257].
- Poiché gli uomini sono spesso sottorappresentati negli interventi volti a promuovere l'attività fisica e l'alimentazione, il **reclutamento degli uomini anziani e soprattutto di uomini svantaggiati dal punto di vista socioeconomico** assume una particolare rilevanza [258-260]. In tal senso si sono rivelati efficaci l'attenzione al mantenimento delle prestazioni fisiche, l'adattamento linguistico (ad es. l'uso del termine «allenamento» invece di «ginnastica»), il reclutamento e la realizzazione in «setting maschili» (ad es. club e società sportive) così come il contatto in concomitanza con fasi cruciali della vita (pensionamento o perdita del partner) [241, 259].

Nella **popolazione migrante** si è dimostrato efficace l'uso di canali mediatici specifici per trasmettere informazioni sulla promozione della salute e la prevenzione [261, 262]. Anche le offerte sul web si sono rivelate efficaci per raggiungere la popolazione migrante. Secondo uno studio, tali offerte sono riuscite a raggiungere tassi di ritenzione superiori al 70% [263]. Idealmente, gli interventi sul web dovrebbero essere combinati con un sostegno personalizzato e puntuale [263] e adattati al gruppo target in termini di lingua e contenuti [264].

L'orientamento sessuale e/o l'identità di genere hanno ricevuto scarsa attenzione negli studi condotti finora sull'equità degli interventi volti a promuovere l'attività fisica [265, 266]. Negli Stati Uniti alcuni interventi mirati si sono rivelati efficaci nel promuovere l'attività fisica tra le donne lesbiche e bisessuali [267]. I criteri di successo di questi interventi sono la realizzazione in un setting di gruppo e la collaborazione con le organizzazioni locali legate al gruppo target. Inoltre, si è rivelato utile puntare sull'attività fisica e sui suoi effetti positivi sul benessere piuttosto che sul peso, poiché quest'ultimo può essere inteso come espressione di un'immagine corporea eteronormativa [267].



Criteri di successo per la pratica

Al punto 7.3 sono riportati alcuni criteri generali di successo per la promozione della salute con gruppi socialmente svantaggiati; si tratta di percorsi testati e sperimentati nella pratica che consentono di aumentare ulteriormente l'efficacia degli approcci citati.

7.5 Fattori di successo

La regolarità dell'attività fisica è la premessa fondamentale per ottenere benefici in termini di salute e allo stesso tempo rappresenta la principale sfida per la promozione del movimento a qualsiasi età. Per apportare cambiamenti duraturi nel comportamento motorio è necessario coinvolgere l'intera società. Anche la motivazione individuale svolge un ruolo decisivo in questo contesto. Di seguito, oltre a fornire alcuni suggerimenti generali per la collaborazione (cfr. riquadro), il rapporto si sofferma su questi due fattori.

Coinvolgimento dell'intera società

Tutti possono contribuire ad aumentare l'attività fisica in età avanzata. Le persone anziane stesse possono formulare motivazioni personali per praticare attività fisica e fissare obiettivi di movimento individuali, mentre familiari, conoscenti e professionisti in campo medico e motorio possono sostenere e motivare le persone anziane a essere attive. Le raccomandazioni personali relative ad attività e offerte hanno infatti un forte effetto persuasivo. I professionisti della salute, in particolare, oltre a motivare le persone anziane, possono anche evitare che le stesse sopravvalutino le proprie capacità e di conseguenza contribuire alla prevenzione degli infortuni. Le organizzazioni della società civile, le comunità religiose e i gruppi sportivi possono realizzare e offrire programmi di attività fisica, mentre le autorità possono creare condizioni quadro favorevoli, plasmando un ambiente attraente e favorevole all'attività fisica o facendo in modo che le offerte siano facilmente accessibili e convenienti per tutti i gruppi della popolazione [205].



Collaborazione nella fase di attuazione

Al punto 3.6 sono indicati i principali interlocutori e partner per l'attuazione pratica.

Motivazione e comunicazione

Al momento di elaborare una misura è fondamentale tenere conto delle motivazioni per cui una persona è oppure desidera essere fisicamente attiva. Se la misura soddisfa tali motivazioni contribuisce infatti in modo decisivo al mantenimento di un determinato comportamento motorio [171, 221]. Ecco perché nella comunicazione e nell'attuazione delle offerte è importante creare un legame con le principali motivazioni personali alla base dell'attività fisica.

Oltre ad essere altamente individuali e molteplici, i **motivi per fare attività fisica** in età avanzata spesso vanno oltre i meri benefici per la salute (quale motivazione più importante). Oltre a menzionare gli effetti positivi dell'attività fisica per la salute (cfr. 7.2), **nella comunicazione** è importante **considerare** le seguenti motivazioni:

- fare attività fisica aiuta le persone anziane a sentirsi più vitali e ad avere più energia per le cose importanti nella loro vita;

- fare attività fisica in gruppo è divertente e offre l'opportunità di socializzare;
- le escursioni nella natura permettono di godere della bellezza e della tranquillità di parchi, boschi e montagne;
- l'attività fisica può essere associata a un senso di piacere, benessere e una sensazione corporea positiva, soprattutto se l'intensità e la durata corrispondono alla propria forma fisica e se l'attività è diversificata;
- le persone in buona forma fisica possono mantenere uno stile di vita autonomo e una mobilità sicura;
- l'attività fisica aiuta ad allenare la memoria e mantenere la salute cognitiva;
- una migliore salute fisica e psichica favorisce la capacità di guidare, evitando la perdita della patente di guida.

A prima vista le raccomandazioni di movimento possono apparire eccessive, soprattutto per le persone anziane che sono state fino ad ora inattive. Nella comunicazione occorre quindi **mettere l'accento sui seguenti messaggi:**

- Ogni movimento conta! Anche un piccolo aumento dell'attività fisica e una corrispondente riduzione del tempo sedentario contribuiscono a migliorare la salute.
- La montagna si scala facendo un passo alla volta. Lo stesso vale per gli obiettivi a lungo termine.
- Molte attività della vita quotidiana (pulizie, giardinaggio, passeggiate) rientrano nella categoria dell'attività fisica e possono essere «conteggiate».
- Fare attività fisica può innescare un circolo virtuoso, dare energia e rendere più facili le attività quotidiane (come fare la doccia, fare le pulizie e camminare).



Ulteriori informazioni sulla promozione dell'attività fisica

Raccomandazioni e risorse utili per i professionisti:

- Lista di controllo per lo sviluppo e la realizzazione di offerte di attività fisica con gruppi di persone anziane: [Informazioni e consigli per monitorici e monitori](#) (in tedesco)
- Foglio d'informazione 63: [Fondazione Hopp-la: promozione della partecipazione sociale delle persone anziane attraverso offerte di attività fisica intergenerazionali](#) (in tedesco)
- Foglio d'informazione 24: [Prevenzione delle cadute fra le persone esposte a un maggior rischio di caduta](#)
- Opuscolo sulle reti comunali per l'attività fisica in età avanzata: [Reti comunali per favorire l'incontro e il movimento in età avanzata](#) (in tedesco)

Consigli per la popolazione:

- Campagna [«Gambe forti per camminare sicuri»](#)



Lista di orientamento di Promozione Salute Svizzera

La [lista di orientamento](#) di Promozione Salute Svizzera fornisce molteplici esempi di buone pratiche per la promozione dell'attività fisica regolare in età avanzata.

8 Promozione di un'alimentazione equilibrata

Il presente capitolo illustra cosa si intende per alimentazione equilibrata in età avanzata, quali fattori possono portare alla malnutrizione e all'iponutrizione e come si può promuovere l'alimentazione equilibrata in età avanzata.

8.1 Principi e definizioni

Fattori che influenzano il comportamento alimentare in età avanzata

Il piacere e la gioia di mangiare come pure la **condizione dei pasti** sono fattori fondamentali, che favoriscono un'alimentazione regolare ed equilibrata a qualsiasi età [268].

I numerosi **cambiamenti fisiologici** che si verificano in età avanzata possono condizionare lo stato nutrizionale. Tra questi figurano, ad esempio, il calo dell'appetito e della sete, la diminuzione della salivazione, difficoltà di deglutizione o masticazione e problemi digestivi. La perdita dei denti, una protesi inadatta o una cattiva salute orale possono avere conseguenze dolorose a livello della bocca, limitando la scelta degli alimenti. Questi disturbi portano ad evitare numerosi alimenti ricchi di sostanze nutritive come i prodotti integrali, la frutta, la verdura e la carne perché devono essere masticati e possono causare dolore (ad es. i cereali nel pane). Di conseguenza, molte persone anziane cominciano a cancellare, parzialmente o completamente, alcuni gruppi di alimenti dal loro regime alimentare, con un conseguente apporto insufficiente di determinate vitamine e sostanze minerali [269]. Anche alcune malattie, come la demenza, possono portare a un cambiamento nelle abitudini alimentari e provocare difficoltà di masticazione e deglutizione [270, 271].

Anche il **calo delle percezioni sensoriali** che si verifica in età avanzata, ad esempio la riduzione del senso del gusto, dell'olfatto, della vista o del tatto, può incidere negativamente sull'alimentazione.

I fattori di rischio sociali, psicologici ed economici, come la perdita del partner, il pensionamento e l'inattività, la povertà, la solitudine e la depressione, contribuiscono a loro volta a una dieta irregolare o

unilaterale. Secondo l'Indagine sulla salute in Svizzera (ISS) del 2017, un'ampia percentuale (39%) di persone tra i 65 e i 74 anni ha indicato i prezzi elevati degli alimenti sani come un ostacolo a un comportamento alimentare sano.

Infine, per la promozione della salute rivestono una particolare importanza **le percezioni e le abitudini individuali** che influenzano le abitudini alimentari del singolo. Sempre secondo l'ISS del 2017, circa un quarto delle persone di età compresa tra i 65 e i 74 anni ha indicato le abitudini e i doveri quotidiani (25%) e la quantità di tempo dedicato a fare la spesa e a preparare il pasto (23%) come i principali ostacoli a un'alimentazione sana. Tuttavia, il fattore menzionato con maggior frequenza come ostacolo a un'alimentazione sana è stata una forte preferenza per il buon cibo, citata dalla metà (52%) degli intervistati di età compresa tra 65 e 74 anni. La percezione che il buon cibo non sia salutare o che il cibo sano non sia buono è più comune tra le persone anziane rispetto alle generazioni più giovani e tale percezione aumenta con l'avanzare dell'età (la percentuale sale al 59% nelle persone di età pari o superiore ai 75 anni). Sensibilizzare le persone anziane al fatto che anche il cibo sano è gustoso e proporre idee di ricette specifiche risulta essere pertanto particolarmente importante in questa fascia di età. Perché la **manca di volontà**, e quindi lo scarso riconoscimento dell'importanza di un'alimentazione sana, è stata menzionata meno frequentemente come ostacolo (18%).



Definizione 5

Alimentazione equilibrata

Un'alimentazione è considerata equilibrata se soddisfa le attuali raccomandazioni per le persone anziane, descritte in modo pratico e dettagliato al punto 8.3.1 nonché nelle [«Raccomandazioni nutrizionali svizzere per adulti in età avanzata»](#) dell'Ufficio federale della sicurezza alimentare e di veterinaria (USAV).

8.2 Perché è utile promuovere un'alimentazione equilibrata in età avanzata?

L'alimentazione influisce sulla salute e sulla qualità della vita in molteplici modi

Gli studi indicano che vi è una chiara connessione tra alimentazione e salute, qualità della vita e mobilità delle persone anziane.

Una dieta che fornisce sufficiente energia e i nutrienti essenziali (soprattutto le proteine), unita a un'attività fisica regolare, contribuisce a garantire a lungo **la mobilità e l'autonomia** delle persone anziane [268]. Un'alimentazione equilibrata è importante, ad esempio, per mantenere quanta più massa muscolare possibile. È infatti noto che l'atrofia muscolare in età avanzata non è imputabile unicamente ai cambiamenti biologici, bensì anche a cambiamenti che intervengono sul piano alimentare e motorio [243]. La malnutrizione contribuisce in maniera determinante allo sviluppo della fragilità, che a sua volta è associata a un rischio accresciuto di cadute, limitazioni nella vita quotidiana e ricoveri in casa di cura [272].

L'alimentazione equilibrata ha anche un effetto preventivo nei confronti di numerose **malattie non trasmissibili (MNT)**. Contribuisce a prevenire il sovrappeso e l'obesità, che favoriscono l'insorgenza del diabete, di alcune forme di tumore, dell'ipertensione e di altre malattie cardiovascolari. Secondo alcuni studi, una dieta mediterranea (alta percentuale di cereali, frutta, pesce e verdura) potrebbe anche abbassare il **rischio di demenza** [273, 274].

In conclusione, l'alimentazione equilibrata e il conseguente normopeso rafforzano il **sistema immunitario**, riducendo così la **suscettibilità alle infezioni** e influenzando positivamente il decorso di malattie infettive come il Covid-19 [275, 276].

L'alimentazione influisce anche sulla **salute psichica** (cfr. 10.1.2); un'alimentazione non equilibrata può infatti favorire lo sviluppo di disturbi come la depressione [277]. Alla luce di queste conoscenze, Paesi come la Nuova Zelanda e l'Australia hanno esplicitamente incluso l'alimentazione nelle loro più recenti raccomandazioni per la salute psichica.

Appare quindi evidente che gli interventi tesi a promuovere un'alimentazione equilibrata possono influenzare positivamente sia la salute fisica che quella psichica, in molteplici modi [278]. Coltivare il piacere di mangiare e seguire un'alimentazione

equilibrata anche in età avanzata rappresenta una buona base per rimanere a lungo in salute, mobili e autonomi [268, 279-281].

Gli interventi in ambito alimentare sono efficaci (economicamente) anche in quarta età

Gli studi dimostrano che interventi mirati possono migliorare ed equilibrare il comportamento alimentare anche in età avanzata [278, 282-284]. L'efficacia degli interventi a favore di un'alimentazione equilibrata è misurabile: possono infatti avere un effetto benefico su varie funzioni psico-fisiche (come il mantenimento della massa muscolare) e, quindi, migliorare lo stato di salute delle persone anziane [278]. Una meta-analisi di vari studi ha mostrato che gli interventi sull'alimentazione hanno un effetto favorevole alla salute sulle persone affette da depressione clinica e subclinica [285].

Un'analisi sistematica della letteratura ha evidenziato che gli interventi in ambito alimentare nelle persone anziane possono contribuire anche a ridurre la spesa sanitaria [278].

8.3 Raccomandazioni nutrizionali e comportamento alimentare in età avanzata

8.3.1 Raccomandazioni nutrizionali per le persone anziane

Le raccomandazioni nutrizionali per le persone anziane (di età pari o superiore a 65 anni) corrispondono in ampia misura a quelle per le persone sane di mezza età. Una caratteristica delle generazioni che invecchiano è una pronunciata eterogeneità sul piano della salute e dei comportamenti in relazione all'alcol, al cibo e al divertimento. L'alimentazione è plasmata da fattori culturali, preferenze ed esperienze di gusto personali. Pertanto, le raccomandazioni nutrizionali rivolte alle persone anziane devono essere formulate specificamente per il gruppo target e continuamente adattate alle nuove generazioni di anziani [272].

Allo stesso tempo, un'alimentazione equilibrata deve soddisfare il fabbisogno di nutrienti, evitare una malnutrizione per eccesso (ipernutrizione) o per difetto (iponutrizione) e tenere conto delle preferenze personali, secondo il motto «Consumare cibo restando in salute» [286]. Le più importanti [raccomandazioni svizzere](#) per un'alimentazione

sana, equilibrata e gustosa per le persone anziane che vivono in modo autonomo a casa propria sono:

- calibrare l'apporto energetico in funzione delle reali necessità;
- bere a sufficienza (almeno 1,5 litri);
- seguire un'alimentazione varia con pasti regolari;
- assumere proteine in quantità sufficienti;
- integrare la dieta con la vitamina D;
- mangiare con gusto;
- riconoscere e curare un'eventuale malnutrizione.

8.3.2 Comportamento alimentare della popolazione anziana in Svizzera

In sintesi, si può affermare che le persone anziane ritengono che sia importante seguire un'alimentazione sana, ma molte di loro non sanno esattamente in cosa consiste. Inoltre, alcuni degli alimenti consumati si discostano in modo significativo dalle raccomandazioni.

Situazione alimentare generale in età avanzata

In generale, in Svizzera l'apporto energetico giornaliero delle persone anziane è sufficiente, ma la composizione della loro dieta potrebbe essere migliorata. Per soddisfare le raccomandazioni nutrizionali specifiche per l'età avanzata, le persone anziane dovrebbero ridurre l'assunzione di grassi e aumentare l'assunzione di proteine e carboidrati complessi [272]. Va peraltro notato che solo il 20% delle persone anziane osservano la raccomandazione di mangiare cinque o più porzioni di frutta e verdura al giorno [287].

In media, le persone anziane bevono a sufficienza, ovvero poco meno di 1,5 litri di acqua al giorno, e soddisfano così la raccomandazione minima [272]. Come spesso accade, i valori medi oscurano le differenze interne alla popolazione: secondo l'Indagine sulla salute in Svizzera del 2012, solo il 50% delle persone anziane beve 1,5 litri o più. Inoltre, con l'avanzare dell'età, in generale, le persone tendono ad assumere meno liquidi: oltre il 12% delle persone di età pari o superiore a 75 anni beve meno di un litro al giorno [288].

La notevole eterogeneità in età avanzata è associata anche a diversi problemi nutrizionali: nelle persone anziane più vitali questi sono spesso correlati alle MNT, mentre nelle persone fragili sono piuttosto legati alla malnutrizione.

Malnutrizione in età avanzata

La malnutrizione è una sfida importante in questa fase di vita. Uno studio interno dell'ospedale cantonale di Winterthur ha dimostrato la presenza di una correlazione diretta tra prevalenza della malnutrizione e l'età [289]: nelle persone al di sotto dei 45 anni la prevalenza si situava intorno all'8% per poi salire gradualmente con l'avanzare dell'età, raggiungendo valori pari all'11% (dai 45 ai 64 anni), al 22% (dai 65 agli 84 anni) e al 28% (oltre gli 85 anni).

Il peso corporeo in età avanzata

La malnutrizione può ripercuotersi sul peso corporeo e manifestarsi sotto forma di sottopeso o sovrappeso. Mentre in Svizzera solo poco più del 2% delle persone anziane è sottopeso [290], il 39% degli adulti di età compresa tra i 65 e i 75 anni è considerato in sovrappeso e il 17,8% obeso [291].

Con l'avanzare dell'età, l'obesità e la perdita di massa muscolare vanno spesso di pari passo, comportando un crescente numero di disturbi di salute. A partire dai 70 anni, è importante cercare di mantenere il peso corporeo (soprattutto la massa magra), poiché la perdita di peso è solitamente associata a una perdita di massa muscolare e questo può avere un impatto negativo sull'autonomia e sulla mobilità nonché incrementare la frequenza di cadute.



Alimentazione durante la pandemia di coronavirus

Nei mesi di marzo e aprile 2020, ovvero quando le misure di protezione contro il coronavirus erano più rigide («primo lockdown»), le abitudini alimentari delle persone di età inferiore ai 45 anni sono cambiate in modo più marcato rispetto a quelle delle persone di età superiore ai 60 anni. Le persone anziane sono infatti generalmente riuscite a mantenere le abitudini precedenti.

Tuttavia, il 22% delle persone anziane ha dichiarato di aver mangiato generalmente di più in questo periodo, consumando ad esempio più spuntini (+21%), tra i quali figurano sia alimenti sani come frutta e verdura sia spuntini dolci e salati come pure pane fatto in casa. L'aumentato consumo ha contribuito all'aumento di peso della popolazione durante questo periodo [398, 408].

Atteggiamenti, conoscenze e comportamenti

Tra gli aspetti particolarmente interessanti e rilevanti per la promozione della salute vi sono gli atteggiamenti, le conoscenze e le differenze sociali nel campo dell'alimentazione.

Seguire un'alimentazione sana è molto importante per le persone anziane: in uno studio condotto su persone di età compresa tra i 50 e gli 80 anni provenienti da tutta la Svizzera, il 95% dei partecipanti ha affermato che una dieta sana è piuttosto importante o molto importante per loro [292].

Le persone anziane hanno una consapevolezza alimentare elevata: rispetto alle fasce d'età più giovani, le persone di età compresa tra i 65 e i 74 anni dichiarano con maggiore frequenza di prestare attenzione a determinati aspetti⁸ relativi all'alimentazione (73%). Questa percentuale diminuisce solo dopo i 75 anni [293].

La conoscenza delle raccomandazioni nutrizionali cala man mano che l'età avanza: la piramide alimentare svizzera è decisamente meno conosciuta tra le persone di età compresa tra i 65 e i 75 anni che nella fascia d'età dai 18 ai 34 anni (66% contro 83%) [291].



Differenze di natura sociale nel comportamento alimentare

Il comportamento alimentare e le conoscenze in materia variano, tra le altre cose, a seconda del livello d'istruzione, del sesso e della zona in cui vivono le persone. Le persone con un livello di istruzione più elevato, ad esempio, consumano con maggiore frequenza almeno cinque porzioni di frutta e verdura [287], conoscono le raccomandazioni sull'alimentazione [291] e prestano attenzione a determinati aspetti nella propria dieta [293]. Rispetto agli uomini, le donne tendono a prestare maggiore attenzione a determinati aspetti nell'alimentazione [293] e conoscono più spesso le raccomandazioni nutrizionali [291]. Infine, in Ticino (77%) e nella Svizzera tedesca (73%) vi sono più persone che prestano attenzione a determinati aspetti nella propria alimentazione rispetto alla Svizzera romanda (52%) [293], mentre nella Svizzera romanda si consumano più spesso cinque porzioni di frutta e verdura rispetto alle altre regioni del paese [287].

Come si traducono questi risultati a livello pratico nella promozione della salute?

- Gli interventi atti a promuovere un'alimentazione equilibrata corrispondono a un bisogno importante per le persone anziane stesse.
- Molte persone anziane dispongono di un elevato livello di consapevolezza alimentare sul quale si può fare leva negli interventi.
- Una buona fetta della popolazione anziana, tuttavia, non conosce le raccomandazioni nutrizionali, per cui continua a esserci la necessità di realizzare campagne di sensibilizzazione e informazione.
- Alla luce delle differenze di natura sociale (cfr. riquadro) occorre migliorare le pari opportunità attraverso interventi mirati nel campo dell'alimentazione.

8.4 Promozione di un'alimentazione equilibrata

Dalla produzione al consumo degli alimenti vi sono diverse aree d'intervento nelle quali si può intervenire per promuovere una dieta equilibrata. L'obiettivo è sempre quello di far scoprire il piacere di un'alimentazione equilibrata, trasmettere conoscenze e garantire l'accesso ad alimenti sani [268].



Fonti

I seguenti consigli per la promozione di un'alimentazione equilibrata si basano su:

- documenti tecnici di base [8, 268, 272, 410, 411],
- strategie specifiche sull'argomento [[Strategia nutrizionale svizzera](#)] e
- progetti consolidati e innovativi ([lista di orientamento](#) e [sostegno di progetti PAC](#)).

Nel quadro della produzione si può promuovere il piacere di mangiare coinvolgendo le persone anziane, ad esempio, nella realizzazione di orti familiari o intergenerazionali.

Nella fase di acquisto si può favorire la scelta di cibi sani attraverso la tecnica del «nudging» (piccoli incoraggiamenti ad adottare un comportamento corretto) [230, 294-297].

⁸ L'ISS non rileva esattamente ciò a cui prestano attenzione le persone anziane in campo alimentare. La domanda può tuttavia fornire un'indicazione circa la loro consapevolezza alimentare.

Per quanto riguarda la preparazione, si possono ad esempio migliorare le conoscenze delle persone anziane con corsi di cucina dedicati alla terza età oppure si può aumentare la qualità dei servizi di consegna dei pasti mediante il conferimento di label. Da ultimo, il piacere della tavola può essere incentivato mangiando insieme nelle cosiddette tavolate e promuovendo la socializzazione. Allo stato attuale delle conoscenze ci sentiamo di raccomandare in particolare i seguenti approcci, che consentono di promuovere un'alimentazione equilibrata in età avanzata.

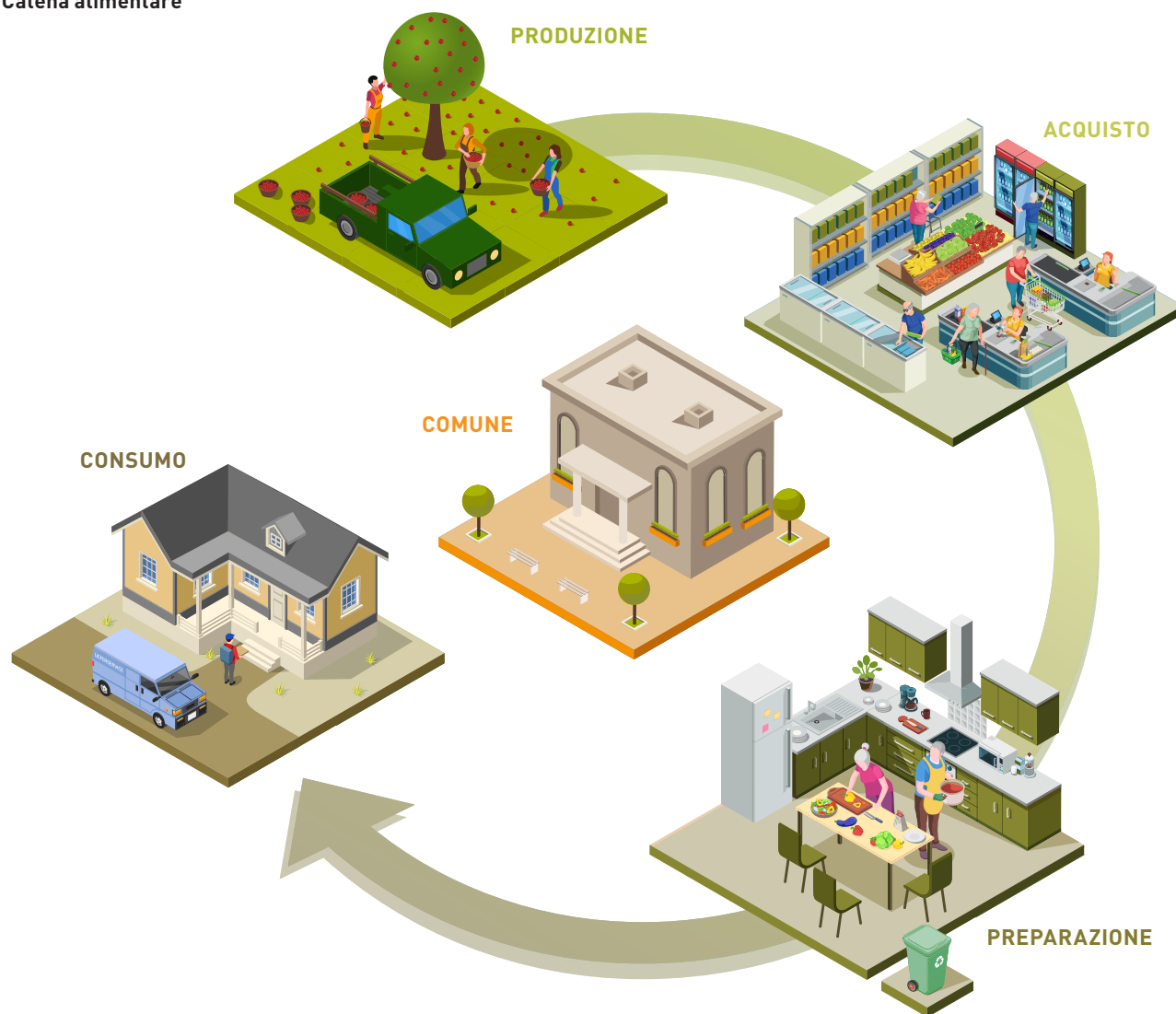
Promozione delle competenze alimentari delle persone anziane e dei loro familiari

La sensibilizzazione e il trasferimento di conoscenze rivestono un ruolo cruciale, perché «solo chi è ben informato e comprende il legame tra alimentazione e salute può assumersi la responsabilità nei confronti di sé stesso e del prossimo e scegliere consapevolmente come nutrirsi» [286].

È fondamentale garantire che i messaggi chiave relativi alle raccomandazioni nutrizionali siano uniformi (secondo il principio «quanto di cosa?») e che i consigli alimentari siano di facile attuazione per le

FIGURA 12

Catena alimentare



persone anziane e i loro familiari. Da un lato, le informazioni devono sensibilizzare e porre l'accento sul fatto che l'alimentazione contribuisce agli obiettivi e alle esigenze di salute delle persone anziane (ad es. autonomia e mobilità). Dall'altro, devono rafforzare le competenze rispetto a un'alimentazione equilibrata e gustosa, fornendo raccomandazioni e suggerimenti di facile comprensione. Si può trattare, ad esempio, di ricette che soddisfano il fabbisogno nutrizionale in età avanzata o di consigli pratici sull'igiene in cucina, così da poter riconoscere in maniera affidabile il cibo avariato anche se le percezioni sensoriali sono calate.

I contenuti possono essere veicolati in diversi modi. Un canale attraverso il quale si possono trasmettere le informazioni sull'alimentazione è quello dei **media** e degli **opuscoli**, con servizi in TV, giornali, riviste e Internet. Nella Svizzera romanda, ad esempio, il progetto [«senso5»](#) propone opuscoli e videoclip, strumenti online come test sensoriali, ricette mirate e consigli pratici in cucina.

Si può veicolare l'importanza di un'alimentazione equilibrata anche attraverso **eventi informativi** e **consulenze individuali**. In genere, si tratta di iniziative proposte da organismi della società civile che fungono da moltiplicatori, come Spitex, Pro Senectute e Croce Rossa Svizzera. Un esempio in questo senso sono le consulenze sulla salute offerte dal progetto «Zwäg ins Alter» nel Canton Berna.

Il **lavoro di gruppo** è il sistema più efficace, soprattutto se si vuole accedere alle fasce di popolazione socialmente più penalizzate. Nel progetto «Femmes-Tische» sono previste delle tavole rotonde per donne migranti in età avanzata nelle quali si lavora in piccoli gruppi fidati e nella lingua madre delle partecipanti, affrontando le tematiche dell'attività fisica e dell'alimentazione, condividendo esperienze e cercando soluzioni pratiche per la quotidianità.

Per finire, il piacere di cucinare e, in parte, anche le competenze nutrizionali possono essere incentivati con **corsi di cucina**⁹ e **divertenti competizioni culinarie**. Queste iniziative possono essere rivolte specificamente alle persone anziane oppure possono anche coinvolgere diverse generazioni. Il progetto intergenerazionale tedesco [«Die Küchenpartie mit peb»](#), ad esempio, riunisce giovani e meno giovani davanti ai fornelli, allo scopo di stimolare lo scambio

tra generazioni e rafforzare le competenze alimentari. Per chi è interessato a realizzare un progetto analogo è disponibile una [guida al progetto](#) contenente metodologie, materiali, ricette, svolgimento e informazioni di base. Un simile progetto pilota è stato avviato nella Svizzera romanda con il titolo [«Fourchette gourmande»](#).

Favorire le possibilità di mangiare in compagnia

Il piacere di mangiare è il miglior presupposto per un'alimentazione completa e corretta. Chi si occupa di promozione della salute in età avanzata può promuovere il piacere di mangiare creando opportunità di mangiare in compagnia [268]. Le cosiddette tavolate o i pranzi in compagnia, che coniugano socialità e alimentazione equilibrata, rivestono dunque un'importanza particolare negli interventi dedicati alle persone in età avanzata.

In Svizzera i pasti in compagnia sono promossi dai Comuni, dalle chiese e dalle associazioni. Nella Svizzera tedesca le [«Tavolata»](#) sono una realtà consolidata da anni, così come lo sono le [«Tables conviviales»](#) nella Svizzera romanda. Si tratta di progetti promossi da reti comunitarie auto-organizzate a livello locale, nell'ambito delle quali le persone anziane si incontrano regolarmente in uno spazio privato o semi-pubblico, per cucinare, mangiare e socializzare insieme.

I punti di forza di questi progetti sono molteplici: oltre a promuovere la socialità e il piacere di stare a tavola, essi consentono alle persone anziane di met-



Creare nessi tematici

I temi dell'attività fisica, dell'alimentazione e della salute psichica si influenzano a vicenda, per cui è utile abbinarli tra loro negli interventi. La combinazione tra partecipazione sociale e alimentazione equilibrata, inoltre, si presta per motivare le persone anziane a usufruire di altre offerte di promozione della salute. Si può, ad esempio, proporre un programma collaterale prima o dopo il pranzo, facendo fare esercizi di movimento o dando brevi suggerimenti interessanti su tematiche inerenti alla salute (cfr. in merito il [capitolo 10](#)).

⁹ Si veda a tale riguardo la [lista di controllo](#) di Promozione Salute Svizzera sugli interventi in ambito culinario per le persone anziane.

tersi in gioco e organizzarsi, diventando così attori della promozione della salute. Anche a livello internazionale i tavoli conviviali hanno preso piede come iniziativa per far incontrare giovani e anziani di diverse estrazioni (ad es. persone con un passato migratorio) [298].

Dopotutto, le tavolate sono un'occasione per trasmettere consigli sull'alimentazione mentre si cucina e si mangia insieme. Nel progetto «Tavolata», ad esempio, è stato specificatamente integrato l'aspetto dell'«alimentazione sana in età avanzata». Il progetto propone, tra le altre cose, ricette e idee di menu che tengono conto dei bisogni specifici delle persone anziane, ma anche consigli concreti, ad esempio nel formato «amuse-bouche» (brevi eventi virtuali su temi legati alla cucina, all'alimentazione e alla salute).

Creare le condizioni quadro a supporto di un'alimentazione equilibrata

Il comportamento alimentare è influenzato in maniera determinante dal contesto in cui si vive. L'obiettivo è quindi fare in modo che le condizioni quadro e il contesto favoriscano la scelta di cibi sani e l'alimentazione equilibrata [286].

Città, Comuni e quartieri possono, ad esempio, promuovere tavolate informali, organizzare servizi di trasporto per le persone con mobilità ridotta, mettere a disposizione **sale d'incontro per cucinare e mangiare insieme** o integrare nelle linee direttive per la terza età il principio di una **ristorazione e alimentazione equilibrata** che tenga conto delle esigenze specifiche delle persone anziane (policy).

Produttori e dettaglianti possono collaborare alla promozione di un'alimentazione equilibrata, ottimizzando la composizione e l'offerta di alimenti sani. In Svizzera l'iniziativa [actionsanté](#) va in questa direzione. Nella fase di acquisto si può favorire la scelta di cibi sani con l'ausilio delle strategie di «nudging» (piccoli incoraggiamenti per l'adozione di un comportamento corretto) [230, 294-297, 299].

Se da un lato il «nudging» fa leva sugli incentivi e sul carattere volontario, dall'altro, si può migliorare lo stato nutrizionale delle persone anziane anche attraverso l'utilizzo di **standard di qualità** e regolamenti [278]. In Svizzera le strutture socio-sanitarie che somministrano pasti e spuntini in linea con le raccomandazioni nutrizionali per la terza età vengono già oggi insignite del marchio [«Fourchette verte affiliazione Senior»](#). Analogamente è opportuno de-

finire linee guida e standard di qualità per le offerte dei servizi che consegnano pasti a domicilio. Questo è appunto l'obiettivo a cui mira il marchio [«Fourchette verte Senior@home»](#) in Svizzera, che offre consulenze, corsi di formazione e un marchio per i servizi di consegna dei pasti.

Promozione delle conoscenze specialistiche di professionisti e moltiplicatori

Un'alimentazione equilibrata in età avanzata può essere promossa sensibilizzando i professionisti nonché i moltiplicatori all'argomento e rafforzando la loro competenza professionale. Uno degli obiettivi principali è supportare i professionisti nell'attuare misure semplici legate al tema dell'alimentazione. Le offerte di consulenza e formazione continua sono destinate ai professionisti e ai moltiplicatori che lavorano a diretto contatto con le persone anziane, tra i quali figurano gli operatori dei servizi sociali e assistenziali, i volontari, i medici, i fornitori di servizi pasti, i professionisti della ristorazione collettiva, ecc. L'organizzazione di **corsi di formazione su tematiche legate all'alimentazione e alla salute** come pure la raccolta di **dati scientifici** e lo sviluppo di **risorse comunicative**, che il personale specializzato può utilizzare in fase di consulenza e nei corsi, sono misure che si sono rivelate particolarmente efficaci in questo contesto. Il progetto [«Alimentazione 60 plus»](#) della Società Svizzera di Nutrizione SSN, ad esempio, mette gratuitamente a disposizione risorse utili per la consulenza alle persone anziane (ad es. bozze di testi, presentazioni, podcast), mentre il progetto [«senso5»](#) ha sviluppato una serie di strumenti creativi e innovativi che permettono ai professionisti di trattare il tema dell'alimentazione in età avanzata in modo comprensibile e accessibile.

D'altro canto, è utile anche lo **scambio di esperienze** con altri moltiplicatori in quanto consente di beneficiare reciprocamente delle conoscenze e dei criteri di successo di progetti e misure.

Collaborazione con l'ambito delle cure per riconoscere la malnutrizione ad uno stadio precoce

Con l'avanzare dell'età la malnutrizione diventa un fenomeno sempre più diffuso e rappresenta un fattore di rischio rilevante per cadute, mobilità ridotta e ricoveri ospedalieri (cfr. 8.2). La collaborazione con l'ambito delle cure è quindi particolarmente importante per la promozione di un'alimentazione equilibrata.



Fonte

Le seguenti raccomandazioni sono tratte dal rapporto «Pari opportunità nella promozione della salute e nella prevenzione in Svizzera» [29]. Al suo interno si trovano gli attuali approcci di intervento basati sulle evidenze e i criteri di successo delle misure finalizzate alla promozione delle pari opportunità di salute.

Molti ospedali verificano sistematicamente lo stato nutrizionale delle persone anziane ricoverate [300]. Una malnutrizione non dovrebbe tuttavia essere scoperta soltanto in ospedale, ma andrebbe diagnosticata già in fase precoce dal medico di famiglia. Per riconoscere ad uno stadio precoce una eventuale malnutrizione nelle persone che vivono a casa ci si può affidare a strumenti quali il MNA-SF (Mini Nutritional Assessment Short Form) e il MUST (Malnutrition Universal Screening Tool) [272]. Per effettuare uno screening e il riconoscimento precoce in ambulatorio, fundamentalmente bastano tre domande [301]:

- 1) Ha perso peso senza volerlo?
- 2) In caso affermativo, quanti chilogrammi ha perso?
- 3) Ha mangiato poco a seguito di una perdita di appetito?

Una perdita di peso involontaria, in particolare, può essere un indizio di malnutrizione e segnala la necessità di procedere a un'anamnesi alimentare dettagliata nonché di promuovere un'alimentazione equilibrata [301].

Pari opportunità nella promozione dell'alimentazione equilibrata

Il comportamento alimentare e lo stato nutrizionale non sono identici in tutta la popolazione; sono influenzati in maniera dalle caratteristiche sociali e dalle condizioni di vita (cfr. 8.3.2). Per promuovere le pari opportunità, occorre rafforzare le risorse individuali e migliorare le condizioni quadro sociali per tutti.

Alcune delle misure indicate di seguito possono essere messe in atto direttamente dai soggetti attivi nella prevenzione e nella promozione della salute. Altre misure, invece, rientrano nella sfera d'influenza di altri ambiti politici. Il compito della promozione della salute consiste nel segnalare a tali ambiti politici la presenza di disparità di salute e sensibilizzarli in merito al ruolo che svolgono nella promozione di un'alimentazione equilibrata tra le persone socialmente svantaggiate (parole chiave: collaborazione multisettoriale e agenda setting, ad esempio in gruppi di lavoro interdipartimentali, procedure di consultazione, ecc.).

A causa delle ristrettezze finanziarie, le persone anziane in condizioni di povertà possono permettersi alimenti sani solo in misura limitata (cfr. 8.1). È stato comprovato che per promuovere un'alimentazione equilibrata tra le persone con un basso status socio-economico occorre intervenire attraverso incentivi finanziari a favore di un'alimentazione sana, erogati sotto forma di sussidi per cibi sani. Si dimostra efficace anche la prassi di adeguare i prezzi degli alimenti mediante un rincaro dei prezzi per i cibi «poco sani» [118, 247]. In Svizzera il progetto [«gggessen»](#) mette a disposizione dei moltiplicatori materiali atti a favorire un'alimentazione equilibrata anche a fronte di un budget limitato. La Fédération romande des consommateurs (FRC) offre informazioni e workshop sul tema [«Bien manger à petit prix»](#).

Risultano essere efficaci anche gli interventi che promuovono l'**offerta di cibi sani a livello locale** nei quartieri svantaggiati [118, 119]. Diversi studi (internazionali) hanno infatti appurato che l'accesso agli alimenti sani non è egualmente facile in tutti i quartieri e tutte le aree residenziali [302, 303].

Da ultimo, anche le competenze nutrizionali e le conoscenze in materia di alimentazione sana non sono distribuite uniformemente all'interno della società (cfr. 8.3.2). Per sviluppare comportamenti alimentari più salutari, può essere utile organizzare **visite preventive a domicilio da parte di professionisti della salute** [250].

Nella popolazione con un passato di migrazione, inoltre, si è rilevato efficace l'uso di **canali media ad hoc** per diffondere informazioni sulle tematiche della promozione della salute e della prevenzione (come l'alimentazione equilibrata) [261, 262].

Nelle misure attuate in campo alimentare gli uomini sono sottorappresentati, soprattutto se provenienti da contesti di disagio sociale. Nell'**approccio alla popolazione anziana di sesso maschile** si sono rivelati efficaci, tra gli altri, i seguenti criteri: attenzione al mantenimento dell'efficienza fisica nonché il reclutamento e la realizzazione di misure in «setting maschili» (ad es. associazioni, organizzazioni, società sportive). In momenti critici della loro vita (pensionamento, malattia, decesso di una persona cara) soprattutto gli uomini anziani dimostrano di essere più motivati ad affrontare un tema come quello dell'alimentazione [241, 258-260].



Criteri di successo per la pratica

Al [punto 5.3](#) sono riportati alcuni criteri generali di successo per la promozione della salute con gruppi socialmente svantaggiati; si tratta di percorsi testati e sperimentati nella pratica che consentono di aumentare ulteriormente l'efficacia degli approcci citati.

8.5 Fattori di successo

Per fare in modo che gli interventi di promozione dell'alimentazione equilibrata siano efficaci e sostenibili nel lungo periodo occorre tenere in considerazione le linee guida generali della promozione della salute. Tra queste figurano in particolare:

- la presenza di un beneficio concreto e basato sulle evidenze per stakeholder e gruppo target;
- l'empowerment delle persone anziane;
- l'uso di diversi approcci metodologici che tengano conto dell'eterogeneità del gruppo target e della sua quotidianità;
- la collaborazione interdisciplinare con professionisti della salute, società civile e l'entourage personale delle persone anziane;
- il coinvolgimento attivo delle persone anziane si rivela essere un particolare fattore di successo per interventi alimentari efficaci.



Collaborazione nella fase di attuazione

Al [punto 3.6](#) sono indicati i principali interlocutori e partner per l'attuazione pratica.

Un fattore di successo fondamentale, anche e soprattutto negli interventi di tipo alimentare, è il piacere: il gusto e la gioia di stare a tavola sono il miglior presupposto per un'alimentazione completa e corretta [268]. Siccome molte persone anziane tendono ad associare il tema della salute in campo alimentare più alla rinuncia che al piacere, è opportuno condividere ricette allettanti e veicolare il messaggio che i cibi sani possono anche essere gustosi. Se si considera che le abitudini alimentari delle persone anziane si sono sviluppate e consolidate sull'arco di molti anni, è evidente che cambiare uno stile di alimentazione sbilanciato implica un processo lungo e difficile. Inoltre, se le persone anziane si sentono in salute, spesso non vedono per quale motivo dovrebbero cambiare le proprie abitudini alimentari. Ecco, dunque, il ruolo particolare della comunicazione e della motivazione: può essere utile, infatti, parlare di «piccoli adeguamenti» alla dieta e sottolineare soprattutto il mantenimento dell'autonomia, evidenziando il contributo fornito in tal senso da un'alimentazione equilibrata.

Come per la promozione dell'attività fisica (cfr. 7.5), anche nell'ambito dell'alimentazione le esigenze e gli obiettivi personali delle persone anziane rivestono un ruolo fondamentale quando si tratta di cambiare il comportamento. Che cosa motiva un adulto in età avanzata a seguire una dieta più equilibrata (alcune motivazioni potrebbero essere il mantenimento della mobilità, la promozione della salute cognitiva, mangiare in compagnia)? Alla luce dell'eterogeneità del gruppo target, è importante rilevare attivamente queste motivazioni e i differenti bisogni, mettendoli al centro delle misure.



Esempi di buone pratiche dalla Svizzera

La [lista di orientamento](#) di Promozione Salute Svizzera fornisce molteplici esempi di buone pratiche per la promozione dell'alimentazione equilibrata in età avanzata.



Ulteriori informazioni sulla promozione di un'alimentazione equilibrata

Consigli sull'alimentazione:

- [Raccomandazioni nutrizionali svizzere per adulti in età avanzata \(USAV\)](#)

Comportamento alimentare:

- [Indagine sulla salute in Svizzera](#) (persone a partire dai 15 anni d'età che vivono in un'economia domestica privata)
- Sondaggio nazionale sull'alimentazione [menuCH](#) (popolazione tra i 18 e i 75 anni d'età).
- Studio europeo [DO-HEALTH](#) (persone dai 70 anni d'età, anche in Svizzera)

Riferimenti e materiali utili per professionisti:

- Informazioni scientifiche sulla [nutrizione nella vecchiaia](#) (CFN, 2018)
- Opuscolo [Promuovere l'alimentazione sana in età avanzata: una guida per i comuni](#)

- Lista di controllo [Promuovere un'alimentazione sana in età avanzata: raccomandazioni per lo sviluppo di interventi in ambito culinario destinate ai responsabili di progetti](#) (in tedesco)
- [Documentazione congressuale, bozze di testi e podcast sull'alimentazione a partire dai 60 anni d'età \(SSN\)](#)
- Opuscolo [Alimentazione dai 60 anni](#) (8 pagine, in tedesco)
- [Alimentazione in caso di problemi di salute](#)

Consigli per la popolazione:

- Opuscolo per anziani e familiari [Mangiare sano e restare in forma](#)
- Scheda informativa [Alimentazione dai 60 anni](#) (1 pagina)
- Opuscolo [Denutrizione?!](#)
- Libretto di enigmistica con [consigli sull'alimentazione e il piacere della tavola a partire dai 60 anni](#) (in tedesco)
- [Volantini e poster vari su fabbisogno energetico, proteine e vitamina D in età avanzata](#)

9 Promozione della salute psichica

Come si sviluppa la salute psichica? Cosa protegge e cosa pregiudica la salute psichica delle persone anziane? Perché è utile promuovere la salute psichica in età avanzata e quali sono i benefici per le persone stesse e per l'intera società? Quali misure concrete si sono rivelate efficaci, nella pratica, per promuovere la salute psichica in età avanzata? Il presente capitolo fornisce delle risposte a questi e altri interrogativi.

9.1 Principi e definizioni

L'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) aveva già sottolineato circa settant'anni fa che la dimensione psichica è parte integrante della salute [304]. In effetti, non esiste salute senza salute psichica [305]. Alla luce del graduale declino delle risorse fisiche e sociali che si verifica in età avanzata, la salute psichica riveste un'importanza cruciale perché consente alle persone anziane di affrontare le perdite e le carenze sul piano fisico e sociale.

Salute psichica e patologie mentali

Il modello di Antonovsky, secondo cui esiste un continuum tra salute e malattia, consente di illustrare la presenza di transizioni fluide tra salute e malattia. Il Dual Continuum Model [307-309] è uno strumento integrativo utile per la promozione della salute psichica [310]. Esso, infatti, mostra che è sensato **rafforzare la salute psichica a prescindere dalla presenza di un'eventuale patologia (cronica)**. L'asse verticale del modello (figura 13) rappresenta la salute psichica su una scala da alta a bassa. Ciò significa che il benessere emotivo e la funzionalità psicosociale sono in primo piano. È su questo asse che si posiziona la promozione della salute. L'asse orizzontale, invece, rappresenta la patologia mentale su una scala da alta a bassa. Qui il focus è sui

sintomi della malattia mentale. Grazie alla promozione della salute, le persone, con o senza patologie, possono migliorare il proprio benessere emotivo e la funzionalità psicosociale [310].

Come si sviluppa la salute psichica

La salute psichica cambia nel corso della vita, per cui è un processo piuttosto che una condizione stabile. **La salute psichica** può essere paragonata a una **bilancia su cui poggiano, agli estremi opposti, risorse e carichi** [311].

Su un piatto della bilancia vi sono i carichi, che possono ripercuotersi negativamente sulla salute psichica in base, tra le altre cose, alla loro intensità e frequenza [312]. Non sono soltanto gli eventi drastici ad influire sulla salute psichica, ma anche i piccoli carichi quotidiani.

Sull'altro piatto della bilancia vi sono le risorse, che rafforzano la nostra salute. Le risorse ci fanno bene e ci consentono di gestire i carichi e quindi di ridurre o persino inibire il loro influsso negativo sulla salute psichica [313].



Definizione 6

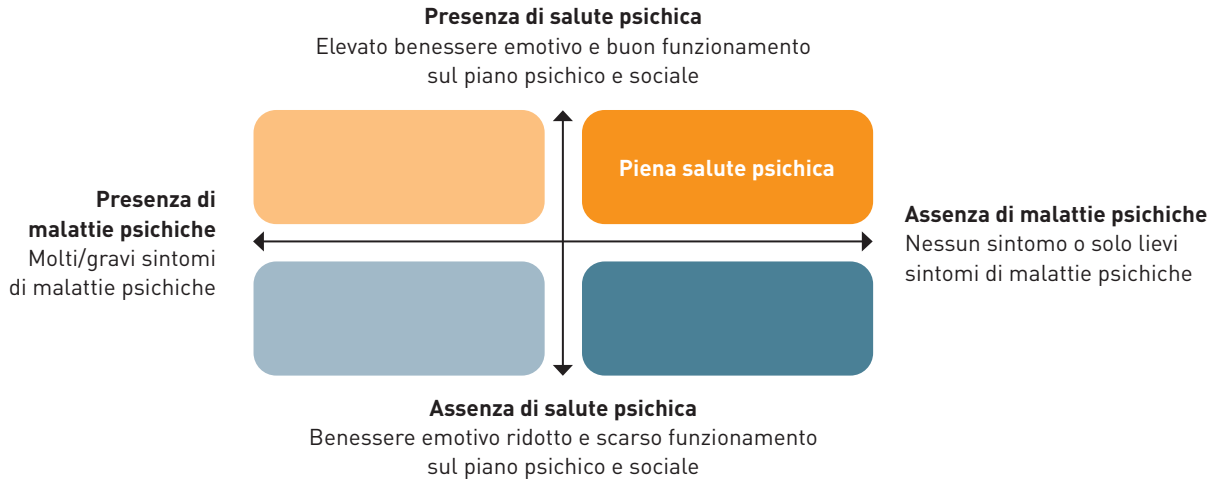
Salute psichica

La salute psichica presenta numerose sfaccettature e include aspetti quali benessere, ottimismo, esperienze sensoriali, relazioni sociali, gestione della quotidianità, senso di autostima e un solido senso di identità [65]. La salute psichica non va dunque equiparata alla semplice assenza di patologie mentali.

Una persona mentalmente in salute è in grado di attingere alle proprie capacità cognitive ed emotive, gestire le difficoltà e i cambiamenti nella vita di tutti i giorni e fornire il proprio contributo alla comunità [306].

FIGURA 13

Dual Continuum Model in relazione alla salute psichica



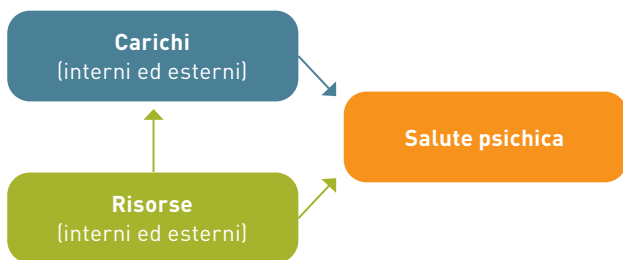
- Persone con un elevato benessere psichico, senza disturbi di natura psichica
- Persone con un elevato benessere psichico, con un disturbo psichico diagnosticabile
- Persone con un benessere psichico ridotto, senza disturbi di natura psichica
- Persone con un benessere psichico ridotto, con un disturbo psichico diagnosticabile

Fonti: grafico proprio basato su [307-309]

Si parla di salute psichica quando le risorse e i carichi sono in una condizione di equilibrio o quando le risorse, nel loro complesso, prevalgono sui carichi. Il modello risorse-carichi modificato (figura 14) mostra, in modo semplificato, gli effetti diretti e indiretti delle risorse e dei carichi sulla salute psichica.

FIGURA 14

Modello risorse-carichi modificato



Fonte: [311]

Per promuovere la salute psichica, occorre dunque **ridurre i carichi** e soprattutto **rafforzare le risorse**. Esistono molteplici risorse e carichi, che possono manifestarsi a livello fisico, psichico, sociale e fisico-materiale [8]. In questo contesto si fa una distinzione tra risorse e carichi interni (che risiedono nella persona stessa) ed esterni (determinati dall'ambiente che circonda la persona).

Tra le **risorse** importanti figurano le competenze di vita (come le capacità di comunicazione e auto-riflessione), l'autoefficacia percepita, il sostegno sociale, le possibilità di intraprendere attività significative e un'immagine differenziata della vecchiaia nella società.

Tra i **carichi** principali si annoverano fattori di natura fisica (ad es. difficoltà uditive, dolori cronici), la solitudine, la cura di familiari, barriere infrastrutturali nonché eventuali episodi critici della vita e momenti di transizione personali (ad es. pensionamento, separazione o divorzio, morte di una persona cara).

9.2 La salute psichica delle persone anziane in Svizzera

Atteggiamenti, conoscenze e comportamenti

Nel 2021 Promozione Salute Svizzera ha commissionato un [sondaggio rappresentativo della popolazione](#) sulle competenze in materia di salute psichica. Da tali dati si può estrapolare quanto segue per la popolazione in età avanzata in Svizzera:

- **Priorità elevata:** per le persone anziane, prendersi cura della propria salute psichica è più importante che per qualsiasi altra fascia di età (in particolare rispetto alle fasce di età 15-34 e 35-49 anni); rispetto alle generazioni più giovani, inoltre, si occupano più spesso in maniera consapevole della propria salute psichica.
- **Maggiori scrupoli nel chiedere aiuto:** per promuovere la propria salute psichica alcune strategie comuni adottate dalle persone anziane sono il rilassamento, l'accettazione di sé, la socializzazione, la voglia di imparare qualcosa di nuovo, la creatività e il prendersi cura degli altri. Rispetto alle fasce di popolazione più giovani, le persone anziane più raramente ritengono che chiedere aiuto e parlare dei propri sentimenti sia utile. Rispetto alle fasce di età più giovani affermano anche con maggiore frequenza di non sapere con chi parlarne.
- **Conoscenze nella media e stigmatizzazione più elevata:** eccezion fatta per le fonti online, le persone anziane riferiscono di avere un buon accesso alle informazioni sulla promozione della salute psichica. Più spesso dei giovani, tuttavia, hanno difficoltà a comprendere tali informazioni. Le conoscenze delle persone anziane in merito a ciò che si può fare per la salute psichica sono buone e in linea con quelle delle fasce di età più giovani. Le persone in età avanzata hanno invece una conoscenza un po' meno approfondita delle patologie mentali. La convinzione che una patologia mentale non sia una «vera e propria» malattia è più diffusa man mano che l'età avanza.
- **Grandi differenze di natura sociale:** gli uomini e le persone appartenenti alla popolazione migrante conoscono meno le offerte disponibili per rafforzare la salute psichica rispetto alle donne e alle persone con passaporto svizzero. Le persone con un basso livello di istruzione fanno più fatica a trovare e comprendere le informazioni sulla salute psichica e considerano la cura della salute

psichica meno importante rispetto alle persone con un elevato livello di istruzione. Anche le barriere nel cercare e accettare aiuto (come «non voler essere un peso per gli altri», «non aver voglia di parlarne», «soffrire di un problema psichico è imbarazzante») sono più evidenti tra le persone anziane, quelle con un basso livello di istruzione e quelle senza passaporto svizzero, ma sono anche più frequenti negli uomini che nelle donne.

Che cosa significa tutto questo per la promozione della salute in età avanzata?

La promozione della salute psichica sostiene le persone anziane in un aspetto che per loro è molto importante e può partire dal presupposto che spesso le persone anziane si occupano già in maniera consapevole della propria salute psichica. In linea di principio, la promozione della salute psichica inizia sempre con l'informazione. Ma oltre a migliorare l'accesso alle conoscenze in merito a ciò che si può fare da soli e dove si può chiedere aiuto, occorre anche potenziare le misure specifiche per i gruppi target e le misure a bassa soglia, diffondendo le informazioni attraverso diversi canali e creando offerte rivolte specificamente a gruppi target socialmente svantaggiati.

Diffusione di salute e malattia

Considerando la popolazione anziana nella sua globalità, si può dire che la salute psichica in età avanzata è buona e per alcuni aspetti persino migliore rispetto a quella degli adulti di mezza età. Questo fenomeno è chiamato il paradosso della vecchiaia: grazie a un'elevata capacità di adattamento e autoregolazione (coping adattivo), il benessere mentale generalmente non diminuisce con l'avanzare dell'età, nonostante le perdite fisiche e cognitive, ma si stabilizza a un livello piuttosto elevato [314].

La buona salute psichica delle persone anziane che vivono in economie domestiche private è dimostrata, ad esempio, dai seguenti indicatori:

- **Qualità di vita:** ben il 92% delle persone a partire dai 65 anni d'età giudica la propria qualità di vita (molto) buona [310]. I valori riportati dalle persone anziane sono dunque più elevati rispetto a quelli delle generazioni più giovani (ad eccezione dei soggetti di età compresa tra i 15 e i 34 anni, che valutano la propria qualità di vita con un punteggio ancora più alto).

- **Energia e vitalità:** nessun'altra fascia d'età si sente così piena di energia e vitalità come quella tra 65 e 74 anni (ben il 62% degli intervistati). Questo valore inizia a calare solo dopo i 75 anni, andando a situarsi leggermente al di sotto della media di tutte le fasce d'età [20].
- **Ottimismo e benessere:** ottimismo e benessere aumentano con gli anni e iniziano a diminuire solo in età molto avanzata. Il 72% delle persone nella fascia d'età tra 65 e 74 anni attribuisce valori da alti a molto alti a entrambi i parametri. A partire dai 75 anni il valore scende a una percentuale media del 55% [21].

Una risorsa interna centrale è la convinzione di poter strutturare la propria vita con autodeterminazione (senso di padronanza). In nessun'altra fascia d'età questa risorsa è così evidente come nelle persone che hanno raggiunto l'età del pensionamento [315].

L'invecchiamento non è dunque generalmente associato a un aumento delle patologie mentali; soltanto le affezioni organiche cerebrali, in particolare la demenza, aumentano con l'età [316, 317]. Ciò nonostante, non va sottovalutato il carico psichico a cui sono esposte le persone in età avanzata. Da questo punto di vista esistono differenze in funzione dell'età e del sesso: gli over 75 riferiscono un carico più elevato rispetto alle persone tra 65 e 74 anni, le donne un carico maggiore rispetto agli uomini, con una for-

chetta compresa tra il 7,5% (uomini dai 65 ai 74 anni) e il 17,3% (donne dai 75 anni) di persone anziane che lamentano un carico psichico medio-alto [31]. Un carico medio-alto indica una probabilità da elevata a molto elevata di soffrire di una patologia mentale [310]. In Svizzera, le malattie e i disturbi psichici più frequenti in età avanzata sono i seguenti:

- le **depressioni** medio-gravi («major depressions») colpiscono ben il 3,2% delle persone di età compresa tra i 65 e i 74 anni. A partire dai 75 anni emergono chiare differenze di genere: il 3,8% degli uomini e il 6,7% delle donne riferiscono di soffrire di depressione con l'avanzare dell'età [310]. Anche i **disturbi d'ansia** (fobie specifiche e disturbi d'ansia generalizzati) sono comuni [318];
- circa il 6,5% delle persone in età pensionabile presenta un **rischioso consumo cronico di alcool**, gli uomini in misura maggiore rispetto alle donne [319]. L'uso di **farmaci** come antidolorifici, sedativi e sonniferi aumenta notevolmente con l'età [310];
- i **disturbi del sonno** si manifestano più frequentemente con l'avanzare dell'età e sono spesso una conseguenza, ma anche una causa, di altre malattie. Il 41% delle persone di età superiore ai 65 anni ha difficoltà da leggere a marcate ad addormentarsi o dormire per tutta la notte [320].

Le malattie psichiche, e in particolare le depressioni, possono condurre anche a **tendenze suicide**. I suicidi riusciti aumentano con l'età e sono in particolare gli uomini anziani e vedovi a compiere questo gesto estremo con una frequenza superiore alla media. Senza contare i suicidi assistiti, il tasso di suicidio tra gli uomini anziani è da due (65-84 anni) a quattro (85 anni e oltre) volte superiore rispetto a quello dell'intera popolazione maschile [321, 322].

Da ultimo, l'isolamento sociale e la **solitudine** in età avanzata rappresentano sfide a livello psicosociale che possono avere gravi conseguenze per la salute. In termini di morbilità e mortalità questi fattori sono altrettanto o persino più nocivi di altri fattori di rischio ben noti, come il consumo di 15 sigarette al giorno e il sovrappeso [323-325]. Circa una persona su tre (32%) in età di pensionamento dichiara di sentirsi sola a volte o molto spesso [33].



Differenze di natura sociale a livello di salute psichica

Alcuni gruppi di persone presentano un rischio più elevato di essere affetti da una scarsa salute psichica rispetto alla popolazione generale. Si tratta di persone con un basso statuto socio-economico, fasce socialmente svantaggiate della popolazione migrante, persone sole, familiari curanti e membri della comunità LGBTIQ. Anche le donne hanno una probabilità leggermente maggiore rispetto agli uomini di soffrire di una scarsa salute mentale in età avanzata, soprattutto se vivono in condizioni di povertà o isolamento sociale [29, 101, 310].



Coronavirus e salute psichica in età avanzata

Da vari sondaggi risulta che le persone anziane si sentono meno oppresse dal coronavirus rispetto alle fasce d'età più giovani [412]. Tra tutte le fasce d'età, le persone di età compresa tra 65 e 74 anni hanno riferito di sentirsi più soddisfatte nei confronti della propria vita anche durante la pandemia (il 91% è piuttosto o molto soddisfatto della propria vita), un dato che rispecchia la situazione antecedente il coronavirus [413].

Durante la pandemia si è registrato un aumento della solitudine in tutta la popolazione, ma questo sentimento è stato più marcato tra le generazioni più giovani che tra le persone anziane. Tuttavia, la solitudine e l'isolamento sociale hanno rappresentato un grave problema durante la pandemia anche per le persone in età avanzata. Il 30% delle persone anziane, infatti, ha riferito che mantenere le relazioni durante il lockdown è stato difficile [399]. Gli anziani socialmente isolati o con patologie preesistenti impattanti sulla vita quotidiana hanno sofferto ancora di più di solitudine durante la pandemia [414].

9.3 Perché è utile promuovere la salute psichica in età avanzata?

La salute psichica è importante (anche) in età avanzata

La salute psichica ha un effetto positivo sui singoli individui e sulla società intera durante tutto il corso della vita e soprattutto in età avanzata [326]. Una buona salute psichica consente, tra le altre cose, di:

- apprezzare la terza età e affrontare le malattie fisiche, le perdite e la caducità della propria vita [314, 327];
- ridurre l'insorgenza delle malattie fisiche, poiché in età avanzata la salute fisica e quella psichica sono strettamente connesse [305, 328];
- avere maggiore autonomia e indipendenza, perché proprio in età avanzata le malattie psichiche si accompagnano a un più marcato senso di impotenza e a una maggiore dipendenza [318];
- gestire l'impatto di crisi sociali, come la pandemia di Covid-19;
- adoperarsi per il proprio entourage personale e per la società (cfr. capitolo 4).

Efficacia (dei costi) anche in età avanzata

È dimostrato che la salute psichica può essere promossa anche in età avanzata. A livello comunale gli interventi di gruppo – ad esempio per l'autoriflessione e la gestione dello stress – si sono rivelati in grado di mantenere e migliorare la salute psichica delle persone anziane [329]. Oltre ad avere un impatto positivo sul benessere e sui disturbi affettivi, la promozione delle risorse sociali risulta essere anche un fattore protettivo per la salute cognitiva [330]. Anche le patologie psichiche possono essere ridotte efficacemente in età avanzata: è comprovato che la promozione di uno stile di vita attivo e sano e esercizi mirati di rilassamento hanno un effetto positivo su depressioni e disturbi d'ansia [331]. Dopotutto, anche gli anziani soli possono «guarire» dalla solitudine e ripristinare la loro rete sociale attraverso interventi adeguati [332].

Oltre a un miglioramento della qualità di vita per i diretti interessati, la promozione della salute psichica in età avanzata presenta anche un notevole potenziale economico.

- Le malattie psichiche rappresentano una voce di costo elevata per il sistema sanitario, che in Svizzera si aggira tra i 4 e i 6,3 miliardi di franchi all'anno per la popolazione nel suo complesso [333]. Prevenire le malattie psichiche o ridurre l'entità consente di ottenere una riduzione considerevole della spesa sanitaria.
- Promuovendo la partecipazione sociale, ad esempio, si riduce il ricorso ai servizi sanitari [334, 335]. Dalla valutazione di alcuni gruppi d'arte, di discussione e di attività fisica in Finlandia è risultato che questi interventi hanno ridotto i costi per prestazioni medico-sociali di oltre un terzo [336].
- Una persona mentalmente sana è in grado di condurre una vita indipendente più a lungo, il che consente di risparmiare costi per l'assistenza domiciliare e in istituto. La solitudine è spesso una delle ragioni principali per cui una persona si trasferisce in una casa di cura, anche se sarebbe ancora in grado di vivere autonomamente.
- Gli anziani con una buona salute psichica sono in grado di impegnarsi socialmente e di fornire contributi di vario tipo.

9.4 Promozione della salute psichica in età avanzata

Cosa si può fare per promuovere la salute psichica delle persone anziane? Da dove possiamo iniziare e come possiamo procedere?

In genere, i documenti di base nazionali [337] e internazionali [338-343] formulano le seguenti tre raccomandazioni per promuovere la salute psichica.

Raccomandazione n. 1: rafforzare le risorse interne ed esterne

Le misure si dovrebbero concentrare sull'empowerment e sulla resilienza, rafforzando le risorse interne ed esterne.

È stato dimostrato che le risorse interne (come l'autoefficacia) ed esterne (come il sostegno sociale) possono essere rafforzate attraverso la promozione delle competenze di vita (come la capacità di comunicazione, di autoriflessione e la regolazione delle emozioni) e la creazione di un ambiente favorevole alla salute (come la presenza di persone di riferimento affidabili).

Raccomandazione n. 2: concentrarsi sui gruppi target (soprattutto su quelli vulnerabili)

Fondamentalmente, nella programmazione e nell'attuazione di misure di promozione della salute è opportuno dare la precedenza ai gruppi target vulnerabili, ovvero i gruppi esposti a condizioni particolarmente difficili per la salute psichica. Rientrano in questa categoria le persone che vivono in una condizione di svantaggio sociale. I PAC, inoltre, prestano particolare attenzione alla salute dei familiari curanti.

Raccomandazione n. 3: tenere conto del contesto in cui vive la persona

La salute psichica è influenzata da fattori individuali e ambientali. Data la stretta interazione tra la persona e il suo contesto di vita, per essere efficaci le misure devono tenere conto, allo stesso tempo, degli atteggiamenti, degli stili e delle condizioni di vita delle persone anziane, plasmandole in maniera tale da promuovere la salute (combinazione di approccio comportamentale e contestuale).

La raccomandazione n. 3 è quindi una sorta di «raccomandazione trasversale», che dev'essere necessariamente presa in considerazione nelle raccomandazioni n. 1 e 2. Per rafforzare le risorse interne ed esterne, infatti, servono misure a livello individuale (ad es. promozione delle competenze di vita) e a livello ambientale. Inoltre, per rafforzare la salute dei gruppi vulnerabili, oltre a rafforzare le risorse personali (come le competenze di salute) è necessario migliorare anche le condizioni di vita, facendo in modo che siano favorevoli alla salute.

Sulla base di queste raccomandazioni, di seguito vengono presentati **quattro modi per promuovere la salute psichica in età avanzata:**

- rafforzare l'autoefficacia (8.4.1) quale risorsa interna, unitamente al rafforzamento delle competenze di vita e alla creazione di un ambiente favorevole (8.4.2);
- rafforzare il sostegno sociale come risorsa esterna ed elemento fondamentale della partecipazione sociale (8.4.3);
- promuovere la salute psichica del gruppo target vulnerabile dei familiari curanti (8.4.4);
- promuovere in modo equo la salute psichica (8.4.5).



Ulteriori informazioni sulla salute psichica in generale

Riferimenti e materiali utili per i professionisti:

- Rapporto [Salute psichica lungo l'intero arco della vita](#) (in tedesco e francese)
- Foglio d'informazione 60: [La Svizzera sa che cosa può fare per la sua salute psichica?](#)
- Scheda informativa [10 passi per la salute mentale](#)
- Sito internet dell'UFSP sulla [promozione della salute mentale](#)

Consigli e raccomandazioni per le persone anziane:

- [10 passi per la tua salute mentale](#) (in tedesco)
- Campagna «Come stai?» – [ABC delle emozioni](#) (in tedesco)
- Campagna «Salute Psi»



Esempi di buone pratiche dalla Svizzera

La [lista di orientamento](#) di Promozione Salute Svizzera fornisce molteplici esempi di buone pratiche per la promozione della salute psichica in età avanzata.



Collaborazione nella fase di attuazione

Al [punto 3.6](#) sono indicati i principali interlocutori e partner per l'attuazione pratica.

9.4.1 Rafforzamento dell'autoefficacia¹⁰

L'autoefficacia è fondamentale per affrontare le transizioni o gli eventi critici della vita. Essa determina anche la capacità di accettare nuovi ruoli nella vita o sperimentare, adottare e mantenere nuovi comportamenti. L'autoefficacia, inoltre, è essenziale per la partecipazione sociale (9.4.3). Influisce sulla volontà di una persona di partecipare e impegnarsi sul piano sociale ed è a sua volta rafforzata da esperienze positive di partecipazione sociale. L'autoefficacia è dunque una risorsa fondamentale per la salute psichica [337]. È anche un importante motivatore per l'adozione di comportamenti favorevoli alla salute (cfr. [capitolo 10](#)). Le persone anziane con un elevato senso di autoefficacia, ad esempio, godono di maggiore benessere emotivo [344] e hanno meno paura di subire cadute [345, 346].

Approcci volti a promuovere l'autoefficacia

L'autoefficacia può essere promossa fino a un'età molto avanzata. A tal fine la promozione della salute interviene **a due livelli**: da un lato, creando un **ambiente favorevole** che offra riconoscimento e margine d'azione (cfr. [9.4.2](#)), e dall'altro rafforzando le **competenze di vita** [347].

L'importanza di un ambiente caratterizzato da stima e rispetto

Secondo Bandura [348] l'autoefficacia si riesce a costruire attraverso i seguenti quattro fattori:

- 1) Le **esperienze personali** e il conseguente senso di realizzazione, ottenuto grazie ai propri sforzi, sono particolarmente importanti. In questo senso, l'opportunità di partecipare attivamente alle decisioni è un ulteriore fattore che contribuisce a rafforzare l'autoefficacia. Tali occasioni si presentano, ad esempio, in caso di un impegno a livello sociale (ad es. nell'ambito dello sviluppo del quartiere).
Con l'avanzare dell'età il desiderio di riuscire a trasmettere qualcosa agli altri diventa più impellente [85, 349]. Il senso di autoefficacia delle persone anziane aumenta se hanno modo di condividere le loro conoscenze ed esperienze, ad esempio attraverso progetti intergenerazionali.
- 2) Anche **l'osservazione** degli altri, nel contesto di interventi di gruppo, è un elemento che contribuisce a rafforzare l'autoefficacia. L'effetto dell'osservazione è maggiore se i partecipanti sono accomunati da caratteristiche simili (ad es. mobilità o forma fisica).



Definizione 7

Autoefficacia

L'autoefficacia è la convinzione di essere in grado di compiere azioni in virtù delle proprie competenze. Le persone con un'elevata autoefficacia, quindi, percepiscono e si aspettano di essere in grado di portare a termine determinate azioni nonché affrontare situazioni difficili grazie alle proprie capacità [347].

Definizione 8

Competenze di vita

Il concetto di competenze di vita indica le capacità che permettono alle persone di affrontare con successo le sfide e le attività quotidiane [350].

¹⁰ Questo capitolo si basa essenzialmente sui seguenti studi, redatti per conto di Promozione Salute Svizzera: Abderhalden et al. [347] e Jacobshagen [350].

- 3) I programmi di gruppo sono utili anche per **stimolarsi e incoraggiarsi** a vicenda. In tal caso un'immagine positiva della vecchiaia può essere d'aiuto: il fatto che i professionisti e le figure di riferimento affidino alla persona un compito e la incoraggino ad affrontare una sfida non può che far bene.
- 4) Alcune reazioni fisiche cambiano man mano che si invecchia. È quindi importante che le persone anziane imparino ad interpretare correttamente le loro **reazioni fisiche**. Ad esempio dovrebbero capire che, durante l'attività fisica, il cuore batte più velocemente perché sta funzionando bene, o che i muscoli indolenziti sono la prova del fatto che hanno fatto uno sforzo e che queste reazioni non sono necessariamente segni di debolezza o malattia.

Questi fattori possono essere integrati in tutte le offerte, vale a dire che tutte le offerte possono contribuire a promuovere in maniera mirata l'autoefficacia delle persone anziane.



Ulteriori informazioni sull'autoefficacia

- Video: [Che cos'è l'autoefficacia e come promuoverla?](#)
- Video: [Come rafforzare l'autoefficacia nelle persone anziane?](#)
- Autoefficacia: [un opuscolo per gli attori dei programmi d'azione cantonali impegnati nella promozione dell'autoefficacia e delle life skill](#)

Le competenze di vita fondamentali in età avanzata

Secondo la ricerca e l'esperienza pratica, in età avanzata è importante promuovere le competenze funzionali all'apprendimento, alla crescita personale, al processo decisionale come pure allo sviluppo e al mantenimento delle relazioni sociali.

Promozione Salute Svizzera – in linea con le indicazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità – raccomanda di rafforzare concretamente le competenze di vita nelle persone anziane elencate nella [tabella 7](#).

TABELLA 7

Le sei competenze di vita in età avanzata

	Dispone di buone competenze di vita in età avanzata chi è in grado di
1. Comunicazione	• comunicare in maniera efficace,
2. Regolazione emotiva	• influenzare positivamente e attivamente le proprie emozioni,
3. Introspezione	• conoscersi e volersi bene,
4. Competenze sociali	• instaurare e mantenere relazioni positive,
5. Gestione dello stress	• gestire lo stress e
6. Capacità decisionali	• decidere liberamente (autodeterminazione).

Fonti: [329, 350]

Interventi volti a promuovere le competenze di vita in età avanzata in un ambiente caratterizzato da stima e rispetto

Non esiste un limite d'età per apprendere e sviluppare le competenze di vita; tali competenze si possono sviluppare e rafforzare fino in età molto avanzata [350]. **L'esempio dell'auto-riflessione** ci permette di illustrare come si promuove una competenza di vita.

L'auto-riflessione è intesa come la capacità di conoscersi e piacersi, di classificare le esperienze e di dare un senso alle esperienze e al vissuto personale. In età avanzata questa competenza di vita è particolarmente importante, perché i ruoli che danno un senso di identità scompaiono a seguito del pensionamento o della vedovanza oppure perché la perdita delle capacità fisiche e mentali limita la libertà e le prospettive. Anche l'approssimarsi della morte richiede una riflessione su sé stessi e sulla propria vita.

Gli interventi che mirano a rafforzare l'auto-riflessione incoraggiano le persone anziane a riflettere sulla propria vita e a confrontarsi con la propria immagine personale della vecchiaia.

In età avanzata, il senso di appagamento nei confronti della vita è spesso legato al fatto di essere riusciti a superare le crisi che si sono verificate nelle fasi precedenti della vita. **Riflettere sulla propria vita** è utile nel senso di accettare le esperienze fatte e anche quelle non fatte.



In Svizzera, ad esempio, le persone anziane possono condividere i propri ricordi delle feste di famiglia, del primo giorno di scuola e di altri argomenti nei [caffè narrativi](#). Queste occasioni, oltre ad offrire alle persone anziane la possibilità di esercitare e rafforzare la propria capacità di autoriflessione, permettono loro di vivere in prima persona l'apprezzamento dimostrato dagli altri partecipanti nei confronti delle loro esperienze. Questa interazione tra persona e ambiente rafforza l'autoefficacia e il sostegno sociale.



Ulteriori informazioni sulle competenze di vita

[L'opuscolo](#) e il [foglio di lavoro](#) sulle competenze di vita descrivono nel dettaglio le sei competenze di vita rilevanti in età avanzata e presentano interventi concreti per la loro promozione.

L'immagine della vecchiaia, a livello di singoli individui e della società nel suo complesso, può avere un impatto decisivo sul benessere psichico. Tuttavia, spesso manca un approccio differenziato che riconosca sia gli aspetti positivi sia quelli negativi della vecchiaia, ossia potenzialità e sfide.

Un approccio utile per stimolare la riflessione sulle immagini della vecchiaia presenti nella società sono i gruppi di discussione aperti che affrontano, con un approccio filosofico, diverse questioni inerenti all'invecchiamento. Ne è un esempio il progetto [Café Dialogue](#).

Questi programmi di gruppo hanno un valore particolare perché favoriscono anche la socializzazione. Sono efficaci soprattutto le attività di gruppo regolari e a lungo termine che prevedono un coinvolgimento attivo dei partecipanti [38, 335, 351, 352].

9.4.2 Rafforzamento del sostegno sociale nel contesto della partecipazione sociale

Gli esseri umani sono creature sociali. Le relazioni sociali che abbiamo con altre persone ci permettono di ottenere il sostegno di cui abbiamo bisogno. Se abbiamo meno relazioni di fiducia con altre persone di quanto vorremmo, le ripercussioni sulla nostra salute sono considerevoli [323-325]. Il sostegno sociale è dunque una risorsa fondamentale per la salute psichica [337].

Nel gergo della psicologia il sostegno sociale rientra nella categoria delle risorse sociali e ha la funzione

Definizione 9

Partecipazione sociale

La partecipazione sociale consta di due elementi: il primo è l'integrazione in reti di relazioni basate sulla fiducia, che offrono **sostegno sociale** e quindi hanno un effetto protettivo sulla salute; il secondo è la **partecipazione alla vita sociale** nell'immediato entourage e nell'ambiente allargato, l'impegno sociale (civile) e la possibilità di essere parte attiva e partecipare alle decisioni all'interno del proprio ambiente di vita quotidiano.

Definizione 10

Sostegno sociale

Per sostegno sociale si intende lo scambio di aiuto, stima e informazioni tra le persone. Il sostegno sociale può assumere diverse forme [353]:

- *strumentale* (ad es. forme di aiuto concreto, come fare la spesa);
- *emotivo* (ad es. conforto, stima, incoraggiamento);
- *informativo* (ad es. segnalazione di offerte di aiuto e modalità di risoluzione dei problemi);
- *valutativo* (ad es. feedback sul comportamento).

di fornire aiuto all'interno di una rete sociale. La rete sociale è funzionale alla salute psichica nel momento in cui le relazioni sociali sono di buona qualità e c'è un equilibrio tra dare e ricevere sostegno (reciprocità) [353, 354].

In relazione alle persone anziane si parla spesso di promuovere la partecipazione sociale (cfr. [definizione 9](#)). In effetti, incoraggiare la partecipazione alla vita sociale è fondamentale a qualsiasi età, ma lo è ancora di più in età avanzata e molto avanzata. Gli eventi critici tipici di questa fase della vita – come il pensionamento, il divorzio o la vedovanza, la cura dei familiari o proprie malattie – rischiano infatti di portare alla solitudine e all'allontanamento dalla società [8, 37].

Essere soli e sentirsi soli non sono la stessa cosa

Avere pochi contatti sociali non è necessariamente un problema: da un lato, le persone che sono spesso sole e che vogliono esserlo non si sentono necessariamente in solitudine. D'altro lato, ci si può sentire soli anche quando si è circondati da molte persone.

In questo contesto si fa una distinzione tra la **«solitudine» percepita in modo neutro e talvolta anche voluta**, che è associata alla mancanza oggettiva di relazioni sociali (isolamento sociale), e la **solitudine soggettiva e indesiderata**, che si può verificare sia in presenza sia in assenza di contatti sociali. In breve, solitudine equivale ad avere meno rapporti di fiducia con altre persone di quanto si vorrebbe.

L'isolamento sociale oggettivo e il senso di solitudine soggettivo sono fortemente correlati tra loro, ma non sono necessariamente l'uno la conseguenza dell'altro.

Chi ne è colpito spesso percepisce la solitudine come una colpa e un proprio fallimento nelle relazioni interpersonali [355]. Di conseguenza, per gli anziani soli non è sempre facile esprimere la propria solitudine e cercare aiuto. Gli interventi richiedono quindi **sensibilità e conoscenza delle barriere che rendono difficile accettare un sostegno** (ad es. «non voler essere di peso agli altri»).



Chi soffre particolarmente di solitudine

Nella promozione del sostegno sociale vanno considerati, in particolare, i seguenti gruppi [38, 356]:

- persone vedove, separate/divorziate e persone che vivono da sole;
- persone da poco andate in pensione;
- persone con scarse risorse finanziarie;
- persone con un basso livello di istruzione;
- donne in età avanzata;
- familiari curanti;
- persone non autosufficienti che vivono a domicilio;
- persone con mobilità, vista o udito limitati;
- persone affette da patologie psichiche;
- fasce svantaggiate della popolazione migrante.



Fonti

Le seguenti raccomandazioni sintetizzano le risultanze di documenti di base nazionali [8, 353, 355, 375, 415] e internazionali [416, 417].

Approcci per la promozione del sostegno sociale

Nella pratica è fondamentale considerare sia il livello dell'individuo sia quello dell'ambiente circostante:

- **livello individuale:** le competenze di vita come le capacità relazionali e comunicative sono importanti poiché consentono alle persone di essere parte attiva della società, coltivare relazioni sociali nonché dare e accettare sostegno sociale. La promozione delle competenze di vita contribuisce quindi a rafforzare sia il sostegno sociale sia altri aspetti della partecipazione sociale (cfr. 9.4.1).
- **livello ambientale:** a livello ambientale è necessaria, da un lato, la presenza di persone di riferimento fidate e di rapporti basati sulla stima e sul rispetto; dall'altro occorre anche che vi siano le possibilità di partecipare alla vita sociale (cfr. [definizione 9](#)), il che implica la presenza di infrastrutture (come luoghi d'incontro), l'aiuto di vicinato, processi partecipativi all'interno del Comune e opportunità di impegnarsi e contribuire alla società.

Un livello non funziona senza l'altro: in presenza di un ambiente favorevole, le iniziative messe in campo per promuovere le competenze di vita consentono di raggiungere persone che non sono (ancora) in grado di partecipare e che hanno bisogno di essere rafforzate per poter stringere relazioni sociali o impegnarsi a livello di società civile. Le persone con buone competenze di vita, a loro volta, hanno bisogno di un ambiente che favorisca le relazioni sociali, il riconoscimento reciproco, l'impegno e la partecipazione. In assenza di un simile ambiente, anch'esse sono a rischio di isolamento sociale.

Le competenze di vita favoriscono il sostegno sociale

Al [punto 9.4.1](#) sono elencate le principali competenze di vita in età avanzata. Tali competenze sono importanti anche nell'ottica di promuovere il sostegno sociale.

Per coloro che hanno difficoltà a mantenere o costruire relazioni sociali è opportuno intervenire con offerte mirate e formazioni specifiche. In allegato all'opuscolo [«Competenze di vita in età avanzata»](#) sono riportati alcuni esempi di formazioni utili in caso di perdita dell'udito e della vista nonché workshop che promuovono le competenze sociali, ad esempio attraverso [incontri moderati](#). Sono inoltre in fase di sviluppo nuove iniziative online come [LeaveLone](#).

Le relazioni di fiducia sono importanti

Per promuovere il sostegno sociale, l'ambiente deve offrire opportunità che consentono di coltivare le relazioni. In questo contesto la qualità viene prima della quantità e le persone anziane la considerano di conseguenza anche una priorità [35, 356]. Non basta «solo» consentire i contatti sociali (integrazione sociale), bensì deve essere possibile anche costruire un rapporto di fiducia.

Le relazioni di fiducia possono essere rafforzate e costruite attraverso le **comunità locali**. Le seguenti misure si sono dimostrate efficaci in tal senso:

- reti di auto-aiuto e altre **caring communities**, che prevedono un impegno civile incentrato sul «prenderci cura l'uno dell'altro»;
- la creazione di tavole rotonde collettive, auto-organizzate come «**Tavolata**» e «**Tables conviviales**».

Le offerte che favoriscono i contatti a bassa soglia, come le iniziative di «malreden» dell'associazione Silbernetz Schweiz o le catene telefoniche di Pro Senectute Svizzera, sono un primo passo verso un maggior numero di contatti.

Motivare altri ambiti politici a creare un ambiente favorevole

Per ottenere un ambiente favorevole sono necessari, a **livello materiale**, quartieri appositamente strutturati nei quali le persone anziane possano muoversi e trattenersi, che favoriscano l'incontro e i contatti sociali. In questo caso sono chiamati in causa **ambiti politici che non hanno competenze dirette nella promozione della salute**. Nell'ambito delle politiche per la terza età, molti Comuni collaborano già con i settori della pianificazione territoriale, dei trasporti, della sicurezza, della cultura o del patrimonio immobiliare, consentendo:

- i **sopralluoghi nei quartieri**, che sono un metodo collaudato per lo sviluppo partecipativo dei quartieri insieme alle persone anziane (ad es. <https://altersfreundliche-gemeinde.ch>);
- la creazione di **punti d'incontro** al chiuso e all'aperto, dove svolgere attività e coltivare i contatti sociali (ad es. [Hopp-La](#));
- l'**accesso gratuito** e a bassa soglia ad attività culturali e ricreative come pure a una vita di quartiere/paese attiva all'interno dei Comuni, di cui beneficiano soprattutto le persone in condizioni di povertà.

A **livello strutturale** sono preziosi la **messa in rete su piccola scala e il coordinamento** di tutte le istituzioni attive nel campo «invecchiamento e salute». Questi approcci dovrebbero essere utili al fine di superare l'ostacolo rappresentato dalla difficoltà di raggiungere le persone sole o a rischio di solitudine [334]. Una possibilità ormai consolidata è quella di avvicinare tali persone per il **tramite di svariati gruppi professionali, istituzioni e privati** (come medici di famiglia, servizi di cure a domicilio, familiari o vicini di casa, chiese, associazioni di migranti e luoghi di incontro per anziani) e far conoscere loro le offerte. Un contesto sociale favorevole è caratterizzato, tra l'altro, dalla presenza di contatti personali e visite a domicilio, che consentono di raggiungere più facilmente le persone che vivono in isolamento o che sono dedite alla cura di un familiare.

Promuovere l'impegno e la partecipazione nella società (civile)

Le opportunità di impegnarsi a livello di società (civile) e nell'ambito del volontariato consentono alle persone anziane di **sentirsi utili**, rafforzano il senso di **autoefficacia**, favoriscono **l'integrazione sociale** grazie alla creazione di nuovi contatti e consentono di **sostenere gruppi particolarmente vulnerabili**. Ai fini della salute psichica è fondamentale consentire la costruzione di **relazioni di fiducia** e sviluppare il senso di **dare e ricevere**¹¹ anche nell'ambito dell'impegno sociale (civile) e del volontariato. Il semplice dare o ricevere servizi (gratuiti), infatti, non rafforza la salute psichica. Le persone anziane devono avere la possibilità di partecipare attivamente, avere voce in capitolo e coltivare rapporti di fiducia. È così che si rafforza l'autoefficacia e il sostegno sociale.

Nell'ambito del volontariato è importante tenere conto delle esigenze in termini di durata, attività, **autodeterminazione e margine d'azione** delle persone anziane e riconoscere il contributo da loro fornito (ad es. con un riconoscimento pubblico). In questo contesto sono fondamentali **l'apprezzamento, la possibilità di partecipare alle decisioni** nonché un'immagine differenziata della vecchiaia.

In Svizzera i progetti «**Vicino**» a Lucerna o «**Quartiers solidaires**» nel Canton Vaud sono ormai consolidati. Altri buoni esempi si possono trovare nella [Rete Caring Communities](#) e nella lista di orientamento di Promozione Salute Svizzera. In Austria, nel

11 Il progetto «[geben&annehmen](#)» (dare e accettare) offre strumenti e consigli su come promuovere il dare e ricevere aiuto.

2021 è stata pubblicata la guida [«Neue Bilder des Alter\(n\)s. Wertschätzend über das Alter\(n\) kommunizieren»](#) (Nuove immagini della vecchiaia e dell'invecchiamento. Comunicare con rispetto in merito alla vecchiaia, in tedesco) che fornisce consigli ed esempi e riassume in chiave pratica vari aspetti legati a un'immagine differenziata della vecchiaia.



Ulteriori informazioni sul sostegno sociale e la partecipazione sociale

Riferimenti e materiali utili per i professionisti:

- Opuscolo [Risorse sociali: la promozione delle risorse sociali fornisce un contributo importante alla salute psichica e a una buona qualità di vita](#)
- Foglio d'informazione 63: [Fondazione Hopp-la: promozione della partecipazione sociale delle persone anziane attraverso offerte di attività fisica intergenerazionali](#) (in tedesco)
- Guida alla pianificazione [Promozione della partecipazione sociale delle persone anziane nei comuni](#) (in tedesco)

Consigli e raccomandazioni per le persone anziane:

- Documentario e opuscolo per la terza età sul tema [«La solitudine ha molte facce»](#) e profili individuali (in tedesco)

9.4.3 Promozione della salute psichica dei familiari curanti¹²

Oltre ai servizi professionali di cura e assistenza a domicilio, i familiari curanti svolgono una parte essenziale del lavoro di cura. Con il loro impegno e la loro dedizione consentono alle persone assistite di condurre una vita autonoma e partecipare alla vita sociale, offrono loro un supporto emotivo, rafforzano il loro benessere psicosociale e le aiutano a trovare sicurezza nella vita quotidiana [357].

Un aiuto indispensabile, ma ricco di sfide

L'impegno dei familiari curanti è prezioso e indispensabile sotto molti punti di vista:

- **per la persona assistita:** con il loro impegno, i familiari curanti consentono alle persone con limitazioni legate alla salute di vivere a casa propria il più a lungo possibile, il che spesso corrisponde a un grande desiderio della persona assistita;
- **per la persona curante:** molti familiari considerano l'assistenza o la cura come un gesto ricco di significato che non svolgono solo per dovere o necessità, bensì soprattutto per amore e perché dà loro una «bella sensazione» [358]. Inoltre, i familiari curanti riconoscono alcuni aspetti positivi del proprio impegno, tra i quali il fatto di imparare qualcosa di nuovo e rafforzare la propria autostima [48];
- **per la società:** in Svizzera, i familiari svolgono più di 80 milioni di ore di lavoro non retribuito all'anno che, monetizzate, ammontano a oltre 3,7 miliardi di franchi [48]. Circa 600 000 familiari sostengono, assistono e curano i propri cari, contribuendo in modo significativo a evitare prematuri e costosi ricoveri in case di cura [48].



Definizione 11

Familiari curanti

I familiari curanti sono persone di tutte le età che svolgono attività di assistenza e cura per un familiare bisognoso di sostegno. Offrono servizi di assistenza in varie mansioni funzionali alla vita quotidiana della persona assistita (ad es. sostegno sociale, faccende domestiche, amministrazione, trasporti) e/o cure (ad es. aiuto nelle cure a supporto dei servizi professionali). Le persone di età compresa tra i 50 e i 65 anni sono quelle più spesso coinvolte nell'assistenza ai familiari [48].

¹² Questo capitolo si basa essenzialmente sul seguente studio a cura di Promozione Salute Svizzera: [360].

Soprattutto durante la pandemia di Covid-19 si è visto in maniera tangibile quanto sia decisivo e intenso il supporto fornito dai familiari curanti. Per dirla nel gergo della pandemia, i servizi dei familiari curanti sono di rilevanza sistemica.

Allo stesso tempo i familiari curanti sono esposti a condizioni particolarmente difficili in relazione alla loro salute psichica e fisica. Circa il 44% dei familiari curanti percepiscono il peso dell'assistenza in almeno un ambito (finanziario, psicologico o fisico) [48]. Sono particolarmente vulnerabili in tal senso [48]:

- i familiari curanti di età superiore agli 80 anni che assistono un congiunto in modo intenso per un tempo prolungato;
- i familiari che curano persone affette da malattie psichiche;
- i familiari il cui carico non è direttamente correlato al fatto di assistere un proprio caro (ad es. problemi di salute o status di migrazione).

Un carico – emotivo, sociale e fisico – persistente può portare all'esaurimento e provocare malattie psichiche e/o fisiche [359]. Un grosso problema è rappresentato dal fatto che spesso i familiari curanti chiedono un aiuto esterno quando ormai è troppo tardi [48].



Il tabù della violenza nella terza età

I rapporti con le persone anziane rappresentano una delle principali costellazioni in cui si verifica la violenza domestica [418]. La violenza può essere commessa sia dalla persona curante sia da quella assistita.

La violenza può essere esercitata a livello fisico, psicologico o sociale. La violenza psicologica è più frequente di quella fisica. La violenza sociale si manifesta sotto forma di restrizioni quali l'istituzione di una curatela e il divieto o il controllo rigoroso dei contatti sociali. Molte vittime, per vergogna e senso di colpa, non denunciano gli abusi.

La violenza è spesso una conseguenza del sovraccarico psicologico. È quindi importante rafforzare le risorse interne ed esterne, sia delle persone curanti che delle persone assistite, in modo tale che siano in grado di affrontare il carico.

Quando è il familiare curante stesso ad ammalarsi a seguito del suo lavoro di cura, spesso la persona assistita deve essere ricoverata in un istituto, con gravi conseguenze per tutti. Anche il sistema sanitario ne risente a causa delle difficoltà nell'erogazione dei servizi e dei costi elevati. È dunque fondamentale che Cantoni e Comuni investano tempestivamente nella salute dei familiari curanti, definendo misure che li sostengano e rafforzino le loro risorse.

Possibili interventi

Per evitare che le persone anziane mettano a repentaglio la propria salute nel prendersi cura dei familiari, è necessario non solo «allegiarne il carico», ma anche promuovere in modo mirato la loro salute [360]. Ciò significa rafforzare le loro risorse, ridurre i carichi e quindi promuovere la loro salute fisica e psichica.

Tutti e quattro i livelli dei PAC possono contribuire a promuovere la salute psichica dei familiari curanti, senza dimenticare che le misure adottate ai singoli livelli si rafforzano a vicenda. Di seguito sono elencate brevemente le raccomandazioni e le aree d'intervento per tutti i livelli dei PAC.

A livello di **interventi** le misure mirano al rafforzamento delle risorse dei familiari curanti, quali l'autoefficacia e il sostegno sociale (cfr. 9.4.1 e 9.4.2). Il [progetto AEMMA](#) della Scuola universitaria professionale di Friburgo, ad esempio, propone un programma efficace di rafforzamento dei familiari curanti, che si svolge in un setting di gruppo. Anche Pro Senectute Svizzera, in collaborazione con le sue organizzazioni cantonali, si adopera per sostenere e rafforzare i familiari curanti (ad es. con il [coaching per familiari curanti](#)).

Molti familiari curanti sono costretti a casa perché impegnati nell'assistenza dei propri cari. Per raggiungerli si può ricorrere alle visite a domicilio, che consentono tra l'altro di valutare la situazione sul posto (come ad esempio nel [progetto Ponte](#)), oppure si possono instaurare contatti basati sulle relazioni e proporre offerte individualizzate (e sempre più digitali).

I Cantoni, inoltre, possono segnalare le piattaforme informative che sensibilizzano alla problematica ed elencano le offerte di sgravio per i familiari curanti, suddivise per regione. In Svizzera, ad esempio, la Croce Rossa Svizzera ha sviluppato una simile [piattaforma informativa](#) per i familiari curanti.

Ai livelli di **messa in rete e policy** va posta particolare enfasi sui seguenti ambiti d'intervento:

- soluzioni di finanziamento sostenibili per le offerte di sgravio e di promozione della salute;
- accesso equo e a bassa soglia alle offerte;
- sensibilizzazione dei professionisti;
- chiarimento dei ruoli dei numerosi soggetti coinvolti;
- panoramica delle offerte disponibili per i familiari curanti;
- chiarimenti in merito al nuovo [quadro giuridico](#).



Ulteriori informazioni sul gruppo target dei familiari curanti

Riferimenti e materiali utili per professionisti:

- [Promozione della salute psichica delle persone che assistono e curano congiunti anziani: una guida informativa per la promozione della salute in età avanzata](#)
- [Promozione della salute psichica delle persone che assistono e curano congiunti anziani: esempi di buona prassi](#) (in tedesco e francese)
- [Raccolta di risorse di comunicazione per la promozione della salute psichica dei familiari curanti di persone anziane](#) (in tedesco e francese)
- Foglio d'informazione 64: [Offerte per la promozione della salute psichica dei familiari curanti - Valutazione](#) (in tedesco)
- Opuscolo dell'UFSP [Promozione dell'auto-gestione dei familiari assistenti](#)
- [Programma dell'UFSP di promozione di offerte di sgravio per i familiari assistenti](#)

Consigli e raccomandazioni per le persone anziane:

- Opuscolo [Mi prendo cura di me e dei miei cari](#)

Si può fare molto per la salute psichica dei familiari curanti anche a livello di **comunicazione**. Gli ambiti d'intervento consigliati sono i seguenti:

- trasmettere immagini positive e realistiche di familiari curanti che si impegnano e che non si vergognano di cercare e accettare un aiuto esterno;
- usare una comunicazione inclusiva che permetta di raggiungere familiari curanti appartenenti a differenti fasce della popolazione;
- sensibilizzare i diretti interessati, il loro contesto sociale e la popolazione in generale;
- usare l'approccio tra pari nella comunicazione, coinvolgendo i diretti interessati nelle attività di sensibilizzazione e comunicazione. Un buon esempio in questo senso è la «Giornata dei familiari curanti» che si svolge ogni anno il 30 ottobre.

9.4.4 Pari opportunità nella promozione equa della salute psichica

Risorse e carichi non sono distribuiti uniformemente nella popolazione, ma dipendono in larga misura da caratteristiche sociali e condizioni di vita (cfr. 9.2). Per promuovere le pari opportunità, occorre rafforzare le risorse individuali dei singoli e migliorare le condizioni quadro sociali per tutti.



Fonte

Le seguenti raccomandazioni sono tratte dal rapporto «Pari opportunità nella promozione della salute e nella prevenzione in Svizzera» [29]. Al suo interno si trovano gli attuali approcci di intervento basati sulle evidenze e i criteri di successo delle misure finalizzate alla promozione delle pari opportunità nella salute.

Alcune delle misure indicate di seguito possono essere messe in atto direttamente dai soggetti attivi nella prevenzione e nella promozione della salute. Altre misure, invece, rientrano nella sfera d'influenza di altri ambiti politici. Il compito della promozione della salute consiste nel segnalare a tali ambiti politici la presenza di disparità di salute e sensibilizzarli in merito al ruolo che svolgono nella promozione della salute psichica delle persone socialmente svantaggiate (parole chiave: collaborazione multi-settoriale e agenda setting, ad esempio in gruppi di lavoro interdipartimentali, procedure di consultazione, ecc.).

Le persone in condizioni di povertà soffrono più spesso di patologie psichiche o di solitudine. Se da un lato è vero che «la malattia rende poveri», d'altro canto è ancora più vero che «la povertà rende malati» [310]. La **lotta alla povertà** rappresenta dunque una misura importante che, pur esulando dalla promozione della salute in senso stretto, consente di promuovere la salute psichica delle persone con un basso statuto socioeconomico e di prevenire le malattie mentali [361, 362].

Il **miglioramento della situazione abitativa** è uno degli approcci più efficaci per promuovere la salute psichica in un'ottica di equità [361]. Diverse sono le misure efficaci in questo contesto, come la promozione di una maggiore eterogeneità sociale nei quartieri o il risanamento degli alloggi nelle aree svantaggiate (senza aumentare gli affitti).

È stato dimostrato che anche la **promozione di strutture che favoriscono la (re)integrazione sociale delle persone svantaggiate** contribuisce al miglioramento della salute psichica [361]. Considerate le limitate possibilità finanziarie, un'ottima soluzione sono i luoghi d'incontro senza consumazione obbligatoria e le attività ricreative gratuite.

Le persone socialmente svantaggiate hanno tuttora difficoltà ad accedere ai servizi sanitari. Un basso livello di istruzione, ad esempio, è uno dei principali fattori di rischio per una scarsa salute psichica. Tale fattore non incide solo sulle condizioni di vita, di lavoro e sui comportamenti individuali legati alla salute, ma anche sulle competenze di salute e sulla capacità di orientarsi nel sistema sanitario [310]. **Facilitare l'accesso alla promozione della salute e alle informazioni sulla salute** contribuisce quindi anche a migliorare la salute psichica [361]. Utili in

tal senso sono la collaborazione con pari influenti e con persone di fiducia nonché lo sviluppo di offerte a misura di destinatario (concrete, rispondenti alle necessità, che tengono conto dei pregiudizi nei confronti del sistema di regole) [361].

In tutte le fasce d'età, le persone con un passato migratorio soffrono più frequentemente di disturbi psichici, come disturbi del sonno, disagio psicologico e depressione [100]. Questa situazione può essere riconducibile, da un lato, al carico psicosociale legato alla migrazione e alla discriminazione, dall'altro allo statuto socioeconomico spesso inferiore come pure alle condizioni di vita e di lavoro [310]. Le misure menzionate sinora e i criteri generali di successo (cfr. capitolo 5) si sono dimostrati validi anche per la popolazione migrante. Alcuni buoni esempi di progetti realizzati in Svizzera sono [MigrantInnen leben gesund im Alter](#) e [Anzianità e Migrazione \(Alter und Migration – AltuM\)](#) dell'ACES.

Esistono grandi differenze a livello di salute psichica tra i due sessi. Il quadro non è uniforme, ma le donne tendono a essere in una posizione meno favorevole: riferiscono più di rado di avere energia e vitalità elevate e spesso hanno un senso di autoefficacia ridotto. Anche i disturbi psichici e il senso di solitudine sono più comuni tra le donne. I problemi legati alle dipendenze, invece, sono più diffusi tra gli uomini, che ricorrono anche meno frequentemente a servizi psichiatrici e psicoterapeutici [310]. Le iniziative di promozione della salute devono tenere conto di questa diversità di risorse e fattori di carico. È importante, ad esempio, tenere conto della dimensione di genere nella definizione dei contenuti e dei percorsi di accesso nonché riflettere sistematicamente sul diverso impatto delle condizioni di vita e delle misure in funzione del genere (**gender mainstreaming**). Strumenti pratici in tal senso sono stati sviluppati anche in Svizzera [241].

Per quanto riguarda i membri della comunità LGBTIQ, è stata dimostrata l'efficacia delle **leggi e politiche antidiscriminatorie**, delle **campagne di sensibilizzazione** e di altri approcci che affrontano la questione delle norme e dei valori sociali, con un conseguente effetto destigmatizzante [363, 364].

Al giorno d'oggi la promozione della salute è ancora spesso incentrata sulle persone eterosessuali, ovvero quelle che si identificano con il sesso loro attribuito alla nascita («cisgender»). Un primo passo



consiste quindi nel **sensibilizzare le persone attive nel campo della promozione della salute**, rendendole attente al maggiore rischio a cui sono esposte le persone LGBTIQ nell'ambito della salute psichica [365]. Si sono rivelate efficaci in questo contesto anche varie **offerte che tengono conto della diversità**, come le iniziative «gay-friendly» presenti in diverse città svizzere nei cosiddetti «checkpoint» [366]. Nella Svizzera romanda l'organizzazione Dialogai gestisce il programma «Être gai ensemble» che propone, tra le altre cose, incontri e conferenze sul tema dell'omosessualità. Sempre a Ginevra è stata condotta una campagna specifica sul tema della depressione, che ha contribuito a migliorare le **competenze in materia di salute psichica** (mental health literacy) degli uomini omosessuali [367].

Criteri di successo nella pratica

Al [capitolo 5](#) sono riportati alcuni criteri generali di successo per la promozione della salute con gruppi socialmente svantaggiati; si tratta di percorsi testati e sperimentati nella pratica che consentono di aumentare ulteriormente l'efficacia degli approcci citati.

10 Interazione tra alimentazione, attività fisica e salute psichica

La salute fisica e psichica sono indissolubilmente legate tra loro. I rischi psicosociali (come lo stress e la solitudine), ad esempio, favoriscono l'insorgenza delle malattie non trasmissibili (MNT). La solitudine, infatti, è associata a un aumento della maggior parte delle MNT (ad eccezione delle malattie respiratorie): chi vive in solitudine presenta, tra le altre cose, un rischio accresciuto di sviluppare una forma di demenza (+27%) o soffrire di patologie cardiovascolari (+26%) [67].

Le misure che promuovono la salute fisica (come una maggiore attività fisica, un'alimentazione più equilibrata, ecc.) favoriscono la salute psichica e, a loro volta, le misure che mirano a promuovere la salute psichica hanno un effetto positivo sul piano fisico (cfr. capitoli 7, 8 e 9). L'attività fisica, l'alimentazione e la salute psichica sono quindi al tempo stesso importanti fattori di protezione e di rischio per la salute fisica e psichica.

Ciascuno di questi fattori, da solo, si può ripercuotere sulla salute psichica e fisica, ma i loro effetti si possono anche accumulare e rafforzare a vicenda. Il consumo di tabacco, il consumo eccessivo di alcol, una dieta squilibrata e la sedentarietà, insieme, ad esempio, sono equiparabili a un invecchiamento di 10 anni: un uomo di 65 anni con uno stile di vita malsano ha le stesse probabilità di sopravvivere nei successivi 10 anni di un uomo di 75 anni con uno stile di vita sano [368].

10.1 Interazioni tra alimentazione, attività fisica e salute psichica

Le interazioni e le correlazioni tra attività fisica, alimentazione e salute psichica sono illustrati qui di seguito sulla base di esempi.

10.1.1 In che modo l'attività fisica influenza gli altri ambiti

L'esercizio fisico regolare incide in maniera determinante sulla capacità delle persone anziane di svolgere autonomamente le attività quotidiane (alzarsi, vestirsi, fare la spesa, cucinare, pulire, ecc.). Poiché rafforza la mobilità e l'autonomia, l'attività fisica regolare contribuisce anche a migliorare la capacità delle persone anziane di seguire un'alimentazione equilibrata e di prendersi cura della propria salute psichica (ad es. mangiare insieme ad altre persone, partecipare alla vita sociale e incontrare persone, partecipare a eventi, ecc.).

Nella promozione della salute in età avanzata si osserva che **l'attività fisica si ripercuote in diversi modi sulla psiche** (in base alle considerazioni del capitolo 8):

- l'attività fisica regolare ha un effetto positivo su depressione e disturbi d'ansia;
- l'attività fisica influenza il comportamento e la qualità del sonno;
- a seconda dell'intensità e della durata del movimento, il nostro organismo rilascia ormoni come la dopamina e la serotonina, mentre i livelli di cortisolo diminuiscono, dando origine alla tipica sensazione di benessere che si prova durante e dopo l'attività fisica. Il rilascio di questi ormoni contribuisce anche a ridurre lo stress oppure ad aumentare la tolleranza allo stress;
- l'attività fisica regolare preserva le capacità funzionali e influenza positivamente la nostra immagine corporea, il senso di autoefficacia e la partecipazione alla vita sociale;
- a livello cognitivo, l'attività fisica favorisce la capacità di pensiero, la concentrazione e la reattività e può prevenire diverse forme di demenza come Alzheimer o influenzarne positivamente il decorso.

L'attività fisica e l'alimentazione interagiscono strettamente e insieme, ad esempio, condizionano in maniera determinante il peso corporeo. Importante per quest'ultimo è l'equilibrio tra apporto e consumo di energia: se vi è uno squilibrio a causa di un apporto oppure di un consumo eccessivo o insufficiente di energia si può verificare una variazione di peso [369].

10.1.2 In che modo l'alimentazione influenza gli altri ambiti

Il comportamento alimentare può condizionare la **salute psichica** (cfr. 8.2). Una carenza di acidi grassi polinsaturi, ad esempio, compromette le funzioni cognitive, mentre un consumo eccessivo di grassi e zuccheri favorisce le malattie neurologiche e psichiatriche. Un'alimentazione squilibrata può favorire lo sviluppo della depressione, che a sua volta può portare ad altre patologie fisiche [277]. Una meta-analisi di vari studi ha dimostrato, infatti, che gli interventi alimentari hanno un impatto positivo anche sulla depressione clinica e subclinica [285].

Una dieta bilanciata **favorisce l'attività fisica** in maniera decisiva, poiché garantisce che abbiamo energia e nutrienti sufficienti per muoverci e per le funzioni metaboliche funzionali al movimento. Un'alimentazione equilibrata è inoltre importante per mantenere quanta più massa muscolare possibile. È infatti noto che l'atrofia muscolare in età avanzata non è imputabile unicamente ai cambiamenti biologici, bensì anche a cambiamenti nella dieta e nell'attività fisica [243].

Infine, anche la malnutrizione svolge un ruolo importante nello sviluppo della **fragilità**, che a sua volta è associata a un rischio maggiore di **cadute**, limitazioni nella vita quotidiana e ricoveri in casa di cura [272]. Anche l'apporto insufficiente di liquidi (disidratazione) o il consumo eccessivo di alcolici sono fattori che aumentano il rischio di cadute [370, 371]. Una dieta che fornisce energia, liquidi e nutrienti essenziali a sufficienza (soprattutto proteine) contribuisce pertanto, unitamente al regolare esercizio fisico, a garantire in maniera decisiva mobilità e indipendenza a lungo termine [268].

10.1.3 In che modo la salute psichica influenza gli altri ambiti

La salute psichica **influisce sull'attività fisica in diversi modi** (cfr. capitoli 7 e 9):

- il sostegno sociale e l'attività collettiva possono motivare le persone a fare più movimento;
- un'elevata autoefficacia, un'immagine corporea positiva e la fiducia nel proprio corpo possono indurre le persone anziane a fare esercizio più spesso e con più piacere;
- una buona salute psichica può rafforzare la capacità di adattamento alle perdite tipiche dell'età avanzata (declino delle capacità funzionali, difficoltà a livello fisico, decessi, ecc.);
- le depressioni spesso si manifestano attraverso una mancanza di stimoli, per cui possono ridurre il desiderio o il piacere di fare attività fisica;
- i disturbi d'ansia generalizzati e le preoccupazioni legate all'attività fisica – in particolare la paura di cadute, lesioni e di un attacco cardiaco in caso di eccessiva attività – possono indurre le persone anziane a essere più sedentarie [205]. Anche le insicurezze di tipo ambientale (legate ad esempio all'oscurità o alla mancanza di bagni pubblici in caso di incontinenza) possono favorire la sedentarietà e persino un allontanamento dalla società.

Il comportamento alimentare viene altresì influenzato da fattori di natura psicologica (cfr. 8.1). Il nostro comportamento in campo alimentare, infatti, è il risultato delle nostre esperienze e dei nostri comportamenti individuali nonché dell'ambiente che ci circonda. È inoltre riconducibile all'interazione tra fattori biologici (ad es. genetica, sesso, età), psicologici (percezione, emozione, educazione, ecc.) e sociali (cultura, statuto socioeconomico, digitalizzazione, ecc.) [372]. Nella pratica queste interazioni si manifestano, tra l'altro, nei seguenti modi:

- spesso la solitudine – e anche la depressione – spingono le persone a cucinare meno e a non fare un «vero» pasto. Molte offerte puntano quindi sulle sensazioni positive che si provano cucinando e mangiando insieme e creano le condizioni quadro per l'organizzazione di tavolate informali;

- l'educazione e la socializzazione influenzano la biografia alimentare del singolo e plasmano le nostre idee riguardo al buon cibo (ad es. un pasto senza carne è considerato povero?);
- per far fronte ai sentimenti negativi, e dunque ristabilire un equilibrio psicologico, molte persone ricorrono al cibo, consumando cibi ipercalorici in abbondanza come alimenti dolci, salati e grassi [373];
- a livello di misure è stato dimostrato che l'alimentazione può essere associata efficacemente agli interventi di promozione della salute psichica, ad esempio praticando l'alimentazione consapevole e sfruttando il proprio comportamento alimentare come punto di riferimento per gli interventi basati sulla mindfulness.

10.2 Raccomandazioni

Alla luce delle evidenti correlazioni tra alimentazione, attività fisica e salute psichica è chiaro che non ha senso considerare questi ambiti in maniera isolata nelle misure di promozione della salute. La Strategia MNT indica tuttavia tra le principali sfide il fatto che ancora oggi «gran parte dell'impegno in materia di prevenzione si concentra su singoli fattori di rischio» [374].

Si dovrebbe invece puntare su interventi olistici, che considerano e promuovono le interazioni (positive) tra la dimensione psichica, fisica e sociale della salute. Per mantenere il più a lungo possibile la salute, la qualità di vita e l'autonomia in età avanzata, è quindi consigliabile veicolare i temi dell'alimentazione, dell'attività fisica e della salute psichica possibilmente sotto forma di un pacchetto unico, integrando, ad esempio e nella misura del possibile, i consigli e le misure nutrizionali con raccomandazioni e misure relative all'attività fisica e alla salute psichica, e viceversa.

Vantaggi (e limiti) delle offerte combinate

Le misure combinate sono più allettanti e rispondono meglio ai bisogni specifici dei gruppi target [374]. Inoltre, sono generalmente più efficaci [375]. Gli interventi che abbinano attività fisica e incontri, ossia le attività di gruppo, producono effetti più positivi in termini di frequenza dell'esercizio e di salute psichica rispetto agli interventi che prevedono di praticare attività fisica da soli [376]. Grazie alle offerte combi-

nate, le persone possono anche ottenere informazioni su argomenti per i quali hanno (ancora) poca affinità. L'alimentazione, in particolare, è spesso considerata un tema trasversale che può essere affrontato con maggior successo nel contesto di un intervento volto a promuovere l'attività fisica e/o la salute psichica (soprattutto la partecipazione sociale). Da ultimo, gli approcci olistici sono spesso anche più sostenibili in termini di risorse finanziarie e umane, soprattutto per i Cantoni e i Comuni di piccole dimensioni.

Anche se i vantaggi delle offerte combinate sono indiscutibili, è importante sottolineare che non tutti i progetti possono e devono coprire ogni argomento. A livello di programma, tuttavia, è fondamentale promuovere la salute e la qualità di vita a 360 gradi e fare in modo che i singoli progetti si completino e rafforzino a vicenda.

Modellizzazione

A livello pratico si rivela utile pianificare le misure olistiche con l'ausilio di una rappresentazione visiva, che consente di individuare rapidamente le possibili interazioni e promuoverle in maniera mirata.

Sono numerosi i modelli che cercano di rappresentare i legami tra le diverse determinanti e dimensioni della salute. Un modello che mira esplicitamente a «guidare il lavoro integrativo interdisciplinare» e a illustrare le interazioni tra le diverse misure è il modello dei quattro ambiti di vita [377-379] (figura 15).

Il modello presuppone una stretta interazione tra l'essere umano e il suo ambiente. A tal fine, distingue tra i domini del corpo e della mente/psiche a livello umano e i domini dell'ecologia e della cultura sociale a livello ambientale. Alla luce della stretta interrelazione tra i quattro ambiti di vita, qualsiasi cambiamento o intervento in uno di essi si ripercuote anche sugli altri tre ambiti.

Il modello può essere utilizzato, ad esempio, per dimostrare che la creazione di percorsi pedonali che tengono conto delle esigenze delle persone anziane e di spazi verdi attraenti (ecologia) possono avere un effetto positivo sul comportamento motorio e sulle capacità funzionali (corpo), che di riflesso rafforzano l'immagine corporea individuale e il senso di sicurezza (mente/psiche), rendendo più facile la partecipazione e l'impegno sociale (cultura sociale), che a loro volta consentono di adoperarsi per un ambiente ancora più attento alle esigenze delle persone anziane (ecologia), avviando così un nuovo ciclo.

10.3 Esempio dell'autoefficacia

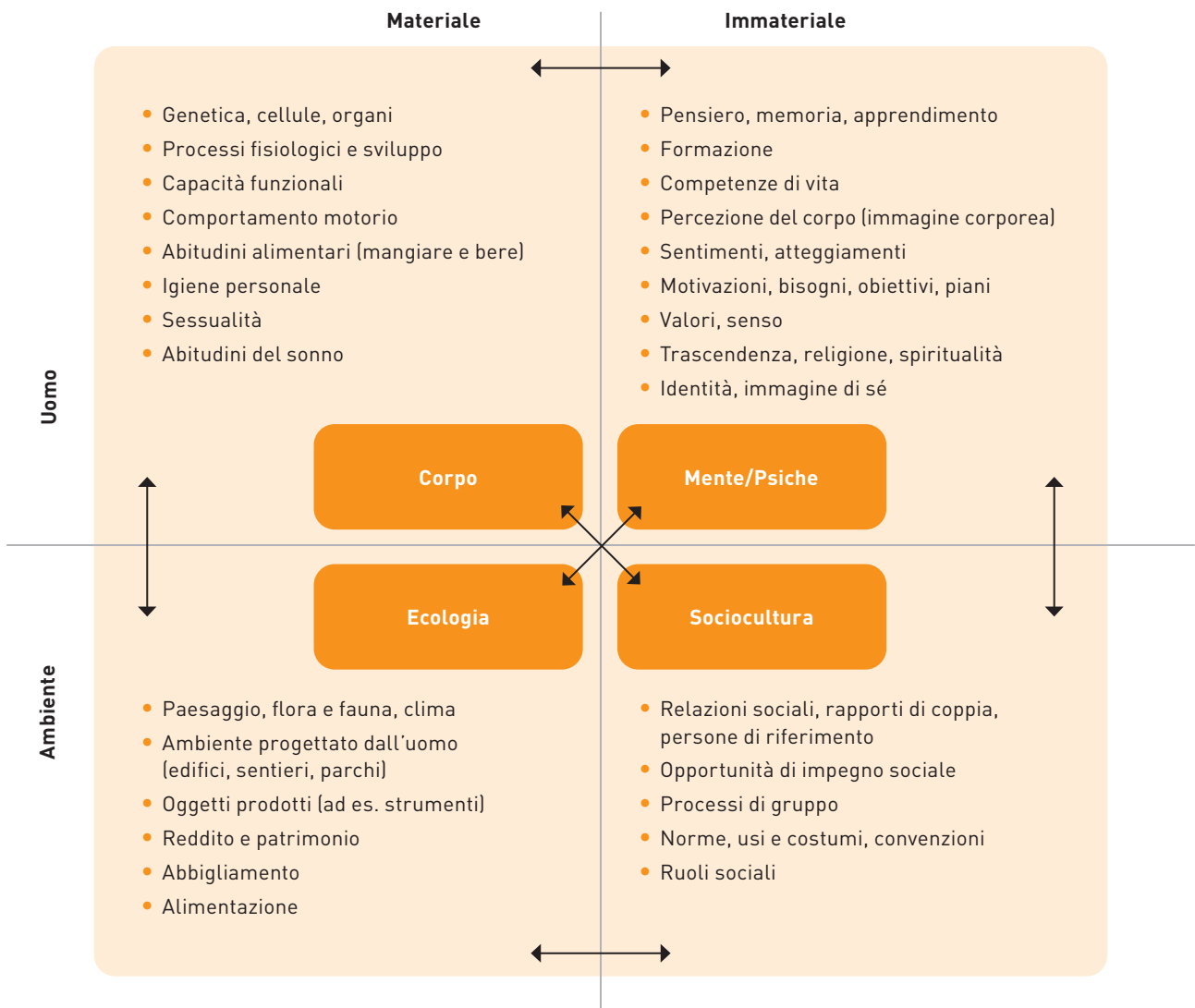
L'esempio dell'autoefficacia evidenzia come i temi dell'alimentazione, dell'attività fisica e della salute psichica si sovrappongano e possano essere combinati a livello pratico nella promozione della salute. L'autoefficacia è una risorsa che favorisce un comportamento alimentare equilibrato, un'attività fisica regolare e il benessere psichico. La promozione dell'autoefficacia può essere integrata in tutte le misure di promozione della salute, essendo essa la

chiave di tutti i comportamenti (favorevoli alla salute). L'autoefficacia può essere rafforzata per assolvere un compito specifico, ma anche più in generale rispetto al proprio agire. Nel caso della promozione di un'alimentazione equilibrata ciò significa:

- per seguire una dieta equilibrata serve un senso di autoefficacia specifico che implica la consapevolezza di essere in grado di procurarsi e cucinare cibi sani nonché la consapevolezza di essere in grado di seguire un'alimentazione equilibrata regolare – possibilmente associata

FIGURA 15

Modello dei quattro ambiti di vita



Fonti: rappresentazione grafica propria basata su [377-379]



Creare offerte a 360 gradi

I seguenti consigli possono essere utili a mantenere una prospettiva a 360 gradi nelle misure:

- Usare un argomento popolare come punto di partenza per rafforzare le risorse in maniera olistica, integrando tematiche di per sé meno attraenti (il tema della prevenzione delle cadute si può, ad esempio, integrare nei corsi di nordic walking).
- Integrare nelle misure piccole opportunità per sensibilizzare verso altri argomenti e fornire consigli utili e semplici. Spesso sono sufficienti due o tre messaggi centrali (ad es. «bere molta acqua»).
- Tutti i programmi di attività fisica dovrebbero includere gli aspetti della mobilità, della sicurezza e della prevenzione delle cadute.
- I programmi di attività fisica che creano intenzionalmente opportunità di incontro contribuiscono a promuovere la salute psichica.
- I programmi che mirano a promuovere un'alimentazione equilibrata possono integrare sia elementi di incontro che elementi di movi-

mento. Tali programmi riescono inoltre a raggiungere un maggior numero di persone anziane se effettuati in chiave intergenerazionale.

- Occorre riunire in maniera mirata gli attori delle diverse aree tematiche, rendendoli attenti al fatto che le rispettive tematiche si rafforzano a vicenda.
- Un servizio di coordinamento a livello cantonale o comunale può avviare e supportare in maniera mirata questo sistema di messa in rete.
- Gli attori delle diverse aree tematiche possono richiamare l'attenzione delle persone anziane su altre offerte (ad es. i nutrizionisti possono informare i loro pazienti sulle offerte di attività fisica).
- Anche quando si combinano tra loro interventi incentrati sul comportamento non bisogna dimenticare che questi devono essere associati anche a misure di tipo contestuale (ad es. lo spazio pubblico va sempre tenuto in considerazione).

anche al piacere di mangiare. In questo caso il senso di efficacia è riferito in maniera specifica al fatto di mangiare in modo bilanciato;

- l'aspettativa (in termini di autoefficacia) può tuttavia anche essere intesa in generale: «Se voglio fare o cambiare qualcosa, sono in grado di farlo». Entrambe queste forme di autoefficacia agevolano il percorso verso una dieta equilibrata.

Lo stesso vale per la promozione dell'attività fisica: per fare sufficiente attività fisica, è necessario avere l'aspettativa, in termini di autoefficacia, di essere in grado di fare dell'esercizio fisico, trovare le modalità e i luoghi adatti per svolgere attività fisica e praticarla a cadenza regolare – idealmente con piacere. Il piacere è un fattore di motivazione.

L'aspettativa di base per cui «se voglio fare qualcosa, ci riuscirò» può essere rafforzata e consolidata attraverso una molteplicità di esperienze diverse, ad esempio attraverso l'esperienza di essere in grado di nutrirsi in maniera equilibrata, di fare sufficiente attività fisica, nonché attraverso l'esperienza di essere in grado di affrontare lo stress o mantenere relazioni di fiducia con altre persone.

L'autoefficacia è influenzata in maniera determinante dalla persona e dal suo ambiente. Per sperimentare l'autoefficacia, è necessario un ambiente sociale e materiale che la consenta, la promuova e che dia l'esempio. Alcune persone hanno bisogno maggiormente dell'ambiente, altre meno. Alcune persone hanno bisogno di essere incoraggiate ripetutamente, attraverso canali diversi, in prima persona o tramite persone di fiducia, a partecipare a un corso di attività fisica. Alcune persone, per mangiare in maniera equilibrata, necessitano della compagnia di altre persone oppure di un servizio di trasporto che le conduca sul posto. In assenza di un ambiente o condizioni quadro favorevoli, molte persone anziane non si rendono conto che anche loro possono (riprendere a) fare attività fisica regolare e seguire una dieta equilibrata, anche in età avanzata.

Il [capitolo 9.4.1](#) illustra in modo più dettagliato come si può promuovere e consolidare l'autoefficacia.

11 Conclusioni e raccomandazioni

Oltre a passare in rassegna i principali argomenti a favore della promozione della salute in età avanzata descritti in questo rapporto, il presente capitolo fornisce delle raccomandazioni che consentono di mettere in pratica le considerazioni emerse nell'ambito di questa revisione scientifica. Le raccomandazioni indicano *come* si deve procedere e *cosa* occorre tenere in considerazione, vale a dire quali devono essere i contenuti delle misure.

11.1 Argomenti a favore della promozione della salute in età avanzata: PERCHÉ

- **Le persone anziane sono uno dei più grandi gruppi target per la promozione della salute:** le persone nate negli anni contraddistinti da un'altissima natalità (i cosiddetti *baby boomer*) stanno raggiungendo l'età del pensionamento. La struttura demografica in Svizzera sta cambiando. La categoria delle persone di età superiore ai 65 anni è l'unica delle tre grandi fasce d'età (meno di 25 anni, da 25 a 65 anni, più di 65 anni) in cui si registra ancora una crescita della popolazione.
 - **In età avanzata ci sono ancora molte cose che si possono influenzare:** le persone possono imparare, cambiare ed evolversi fino in età molto avanzata (**plasticità**). Di conseguenza è possibile anche cambiare in meglio i propri comportamenti di salute. È stato dimostrato che le misure di promozione della salute in età avanzata rafforzano la salute fisica e psichica delle persone anziane. In Svizzera esistono numerosi progetti di comprovata efficacia per la terza età (cfr. [lista di orientamento](#)).
 - **La terza età, intesa come fase della vita, è ricca di transizioni e processi di sviluppo.** Invecchiare significa affrontare molti passaggi ed eventi critici della vita, tra i quali figurano il pensionamento, il divorzio o la morte del partner, l'assistenza ai propri cari, l'insorgere di limitazioni nella vita quotidiana e gli interrogativi sul proprio ruolo e sul senso delle cose. Spesso è difficile gestire
- con successo queste transizioni. La promozione della salute può offrire un valido supporto in questo contesto.
- **Stabilizzare il buono stato di salute:** per molti aspetti, la salute delle persone anziane è buona e a volte persino migliore rispetto a quella delle generazioni più giovani. È importante stabilizzare i risultati conseguiti negli ultimi decenni perché alcuni studi condotti in altri paesi (ad es. negli USA) dimostrano che la situazione può cambiare e che la salute delle persone anziane oggi è talvolta peggiore di quella della generazione precedente [8, 380, 381].
 - **Vi è una comprovata necessità di intervento:** la metà delle persone di età pari o superiore a 65 anni soffre di almeno una malattia cronica (MNT). Soprattutto nella quarta età si osserva una diminuzione dell'attività fisica. Anche il disagio psichico non va sottovalutato in età avanzata. Un terzo delle persone anziane, inoltre, dichiara di sentirsi a volte o spesso solo. È necessario intervenire anche dal punto di vista delle competenze in materia di salute (psichica): in età avanzata lo stigma associato alle malattie psichiche è più diffuso che nelle generazioni più giovani e le persone anziane hanno più difficoltà a chiedere aiuto e a parlare di sentimenti.
 - **Tutti traggono vantaggio da una buona salute in età avanzata:** per gli anziani stessi, godere di una salute migliore equivale a un notevole guadagno in termini di qualità della vita e autonomia. Inoltre, le persone anziane autonome richiedono meno assistenza e gravano meno sulle famiglie (e sulle donne in particolare), che possono così preservare la propria salute. Infine, la società nel suo complesso trae beneficio dalla salute in età avanzata: le persone anziane in buona salute partecipano infatti maggiormente alla vita sociale. Lo stato di salute delle persone in età avanzata è determinante anche per la futura spesa sanitaria. Un'efficace promozione della salute in età avanzata contribuisce in modo significativo a contenere l'andamento previsto dei costi.

11.2 Raccomandazioni: COSA e COME

Per promuovere la salute e la qualità di vita delle persone anziane è necessario affrontare in particolare le seguenti tematiche:

Tematiche prioritarie per la promozione della salute in età avanzata: COSA

- Qualità di vita e autonomia devono essere al centro dell'attenzione:** le misure di promozione della salute devono aiutare le persone anziane a essere e a fare ciò che apprezzano il più a lungo possibile. Per quanto possibile, tutte le persone dovrebbero poter condurre una vita in buona salute, in autonomia e nella propria casa fino a un'età avanzata.
- L'attività fisica regolare ha un effetto conservativo e terapeutico sulla salute:** l'attività fisica regolare promuove la salute fisica e ha un'influenza positiva sulle emozioni e sulle capacità di pensiero; favorisce uno stile di vita autonomo e contribuisce in maniera decisiva al benessere in età avanzata. È importante avere una visione a 360 gradi dell'attività fisica: le persone anziane devono muoversi di più ed essere meno sedentarie. Per essere efficaci, le misure devono fare leva sulle motivazioni individuali, puntare sul sostegno e sulla motivazione da parte di professionisti e coetanei nonché sottolineare l'importanza della fiducia nel proprio corpo e del benessere durante l'attività fisica. La promozione strutturale del movimento è sempre importante, soprattutto in un'ottica di pari opportunità.
- Incentivare il piacere di mangiare in compagnia e in maniera equilibrata:** l'alimentazione influisce sulla salute e sulla qualità di vita in molti modi. Inoltre, seguire un'alimentazione sana è un aspetto considerato molto importante dalla maggior parte delle persone anziane. Per adottare abitudini alimentari sane, tuttavia, non basta disporre di buone conoscenze in materia. È altrettanto importante che il momento del pasto sia un'esperienza piacevole. In questo contesto è importante sensibilizzare le persone anziane al fatto che il cibo sano è anche gustoso, condividere ricette concrete e promuovere i pasti in compagnia.
- L'autoefficacia è un fattore chiave per la salute:** la convinzione di essere in grado di fare ciò che si desidera grazie alle proprie competenze influisce in maniera considerevole sulla salute delle persone anziane. Importante è anche la convinzione di poter strutturare la propria vita con autodeterminazione (senso di padronanza). Queste risorse sono importanti per la salute psichica nonché per la motivazione a praticare regolarmente attività fisica e a seguire un'alimentazione equilibrata. Sono inoltre risorse utili quando si tratta di affrontare eventi critici della vita e influiscono sulla disponibilità ad accettare nuovi ruoli nella vita.
- Promuovere le competenze di vita:** le competenze di vita indicano le capacità che consentono alle persone di affrontare con successo le sfide e i compiti dell'attività quotidiana. Nella terza età è fondamentale promuovere le competenze funzionali all'apprendimento, alla crescita personale, al processo decisionale, all'accettazione di aiuto e allo sviluppo e al mantenimento delle relazioni sociali. Inoltre, è opportuno destigmatizzare le malattie psichiche in età avanzata.
- Promuovere il sostegno sociale nel contesto della partecipazione sociale:** promuovere il sostegno sociale è fondamentale a ogni età, ma in età avanzata è ancora più importante. A tal fine servono, da un lato, competenze di vita come le capacità relazionali e comunicative, mentre dall'altro lato è importante che ci siano persone di riferimento fidate, un clima di stima e rispetto nonché opportunità concrete di partecipare alla vita sociale. Occorre inoltre ricordare che, nelle relazioni sociali, non sono sole le persone anziane ad avere una preferenza per la «qualità rispetto alla quantità».
- Sostenere i familiari curanti:** accanto ai professionisti, i familiari svolgono una parte significativa del lavoro di cura. Questo impegno si può ripercuotere negativamente sulla loro salute. Oltre a informare e alleviare il carico dei familiari curanti, sono necessarie misure volte a rafforzare la loro salute mentale e psichica.

Principi metodologici: COME

Oltre a sapere *cosa* bisogna promuovere, è utile sapere *come* bisogna procedere. Di seguito passiamo in rassegna le principali considerazioni menzionate in questo rapporto.

- **È importante tenere conto della diversità e lavorare in un'ottica di pari opportunità:** la fascia d'età degli over 65 è un gruppo target straordinariamente eterogeneo, caratterizzato da grandi differenze sul piano della salute e delle caratteristiche sociodemografiche, che a loro volta si traducono in una grande varietà di risorse, carichi ed esigenze, sinonimo di disparità di salute. La promozione della salute (in età avanzata) può favorire le pari opportunità in via diretta e indiretta: direttamente, progettando le misure con un occhio di riguardo per le pari opportunità e per le esigenze specifiche dei gruppi target come pure influenzando i determinanti sociali della salute; indirettamente, sensibilizzando altri ambiti della politica. In generale, e soprattutto per le persone in condizione di svantaggio sociale, è importante realizzare misure sia a livello comportamentale che a livello contestuale.
- **Bisogna promuovere un'immagine differenziata della vecchiaia:** come in tutte le altre fasi della vita, anche la terza età è caratterizzata da alti e bassi. Per questo motivo – e in virtù della grande diversità che contraddistingue questo gruppo target – occorre riflettere sulla percezione della vecchiaia e promuovere un'immagine differenziata, in particolare nel dibattito sociale, nei contesti professionali che sono in contatto diretto con le persone anziane, ma anche tra le persone anziane stesse e nel loro contesto sociale.
- **Tenere conto delle necessità e dei bisogni:** per essere efficace, la promozione della salute si deve basare su dati e conoscenze scientifiche (necessità oggettiva) e deve tenere conto degli obiettivi e dei desideri delle persone anziane (bisogni). In questo modo oltre a essere basate sull'evidenza, le misure aiutano concretamente le persone anziane a ottenere ciò che per loro è importante. In questa fase di vita non ci sono bisogni universali (diversità nella terza età), ma piuttosto alcuni argomenti tipici che sono importanti per molte persone anziane e nei quali possiamo fornire loro sostegno, segnatamente la salute, il senso di utilità, la presenza di rapporti stretti e reciproci, il

senso di appartenenza, l'autonomia, la capacità di adattamento e la possibilità di continuare vivere nella propria casa. Esistono poi motivazioni specifiche, ad esempio quelle che spingono le persone anziane a essere fisicamente attive. Gli interventi e la comunicazione dovrebbero affrontare esplicitamente questi bisogni e queste motivazioni e cercare di trovare delle risposte adeguate.

- **Sostenere il passaggio dalla terza alla quarta età:** il progressivo declino e la crescente fragilità che caratterizzano la quarta età si traducono in un aumento dei disturbi fisici e psichici come pure in un diverso comportamento di salute (ad es. meno movimento). È importante prestare particolare attenzione a questa transizione e sviluppare offerte di supporto e assistenza mirate. Si possono ad esempio adattare le offerte di promozione dell'attività fisica per dare la possibilità anche alle persone con limitazioni significative di partecipare alle attività con un senso di sicurezza e benessere.
- **Rafforzare il lavoro basato sulle relazioni:** familiari, conoscenti, coetanei e altre persone di riferimento sono importanti moltiplicatori per la promozione della salute. Spesso hanno un accesso privilegiato alle persone anziane (difficili da raggiungere) e per questo motivo vale la pena coinvolgerli attivamente nelle misure di promozione della salute. Il lavoro basato sulle relazioni è fondamentale nelle misure improntate all'equità.
- **Potenziare le misure strutturali:** le risorse individuali di una persona e le risorse presenti nel suo ambiente sono strettamente correlate. In una certa misura, l'ambiente può persino compensare le perdite sul piano delle risorse individuali. Esso è quindi particolarmente importante per la salute nel momento in cui le risorse individuali sono limitate. Di conseguenza, le misure strutturali sono un elemento importante per una promozione equa della salute.
- **Rafforzare la responsabilità multisettoriale nei confronti della salute in età avanzata:** molti ambiti della politica possono influenzare la salute e le condizioni di vita delle persone in età avanzata. Per creare un ambiente favorevole alla salute è quindi necessaria una collaborazione di tipo multisettoriale. I settori della sanità, della socialità, dei trasporti pubblici e della pianificazione terri-

toriale, in particolare, possono fornire un importante contributo alla promozione della salute in età avanzata. Oltre alle figure professionali, è importante coinvolgere anche gli attori della società civile (ad es. le organizzazioni di anziani), attingendo ai loro contributi e alle loro competenze sin dalla fase di pianificazione.

- **Considerare promozione della salute, prevenzione e cura come un tutt'uno:** la promozione della salute contribuisce in maniera determinante alla salute e alla qualità di vita in età avanzata. Tuttavia, da sola non è sufficiente. In età avanzata, l'obiettivo è duplice: rafforzare le risorse, rallentare la progressione delle malattie ed evitare l'insorgere di patologie secondarie. Promozione della salute, prevenzione e cura si integrano a vicenda e contribuiscono quindi al raggiungimento di un obiettivo comune. Questi tre ambiti devono essere coordinati tra loro, chiarendone le interfacce e sfruttandone le sinergie.
- **Il Comune è un setting centrale:** i Comuni sono il luogo in cui le persone anziane vivono la propria vita quotidiana e prendono decisioni rilevanti per la salute. Il setting comunale comprende i quartieri, il vicinato, l'abitazione, la famiglia, gli spazi d'incontro e le associazioni. Sono luoghi adatti a creare il contesto di riferimento per la promozione della salute. I Comuni danno anche forma all'ambiente di vita direttamente circostante e sono quindi setting ideali per avviare cambiamenti strutturali che consentano alle persone anziane di vivere in salute. La presenza della promozione della salute in età avanzata nell'agenda politica dei Comuni è un fattore di successo fondamentale.
- **Unire le tematiche:** la salute psichica, l'attività fisica e l'alimentazione sono strettamente correlate. I comportamenti sani in questi tre ambiti si favoriscono vicendevolmente. Un'alimentazione equilibrata, ad esempio, favorisce il benessere psichico e va di pari passo con una maggiore attività fisica. Ecco perché occorre mirare a interventi olistici, che tengano conto di queste interazioni (positive) e le promuovano.
- **Le transizioni sono il momento ideale per gli interventi:** le transizioni e gli eventi critici della vita sono considerati «teachable moments», ovvero momenti di apprendimento che rappresentano un'occasione interessante ed efficace per entrare in contatto con il gruppo target e che la promozione della salute può sfruttare per i suoi interventi. Soprattutto in vista dell'importante transizione rappresentata dal «pensionamento», si raccomanda di iniziare la promozione della salute in età avanzata prima del raggiungimento dei 65 anni d'età.
- **Lavorare con anziché per le persone anziane:** la partecipazione delle persone anziane concorre a incrementare la credibilità e l'accettazione delle misure; inoltre, promuove l'autoefficacia e la responsabilità individuale nei confronti del proprio benessere. Le persone anziane devono essere coinvolte in tutte le fasi dei progetti e dei programmi: dall'ideazione all'attuazione, fino alla valutazione. Oltre a coinvolgerle nei progetti esistenti è importante favorire l'iniziativa e la partecipazione spontanea. Le persone anziane, infatti, devono poter contribuire ai progetti e partecipare alle decisioni, così come organizzare e costruire i propri progetti. In questo contesto è importante tenere in considerazione il più possibile l'eterogeneità di questa fetta di popolazione. La partecipazione attiva delle persone anziane contribuisce in modo significativo a creare un'immagine differenziata della vecchiaia. L'obiettivo, in fondo, è che le persone anziane partecipino alla società in generale.
- **Utilizzare i media digitali con accortezza:** i media digitali stanno diventando sempre più parte integrante della vita quotidiana della popolazione anziana. Nel campo della salute, Internet e le tecnologie mobili offrono grandi potenzialità: i contapassi, ad esempio, possono motivare le persone a prefissarsi e raggiungere un obiettivo. Per la pratica ciò significa, da un lato, rafforzare le competenze digitali delle persone anziane, ma dall'altro non bisogna dimenticare i cosiddetti *offliner* e quindi continuare a proporre offerte analogiche.



Conclusioni sulla pandemia di coronavirus

La pandemia ha messo in risalto l'importanza della promozione della salute, perché nelle crisi è più importante che mai rafforzare le risorse delle persone.

La popolazione anziana ha saputo spesso reagire all'emergenza sanitaria con grande resilienza. In alcuni casi, tuttavia, la pandemia ha avuto degli effetti negativi sulla salute in questa fascia d'età, tanto che vi sono segnali di un «fenomeno di fragilizzazione». Vari studi sottolineano come in alcuni casi la pandemia abbia, ad esempio, ridotto la capacità di deambulazione, complicato ulteriormente lo svolgimento delle attività quotidiane, ridotto l'autonomia e aumentato i rischi di alcune MNT (come le patologie cardiovascolari e il diabete), di un declino cognitivo, disturbi d'ansia e solitudine delle persone anziane [419-421], aggravando ulteriormente le disparità nel campo della salute (cfr. [capitolo 5](#)), così come la situazione dei familiari curanti [422]. Al momento non è possibile prevedere con certezza e in modo esaustivo se questi effetti valgano soltanto per la fase acuta della pandemia o se avranno anche un impatto a lungo termine. È comunque utile distinguere tre effetti della pandemia:

- 1) effetti diretti, come infezioni, decessi e Long Covid;
- 2) effetti indiretti delle misure di protezione che si manifestano perlopiù a medio termine, come il rinvio delle cure o l'impatto sulla salute psichica;
- 3) effetti indiretti e tendenzialmente a lungo termine, come l'impatto sui determinanti sociali della salute [423].

Le misure atte a promuovere un'alimentazione equilibrata, un'attività fisica regolare e una buona salute psichica sono state molto importanti durante la pandemia – e ora lo sono più che mai. L'emergenza sanitaria ha messo in luce anche l'importanza del gruppo target dei familiari curanti. Nelle diverse fasi della pandemia, la promozione della salute ha dovuto adottare metodi di lavoro e approcci diversi. Sul lungo periodo si sono dimostrati molto importanti, tra le altre cose, la collaborazione interdisciplinare e interprofessionale, la digitalizzazione e soprattutto l'attenzione ai determinanti sociali della salute, la multisettorialità (*Health in All Policies*) e le misure improntate all'equità [412, 422, 424].

12 Riferimenti bibliografici

- [1] United Nations (UN) (2013). *World Population Ageing 2013*. <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2013.pdf>
- [2] Bundesamt für Statistik (BFS) (2020). *Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz und der Kantone 2020–2050* (Statistik der Schweiz, Themenbereich 1). <https://dam-api.bfs.admin.ch/hub/api/dam/assets/14963221/master>
- [3] Bundesamt für Statistik (BFS) (2020). *Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung nach Altersgruppen: Ergebnisse des Referenzszenarios [Tabelle]*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/zukuenftige-entwicklung/schweiz-szenarien.assetdetail.12107025.html>
- [4] Bundesamt für Statistik (BFS) (2021). *Indikatoren der Bevölkerungsstruktur, 1970–2020 [Tabelle]*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/stand-entwicklung/alter-zivilstand-staatsangehoerigkeit.assetdetail.18845653.html>
- [5] Bundesamt für Statistik (BFS) (2021). *Struktur der ständigen Wohnbevölkerung, 1970–2020 [Tabelle]*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/tabellen.asset-detail.18344198.html>
- [6] Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2019). *Gesund altern: Wohlbefinden trotz Einschränkungen*. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/gesund-leben/gesundheitsfoerderung-und-praevention/gesundheitsfoerderung-praevention-im-alter/gesund-altern.html>
- [7] Borkel, A., von Dungen, B., Goldapp, C., Haak, G., Schlüter, A. & Voigt, U. (2014). *In Zukunft alt? Gesund Älterwerden als Thema der Erwachsenenbildung*. BZgA; DVV. <https://shop.bzga.de/pdf/61420000.pdf>
- [8] Weber, D., Abel, B., Ackermann, G., Biedermann, A., Bürgi, F., Kessler, C., Schneider, J., Steinmann, R. M. & Widmer Howald, F. (2016). *Gesundheit und Lebensqualität im Alter: Grundlagen für kantonale Aktionsprogramme «Gesundheitsförderung im Alter»*. Bericht 5. GFCH. <https://gesundheitsfoerderung.ch/publikationen>
- [9] Höpflinger, F. (2019). *Wirtschaftliche Sicherung im Alter – gestern und heute*. <http://www.hoepflinger.com/fhtop/Wirtschaftliche-Lage.pdf>
- [10] Bundesamt für Statistik (BFS) (2021). *Höchste abgeschlossene Ausbildung in der Schweiz: Ständige Wohnbevölkerung ab 25 Jahren (2019) [Tabelle]*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bildung-wissenschaft/bildungsstand.assetdetail.15404053.html>
- [11] Bundesamt für Statistik (BFS) (2021). *Ständige Wohnbevölkerung nach Alter, Geschlecht und Staatsangehörigkeitskategorie, 2010–2020 [Tabelle]*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/stand-entwicklung/alter-zivilstand-staatsangehoerigkeit.assetdetail.18344193.html>
- [12] Bundesamt für Statistik (BFS) (2020). *Ständige und nichtständige Wohnbevölkerung nach institutionellen Gliederungen, Staatsangehörigkeit (Kategorie), Geburtsort, Geschlecht und Altersklasse [Tabelle]*. https://www.pxweb.bfs.admin.ch/pxweb/de/px-x-0103010000_201/-/px-x-0103010000_201.px/
- [13] Höpflinger, F. (2020). *Leben im Alter – aktuelle Feststellungen und zentrale Entwicklungen* (Socius-Grundlagen). Programm Socius, ein Engagement der Age-Stiftung. <https://www.age-stiftung.ch/publikation/leben-im-alter-aktuelle-feststellungen-und-zentrale-entwicklungen/>
- [14] Höpflinger, F. (2022). *Alter im Wandel – Zeitreihen für die Schweiz*. <http://www.hoepflinger.com/fhtop/Wandel-des-Alters.pdf>
- [15] Krell, C. (2014). *Alter und Altern bei Homosexuellen*. Beltz Juventa.
- [16] Diebold, M. & Widmer, M. (2019). *Gesundheitsindikatoren zur älteren Bevölkerung in der Schweiz*. Obsan. https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/npp/forschungsberichte/forschungsberichte_alter/indikatoren-gesundheit-65plus.pdf

- [17] Bundesamt für Statistik (BFS) (2019). *Gesundheitsstatistik 2019* (Statistik der Schweiz, Fachbereich 14 – Gesundheit). <https://dam-api.bfs.admin.ch/hub/api/dam/assets/10227275/master>
- [18] Bundesamt für Statistik (BFS) (2021). *Lebenszufriedenheit*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/querschnittsthemen/wohlfahrtsmessung/alle-indikatoren/gesellschaft/lebenszufriedenheit.html>
- [19] Bundesamt für Statistik (BFS) (2019). *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017: Ressourcen und Gesundheitsverhalten der Seniorinnen und Senioren*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken.assetdetail.10027510.html>
- [20] Bundesamt für Statistik (BFS) (2022). *Gesundheitszustand – Psychische Gesundheit – Energie und Vitalität, 2017* [Tabelle]. Statistik der Schweiz, Fachbereich 14 – Gesundheit. <http://www.portal-stat.admin.ch/sgb2017/files/de/02b6.xml>
- [21] Moreau-Gruet, F. (2014). *Monitoring zur psychischen Gesundheit – mit Fokus «Ältere Menschen» und «Stress am Arbeitsplatz»: Aktualisierung 2014* (Arbeitspapier 2). GFCH. www.gesundheitsfoerderung.ch/publikationen
- [22] Bundesamt für Statistik (BFS) (2019). *Vitalität und Energie* [Tabelle]. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheits/erhebungen/sgb.assetdetail.7586088.html>
- [23] World Health Organization (WHO) (2017). *Global strategy and action plan on ageing and health*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329960>
- [24] Bundesamt für Statistik (BFS) (2019). *Personen mit Bluthochdruck*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheits/gesundheitszustand/krankheiten.assetdetail.7586044.html>
- [25] Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan) (2022). *Stürze: Häufigkeit von Stürzen bei älteren Personen*. <https://ind.obsan.admin.ch/de/indicator/obsan/stuerze>
- [26] Niemann, S., Achermann Stürmer, Y., Derrer, P. & Ellenberger, L. (2021). *Status 2021: Statistik der Nichtberufsunfälle und des Sicherheitsniveaus in der Schweiz*. BFU. <https://doi.org/10.13100/BFU.2.399.01.2021>
- [27] Richter, M. & Hurrelmann, K. (Hg.) (2009). *Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven* (2. Aufl.). VS Verl. für Sozialwiss.
- [28] Soom Ammann, E. & Salis Gross, C. (2011). *Schwer erreichbare und benachteiligte Zielgruppen: Teilprojekt im Rahmen des Projekts «Best Practice Gesundheitsförderung im Alter»*. GFCH; BFU.
- [29] Weber, D. (2020). *Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz: Begriffsklärungen, theoretische Einführung, Praxisempfehlungen*. Grundlagenbericht. GDK; GFCH.
- [30] Bundesamt für Statistik (BFS) (2021). *Gesundheit im Alter*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheits/gesundheitszustand/alter.html>
- [31] Bundesamt für Statistik (BFS) (2022). *Gesundheitszustand – Psychische Gesundheit – Psychische Belastung: 2007, 2012, 2017* [Tabelle]. Statistik der Schweiz, Fachbereich 14 – Gesundheit. <http://www.portal-stat.admin.ch/sgb2017/files/de/02b6.xml>
- [32] Bundesamt für Statistik (BFS) (2014). *Einsamkeitsgefühle nach Alter, Geschlecht, Sprachgebiet, Bildungsniveau: 1997, 2002, 2007, 2012* [Tabelle]. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheits/gesundheitszustand/psychische.assetdetail.281800.html>
- [33] Bundesamt für Statistik (BFS) (2019). *Einsamkeitsgefühl*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/migration-integration/integrationindikatoren/indikatoren/einsamkeitsgefuehl.html>
- [34] Moreau-Gruet, F. (2013). *Multimorbidität bei Personen ab 50 Jahren: Ergebnisse der Befragung SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe)* (Obsan Bulletin 4/2013). Obsan. https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/obsan_bulletin_2013-04_d.pdf
- [35] Kruse, A. (2021). Entwicklung. In J. Pantel, C. Bollheimer, A. Kruse, J. Schröder, C. Sieber & V. A. Tesky (Hg.), *Praxishandbuch Altersmedizin: Geriatrie – Gerontopsychiatrie – Gerontologie* (2. Aufl., S. 140–149). Kohlhammer.
- [36] Jäncke, L. & Peper, M. (2022). *Plastizität*. Dorsch Lexikon der Psychologie. <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/plastizitaet>

- [37] Perrig-Chiello, P. (2014). *Das Leben ist kein ruhiger Fluss: Stressvolle biografische Übergänge und ihre Bewältigung*. 25. Zürcher Präventionstag: Stress beginnt im Alltag. Prävention auch. <https://doi.org/10.7892/boris.53433>
- [38] Dellenbach, M. & Angst, S. (2011). *Förderung der psychischen Gesundheit im Alter*. Teilprojekt im Rahmen des Projekts «Best Practice Gesundheitsförderung im Alter». Universität Zürich, Zentrum für Gerontologie.
- [39] Schelling, H. R. (2019). *Gesund altern auch mit gesundheitlichen Einschränkungen: Auf dem Weg zur WHO Decade of Healthy Ageing 2020–2030*. Präsentation. 2. Kantonales Austauschtreffen Deutschschweiz (KAD): Lebensqualität und Gesundheit im Alter. <https://www.psychologie.ch/presentation-schelling-fachtagung-2019>
- [40] Bundesamt für Gesundheit (BAG) & Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) (2013). *Nationale Demenzstrategie 2014–2017*.
- [41] Ecoplan (2013). *Grundlagen für eine Nationale Demenzstrategie: Demenz in der Schweiz. Ausgangslage*. BAG; GDK. https://www.ecoplan.ch/download/nsd_sb_de.pdf
- [42] Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., Brayne, C., Burns, A., Cohen-Mansfield, J., Cooper, C., Costafreda, S. G., Dias, A., Fox, N., Gitlin, L. N., Howard, R., Kales, H. C., Kivimäki, M., Larson, E. B., Ogunniyi, A., ... Mukadam, N. (2020). Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *Lancet*, 396(10248), 413–446. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30367-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30367-6)
- [43] Ma'u, E., Cullum, S., Cheung, G., Livingston, G. & Mukadam, N. (2021). Differences in the potential for dementia prevention between major ethnic groups within one country: A cross sectional analysis of population attributable fraction of potentially modifiable risk factors in New Zealand. *Lancet Reg Health West Pac*, 13(July), 100191. <https://doi.org/10.1016/j.lanwpc.2021.100191>
- [44] Busch, M. (2011). Demenzerkrankungen: Epidemiologie und Bedeutung vaskulärer Risikofaktoren. *CardioVasc*, 11(5), 32–38. <https://doi.org/10.1007/BF03359059>
- [45] Prince, M., Albanese, E., Gierchet, M. & Prina, M. (2014). *World Alzheimer Report 2014: Dementia and Risk Reduction: An Analysis of Protective and Modifiable Factors*. ADI. <https://www.alzint.org/resource/world-alzheimer-report-2014/>
- [46] World Health Organization (WHO) (2012). *Dementia: A Public Health Priority*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/75263>
- [47] Baumgart, M., Snyder, H. M., Carrillo, M. C., Fazio, S., Kim, H. & Johns, H. (2015). Summary of the evidence on modifiable risk factors for cognitive decline and dementia: a population-based perspective. *Alzheimers Dement*, 11(6), 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2015.05.016>
- [48] Rička, R., von Wartburg, L., Gamez, F. M. & von Greyerz, S. (2020). *Synthesebericht. Förderprogramm «Entlastungsangebote für betreuende Angehörige 2017–2020»*. BAG. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/foerderprogramme-der-fachkraefteinitiative-plus/foerderprogramme-entlastung-angehoerige.html>
- [49] Ngandu, T., Lehtisalo, J., Solomon, A., Levälähti, E., Ahtiluoto, S., Antikainen, R., Bäckman, L., Hänninen, T., Jula, A., Laatikainen, T., Lindström, J., Mangialasche, F., Paajanen, T., Pajala, S., Peltonen, M., Rauramaa, R., Stigsdotter-Neely, A., Strandberg, T., Tuomilehto, J., . . . Kivipelto, M. (2015). A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): a randomised controlled trial. *Lancet*, 385(9984), 2255–2263. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60461-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60461-5)
- [50] World Health Organization (WHO) (2022). *Dementia* [fact sheet]. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- [51] World Health Organization (WHO) (2015). *Altern in Gesundheit setzt einen Lebensverlaufansatz voraus*. WHO Europe News 2015/09. <https://www.euro.who.int/de/health-topics/Life-stages/pages/news/news/2015/09/healthy-ageing-requires-a-life-course-approach>
- [52] World Health Organization (WHO) (2020). *Decade of healthy ageing: baseline report*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/338677>

- [53] World Health Organization (WHO) (2015). *World report on ageing and health*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463>
- [54] Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung (BVPg) (2008). *Präventionsziele für die zweite Lebenshälfte*. https://www.vhs-sh.de/fileadmin/docs/Downloads/Programmbereiche/Gesundheit/Praeventionszeile_im_Alter.pdf
- [55] Kruse, A. (2014). Prävention und Gesundheitsförderung im hohen Alter. In K. Hurrelmann, T. Klotz & J. Haisch (Hg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (4. Aufl.). Hogrefe.
- [56] Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M. I., van der Meer, J. W. M., Schnabel, P., Smith, R., van Weel, C. & Smid, H. (2011). How should we define health? *BMJ*, 343, d4163. <https://doi.org/10.1136/bmj.d4163>
- [57] Flor, W. (2019). *Alter(n) und Gesundheitsförderung* (BZgA-Leitbegriffe). BZgA. <https://doi.org/10.17623/BZGA:224-i002-2.0>
- [58] WHO Regional Office for Europe (WHO Europe) (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/349654>
- [59] Hurrelmann, K., Richter, M., Klotz, T. & Stock, S. (2018). Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In K. Hurrelmann, M. Richter, T. Klotz, S. Stock, T. Altgeld, O. von dem Knesebeck, V. Ottova, U. Ravens-Sieberer, W. Süss & A. Trojan (Hg.), *Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung: Grundlagen, Konzepte und Umsetzungsstrategien* (5. Aufl., S. 23–33). Hogrefe.
- [60] IHME GHDx (Hg.) (2022). *DALYs (Disability-Adjusted Life Years): Switzerland, both sexes, 55 plus, year 2019*. GBD results tool. <https://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2019-permalink/6eb0ad17e63b31d4fba0c17ab25c3a0c>
- [61] IHME GHDx (Hg.) (2022). *DALYs (Disability-Adjusted Life Years), %, Switzerland, both sexes, 55 plus, year 2019*. GBD results tool. <https://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2019-permalink/63a908d6561dc69cad3397901ce88088>
- [62] World Health Organization (WHO) (2011). *Global status report on noncommunicable diseases 2010*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44579>
- [63] World Health Organization (WHO) (2016). *Action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases in the WHO European Region*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341522>
- [64] Böhm, K., Tesch-Römer, C., Ziese, T. & Lampert, T. (Hg.) (2009). *Gesundheit und Krankheit im Alter*. (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes). RKI.
- [65] Bürli, C., Amstad, F. T., Duetz Schmucki, M. & Schibli, D. (2015). *Psychische Gesundheit in der Schweiz: Bestandsaufnahme und Handlungsfelder*. Bericht im Auftrag des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik. BAG.
- [66] Schuler, D. & Burla, L. (2012). *Psychische Gesundheit in der Schweiz: Monitoring 2012* (Obsan Bericht 52). Obsan. <https://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/2012-psychische-gesundheit-der-schweiz>
- [67] Schenk, J., Ledermann, K. & Martin Sölch, C. (2021). *Revue systématique de la littérature concernant le lien entre les facteurs psycho-sociaux et les maladies nontransmissibles*. Université de Fribourg; BAG. <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/npp/forschungsberichte/forschungsberichte-ncd/literatur-psycho-soziale-faktoren-ncd.pdf>
- [68] ten Bruggencate, T., Luijkx, K. G. & Sturm, J. (2018). Social needs of older people: a systematic literature review. *Ageing Soc*, 38(9), 1745–1770. <https://doi.org/10.1017/S0144686X17000150>
- [69] McGilton, K. S., Vellani, S., Yeung, L., Chishtie, J., Comisso, E., Ploeg, J., Andrew, M. K., Ayala, A. P., Gray, M., Morgan, D., Chow, A. F., Parrott, E., Stephens, D., Hale, L., Keatings, M., Walker, J., Wodchis, W. P., Dubé, V., McElhaney, J. & Puts, M. (2018). Identifying and understanding the health and social care needs of older adults with multiple chronic conditions and their caregivers: a scoping review. *BMC Geriatr*, 18(1), 231. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0925-x>
- [70] van Leeuwen, K. M., van Loon, M. S., van Nes, F. A., Bosmans, J. E., de Vet, H. C. W., Ket, J. C. F., Widdershoven, G. A. M., Ostelo, R. W. J. G. & Ginsberg, S. D. (2019). What does quality of life mean to older adults? A thematic synthesis. *PLoS One*, 14(3), e0213263. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213263>

- [71] Nosraty, L., Jylhä, M., Raittila, T. & Lumme-Sandt, K. (2015). Perceptions by the oldest old of successful aging, Vitality 90+ Study. *J Aging Stud*, 32, 50–58. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2015.01.002>
- [72] Abdi, S., Spann, A., Borilovic, J., Witte, L. de & Hawley, M. (2019). Understanding the care and support needs of older people: a scoping review and categorisation using the WHO international classification of functioning, disability and health framework (ICF). *BMC Geriatr*, 19(1), 195. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1189-9>
- [73] Otto, U., Leu, A., Bischofberger, I., Gerlich, R., Riguzzi, M., Jans, C. & Golder, L. (2019). *Bedürfnisse und Bedarf von betreuenden Angehörigen nach Unterstützung und Entlastung: eine Bevölkerungsbefragung*. Schlussbericht des Forschungsmandats G01a des Förderprogramms «Entlastungsangebote für betreuende Angehörige 2017–2020». BAG. https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitspolitik/foerderprogramme/fp_pflegerische_angehoerige/Kurzfassungen_Schlussberichte/Schlussbericht_Bedürfnisse_Entlastung.pdf
- [74] World Health Organization (WHO) (2016). *Weltbericht über Altern und Gesundheit: Zusammenfassung*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/186468>
- [75] Pro Senectute Schweiz (2018). *Zwäg ins Alter ZiA 2018–2021: Kurzbeschreibung*. https://so.prosenectute.ch/dam/jcr:79e05124-5502-4ae6-b1bc-afefd03a9c89/Kurzbeschreibung_ZiA_November_2018.pdf
- [76] Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH) (2020). *Gesundheitsförderung*. Glossar quint-essenz. <https://quint-essenz.ch/de/concepts/166>
- [77] Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH) (2020). *Prävention, Krankheitsprävention*. Glossar quint-essenz. <https://quint-essenz.ch/de/concepts/186>
- [78] General Secretariat of the EU Council (2021). *Council Conclusions on Mainstreaming Ageing in Public Policies*. <https://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-6976-2021-INIT/en/pdf>
- [79] Richner, D., Bernet, F., Ulshöfer, C. T. & Guggenbühl, L. (2021). *Weiss die Schweiz, was sie für ihre psychische Gesundheit tun kann? Ergebnisse einer repräsentativen Befragung zur psychischen Gesundheitskompetenz in der Schweiz* (Faktenblatt 60). GFCH. www.gesundheitsfoerderung.ch/publikationen
- [80] Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH) (2012). *Setting*. Glossar quint-essenz. <https://quint-essenz.ch/de/concepts/143>
- [81] Fässler, S. & Studer, S. (2019). *Wirkungsevaluation von Interventionen: Leitfaden für Projekte im Bereich Bewegung, Ernährung und psychische Gesundheit* (Arbeitspapier 46). GFCH. www.gesundheitsfoerderung.ch/publikationen
- [82] Bundesamt für Statistik (BFS) (2021). *Freiwilligenarbeit, Beteiligung der Bevölkerung in %: 1997, 2000, 2004, 2007, 2010, 2013, 2016, 2020* [Tabelle]. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/arbeit-erwerb/erwerbstaetigkeit-arbeitszeit/vereinbarkeit-unbezahlte-arbeit/freiwilligenarbeit.assetdetail.17124494.html>
- [83] Bundesamt für Statistik (BFS) (2021). *Freiwilligenarbeit*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/arbeit-erwerb/erwerbstaetigkeit-arbeitszeit/vereinbarkeit-unbezahlte-arbeit/freiwilligenarbeit.html>
- [84] Lamprecht, M., Fischer, A. & Stamm, H. (2020). *Freiwilliges Engagement in der zweiten Lebenshälfte*. SGG; Beisheim-Stiftung. <https://www.beisheim-stiftung.com/ch/de/aktuelles/freiwilliges-engagement-im-alter>
- [85] Kruse, A. & Schmitt, E. (2021). Potenziale. In J. Pantel, C. Bollheimer, A. Kruse, J. Schröder, C. Sieber & V. A. Tesky (Hg.), *Praxishandbuch Altersmedizin: Geriatrie – Gerontopsychiatrie – Gerontologie* (2. Aufl., S. 177–184). Kohlhammer.
- [86] Bundesamt für Statistik (BFS) (2022). *Gesundheitskosten nach Alter und Geschlecht* [Schätzung]. <https://www.bfs.admin.ch/asset/de/je-d-14.05.01.04>
- [87] Colombier, C. (2012). *Ausgabenprojektionen für das Gesundheitswesen bis 2060* (Working Paper der EFV 19). https://www.efv.admin.ch/dam/efv/de/dokumente/publikationen/arbeiten_oekonomenteam/workingpapers/Working_Paper_19_d_Web.pdf
- [88] Felder, S. (2013). The Impact of Demographic Change on Healthcare Expenditure. *CESifo DICE Report*, 11(1), 3–6. <https://www.ifo.de/DocDL/dicereport113-forum1.pdf>

- [89] Karlsson, M. & Klohn, F. (2014). Testing the red herring hypothesis on an aggregated level: ageing, time-to-death and care costs for older people in Sweden. *Eur J Health Econ*, 15(5), 533–551. <https://doi.org/10.1007/s10198-013-0493-0>
- [90] Westerhout, E. (2014). Population ageing and health care expenditure growth. In S. Harper & K. A. Hamblin (Hg.), *Handbooks of research on public policy. International handbook on ageing and public policy* (S. 178–190). Elgar.
- [91] Schweizerischer Bundesrat (2012). Entwicklungsszenarien Ausgaben im Gesundheitswesen. In *Legislaturfinanzplan 2013–2015: Anhang zur Botschaft über die Legislaturplanung 2011–2015. Anhang 2* (S. 157–171). Schweizerische Eidgenossenschaft.
- [92] Felder, S., Meyer, S. & Bieri, D. (2015). *Die Rolle der privaten Spitex in der ambulanten Pflege – heute und in 20 Jahren: Schlussbericht*. ASPS. https://www.omeris.ch/wp-content/uploads/2017/11/220_WX_Kurzfassung-Studie-S.-Felder.pdf
- [93] Höpflinger, F., Bayer-Oglesby, L. & Zumbrunn, A. (2011). *Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter: Aktualisierte Szenarien für die Schweiz*. Obsan. https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/2011_hh_pflegebed_d.pdf
- [94] Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH) (2016). *Gesundheitsförderung im Alter: Fakten und Zahlen* (Faktenblatt 15). www.gesundheitsfoerderung.ch/publikationen
- [95] Eling, M. & Elvedi, M. (2019). *Die Zukunft der Langzeitpflege in der Schweiz* (IWW HSG Schriftenreihe 66). <https://www.iww.unisg.ch/wp-content/uploads/2019/08/Band66-Langfassung.pdf>
- [96] Schweizerische Eidgenossenschaft (2012). *Legislaturfinanzplan 2013–2015: Anhang zur Botschaft über die Legislaturplanung 2011–2015. Anhang 2*.
- [97] Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2018). *Chancengleichheit und Gesundheit: Zahlen und Fakten für die Schweiz*. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-zu-chancengleichheit.html>
- [98] Bundesamt für Statistik (BFS) (2014). *Die funktionale Gesundheit von älteren Menschen in Privathaushalten: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012* (BFS aktuell). <https://dam-api.bfs.admin.ch/hub/api/dam/assets/349311/master>
- [99] Bachmann, N., Burla, L. & Kohler, D. (2015). *Gesundheit in der Schweiz: Fokus chronische Erkrankungen*. Nationaler Gesundheitsbericht 2015 (Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums). Hogrefe. https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/gesundheitsbericht_2015_d_0.pdf
- [100] Guggisberg, J., Bodory, H., Höglinger, D., Bischof, S. & Rudin, M. (2020). *Gesundheit der Migrationsbevölkerung: Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2017*. Schlussbericht. BAG. <https://www.buerobass.ch/kernbereiche/projekte/gesundheit-der-migrationsbevoelkerung-ergebnisse-der-schweizerischen-gesundheitsbefragung-2017>
- [101] Krüger, P., Pfister, A., Eder, M. & Mikolasek, M. (2021). *Vergleichender Bericht zur Gesundheit von LGBT-Personen: Schlussbericht*. (Draft). HSLU.
- [102] Misoch, S. (2017). «Lesbian, gay & grey»: Besondere Bedürfnisse von homosexuellen Frauen und Männern im dritten und vierten Lebensalter. *Z Gerontol Geriatr*, 50(3), 239–246. <https://doi.org/10.1007/s00391-016-1030-4>
- [103] World Health Organization (WHO) (2018). *Health inequities and their causes*. https://www.who.int/features/factfiles/health_inequities/en/
- [104] World Health Organization (WHO) (2013). *Social determinants of health: Key concepts*. http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/en/
- [105] WHO Regional Office for Europe (WHO Europe) (2014). *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report*. Updated reprint. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/251878/Review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-WHO-European-Region-FINAL-REPORT.pdf

- [106] AG NCD-Strategie Teilprojekt 1 (Hg.) (2015). *Risikofaktoren, nationale Präventionsaktivitäten und Synergien zu krankheitsspezifischen Teilstrategien: Grundlagebericht als Basis für die zur Erarbeitung der nationalen Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie)*. Unveröffentlichter Bericht.
- [107] Homfeldt, H. G. (2010). Gesundheit und Krankheit im Alter. In K. Aner & U. Karl (Hg.), *Handbuch Soziale Arbeit und Alter* (S. 315–320). VS Verl. für Sozialwiss. https://doi.org/10.1007/978-3-531-92004-7_31
- [108] Kowalski, C., Steinhausen, S., Pfaff, H. & Janßen, C. (2008). Sozioökonomische Ungleichheit erfordert zielgruppenspezifische Präventionsprogramme. *Public Health Forum*, 16(2), e1–e3. <https://doi.org/10.1016/j.phf.2008.04.017>
- [109] Gittelsohn, J. & Trude, A. (2017). Diabetes and obesity prevention: changing the food environment in low-income settings. *Nutr Rev*, 75(Suppl. 1), 62–69. <https://doi.org/10.1093/nutrit/nuw038>
- [110] Weber, D. & Hösli, S. (2020). *Chancengleichheit in Gesundheitsförderung und Prävention: Bewährte Ansätze und Erfolgskriterien*. Kurzversion für die Praxis. BAG; GFCH; GDK. <https://gesundheitsfoerderung.ch/publikationen>
- [111] Salis Gross, C., Soom Ammann, E. & El Fehri, V. (2012). Die Rolle sozialer Netzwerke beim Rauchstopp. *Suchtmagazin*(3–4), 26–29. <https://doi.org/10.5167/uzh-74947>
- [112] Moret, J. & Dahinden, J. (2009). *Wege zu einer besseren Kommunikation*. EKM. https://www.ekm.admin.ch/dam/ekm/de/data/dokumentation/materialien/mat_wege_kommunikation_d.pdf
- [113] Kricheldorf, C. (2010). Bildungsarbeit mit älteren und alten Menschen. In K. Aner & U. Karl (Hg.), *Handbuch Soziale Arbeit und Alter* (S. 99–109). VS Verl. für Sozialwiss. https://doi.org/10.1007/978-3-531-92004-7_9
- [114] Hackl, C. (2007). *Gesundheitsförderung für ältere Menschen, mit dem Schwerpunkt sozial Schwache* [Diplomarbeit, IMC Fachhochschule Krems].
- [115] Baxter, S., Johnson, M., Payne, N., Buckley-Woods, H., Blank, L., Hock, E., Daley, A., Taylor, A., Pavey, T., Mountain, G. & Goyder, E. (2016). Promoting and maintaining physical activity in the transition to retirement: a systematic review of interventions for adults around retirement age. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 13, 12. <https://doi.org/10.1186/s12966-016-0336-3>
- [116] Lood, Q., Häggblom-Kronlöf, G. & Dahlin-Ivanoff, S. (2015). Health promotion programme design and efficacy in relation to ageing persons with culturally and linguistically diverse backgrounds: a systematic literature review and meta-analysis. *BMC Health Serv Res*, 15, 560. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1222-4>
- [117] Craike, M., Wiesner, G., Hilland, T. A. & Bengoechea, E. G. (2018). Interventions to improve physical activity among socioeconomically disadvantaged groups: an umbrella review. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 15(1), Artikel 43. <https://doi.org/10.1186/s12966-018-0676-2>
- [118] Olstad, D. L., Ancilotto, R., Teychenne, M., Minaker, L. M., Taber, D. R., Raine, K. D., Nykiforuk, C. I. J. & Ball, K. (2017). Can targeted policies reduce obesity and improve obesity-related behaviours in socioeconomically disadvantaged populations? A systematic review. *Obes Rev*, 18(7), 791–807. <https://doi.org/10.1111/obr.12546>
- [119] Abeykoon, A. M. H., Engler-Stringer, R. & Muhajarine, N. (2017). Health-related outcomes of new grocery store interventions: a systematic review. *Public Health Nutr*, 20(12), 2236–2248. <https://doi.org/10.1017/S1368980017000933>
- [120] Ball, K., Carver, A., Downing, K., Jackson, M. & O'Rourke, K. (2015). Addressing the social determinants of inequities in physical activity and sedentary behaviours. *Health Promot Int*, 30(Suppl. 2), ii8–19. <https://doi.org/10.1093/heapro/dav022>
- [121] Everson-Hock, E. S., Johnson, M., Jones, R., Woods, H. B., Goyder, E., Payne, N. & Chilcott, J. (2013). Community-based dietary and physical activity interventions in low socioeconomic groups in the UK: a mixed methods systematic review. *Prev Med*, 56(5), 265–272. <https://doi.org/10.1016/j.yjmed.2013.02.023>

- [122] Schnyder-Walser, K., Ruflin, R., Grunder, M. & Widmer, P. (2015). *Literaturanalyse «Gesundheitliche Ungleichheit: Ursachen, Problemfelder und mögliche Massnahmen ausserhalb des Migrationskontexts»*. Schlussbericht. BAG. <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitspolitik/gesundheitsliche-chancengleichheit/literaturanalyse-gesundheitliche-ungleichheit.pdf>
- [123] Seifert, A., Ackermann, T. & Schelling, H. R. (2020). *Digitale Senioren 2020: Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) durch Personen ab 65 Jahren in der Schweiz*. Studie III. Universität Zürich, Zentrum für Gerontologie; Pro Senectute Schweiz.
- [124] Seifert, A. (2022). Digitale Transformation in den Haushalten älterer Menschen. *Z Gerontol Geriatr*, 55(4), 305–311. <https://doi.org/10.1007/s00391-021-01897-5>
- [125] Rasche, P., Wille, M., Brühl, C., Theis, S., Schäfer, K., Knobe, M. & Mertens, A. (2018). Prevalence of Health App Use Among Older Adults in Germany: National Survey. *JMIR mHealth and uHealth*, 6(1), e26. <https://doi.org/10.2196/mhealth.8619>
- [126] Schlomann, A., Seifert, A., Zank, S. & Rietz, C. (2020). Assistive Technology and Mobile ICT Usage Among Oldest-Old Cohorts: Comparison of the Oldest-Old in Private Homes and in Long-Term Care Facilities. *Res Aging*, 42(5–6), 163–173. <https://doi.org/10.1177/0164027520911286>
- [127] von Storch, K., Schlomann, A., Rietz, C., Polidori, M. C. & Woopen, C. (2018). Wearables zur Unterstützung des Selbstmanagements von älteren Menschen mit chronischen Erkrankungen: Eine qualitative Studie aus der Perspektive von Patienten und Ärzten. *Z Gerontol Geriatr*, 51(7), 791–798. <https://doi.org/10.1007/s00391-017-1323-2>
- [128] Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2020). *Achter Altersbericht: Ältere Menschen und Digitalisierung*. <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/ministerium/berichte-der-bundesregierung/achter-altersbericht>
- [129] Cotten, S. R. (2021). Technologies and aging: understanding use, impacts, and future needs. In K. F. Ferraro & D. Carr (Hg.), *Handbooks of aging: Bd. 1. Handbook of aging and the social sciences* (9. Aufl., S. 373–392). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-815970-5.00023-1>
- [130] Francis, J., Ball, C., Kadylak, T. & Cotten, S. R. (2019). Aging in the Digital Age: Conceptualizing Technology Adoption and Digital Inequalities. In B. B. Neves & F. Vetere (Hg.), *Ageing and Digital Technology: Designing and Evaluating Emerging Technologies for Older Adults* (S. 35–49). Springer. https://doi.org/10.1007/978-981-13-3693-5_3
- [131] König, R., Seifert, A. & Doh, M. (2018). Internet use among older Europeans: an analysis based on SHARE data. *Univers Access Inf Soc*, 17(3), 621–633. <https://doi.org/10.1007/s10209-018-0609-5>
- [132] Quittschalle, J., Stein, J., Luppa, M., Pabst, A., Löbner, M., Koenig, H.-H. & Riedel-Heller, S. G. (2020). Internet Use in Old Age: Results of a German Population. *J Med Internet Res*, 22(11), e15543. <https://doi.org/10.2196/15543> (Representative Survey).
- [133] Seifert, A. & Vandelanotte, C. (2021). The use of wearables and health apps and the willingness to share self-collected data among older adults. *Aging Health Res*, 1(3), 100032. <https://doi.org/10.1016/j.ahr.2021.100032>
- [134] Varlamova, M., Premrov, T., Fuchs, M., Forsman, A. K., Bovenzi, G. M. & Strollo, F. (2020). *Ageing in Europe: from north to south*. European Liberal Forum. https://liberalforum.eu/wp-content/uploads/2021/07/Ageing-in-Europe-book_final_final_v.14.12.pdf
- [135] Seifert, A., Cotten, S. R., Xie, B. & Carr, D. (2021). A Double Burden of Exclusion? Digital and Social Exclusion of Older Adults in Times of COVID-19. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 76(3), e99–e103. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa098>
- [136] Baumann, E., Czerwinski, F., Rosset, M., Seelig, M. & Suhr, R. (2020). Wie informieren sich die Menschen in Deutschland zum Thema Gesundheit? Erkenntnisse aus der ersten Welle von HINTS Germany *Bundesgesundheitsblatt*, 63(9), 1151–1160. <https://doi.org/10.1007/s00103-020-03192-x>
- [137] Medlock, S., Eslami, S., Askari, M., Arts, D. L., Sent, D., Rooij, S. E. de & Abu-Hanna, A. (2015). Health information-seeking behavior of seniors who use the Internet: a survey. *J Med Internet Res*, 17(1), e10. <https://doi.org/10.2196/jmir.3749>

- [138] Seifert, A. & Schlomann, A. (2017). Gesundheitsthemen im Internet suchen – etwas für ältere Menschen? *NOVAcura*, 48(4), 39–41.
- [139] Tuckson, R. V., Edmunds, M. & Hodgkins, M. L. (2017). Telehealth. *N Engl J Med*, 377(16), 1585–1592. <https://doi.org/10.1056/NEJMs1503323>
- [140] Kowatsch, T., Harperink, S., Cotti, A., Trémeaud, R., Schneider, J. & Della Valle, M. (2021). *Evaluierungs-Framework und Kriterienkatalog für digitale Gesundheitsinterventionen in der Schweiz*. <https://doi.org/10.3929/ETHZ-B-000470919>
- [141] Seifert, A., Reinwand, D. A. & Schlomann, A. (2019). Designing and Using Digital Mental Health Interventions for Older Adults: Being Aware of Digital Inequality. *Front Psychiatry*, 10, 568. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00568>
- [142] Meidert, U., Scheermesser, M., Prieur, Y., Hegyi, S., Stockinger, K., Eyyi, G., Evers-Wölk, M., Jacobs, M., Oertel, B. & Becker, H. (2018). *Quantified Self: Schnittstelle zwischen Lifestyle und Medizin*. (TA-Swiss). vdf Hochschulverlag.
- [143] Seifert, A. & Meidert, U. (2018). «Quantified seniors»: Technisch unterstützte Selbstvermessung bei älteren Personen. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 13(4), 353–360. <https://doi.org/10.1007/s11553-018-0646-1>
- [144] Seifert, A., Schlomann, A., Rietz, C. & Schelling, H. R. (2017). The use of mobile devices for physical activity tracking in older adults' everyday life. *Digit Health*, 3(1), 1–12. <https://doi.org/10.1177/2055207617740088>
- [145] Schlomann, A. (2017). A case study on older adults' long-term use of an activity tracker. *Gerontechnology*, 16(2), 115–124.
- [146] Klebbe, R., Steinert, A. & Müller-Werdan, U. (2019). Wearables for Older Adults: Requirements, Design, and User Experience. In I. Buchem, R. Klamma & F. Wild (Hg.), *Perspectives on Wearable Enhanced Learning (WELL): Current Trends, Research, and Practice* (S. 313–332). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-64301-4_15
- [147] Dobkin, B. H. (2013). Wearable motion sensors to continuously measure real-world physical activities. *Curr Opin Neurol*, 26(6), 602–608. <https://doi.org/10.1097/WCO.000000000000026>
- [148] Jindai, K., Nielson, C. M., Vorderstrasse, B. A. & Quiñones, A. R. (2016). Multimorbidity and functional limitations among adults 65 or older: NHANES 2005–2012. *Prev Chronic Dis*, 13, 160–174. <https://doi.org/10.5888/pcd13.160174>
- [149] Seifert, A., Christen, M. & Martin, M. (2018). Willingness of Older Adults to Share Mobile Health Data with Researchers. *GeroPsych (Bern)*, 31(1), 41–49. <https://doi.org/10.1024/1662-9647/a000181>
- [150] Koivisto, J., Malik, A. & Heyn, P. C. (2021). Gamification for older adults: a systematic literature review. *Gerontologist*, 61(7), e360–e372. <https://doi.org/10.1093/geront/gnaa047>
- [151] Wellmann, C. & Bittner, J. V. (2016). Gamification-Elemente bei Apps zur Bewegungsförderung. *Wirtschaftspsychologie*, 18(4), 28–39. <https://pub.uni-bielefeld.de/record/2904462>
- [152] Doh, M., Schmidt, L. I., Herbolsheimer, F., Jokisch, M. & Wahl, H.-W. (2015). Patterns of ICT use among «Senior Technology Experts»: the role of demographic variables, subjective beliefs and attitudes. In J. Zhou & G. Salvendy (Hg.), *Lecture notes in computer science: Bd. 9193, Human Aspects of IT for the Aged Population: Design for Aging. Proceedings, Part I* (S. 177–188). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-20892-3_18
- [153] Free, C., Phillips, G., Galli, L., Watson, L., Felix, L., Edwards, P., Patel, V., Haines, A. & Cornford, T. (2013). The effectiveness of mobile-health technology-based health behaviour change or disease management interventions for health care consumers: a systematic review. *PLoS Med*, 10(1), e1001362. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001362>
- [154] Kricheldorf, C., König, P., Klobucnik, T., Schmidt, S. & Tonello, L. (2017). *Ethische Guidelines für Forschung und Entwicklung im Bereich Alter und Technik: Grundlagen für die Arbeit in Ethikkommissionen*. Pabst Science Publishers.
- [155] Darvishy, A., Hutter, H.-P. & Seifert, A. (2021). *Altersgerechte digitale Kanäle: Webseiten und mobile Apps*. Springer Fachmedien; Springer Vieweg. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-35501-2>

- [156] Czaja, S. J., Boot, W. R., Charness, N. & Rogers, W. A. (2019). *Designing for older adults: principles and creative human factors approaches* (3. Aufl.) (Human factors and aging series). CRC Press Taylor & Francis Group.
- [157] Bundesamt für Sport (BASPO), Bundesamt für Gesundheit (BAG), Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH), Beratungsstelle für Unfallverhütung (BFU), Suva & Netzwerk Gesundheit und Bewegung Schweiz (hepa.ch) (2013). *Gesundheitswirksame Bewegung: Grundlagendokument*. www.gesundheitsfoerderung.ch/publikationen
- [158] Götschi, T., Kahlmeier, S., Martin-Diener, E., Martin, B. W., Bize, R., Simonson, T., Rathod, A. & Diebold, M. (2015). *Aktive Mobilität und Gesundheit: Hintergrundbericht für den nationalen Gesundheitsbericht 2015* (Obsan Dossier 47). Obsan.
- [159] Musselwhite, C. (2021). Prioritising transport barriers and enablers to mobility in later life: A case study from Greater Manchester in the United Kingdom. *J Transp Health*, 22(February), 101085. <https://doi.org/10.1016/j.jth.2021.101085>
- [160] senior-lab & mobil sein & bleiben (2021). *Mobilität der Senioren und Seniorinnen in der Schweiz*. Factsheet. <https://mobilsein-mobilbleiben.ch/docs/Blog/factsheet-mobilitaetsumfrage.pdf>
- [161] Pahor, M., Guralnik, J. M., Ambrosius, W. T., Blair, S., Bonds, D. E., Church, T. S., Espeland, M. A., Fielding, R. A., Gill, T. M., Groessl, E. J., King, A. C., Kritchevsky, S. B., Manini, T. M., McDermott, M. M., Miller, M. E., Newman, A. B., Rejeski, W. J., Sink, K. M. & Williamson, J. D. (2014). Effect of structured physical activity on prevention of major mobility disability in older adults: the LIFE study randomized clinical trial. *JAMA*, 311(23), 2387–2396. <https://doi.org/10.1001/jama.2014.5616>
- [162] Cesari, M., Vellas, B., Hsu, F.-C., Newman, A. B., Doss, H., King, A. C., Manini, T. M., Church, T. S., Gill, T. M., Miller, M. E. & Pahor, M. (2015). A physical activity intervention to treat the frailty syndrome in older persons—results from the LIFE-P study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 70(2), 216–222. <https://doi.org/10.1093/gerona/glu099>
- [163] Seematter-Bagnoud, L., Bize, R., Mettler, D., Büla, C. & Santos-Eggimann, B. (2011). *Promotion de l'activité physique: Projet «Bonnes pratiques de promotion de la santé des personnes âgées»* (Serveur académique Lausannois). UNIL. <https://hdl.handle.net/10670/1.7vukui>
- [164] Burtscher, J., Burtscher, M. & Millet, G. P. (2021). The central role of mitochondrial fitness on antiviral defenses: an advocacy for physical activity during the COVID-19 pandemic. *Redox Biol*, 43, 101976. <https://doi.org/10.1016/j.redox.2021.101976>
- [165] Chastin, S. F. M., Abaraogu, U., Bourgois, J. G., Dall, P. M., Darnborough, J., Duncan, E., Dumortier, J., Pavón, D. J., McParland, J., Roberts, N. J. & Hamer, M. (2021). Effects of Regular Physical Activity on the Immune System, Vaccination and Risk of Community-Acquired Infectious Disease in the General Population: Systematic Review and Meta-Analysis. *Sports Med*, 51(8), 1673–1686. <https://doi.org/10.1007/s40279-021-01466-1>
- [166] Sallis, R., Young, D. R., Tartof, S. Y., Sallis, J. F., Sall, J., Li, Q., Smith, G. N. & Cohen, D. A. (2021). Physical inactivity is associated with a higher risk for severe COVID-19 outcomes: a study in 48 440 adult patients. *Br J Sports Med*, 55(19), 1099–1105. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2021-104080>
- [167] Woods, J. A., Hutchinson, N. T., Powers, S. K., Roberts, W. O., Gomez-Cabrera, M. C., Radak, Z., Berkes, I., Boros, A., Boldogh, I., Leeuwenburgh, C., Coelho-Júnior, H. J., Marzetti, E., Cheng, Y., Liu, J., Durstine, J. L., Sun, J. & Ji, L. L. (2020). The COVID-19 pandemic and physical activity. *Sports Med Health Sci*, 2(2), 55–64. <https://doi.org/10.1016/j.smhs.2020.05.006>
- [168] Buecker, S., Simacek, T., Ingwersen, B., Terwiel, S. & Simonsmeier, B. A. (2021). Physical activity and subjective well-being in healthy individuals: a meta-analytic review. *Health Psychol Rev*, 15(4), 574–592. <https://doi.org/10.1080/17437199.2020.1760728>
- [169] Sawa, R., Asai, T., Doi, T., Misu, S., Murata, S., Ono, R. & Knight, B. G. (2020). The Association Between Physical Activity, Including Physical Activity Intensity, and Fear of Falling Differs by Fear Severity in Older Adults Living in the Community. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 75(5), 953–960. <https://doi.org/10.1093/geronb/gby103>

- [170] Stamm, H., Gebert, A., Wiegand, D. & Lamprecht, M. (2013). *Die Förderung gesundheitswirksamer Bewegung und der Kampf gegen die Inaktivität: Situationsanalyse und Definition der Rolle des Bundesamtes für Gesundheit*. Schlussbericht. BAG. <https://www.aramis.admin.ch/Default?DocumentID=3033>
- [171] McPhee, J. S., French, D. P., Jackson, D., Nazroo, J., Pendleton, N. & Degens, H. (2016). Physical activity in older age: perspectives for healthy ageing and frailty. *Biogerontology*, 17(3), 567–580. <https://doi.org/10.1007/s10522-016-9641-0>
- [172] Wiswell, R. A., Hawkins, S. A., Jaque, S. V., Hyslop, D., Constantino, N., Tarpinning, K., Marcell, T. & Schroeder, E. T. (2001). Relationship between physiological loss, performance decrement, and age in master athletes. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 56(10), M618–M626. <https://doi.org/10.1093/gerona/56.10.M618>
- [173] Harridge, S. D. R. & Lazarus, N. R. (2017). Physical activity, aging, and physiological function. *Physiology (Bethesda)*, 32(2), 152–161. <https://doi.org/10.1152/physiol.00029.2016>
- [174] Saint-Maurice, P. F., Coughlan, D., Kelly, S. P., Keadle, S. K., Cook, M. B., Carlson, S. A., Fulton, J. E. & Matthews, C. E. (2019). Association of Leisure-Time Physical Activity Across the Adult Life Course With All-Cause and Cause-Specific Mortality. *JAMA Netw Open*, 2(3), e190355. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.0355>
- [175] Dipietro, L., Campbell, W. W., Buchner, D. M., Erickson, K. I., Powell, K. E., Bloodgood, B., Hughes, T., Day, K. R., Piercy, K. L., Vaux-Bjerke, A. & Olson, R. D. (2019). Physical activity, injurious falls, and physical function in aging: an umbrella review. *Med Sci Sports Exerc*, 51(6), 1303–1313. <https://doi.org/10.1249/MSS.0000000000001942>
- [176] Taylor, D. (2014). Physical activity is medicine for older adults. *Postgrad Med J*, 90(1059), 26–32. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2012-131366>
- [177] Chodzko-Zajko, W. J., Proctor, D. N., Fiatarone Singh, M. A., Minson, C. T., Nigg, C. R., Salem, G. J. & Skinner, J. S. (2009). American College of Sports Medicine position stand: exercise and physical activity for older adults. *Med Sci Sports Exerc*, 41(7), 1510–1530. <https://doi.org/10.1249/MSS.0b013e3181a0c95c>
- [178] Büla, C., Jotterand, S., Martin, B. W., Bize, R., Lenoble-Hoskovec, C. & Seematter-Bagnoud, L. (2014). Bewegung im Alter: dafür ist es nie zu spät! *Swiss Medical Forum*, 14(45), 836–841. <https://doi.org/10.4414/SMF.2014.02090>
- [179] Chou, C.-H., Hwang, C.-L. & Wu, Y.-T. (2012). Effect of exercise on physical function, daily living activities, and quality of life in the frail older adults: a meta-analysis. *Arch Phys Med Rehabil*, 93(2), 237–244. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2011.08.042>
- [180] Cochrane, T., Munro, J., Davey, R. & Nicholl, J. (1998). Exercise, Physical Function and Health Perceptions of Older People. *Physiotherapy*, 84(12), 598–602. [https://doi.org/10.1016/S0031-9406\(05\)66153-6](https://doi.org/10.1016/S0031-9406(05)66153-6)
- [181] de Vries, N. M., van Ravensberg, C. D., Hobbelen, J. S. M., Olde Rikkert, M. G. M., Staal, J. B. & Nijhuis-van der Sanden, M. W. G. (2012). Effects of physical exercise therapy on mobility, physical functioning, physical activity and quality of life in community-dwelling older adults with impaired mobility, physical disability and/or multi-morbidity: a meta-analysis. *Ageing Res Rev*, 11(1), 136–149. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2011.11.002>
- [182] Koizumi, D., Rogers, N. L., Rogers, M. E., Islam, M. M., Kusunoki, M. & Takeshima, N. (2009). Efficacy of an accelerometer-guided physical activity intervention in community-dwelling older women. *J Phys Act Health*, 6(4), 467–474. <https://doi.org/10.1123/jpah.6.4.467>
- [183] Opdenacker, J., Boen, F., Coorevits, N. & Delecluse, C. (2008). Effectiveness of a lifestyle intervention and a structured exercise intervention in older adults. *Prev Med*, 46(6), 518–524. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2008.02.017>
- [184] Blondell, S. J., Hammersley-Mather, R. & Veerman, J. L. (2014). Does physical activity prevent cognitive decline and dementia? A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *BMC Public Health*, 14(1), 510. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-510>

- [185] Groot, C., Hooghiemstra, A. M., Raijmakers, P. G. H. M., van Berckel, B. N. M., Scheltens, P., Scherder, E. J. A., van der Flier, W. M. & Ossenkoppele, R. (2016). The effect of physical activity on cognitive function in patients with dementia: a meta-analysis of randomized control trials. *Ageing Res Rev*, 25, 13–23. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2015.11.005>
- [186] Tanigawa, T., Takechi, H., Arai, H., Yamada, M., Nishiguchi, S. & Aoyama, T. (2014). Effect of physical activity on memory function in older adults with mild Alzheimer's disease and mild cognitive impairment. *Geriatr Gerontol Int*, 14(4), 758–762. <https://doi.org/10.1111/ggi.12159>
- [187] Tak, E., Kuiper, R., Chorus, A. & Hopman-Rock, M. (2013). Prevention of onset and progression of basic ADL disability by physical activity in community dwelling older adults: a meta-analysis. *Ageing Res Rev*, 12(1), 329–338. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2012.10.001>
- [188] Ory, M. G., Lee, S., Han, G., Towne, S. D., Quinn, C., Neher, T., Stevens, A. & Smith, M. L. (2018). Effectiveness of a Lifestyle Intervention on Social Support, Self-Efficacy, and Physical Activity among Older Adults: Evaluation of Texercise Select. *Int J Environ Res Public Health*, 15(2). <https://doi.org/10.3390/ijerph15020234>
- [189] Ashe, M. C., Edwards, N. Y., Taylor, A., Burnett, L., Giangregorio, L. M., Milne, K., Clemson, L. M. & Fleig, L. (2019). Return to Everyday Activity in the Community and Home: a feasibility study for a lifestyle intervention to sit less, move more, and be strong. *Pilot Feasibility Stud*, 5(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/S40814-019-0467-9>
- [190] Schwenk, M., Bergquist, R., Boulton, E., van Ancum, J. M., Nerz, C., Weber, M., Barz, C., Jonkman, N. H., Taraldsen, K., Helbostad, J. L., Vereijken, B., Pijnappels, M., Maier, A. B., Zhang, W., Becker, C., Todd, C., Clemson, L. & Hawley-Hague, H. (2019). The Adapted Lifestyle-Integrated Functional Exercise Program for Preventing Functional Decline in Young Seniors: Development and Initial Evaluation. *Gerontology*, 65(4), 362–374. <https://doi.org/10.1159/000499962>
- [191] van Doorn-van Atten, M., de Groot, L., de Vries, J. & Haveman-Nies, A. (2018). Determinants of behaviour change in a multi-component telemonitoring intervention for community-dwelling older adults. *Nutrients*, 10(8), 1062. <https://doi.org/10.3390/nu10081062>
- [192] Moore, M., Warburton, J., O'Halloran, P. D., Shields, N. & Kingsley, M. (2016). Effective Community-Based Physical Activity Interventions for Older Adults Living in Rural and Regional Areas: A Systematic Review. *J Aging Phys Act*, 24(1), 158–167. <https://doi.org/10.1123/japa.2014-0218>
- [193] Roberts, C. E., Phillips, L. H., Cooper, C. L., Gray, S. & Allan, J. L. (2017). Effect of Different Types of Physical Activity on Activities of Daily Living in Older Adults: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Aging Phys Act*, 25(4), 653–670. <https://doi.org/10.1123/japa.2016-0201>
- [194] Burton, E., Farrier, K., Galvin, R., Johnson, S., Horgan, N. F., Wartens, A. & Hill, K. D. (2019). Physical activity programs for older people in the community receiving home care services: systematic review and meta-analysis. *Clin Interv Aging*, 14, 1045–1064. <https://doi.org/10.2147/CIA.S205019>
- [195] Minghetti, A., Donath, L., Zahner, L., Hanssen, H. & Faude, O. (2021). Beneficial effects of an inter-generational exercise intervention on health-related physical and psychosocial outcomes in Swiss preschool children and residential seniors: a clinical trial. *PeerJ*, 9, e11292. <https://doi.org/10.7717/peerj.11292>
- [196] Chase, J.-A. D. (2015). Interventions to increase physical activity among older adults: a meta-analysis. *Gerontologist*, 55(4), 706–718. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu090>
- [197] Sherrington, C., Michaleff, Z. A., Fairhall, N. J., Paul, S. S., Tiedemann, A., Whitney, J., Cumming, R. G., Herbert, R. D., Close, J. C. T. & Lord, S. R. (2017). Exercise to prevent falls in older adults: an updated systematic review and meta-analysis. *Br J Sports Med*, 51(24), 1750–1758. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2016-096547>
- [198] Sherrington, C., Fairhall, N. J., Wallbank, G. K., Tiedemann, A., Michaleff, Z. A., Howard, K., Clemson, L. M., Hopewell, S. & Lamb, S. E. (2019). Exercise for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev*, 1(1), CD012424. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012424.pub2>

- [199] El-Khoury, F., Cassou, B., Charles, M.-A. & Dargent-Molina, P. (2013). The effect of fall prevention exercise programmes on fall induced injuries in community dwelling older adults: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*, 347(f6234), 1–13. <https://doi.org/10.1136/bmj.f6234>
- [200] Gillespie, L. D., Robertson, M. C., Gillespie, W. J., Sherrington, C., Gates, S., Clemson, L. M. & Lamb, S. E. (2012). Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev*, 9, CD007146. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007146.pub3>
- [201] Rütten, A., Abu-Omar, K., Lampert, T. & Ziese, T. (2005). *Körperliche Aktivität* (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 26). RKI. <https://doi.org/10.25646/3102>
- [202] Mattli, R., Hess, S., Maurer, M., Eichler, K., Pletscher, M. & Wieser, S. (2014). *Kosten der körperlichen Inaktivität in der Schweiz: Schlussbericht*. BAG.
- [203] Beratungsstelle für Unfallverhütung (BFU) (2018). *Kampagne «sicher stehen – sicher gehen»: Stärkeres Engagement gegen Sturzunfälle*. <https://gesundheitsfoerderung.ch/ueber-uns/medien/medienmitteilungen/artikel/kampagne-sicher-stehen-sicher-gehen-staerkeres-engagement-gegen-sturzunfaelle.html>
- [204] World Health Organization (WHO) (2020). *WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/336656>
- [205] U.S. Department of Health and Human Services (2018). *Physical Activity Guidelines for Americans*. 2nd ed. <https://health.gov/paguidelines/second-edition/>
- [206] Canadian Society for Exercise Physiology (CSEP). *Canadian 24-hour Movement Guidelines*. <https://csep.ca/guidelines>
- [207] Hamer, M., Lavoie, K. L. & Bacon, S. L. (2014). Taking up physical activity in later life and healthy ageing: the English longitudinal study of ageing. *Br J Sports Med*, 48(3), 239–243. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2013-092993>
- [208] Ekkekakis, P., Vazou, S., Bixby, W. R. & Georgiadis, E. (2016). The mysterious case of the public health guideline that is (almost) entirely ignored: call for a research agenda on the causes of the extreme avoidance of physical activity in obesity. *Obes Rev*, 17(4), 313–329. <https://doi.org/10.1111/obr.12369>
- [209] Bucksch, J. & Schlicht, W. (2014). Sitzende Lebensweise als ein gesundheitlich riskantes Verhalten. *Dtsch Z Sportmed*, 65(1), 15–21. <https://doi.org/10.5960/dzsm.2012.077>
- [210] Irving Medical Center, Columbia University (2021). *Different physical activity 'cocktails' have similar health benefits*. <https://www.cuimc.columbia.edu/news/different-physical-activity-cocktails-have-similar-health-benefits>
- [211] Chastin, S. F. M. & Diaz, K. M. (2021). *Thirty minutes' exercise won't counteract sitting all day, but adding light movement can help: new research*. The conversation. <https://theconversation.com/thirty-minutes-160577>
- [212] Tremblay, M. S., Colley, R. C., Saunders, T. J., Healy, G. N. & Owen, N. (2010). Physiological and health implications of a sedentary lifestyle. *Appl Physiol Nutr Metab*, 35(6), 725–740. <https://doi.org/10.1139/H10-079>
- [213] Dempsey, P. C., Biddle, S. J. H., Buman, M. P., Chastin, S. F. M., Ekelund, U., Friedenreich, C. M., Katzmarzyk, P. T., Leitzmann, M. F., Stamatakis, E., van der Ploeg, H. P., Willumsen, J. & Bull, F. C. (2020). New global guidelines on sedentary behaviour and health for adults: broadening the behavioural targets. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 17(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12966-020-01044-0>
- [214] Nigg, C. R. & Harmon, B. (2017). The Sedentariness Epidemic — Demographic Considerations. In S. Razon & M. L. Sachs (Hg.), *Applied Exercise Psychology* (S. 5–14). Routledge.
- [215] Chastin, S. F. M., McGregor, D., Palarea-Albaladejo, J., Diaz, K. M., Hagströmer, M., Hallal, P. C., van Hees, V. T., Hooker, S., Howard, V. J., Lee, I.-M., Rosen, P. von, Sabia, S., Shiroma, E. J., Yerramalla, M. S. & Dall, P. M. (2021). Joint association between accelerometry-measured daily combination of time spent in physical activity, sedentary behaviour and sleep and all-cause mortality: a pooled analysis of six prospective cohorts using compositional analysis. *Br J Sports Med*, 55(22), 1277–1285. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2020-102345>

- [216] Bundesamt für Statistik (BFS) (o. J.). *Körperliche Aktivität 2017, in % der Bevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten*. <http://www.portal-stat.admin.ch/sgb2017/files/de/02a.xml>
- [217] Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan) (2021). *Sitzen (Alter: 15+)*. <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/MonAM/sitzen-alter-15>
- [218] Bundesamt für Statistik (BFS) (2019). *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017: Körperliche Aktivität und Gesundheit* (Statistik der Schweiz, Fachbereich 14 – Gesundheit). <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/aktuell/neue-veroeffentlichungen.assetdetail.9546738.html>
- [219] Lamprecht, M., Bürgi, R. & Stamm, H. (2020). *Sport Schweiz 2020: Sportaktivität und Sportinteresse der Schweizer Bevölkerung*. BASPO. https://www.baspo.admin.ch/content/baspo-internet/de/dokumentation/publikationen/sport-schweiz-2020/_jcr_content/contentPar/downloadlist/downloadItems/296_1591280041472.download/Bro_Sport_Schweiz_2020_d_WEB.pdf
- [220] Höpflinger, F. (2021). *Sport und Bewegung im Alter – Trends*. <https://www.gerontologieblog.ch/sport-und-bewegung-im-alter-trends/>
- [221] Schmid, J., Molinari, V., Lehnert, K., Sudeck, G. & Conzelmann, A. (2014). BMZI-HEA: Adaption des Berner Motiv- und Zielinventars im Freizeit- und Gesundheitssport für Menschen im höheren Erwachsenenalter. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 22(3), 104–117. <https://doi.org/10.1026/0943-8149/a000119>
- [222] Fuchs, R., Klaperski, S., Gerber, M. & Seelig, H. (2015). Messung der Bewegungs- und Sportaktivität mit dem BSA-Fragebogen. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 23(2), 60–76. <https://doi.org/10.1026/0943-8149/a000137>
- [223] Christakis, N. A. & Fowler, J. H. (2007). The spread of obesity in a large social network over 32 years. *N Engl J Med*, 357(4), 370–379. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa066082>
- [224] Christakis, N. A. & Fowler, J. H. (2008). The collective dynamics of smoking in a large social network. *N Engl J Med*, 358(21), 2249–2258. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa0706154>
- [225] Christakis, N. A. & Fowler, J. H. (2010). *Connected! Die Macht sozialer Netzwerke und warum Glück ansteckend ist* (J. Neubauer, Übers.). Fischer.
- [226] Dorgo, S., Robinson, K. M. & Bader, J. (2009). The effectiveness of a peer-mentored older adult fitness program on perceived physical, mental, and social function. *J Am Acad Nurse Pract*, 21(2), 116–122. <https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2008.00393.x>
- [227] Minghetti, A., Schwarz, O. & Junker-Wick, D. (2021). *Stiftung Hopp-la: Förderung der sozialen Teilhabe von älteren Menschen mittels intergenerativer Bewegungsangebote* (Faktenblatt 63). GFCH. https://www.hopp-la.ch/wp-content/uploads/2021/10/FB_63_Hopp_la_de_web.pdf
- [228] Kraus, W. E., Janz, K. F., Powell, K. E., Campbell, W. W., Jakicic, J. M., Troiano, R. P., Sprow, K., Torres, A. & Piercy, K. L. (2019). Daily Step Counts for Measuring Physical Activity Exposure and Its Relation to Health. *Med Sci Sports Exerc*, 51(6), 1206–1212. <https://doi.org/10.1249/MSS.0000000000001932>
- [229] Boulton, E., Hawley-Hague, H., French, D. P., Mellone, S., Zacchi, A., Clemson, L. M., Vereijken, B. & Todd, C. (2019). Implementing behaviour change theory and techniques to increase physical activity and prevent functional decline among adults aged 61–70: The PreventIT project. *Prog Cardiovasc Dis*, 62(2), 147–156. <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2019.01.003>
- [230] Peyer, L. & Scherrer, J. (2022). *Verhaltensökonomischer Leitfaden: Verhalten verstehen und adressieren*. BAG. <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/npp/ncd/verhaltenskonomie/leitfaden.pdf>
- [231] Global Advocacy for Physical Activity (GAPA) (2010). *Die Toronto Charta für Bewegung: Ein weltweiter Aufruf zum Handeln*. https://ispah.org/wp-content/uploads/2019/08/Toronto_Charter_German.pdf
- [232] Bucksch, J. & Schneider, S. (Hg.) (2014). *Walkability: Das Handbuch zur Bewegungsförderung in der Kommune*. Hans Huber.
- [233] Kannus, P., Parkkari, J., Koskinen, S., Niemi, S., Palvanen, M., Järvinen, M. & Vuori, I. (1999). Fall-induced injuries and deaths among older adults. *JAMA*, 281(20), 1895–1899. <https://doi.org/10.1001/JAMA.281.20.1895>

- [234] Korhonen, N. (2014). *Fall-induced injuries and deaths among older Finns between 1970 and 2012* [Diss., University of Tampere]. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-951-44-9638-7>
- [235] Soriano, T. A., DeCherrie, L. V. & Thomas, D. C. (2007). Falls in the community-dwelling older adult: a review for primary-care providers. *Clin Interv Aging*, 2(4), 545–553. <https://doi.org/10.2147/cia.s1080>
- [236] Gschwind, Y. J. & Pfenninger, B. (2013). *Training zur Sturzprävention: Manual für Kraft- und Gleichgewichtstraining zur Sturzprävention im Alter* (BFU Fachdokumentation 2.104). https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/gfia/tools/bfu-Fachdokumentation_Training_zur_Sturzpraevention.pdf
- [237] Gschwind, Y. J., Wolf, I., Bridenbaugh, S. A. & Kressig, R. W. (2011). *Sturzprävention: Teilprojekt im Rahmen des Projekts «Best Practice Gesundheitsförderung im Alter»*. GFCH; BFU. https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/gfia/best-practice/Via_-_Best-Practice-Studie_Sturzpraevention_-_Zusammenfassung_und_Empfehlungen.pdf
- [238] Michel, F. I. & Bochud, Y. (2012). *Haus und Freizeit: Unfall-, Risiko- und Interventionsanalyse* (BFU Sicherheitsdossier 9). BFU.
- [239] Grünenfelder, R., Zumbach, D. & Gföhler, B. (2020). *Evaluation der Kampagne «Sicher stehen – sicher gehen»*. Pro Senectute Schweiz; GFCH; BFU.
- [240] Bolliger, C., Gerber, M., Stocker, E., Derrer, P. & Bächli, M. (2021). *Sturzpräventives Training: Mobilisierungspotenzial und fördernde Faktoren in der Bevölkerung 60+*. BFU.
- [241] Kessler, C. & Bürgi, F. (2019). *Leitfaden «Wie erreichen wir Männer 65+ ?»: Gendergerechte Gesundheitsförderung im Alter*. Gesammelte Erfahrungen für Fachleute auf der Umsetzungsebene. GFCH. <https://gesundheitsfoerderung.ch/publikationen>
- [242] Deutz, N. E. P., Bauer, J. M., Barazzoni, R., Biolo, G., Boirie, Y., Bosy-Westphal, A., Cederholm, T., Cruz-Jentoft, A., Krznarić, Z., Nair, K. S., Singer, P., Teta, D., Tipton, K. & Calder, P. C. (2014). Protein intake and exercise for optimal muscle function with aging: recommendations from the ESPEN Expert Group. *Clin Nutr*, 33(6), 929–936. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2014.04.007>
- [243] Kressig, R. W. (2015). Training und richtige Ernährung bei Sarkopenie. *Der informierte Arzt*(3), 48–50.
- [244] Beratungsstelle für Unfallverhütung (BFU) (2014). *Selbstständig bis ins hohe Alter: Checkliste Wohnumgebung, Training und Tipps zur Mobilität*. <https://www.bfu.ch/media/4lhlpt0g/selbststaendig-bis-ins-hohe-alter.pdf>
- [245] Beratungsstelle für Unfallverhütung (BFU) (2021). *Kampagne «sicher stehen – sicher gehen»: Fakten und Zahlen*. https://www.sichergehen.ch/_Resources/Persistent/66ff92064c95c243b6629d7ac3b2bea-39d84a1fc/2021_Fakten_u_Zahlen_DE.pdf
- [246] Ellenberger, L. & Bächli, M. (2022). *Sicherheitsanalyse Treppen: Unfall-, Risiko- und Interventionsanalyse*. BFU. <https://doi.org/10.13100/BFU.2.420.01.2021>
- [247] Olstad, D. L., Teychenne, M., Minaker, L. M., Taber, D. R., Raine, K. D., Nykiforuk, C. I. J. & Ball, K. (2016). Can policy ameliorate socioeconomic inequities in obesity and obesity-related behaviours? A systematic review of the impact of universal policies on adults and children. *Obes Rev*, 17(12), 1198–1217. <https://doi.org/10.1111/obr.12457>
- [248] Spence, J. C., Holt, N. L., Dutove, J. K. & Carson, V. (2010). Uptake and effectiveness of the Children's Fitness Tax Credit in Canada: the rich get richer. *BMC Public Health*, 10, 356. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-356>
- [249] Smith, M., Hosking, J., Woodward, A., Witten, K., MacMillan, A., Field, A., Baas, P. & Mackie, H. (2017). Systematic literature review of built environment effects on physical activity and active transport: an update and new findings on health equity. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 14(1), 158. <https://doi.org/10.1186/s12966-017-0613-9>
- [250] Poulsen, T., Elkjaer, E., Vass, M., Hendriksen, C. & Avlund, K. (2007). Promoting physical activity in older adults by education of home visitors. *Eur J Ageing*, 4(3), 115–124. <https://doi.org/10.1007/s10433-007-0057-1>

- [251] Lehne, G. & Bolte, G. (2017). Impact of universal interventions on social inequalities in physical activity among older adults: an equity-focused systematic review. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 14(1), 20. <https://doi.org/10.1186/s12966-017-0472-4>
- [252] Muellmann, S., Forberger, S., Möllers, T., Bröring, E., Zeeb, H. & Pischke, C. R. (2018). Effectiveness of eHealth interventions for the promotion of physical activity in older adults: A systematic review. *Prev Med*, 108, 93–110. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2017.12.026>
- [253] Baker, P. R. A., Francis, D. P., Soares, J., Weightman, A. L. & Foster, C. (2015). Community wide interventions for increasing physical activity. *Cochrane Database Syst Rev*, 1, CD008366. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008366.pub3>
- [254] Joseph, R. P. & Maddock, J. E. (2016). Observational Park-based physical activity studies: A systematic review of the literature. *Prev Med*, 89, 257–277. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.06.016>
- [255] Lupton, B. S., Fønnebo, V. & Sogaard, A. J. (2003). The Finnmark Intervention Study: is it possible to change CVD risk factors by community-based intervention in an Arctic village in crisis? *Scand J Public Health*, 31(3), 178–186. <https://doi.org/10.1080/14034940210134077>
- [256] Brown, W. J., Mummery, K., Eakin, E. & Schofield, G. (2006). 10,000 Steps Rockhampton: evaluation of a whole community approach to improving population levels of physical activity. *J Phys Act Health*, 3(1), 1–14. <https://doi.org/10.1123/jpah.3.1.1>
- [257] Mendoza-Vasquez, A. S., Linke, S., Muñoz, M., Pekmezi, D., Ainsworth, C., Cano, M., Williams, V., Marcus, B. H. & Larsen, B. A. (2016). Promoting Physical Activity among Underserved Populations. *Curr Sports Med Rep*, 15(4), 290–297. <https://doi.org/10.1249/JSR.0000000000000276>
- [258] Robertson, C., Archibald, D., Avenell, A., Douglas, F., Hoddinott, P., van Teijlingen, E., Boyers, D., Stewart, F., Boachie, C., Fioratou, E., Wilkins, D., Street, T., Carroll, P. & Fowler, C. (2014). Systematic reviews of and integrated report on the quantitative, qualitative and economic evidence base for the management of obesity in men. *Health Technol Assess*, 18(35), v–vi, xxiii–xxix, 1424. <https://doi.org/10.3310/hta18350>
- [259] Böttorff, J. L., Seaton, C. L., Johnson, S. T., Caperchione, C. M., Oliffe, J. L., More, K., Jaffer-Hirji, H. & Tillotson, S. M. (2015). An updated review of interventions that include promotion of physical activity for adult men. *Sports Med*, 45(6), 775–800. <https://doi.org/10.1007/s40279-014-0286-3>
- [260] Kessler, C. & Bürgi, F. (2016). *Faktenblatt Epidemiologie: Gender-disaggregierte Daten zur Gesundheit von älteren Frauen und Männern in der Schweiz*. GFCH; Via – Best Practice Gesundheitsförderung im Alter.
- [261] Kaya, B. (2014). *Migration et information sur la santé: Revue de littérature*. CRS. https://face-migration.ch/wp/wp-content/uploads/2015/02/Kaya_2014_Migration_Information_Sante.pdf
- [262] Mosdøl, A., Lidal, I. B., Straumann, G. H. & Vist, G. E. (2017). Targeted mass media interventions promoting healthy behaviours to reduce risk of non-communicable diseases in adult, ethnic minorities. *Cochrane Database Syst Rev*, 2, CD011683. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011683.pub2>
- [263] Bennett, G. G., Steinberg, D. M., Stoute, C., Lanpher, M., Lane, I., Askew, S., Foley, P. B. & Baskin, M. L. (2014). Electronic health (eHealth) interventions for weight management among racial/ethnic minority adults: a systematic review. *Obes Rev*, 15(Suppl. 4), 146–158. <https://doi.org/10.1111/obr.12218>
- [264] Marcus, B. H., Hartman, S. J., Larsen, B. A., Pekmezi, D., Dunsiger, S. I., Linke, S., Marquez, B., Gans, K. M., Bock, B. C., Mendoza-Vasquez, A. S., Noble, M. L. & Rojas, C. (2016). Pasos Hacia La Salud: a randomized controlled trial of an internet-delivered physical activity intervention for Latinas. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 13, 62. <https://doi.org/10.1186/s12966-016-0385-7>
- [265] Attwood, S., van Sluijs, E. M. F. & Sutton, S. (2016). Exploring equity in primary-care-based physical activity interventions using PROGRESS-Plus: a systematic review and evidence synthesis. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 13, 60. <https://doi.org/10.1186/s12966-016-0384-8>
- [266] VanKim, N. A., Austin, S. B., Jun, H.-J. & Corliss, H. L. (2017). Physical Activity and Sedentary Behaviors Among Lesbian, Bisexual, and Heterosexual Women: Findings from the Nurses' Health Study II. *J Womens Health*, 26(10), 1077–1085. <https://doi.org/10.1089/jwh.2017.6389>

- [267] McElroy, J. A., Haynes, S. G., Eliason, M. J., Wood, S. F., Gilbert, T., Barker, L. T. & Minnis, A. M. (2016). Healthy Weight in Lesbian and Bisexual Women Aged 40 and Older: An Effective Intervention in 10 Cities Using Tailored Approaches. *Womens Health Issues*, 26(Suppl. 1), S18–S35. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2016.05.002>
- [268] Hayer, A., Jost, E., Jordi, C. & Weber, Y. (2020). Förderung einer gesunden Ernährung bei älteren Menschen. GFCH. <https://www.gesundheitsfoerderung.ch/publikationen>
- [269] Hellwege, K.-D. (2003). *Die Praxis der zahnmedizinischen Prophylaxe: Ein Leitfaden für die Individualprophylaxe, Gruppenprophylaxe und initiale Parodontaltherapie* (6. Aufl.). Georg Thieme.
- [270] Cipriani, G., Carlesi, C., Lucetti, C., Danti, S. & Nuti, A. (2016). Eating behaviors and dietary changes in patients with dementia. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*, 31(8), 706–716. <https://doi.org/10.1177/1533317516673155>
- [271] Kai, K., Hashimoto, M., Amano, K., Tanaka, H., Fukuhara, R., Ikeda, M. & Ginsberg, S. D. (2015). Relationship between eating disturbance and dementia severity in patients with Alzheimer’s disease. *PLoS One*, 10(8), e0133666. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0133666>
- [272] Eidgenössische Ernährungskommission (EEK) (2018). *Ernährung im Alter*. Expertenbericht. <https://www.blv.admin.ch/blv/de/home/das-blv/organisation/kommissionen/EEK/ernaehrung-im-alter.html>
- [273] Prince, M., Albanese, E., Guerchet, M. & Prina, M. (2014). *Nutrition and dementia: A review of available research*. ADI. <https://www.alzint.org/resource/nutrition-and-dementia/>
- [274] Berti, V., Walters, M., Sterling, J., Quinn, C. G., Logue, M., Andrews, R., Matthews, D. C., Osorio, R. S., Pupi, A., Vallabhajosula, S., Isaacson, R. S., de Leon, M. J. & Mosconi, L. (2018). Mediterranean diet and 3-year Alzheimer brain biomarker changes in middle-aged adults. *Neurology*, 90(20), e1789. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000005527>
- [275] Bundesamt für Statistik (BFS) (2014). *Gesundheitsstatistik 2014* (Statistik der Schweiz, Fachbereich 14 – Gesundheit). <https://dam-api.bfs.admin.ch/hub/api/dam/assets/349483/master>
- [276] Fäh, D., Rohrmann, S., Bochud, M. & Mühlemann, P. (2021). *Die Bedeutung von Ernährung, Adipositas und Prävention ernährungsabhängiger Erkrankungen im Hinblick auf COVID-19*. Faktenblatt. Allianz Ernährung und Gesundheit. https://allianzernaehrung.ch/documents/1031/Ernaehrung_Adipositas_Covid_19_Faktenblatt_2021_DE.pdf
- [277] Lang, U. E. & Walter, M. (2017). Depression in the Context of Medical Disorders: New Pharmacological Pathways Revisited. *Neurosignals*, 25(1), 54–73. <https://doi.org/10.1159/000482001>
- [278] Bandayrel, K. & Wong, S. (2011). Systematic literature review of randomized control trials assessing the effectiveness of nutrition interventions in community-dwelling older adults. *J Nutr Educ Behav*, 43(4), 251–262. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2010.01.004>
- [279] Jones, J., Duffy, M., Coull, Y. & Wilkinson, H. (2009). *Older people living in the community – nutritional needs, barriers and interventions: a literature review* (Health and community care). Scottish Government Social Research. <https://eresearch.qmu.ac.uk/bitstream/handle/20.500.12289/1266/1266.pdf>
- [280] O’Dwyer, C. & Timonen, V. (2009). *The Role and Future Development of the Meals-on-Wheels: Service for Older People in Ireland*. (NCOA). <http://hdl.handle.net/2262/34610>
- [281] Volkert, D. (Hg.) (2015). *Ernährung im Alter: Praxiswissen Gerontologie und Geriatrie Kompakt*. (Praxiswissen Gerontologie und Geriatrie Kompakt: Bd. 4). De Gruyter. <https://doi.org/10.1515/9783110346497>
- [282] Vrdoljak, D., Marković, B. B., Puljak, L., Lalić, D. I., Kranjčević, K. & Vučak, J. (2014). Lifestyle intervention in general practice for physical activity, smoking, alcohol consumption and diet in elderly: a randomized controlled trial. *Arch Gerontol Geriatr*, 58(1), 160–169. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2013.08.007>
- [283] Mnich, E., Hofreuter-Gätgens, K., Salomon, T., Swart, E. & von dem Knesebeck, O. (2013). Ergebnis-Evaluation einer Gesundheitsförderungsmaßnahme für ältere Menschen [Outcome evaluation of a health promotion among the elderly]. *Gesundheitswesen*, 75(2), e5–e10. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1311617>

- [284] Zhou, X., Perez-Cueto, F. J. A., Santos, D. Q., Monteleone, E., Giboreau, A., Appleton, K. M., Bjørner, T., Bredie, W. L. P. & Hartwell, H. (2018). A Systematic Review of Behavioural Interventions Promoting Healthy Eating among Older People. *Nutrients*, 10(2), 128. <https://doi.org/10.3390/nu10020128>
- [285] Firth, J., Marx, W., Dash, S., Carney, R., Teasdale, S. B., Solmi, M., Stubbs, B., Schuch, F. B., Carvalho, A. F., Jacka, F. & Sarris, J. (2019). The Effects of Dietary Improvement on Symptoms of Depression and Anxiety: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Psychosom Med*, 81(3), 265–280. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000673>
- [286] Bundesamt für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen (BLV) (2017). *Geniessen und gesund bleiben: Schweizer Ernährungsstrategie 2017–2024*. <https://www.blv.admin.ch/dam/blv/de/dokumente/lebensmittel-und-ernaehrung/ernaehrung/schweizer-ernaehrungsstrategie-2017-2024.PDF>
- [287] Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan) (2021). *Früchte- und Gemüsekonsum (Alter: 15+)*. <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/MonAM/fruechte-und-gemuesekonsum-alter-15>
- [288] Bundesamt für Statistik (BFS) (2017). *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017: Detaillierte Ergebnisse – Gesundheitsverhalten – Ernährung* [Tabellen]. Statistik der Schweiz, Fachbereich 14 – Gesundheit. <http://www.portal-stat.admin.ch/sgb2017/files/de/02a2.xml>
- [289] Imoberdorf, R., Rühlin, M., Beerli, A. & Ballmer, P. E. (2011). Mangelernährung – Unterernährung. *Swiss Medical Forum*, 11(44), 782–786. <https://doi.org/10.4414/smf.2011.07663>
- [290] Bundesamt für Statistik (BFS) (2018). *Body Mass Index (BMI) nach Geschlecht, Alter, Bildungsniveau, Sprachgebiet: 1992, 1997, 2002, 2007, 2012, 2017* [Tabelle]. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheits/determinanten/uebergewicht.assetdetail.6466017.html>
- [291] Bochud, M., Chatelan, A., Blanco, J.-M. & Beer-Borst, S. (2017). *Anthropometric characteristics and indicators of eating and physical activity behaviors in the Swiss adult population: results from menuCH 2014–2015*. BLV. <https://doi.org/10.7892/BORIS.101641>
- [292] Gille, D., Bütikofer, U., Chollet, M., Schmid, A., Altintzoglou, T., Honkanen, P., Stoffers, H., Walther, B. & Piccinali, P. (2016). Nutrition behavior of the middle-aged and elderly: compliance with dietary recommendations of the food pyramid. *Clin Nutr*, 35(3), 638–644. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2015.04.002>
- [293] Bundesamt für Statistik (BFS) (2017). *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017: Detaillierte Ergebnisse – Gesundheitsverhalten – Ernährung* [Tabellen]. Statistik der Schweiz, Fachbereich 14 – Gesundheit. <http://www.portal-stat.admin.ch/sgb2017/files/de/02a2.xml>
- [294] Cadario, R. & Chandon, P. (2019). Which healthy eating nudges work best? A meta-analysis of field experiments. *Marketing Science*, 39(3), 465–486. <https://doi.org/10.1287/mksc.2018.1128>
- [295] Miesler, L. & Stutz, E. (2019). *Behavioural Insights: Intuitiv zu einem gesünderen Lebensstil*. BAG. https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/npp/ncd/verhaltenskonomie/verhaltensökonomie_bericht_zhaw.pdf
- [296] Bucher, T., Collins, C., Rollo, M. E., McCaffrey, T. A., de Vlieger, N., van der Bend, D., Truby, H. & Perez-Cueto, F. J. A. (2016). Nudging consumers towards healthier choices: a systematic review of positional influences on food choice. *Br J Nutr*, 115(12), 2252–2263. <https://doi.org/10.1017/S0007114516001653>
- [297] Arno, A. & Thomas, S. (2016). The efficacy of nudge theory strategies in influencing adult dietary behaviour: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 16, 676. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3272-x>
- [298] Holtorf, R., v. Laufenberg-Beermann, A. & Mertens-Zündorf, G. (2017). *Mittagstisch-Angebote für ältere Menschen erfolgreich organisieren: IN FORM Leitfaden-Mittagstisch*. BAGSO. https://im-alter-inform.de/fileadmin/user_upload/6_Weiterbildung/Materialien/Mittagstisch/Broschuere-Mittagstisch_neu_Klo_ckner_kl.pdf
- [299] Harbers, M. C., Beulens, J. W. J., Rutters, F., de Boer, F., Gillebaart, M., Sluijs, I. & van der Schouw, Y. T. (2020). The effects of nudges on purchases, food choice, and energy intake or content of purchases in real-life food purchasing environments: a systematic review and evidence synthesis. *Nutr J*, 19(1), 103. <https://doi.org/10.1186/s12937-020-00623-y>
- [300] Kondrup, J., Allison, S. P., Elia, M., Vellas, B. & Plauth, M. (2003). ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. *Clin Nutr*, 22(4), 415–421. [https://doi.org/10.1016/s0261-5614\(03\)00098-0](https://doi.org/10.1016/s0261-5614(03)00098-0)

- [301] Imoberdorf, R., Rühlin, M., Beerli, A. & Ballmer, P. E. (2014). Mangelernährung im Alter. *Swiss Medical Forum*, 14(49), 932–936. <https://doi.org/10.4414/smf.2014.02092>
- [302] Hilmers, A., Hilmers, D. C. & Dave, J. (2012). Neighborhood disparities in access to healthy foods and their effects on environmental justice. *Am J Public Health*, 102(9), 1644–1654. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300865>
- [303] Ohri-Vachaspati, P., DeWeese, R. S., Acciai, F., DeLia, D., Tulloch, D., Tong, D., Lorts, C. & Yedidia, M. (2019). Healthy Food Access in Low-Income High-Minority Communities: A Longitudinal Assessment–2009–2017. *Int J Environ Res Public Health*, 16(13), 2354. <https://doi.org/10.3390/ijerph16132354>
- [304] World Health Organization (WHO) (o. J.). *Constitution of the World Health Organization*. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>
- [305] Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M. R. & Rahman, A. (2007). No health without mental health. *Lancet*, 370(9590), 859–877. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61238-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61238-0)
- [306] World Health Organization (WHO) (2001). *Mental health: new understanding, new hope* (The world health report 2001). <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42390>
- [307] Keyes, C. L. M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: a complementary strategy for improving national mental health. *Am Psychol*, 62(2), 95–108. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.2.95>
- [308] Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *J Consult Clin Psychol*, 73(3), 539–548. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.539>
- [309] Westerhof, G. J. & Keyes, C. L. M. (2010). Mental Illness and Mental Health: The Two Continua Model Across the Lifespan. *J Adult Dev*, 17(2), 110–119. <https://doi.org/10.1007/s10804-009-9082-y>
- [310] Schuler, D., Tuch, A. & Peter, C. (2020). *Psychische Gesundheit in der Schweiz: Monitoring 2020* (Obsan Bericht 15/2020). Obsan. https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/obsan_15_2020_bericht_2.pdf
- [311] Blaser, M. & Amstad, F. T. (2016). *Psychische Gesundheit über die Lebensspanne: Grundlagenbericht*. Bericht 6. GFCH. https://www.prevention.ch/files/publicimages/Bericht_006_GFCH_2016-04_-_Psychische_Gesundheit_ueber_die_Lebensspanne.pdf
- [312] Weiss, H. M. & Cropanzano, R. (1996). Affective Events Theory: A theoretical discussion of the structure, causes and consequences of affective experiences at work. In B. M. Staw & L. L. Cummings (Hg.), *Research in organizational behavior. An annual series of analytical essays and critical reviews Vol. 18* (S. 1–74). JAI Press.
- [313] Zapf, D. & Semmer, N. K. (2004). Stress und Gesundheit in Organisationen. In H. Schuler (Hg.), *Enzyklopädie der Psychologie: D/III/3. Organisationspsychologie: Grundlagen und Personalpsychologie* (S. 1007–1112). Hogrefe.
- [314] Perrig-Chiello, P. (2011). Glücklich oder bloss zufrieden? Hintergründe und Fakten zum Paradoxon des Wohlbefindens im Alter. In A. Holenstein, R. Meyer Schweizer, P. Perrig-Chiello, P. Rusterholz, C. von Zimmermann, A. Wagner & S. Zwahlen (Hg.), *Berner Universitätschriften: Bd. 56. Glück: Referate einer Vorlesungsreihe des Collegium generale der Universität Bern im Frühjahrssemester 2010* (S. 241–255). Haupt.
- [315] Bundesamt für Statistik (BFS) (2022). *Gesundheitszustand – Psychische Gesundheit – Kontrollüberzeugungen: 1992, 1997, 2002, 2007, 2012, 2017* [Tabelle]. Statistik der Schweiz, Fachbereich 14 – Gesundheit. <http://www.portal-stat.admin.ch/sgb2017/files/de/02b6.xml>
- [316] Benz, P., Gut, E., Hock, C., Minder, J., Noser, O. & Radman, I. (2006). *Bericht der Arbeitsgruppe «Gerontopsychiatrie» zur alterspsychiatrischen Versorgung im Kanton Zürich: Im Auftrag des Vorstandes des Zürcher Vereins Psychiatrischer Chefärzte (ZVPC)*.
- [317] Schuler, D. & Meyer, P. C. (2006). Psychische Gesundheit/Krankheit: Die Versorgungslage in der Schweiz. *Managed Care*, 1, 6–8. https://www.tellmed.ch/include_php/previewdoc.php?file_id=2149
- [318] Stoppe, G. (2012). Psychische Gesundheit im Alter: Lasst uns mehr dafür tun! *Schweizerische Ärztezeitung*, 93(39), 1–3. <https://doi.org/10.4414/saez.2012.00745>

- [319] Bundesamt für Statistik (BFS) (2022). *Gesundheitsverhalten – Alkohol – Chronischer Alkoholkonsum: 1997, 2002, 2007, 2012, 2017* [Tabelle]. Statistik der Schweiz, Fachbereich 14 – Gesundheit. <http://www.portal-stat.admin.ch/sgb2017/files/de/02a3.xml>
- [320] Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan) (2022). *Schwache bis starke Einschlaf- oder Durchschlafstörungen*. <https://ind.obsan.admin.ch/indicator/obsan/einschlaf-oder-durchschlafstoerungen>
- [321] Bundesamt für Statistik (BFS) (2015). *Todesfälle: Anzahl, Entwicklung und Ursachen*. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/04/key/01.html>
- [322] Bundesamt für Statistik (BFS) (2021). *Psychische Gesundheit*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/psychische.html>
- [323] Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T. & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspect Psychol Sci*, 10(2), 227–237. <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>
- [324] Holt-Lunstad, J. (2017). The Potential Public Health Relevance of Social Isolation and Loneliness: Prevalence, Epidemiology, and Risk Factors. *Public Policy Aging Rep*, 27(4), 127–130. <https://doi.org/10.1093/PPAR/PRX030>
- [325] Cacioppo, S., Grippo, A. J., London, S., Goossens, L. & Cacioppo, J. T. (2015). Loneliness: clinical import and interventions. *Perspect Psychol Sci*, 10(2), 238–249. <https://doi.org/10.1177/1745691615570616>
- [326] McCulloch, A. (2009). Old age and mental health in the context of the life span: What are the key issues in the 21st century. In T. Williamson (Hg.), *Older People's Mental Health Today: A Handbook* (S. 9–18). Pavilion.
- [327] Steinmann, R. M. (2015). *Spiritualität – die vierte Dimension der Gesundheit: Eine Einführung aus der Sicht von Gesundheitsförderung und Prävention* (3. Aufl.)(Psychologie des Bewusstseins A: Bd. 11). LIT.
- [328] Stoppe, G. (2014). Prävention psychischer Störungen im Alter. In W. Rössler & V. Ajdacic-Gross (Hg.), *Prävention psychischer Störungen: Konzepte und Umsetzungen* (S. 107–119). Kohlhammer.
- [329] Eschen, A. & Zehnder, F. (2019). *Förderung von Lebenskompetenzen bei älteren Menschen: Grundlagenpapier* (Arbeitspapier 49). GFCH. www.gesundheitsfoerderung.ch/publikationen
- [330] Haslam, C., Cruwys, T. & Haslam, S. A. (2014). «The we's have it»: evidence for the distinctive benefits of group engagement in enhancing cognitive health in aging. *Social Science & Medicine*, 120, 57–66. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.08.037>
- [331] Klainin-Yobas, P., Oo, W. N., Suzanne Yew, P. Y. & Lau, Y. (2015). Effects of relaxation interventions on depression and anxiety among older adults: a systematic review. *Aging Health Res*, 19(12), 1043–1055. <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.997191>
- [332] Victor, C. R., Bowling, A., Victor, C. R. & Bowling, A. (2012). A longitudinal analysis of loneliness among older people in Great Britain. *J Psychol*, 146(3), 313–331. <https://doi.org/10.1080/00223980.2011.609572>
- [333] Wieser, S., Tomonaga, Y., Riguzzi, M., Fischer, B., Telser, H., Pletscher, M., Eichler, K., Trost, M. & Schwenkglenks, M. (2014). *Die Kosten der nichtübertragbaren Krankheiten in der Schweiz*. Schlussbericht. ZHAW; BAG. <https://www.zora.uzh.ch/id/eprint/103453/>
- [334] Dellenbach, M. & Angst, S. (2011). *Förderung der psychischen Gesundheit im Alter*. Teilprojekt im Rahmen des Projekts «Best Practice Gesundheitsförderung im Alter». Universität Zürich, Zentrum für Gerontologie.
- [335] Wettstein, A., Dyntar, D. & Kälin, M. (2014). Gesundheitsrisiko Vereinsamung im Alter. *Swiss Medical Forum*, 14(47), 877–880. <https://doi.org/10.4414/smf.2014.02118>
- [336] Pitkälä, K. H., Routasalo, P., Kautiainen, H. & Tilvis, R. S. (2009). Effects of psychosocial group rehabilitation on health, use of health care services, and mortality of older persons suffering from loneliness: a randomized, controlled trial. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 64(7), 792–800. <https://doi.org/10.1093/gerona/glp011>

- [337] Amstad, F. T. & Blaser, M. (2016). Empfehlungen für die Förderung der psychischen Gesundheit. In *Psychische Gesundheit über die Lebensspanne: Grundlagenbericht. Bericht 6* (S. 117–121): Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH).
- [338] Lee, M. (2007). *Improving services and support for older people with mental health problems: the second report from the UK inquiry into mental health and well-being in later life*. Age Concern England. <http://www.mentalhealthpromotion.net/resources/improving-services-and-support-for-older-people-with-mental-health-problems.pdf>
- [339] Centre for Addiction and Mental Health (CAMH) (2010). *Best practice guidelines for mental health promotion programs: older adults 55+*. <https://www.porticonetwork.ca/documents/81358/128451/Older+Adults+55+/d27d7310-ba6c-4fe8-91d1-1d9e60c9ce72>
- [340] Friedli, L., Oliver, C., Tidyman, M. & Ward, G. (2007). *Mental health improvement: evidence based message to promote mental wellbeing*. NHS Health Scotland.
- [341] Jané-Llopis, E. & Gabilondo, A. (2008). *Mental health in older people: Consensus paper*. European Communities. https://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/consensus_older_en.pdf
- [342] ProMenPol (2009). *A Manual for Promoting Mental Health and Wellbeing: Older Peoples Residences*. <http://www.mentalhealthpromotion.net/?i=promenpol.en.promenpol-tool-kit>
- [343] Resch, K., Strümpel, C., Wild, M., Hackl, C. & Lang, G. (Hg.) (2010). *Evidenzbasierte Leitlinien für die Gesundheitsförderung älterer Menschen*. <https://broschuere.service.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=567>
- [344] Kostka, T. & Jachimowicz, V. (2010). Relationship of quality of life to dispositional optimism, health locus of control and self-efficacy in older subjects living in different environments. *Qual Life Res*, 19(3), 351–361. <https://doi.org/10.1007/s11136-010-9601-0>
- [345] Ribeiro, O. & Santos, Â. R. (2015). Psychological Correlates of Fear of Falling in the Elderly. *Educ Gerontol*, 41(1), 69–78. <https://doi.org/10.1080/03601277.2014.924272>
- [346] McAuley, E., Mihalko, S. L. & Rosengren, K. (1997). Self-Efficacy and Balance Correlates of Fear of Falling in the Elderly. *J Aging Phys Act*, 5(4), 329–340. <https://doi.org/10.1123/japa.5.4.329>
- [347] Abderhalden, I., Jüngling, K., Beeler, N. & Waser, C. (2019). *Selbstwirksamkeit: Eine Orientierungshilfe für Projekt- und Programmleitende der kantonalen Aktionsprogramme zur Förderung von Selbstwirksamkeit und Lebenskompetenzen*. GFCH. www.gesundheitsfoerderung.ch/publikationen
- [348] Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. Worth.
- [349] Kruse, A. & Schmitt, E. (2021). Soziale Teilhabe. In J. Pantel, C. Bollheimer, A. Kruse, J. Schröder, C. Sieber & V. A. Tesky (Hg.), *Praxishandbuch Altersmedizin: Geriatrie – Gerontopsychiatrie – Gerontologie* (2. Aufl., S. 159–168). Kohlhammer.
- [350] Jacobshagen, N. (2020). *Lebenskompetenzen und psychische Gesundheit im Alter: Eine Orientierungshilfe für Projekt- und Programmleitende der kantonalen Aktionsprogramme zu Interventionsmöglichkeiten für die Förderung von Lebenskompetenzen bei älteren Menschen*. GFCH. <https://gesundheitsfoerderung.ch/publikationen>
- [351] Cattan, M., White, M., Bond, J. & Learmouth, A. (2005). Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. *Ageing Soc*, 25(1), 41–67.
- [352] Dickens, A. P., Richards, S. H., Greaves, C. J. & Campbell, J. L. (2011). Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review. *BMC Public Health*, 11(1), 647. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-647>
- [353] Bachmann, N. (2019). *Soziale Ressourcen: Förderung sozialer Ressourcen als wichtiger Beitrag für die psychische Gesundheit und eine hohe Lebensqualität*. GFCH. https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/psychische-gesundheit/Broschuere_GFCH_2020-06_-_Soziale_Ressourcen.pdf
- [354] Bachmann, N. (2014). *Soziale Ressourcen als Gesundheitsschutz: Wirkungsweise und Verbreitung in der Schweizer Bevölkerung und in Europa* (Obsan Dossier 27). Obsan.

- [355] Schäffler, H., Biedermann, A. & Salis Gross, C. (2013). *Soziale Teilhabe: Angebote gegen Vereinsamung und Einsamkeit im Alter*. GFCH. <https://gesundheitsfoerderung.ch/publikationen>
- [356] Kruse, A., Pantel, J. & Schmitt, E. (2021). Isolation. In J. Pantel, C. Bollheimer, A. Kruse, J. Schröder, C. Sieber & V. A. Tesky (Hg.), *Praxishandbuch Altersmedizin: Geriatrie – Gerontopsychiatrie – Gerontologie* (2. Aufl., S. 524–540). Kohlhammer.
- [357] Knöpfel, C., Pardini, R. & Heinzmann, C. (2020). *Wegweiser für gute Betreuung im Alter: Begriffsklärung und Leitlinien*. Age-Stiftung; Beisheim-Stiftung; MBF Foundation; Migros-Kulturprozent; Paul-Schiller-Stiftung; Walder-Stiftung. https://www.walder-stiftung.ch/wp-content/uploads/2020/06/wegweiser_gute_betreuung_im_alter_dt_200513.pdf
- [358] Perrig-Chiello, P., Höpflinger, F. & Schnegg, B. (2010). *Pflegende Angehörige von älteren Menschen in der Schweiz: SwissAgeCare 2010*. Schlussbericht. Spitex Verband Schweiz. <http://www.spitex.ch/files/CEAAGB6/SwissAgeCare-2010-Schlussbericht>
- [359] Perrig-Chiello, P., Höpflinger, F. & Schnegg, B. (2010). *Pflegende Angehörige von älteren Menschen in der Schweiz: SwissAgeCare 2010*. Schlussbericht. Spitex Verband Schweiz. <http://www.spitex.ch/files/CEAAGB6/SwissAgeCare-2010-Schlussbericht>
- [360] Kessler, C. & Boss, V. (2019). *Förderung der psychischen Gesundheit von betreuenden Angehörigen älterer Menschen: Eine Orientierungshilfe für die Gesundheitsförderung im Alter*. GFCH. <https://www.gesundheitsfoerderung.ch/publikationen>
- [361] Wahlbeck, K., Cresswell-Smith, J., Haaramo, P. & Parkkonen, J. (2017). Interventions to mitigate the effects of poverty and inequality on mental health. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 52(5), 505–514. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1370-4>
- [362] World Health Organization (WHO) (2014). *Social determinants of mental health*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/112828>
- [363] Hatzenbuehler, M. L. & Keyes, K. M. (2013). Inclusive anti-bullying policies and reduced risk of suicide attempts in lesbian and gay youth. *J Adolesc Health*, 53(1 Suppl.), S21–S26. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.08.010>
- [364] Hatzenbuehler, M. L., Keyes, K. M., Hasin, D. S. & Hasin, D. S. (2009). State-level policies and psychiatric morbidity in lesbian, gay, and bisexual populations. *Am J Public Health*, 99(12), 2275–2281. <https://doi.org/10.2105/ajph.2008.153510>
- [365] White Hughto, J. M., Reisner, S. L. & Pachankis, J. E. (2015). Transgender stigma and health: a critical review of stigma determinants, mechanisms, and interventions. *Soc Sci Med*, 147, 222–231. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.11.010>
- [366] PREOS (2012). *Vers l'égalité des chances en matière de santé pour les personnes LGBT: Le rôle du système de santé*. Résumé et recommandations (PREOS rapport du groupe santé). https://www.promotionsantevalais.ch/data/documents/PREMIS/Ressources_DOCS/Rsum_cahier_PREOS_sant.pdf
- [367] Wang, J., Häusermann, M., Berrut, S. & Weiss, M. G. (2013). The impact of a depression awareness campaign on mental health literacy and mental morbidity among gay men. *J Affect Disord*, 150(2), 306–312. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.04.011>
- [368] Martin-Diener, E., Meyer, J., Braun, J., Tarnutzer, S., Fäh, D., Rohrmann, S. & Martin, B. W. (2014). The combined effect on survival of four main behavioural risk factors for non-communicable diseases. *Prev Med*, 65, 148–152. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2014.05.023>
- [369] Vandenbroeck, P., Goossens, J. & Clemens, M. (2007). *Tackling Obesities: Future Choices – Obesity System Atlas*. UK Government Office for Science.
- [370] Hamrick, I., Norton, D., Birstler, J., Chen, G., Cruz, L. & Hanrahan, L. (2020). Association between dehydration and falls. *Mayo Clin Proc Innov Qual Outcomes*, 4(3), 259–265. <https://doi.org/10.1016/j.mayocpiqo.2020.01.003>
- [371] Chen, C. M. & Yoon, Y.-H. (2017). Usual Alcohol Consumption and Risks for Nonfatal Fall Injuries in the United States: Results From the 2004–2013 National Health Interview Survey. *Subst Use Misuse*, 52(9), 1120–1132. <https://doi.org/10.1080/10826084.2017.1293101>

- [372] Klotter, J. C. (2014). *Einführung Ernährungspsychologie* (2. Aufl.)(PsychoMed compact: Bd. 2). Reinhardt.
- [373] Torres, S. J. & Nowson, C. A. (2007). Relationship between stress, eating behavior, and obesity. *Nutrition*, 23(11–12), 887–894. <https://doi.org/10.1016/j.nut.2007.08.008>
- [374] Bundesamt für Gesundheit (BAG) & Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) (2016). *Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) 2017–2024*. <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheits-strategien/ncd-strategie/ncd-strategie.pdf>
- [375] Weber, D. & Kessler, C. (2021). *Gesundheitsförderung im Alter lohnt sich! Argumente und Handlungsfelder für Gemeinden und Städte*. GFCH. <https://gesundheitsfoerderung.ch/publikationen>
- [376] Mortazavi, S. S., Shati, M., Ardebili, H. E., Mohammad, K., Beni, R. D. & Keshteli, A. H. (2013). Comparing the Effects of Group and Home-based Physical Activity on Mental Health in the Elderly. *Int J Prev Med*, 4(11), 1282–1289.
- [377] Müller, B. (2014). *Lebenswelt erkennen*. Berner Fachhochschule, Institut Alter.
- [378] Kalbermatten, U. & Valach, L. (2020). *Psychologische Handlungstheorie in angewandter Forschung und Praxis: Gerontologie, Gesundheitspsychologie, Berufsberatung und Suizidprävention*. (Research). Springer Fachmedien. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-28927-0>
- [379] Kalbermatten, U. (1998). *Alter: Perspektiven einer aktiven Lebensgestaltung* (Theoretisches Modell der Lebensbereiche Heft 2). Pro Senectute Schweiz; Schweizerisches Rotes Kreuz.
- [380] Freedman, V. A., Spillman, B. C., Andreski, P. M., Cornman, J. C., Crimmins, E. M., Kramarow, E., Lubitz, J., Martin, L. G., Merkin, S. S., Schoeni, R. F., Seeman, T. E. & Waidmann, T. A. (2013). Trends in late-life activity limitations in the United States: an update from five national surveys. *Demography*, 50(2), 661–671. <https://doi.org/10.1007/s13524-012-0167-z>
- [381] Crimmins, E. M. & Beltrán-Sánchez, H. (2011). Mortality and morbidity trends: is there compression of morbidity? *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 66(1), 75–86. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbq088>
- [382] Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) (2013). *The global burden of disease: generating evidence, guiding policy*. European Union and European free trade association regional edition.
- [383] Bühler, G., Hermann, M., Lambertus, M. & Würigler, E. (2019). *Altersbilder der Gegenwart: Haltung der Bevölkerung zum Alter und zur alternden Gesellschaft*. Berner Generationenhaus. https://www.begh.ch/sites/default/files/2021-02/Studie_Altersbilder2019_sotomo-Begh.pdf
- [384] Auer, K., Karl, F. & Rosenmayr, L. (Hg.) (2007). *Die neuen Alten – Retter des Sozialen?* VS Verl. für Sozialwiss. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-90472-6>
- [385] Ries, M.-L. & Arioli, K. (Hg.) (2015). *Die neuen alten Frauen: Das Alter gestalten – Erfahrungen teilen – sichtbar werden*. Limmat.
- [386] Samochowiec, J., Thalmann, L. & Müller, A. (2018). *Die neuen Freiwilligen: Die Zukunft zivilgesellschaftlicher Partizipation*. GDI.
- [387] Samochowiec, J., Kühne, M. & Frick, K. (2015). *Digital Ageing: Unterwegs in die alterslose Gesellschaft*. GDI.
- [388] Hungerbühler, H. (2013). Occorre una politica per la terza età attenta alla diversità: La situazione degli immigrati anziani. *Terra Cognita*, 23, 106–109.
- [389] Lawton, M. P. (1983). Environment and other determinants of well-being in older people. *Gerontologist*, 23(4), 349–357. <https://doi.org/10.1093/geront/23.4.349>
- [390] Steiger, B. (2020). *Wie kann man die «Lebensqualität im Alter» erforschen?* Seniorweb. <https://seniorweb.ch/2020/11/03/wie-kann-man-die-lebensqualitaet-im-alter-erforschen/>
- [391] Bünning, M., Ehrlich, U., Behaghel, F. & Huxhold, O. (2021). *Enkelbetreuung während der Corona-Pandemie* (DZA aktuell). DZA. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-75928-5>
- [392] Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA) (2021). *Großeltern leisten auch in der Pandemie einen beachtlichen Beitrag zur Kinderbetreuung* [Pressemitteilung]. <https://www.dza.de/themen/die-corona-pandemie-und-aeltere-menschen/detailansicht/grosseltern-leisten-auch-in-der-pandemie-einen-beachtlichen-beitrag-zur-kinderbetreuung>

- [393] Riou, J., Panczak, R., Althaus, C. L., Junker, C., Perisa, D., Schneider, K., Criscuolo, N. G., Low, N. & Egger, M. (2021). Socioeconomic position and the COVID-19 care cascade from testing to mortality in Switzerland: a population-based analysis. *Lancet Public Health*, 6(9), e683–e691. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00160-2](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00160-2)
- [394] Webb Hooper, M., Nápoles, A. M. & Pérez-Stable, E. J. (2020). COVID-19 and Racial/Ethnic Disparities. *JAMA*, 323(24), 2466–2467. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.8598>
- [395] Mathur, R., Rentsch, C. T., Morton, C. E., Hulme, W. J., Schultze, A., MacKenna, B., Eggo, R. M., Bhaskaran, K., Wong, A. Y. S., Williamson, E. J., Forbes, H., Wing, K., McDonald, H. I., Bates, C., Bacon, S., Walker, A. J., Evans, D., Inglesby, P., Mehrkar, A., . . . Goldacre, B. (2021). Ethnic differences in SARS-CoV-2 infection and COVID-19-related hospitalisation, intensive care unit admission, and death in 17 million adults in England: an observational cohort study using the OpenSAFELY platform. *Lancet*, 397(10286), 1711–1724. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00634-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00634-6)
- [396] Probst, J. & Ruedin, D. (2021). *Littérature en santé relative au covid-19: focus sur la population migrante*. (SFM studies: Bd. 78). <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitspolitik/gesundheitskompetenz/migrationsbevölkerung-gesundheitskompetenz-und-covid-19.pdf>
- [397] Bishop, A. (2020). *Vulnerability amplified: The Impact of the COVID-19 Pandemic on LGBTIQ People*. OutRight Action International. https://outrightinternational.org/sites/default/files/COVIDsReportDesign_FINAL_LR_0.pdf
- [398] M.I.S. TREND (2020). *Etude sur les habitudes alimentaires et l'activité physique de la population en Suisse pendant la période des mesures du Conseil fédéral visant à freiner la propagation du Covid-19 (du 13 mars au 26. avril)*. IRES. <https://www.blv.admin.ch/dam/blv/fr/dokumente/lebensmittel-und-ernaehrung/ernaehrung/ernaehrung-waehrend-lockdown-bericht.pdf>
- [399] Höglinger, M. & Heiniger, S. (2020). *Verhaltensveränderungen im Lockdown und persönliche Herausforderungen: Auswertungen mit Daten des COVID-19 Social Monitor für Gesundheitsförderung Schweiz*. Schlussbericht. Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie; ZHAW. <https://doi.org/10.21256/ZHAW-22546>
- [400] Prickett, K. C., Habibi, H. & Carr, P. A. (2021). COVID-19 Vaccine Hesitancy and Acceptance in a Cohort of Diverse New Zealanders. *Lancet Reg Health West Pac*, 14, 100241. <https://doi.org/10.1016/j.lanwpc.2021.100241>
- [401] Friemel, T. N. & Geber, S. (2021). *The role of socio-demographics in Covid-19 prevention*. Fachdiskussion Covid-19 Taskforce 12. Jan. 2021. BAG. https://covid-norms.ch/wp-content/uploads/2021/03/Covid-Norms_Fachgespraech_20210112_Friemel-Geber_webseite.pdf
- [402] Geber, S., Tribelhorn, L. & Friemel, T. N. (2020). *Die Impfbereitschaft in der Schweizer Bevölkerung*. Covid-Norms. <https://covid-norms.ch/impfbereitschaft-schweiz/>
- [403] Robertson, E., Reeve, K. S., Niedzwiedz, C. L., Moore, J., Blake, M., Green, M., Katikireddi, S. V. & Benzeval, M. J. (2021). Predictors of COVID-19 vaccine hesitancy in the UK household longitudinal study. *Brain Behav Immun*, 94, 41–50. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2021.03.008>
- [404] Kortmann, L., Hagen, C., Endter, C., Riesch, J. & Tesch-Römer, C. (2021). *Internetnutzung von Menschen in der zweiten Lebenshälfte während der Corona-Pandemie: Soziale Ungleichheiten bleiben bestehen* (DZA aktuell 05/2021). DZA. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-72025-4>
- [405] Seifert, A. & Cotten, S. R. (2020). In care and digitally savvy? Modern ICT use in long-term care institutions. *Educ Gerontol*, 46(8), 473–485. <https://doi.org/10.1080/03601277.2020.1776911>
- [406] Guthold, R., Stevens, G. A., Riley, L. M. & Bull, F. C. (2018). Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1.9 million participants. *Lancet Glob Health*, 6(10), e1077–e1086. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30357-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30357-7)
- [407] Karn, S. & Schellenberger, S. (2020). *Lockdown Auswirkungen auf ältere Menschen: Freizeitverhalten der Bevölkerung 65+ in Bezug auf Frei- und Grünräume während der Coronakrise*. Projektbericht der HSR Hochschule für Technik Rapperswil. ILF. <https://de.readkong.com/page/lockdown-auswirkungen-auf-aeltere-menschen-3388759>

- [408] M.I.S. TREND (2020). *Umfrage zum Ernährungs- und Bewegungsverhalten während der Zeit der Massnahmen des Bundesrates zur Eindämmung der Verbreitung des Covid-19 (13. März bis 26. April 2020)*. Management Summary. IRES.
<https://www.blv.admin.ch/dam/blv/de/dokumente/lebensmittel-und-ernaehrung/ernaehrung/ernaehrung-waehrend-lockdown-management-summary.pdf>
- [409] Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan) (2021). *Bewegungsverhalten (Alter: 15+)*.
<https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/MonAM/bewegungsverhalten-alter-15>
- [410] Brombach, C., Sych, J., Grütter, S., Ziesemer, K., Ogorsolka, M. & Baumer, B. (2015). *Wirkungsvolle Ernährungsinterventionen für ältere Menschen*. Unveröffentlichter Bericht.
- [411] Buri, B. (2015). *Ernährung im Alter: Aktueller Stand des Wissens und Vorschlag für die Zielgruppendefinition im Rahmen des Via-Projekts «Ernährung im Alter»*. Unveröffentlichter Bericht.
- [412] Kessler, C. & Guggenbühl, L. (2021). *Auswirkungen der Corona-Pandemie auf gesundheitsbezogene Belastungen und Ressourcen der Bevölkerung: Ausgewählte Forschungsergebnisse 2020 für die Schweiz* (Arbeitspapier 52). GFCH; BAG. <https://gesundheitsfoerderung.ch/publikationen>
- [413] Bühler, G., Craviolini, J., Krähenbühl, D., Hermann, M., Müller, E. & Wenger, V. (2020). *Generationenbarometer 2020: Was Jung und Alt bewegt*. Berner Generationenhaus.
https://sotomo.ch/site/wp-content/uploads/2020/12/Generationen-Barometer2020_Web.pdf
- [414] Stocker, D., Jäggi, J., Liechti, L., Schläpfer, D., Németh, P. & Künzi, K. (2020). *Der Einfluss der COVID-19-Pandemie auf die psychische Gesundheit der Schweizer Bevölkerung und die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung in der Schweiz: Erster Teilbericht*. BAG. <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/psychische-gesundheit/covid-19/covid-19-psychische-gesundheit-teilbericht-1.pdf>
- [415] Ackermann, G. & Amstad, F. T. (2019). *Orientierungsliste KAP 2019*. GFCH.
https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/1-kap/projekte/Orientierungsliste_GFCH-2019-08_-_Interventionen_und_Massnahmen_fuer_die_KAP.pdf
- [416] United Nations Economic Commission for Europe (UNECE) (2010). *Integration und Teilhabe älterer Menschen in der Gesellschaft* (UNECE Kurzdossier zum Thema Altern 4). http://www.unece.org/fileadmin/DAM/pau/docs/age/2010/Policy-Briefs/4-Policybrief_Participation_Ger.pdf
- [417] World Health Organization (WHO) (2021). *Social isolation and loneliness among older people: advocacy brief*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/343206>
- [418] Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann (EBG) (2017). *Definition, Formen und Folgen häuslicher Gewalt*. Informationsblatt.
https://www.ebg.admin.ch/dam/ebg/de/dokumente/haeusliche_gewalt/infoblaetter/a1.pdf.download.pdf
- [419] Kirwan, R., McCullough, D., Butler, T., Perez de Heredia, F., Davies, I. G. & Stewart, C. (2020). Sarcopenia during COVID-19 lockdown restrictions: long-term health effects of short-term muscle loss. *Geroscience*, 42(6), 1547–1578. <https://doi.org/10.1007/s11357-020-00272-3>
- [420] Martinez-Ferran, M., de la Guía-Galipienso, F., Sanchis-Gomar, F. & Pareja-Galeano, H. (2020). Metabolic Impacts of Confinement during the COVID-19 Pandemic Due to Modified Diet and Physical Activity Habits. *Nutrients*, 12(6), 1549. <https://doi.org/10.3390/nu12061549>
- [421] Age UK (Hg.) (2021). *Impact of Covid-19 on older people's mental and physical health: one year on*. <https://www.ageuk.org.uk/globalassets/age-uk/documents/reports-and-publications/reports-and-briefings/health--wellbeing/coronavirus/id204712-age-uk-coronavirus-impact-report---one-year-on.pdf>
- [422] Fassbind, J. & Weber, D. (2020). *Gesundheitsförderung im Alter im Kontext von Covid-19: Situation und Erfahrungen, Empfehlungen und Beispiele aus der Praxis*. GFCH.
www.gesundheitsfoerderung.ch/publikationen
- [423] Fisayo, T. & Tsukagoshi, S. (2021). Three waves of the COVID-19 pandemic. *Postgrad Med J*, 97(1147), 332. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2020-138564>
- [424] Kessler, C. (2021). *Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Gesundheitsförderung: Erfahrungen aus der Praxis und Perspektiven, Stand 2021* (Arbeitspapier 56). GFCH.
<https://gesundheitsfoerderung.ch/publikationen>

Wankdorfallee 5, CH-3014 Berna
Tel. +41 31 350 04 04
office.bern@promotionsante.ch

Avenue de la Gare 52, CH-1003 Losanna
Tel. +41 21 345 15 15
office.lausanne@promotionsante.ch

www.gesundheitsfoerderung.ch
www.promotionsante.ch
www.promozionesalute.ch