

SALUTE E MEDICINA DI GENERE CLINICA DIFFERENZE DI GENERE NELLE VARIE FASI DELLA VITA



21 ottobre 2025 ore 8.30-14.00

Sala Chiesa "IL FULIGNO" Firenze, via Faenza 48

**Invecchiamento attivo in
ottica di genere**

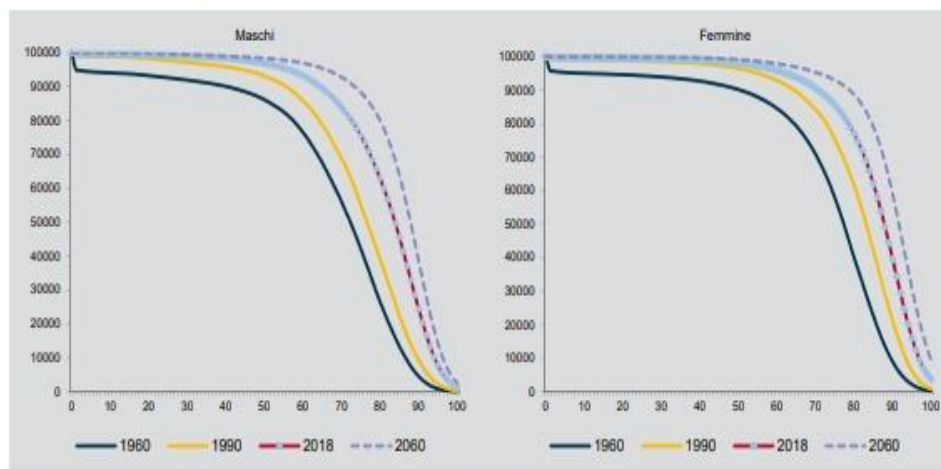
Donatella Calvani- Geriatria Prato

Una Nuova Mappa Per La Vita

Dal 1960, l'aspettativa di vita alla nascita nei paesi sviluppati è aumentata da 68 anni a circa 80 anni. Oltre al calo della mortalità infantile, la causa di questo notevole aumento dell'aspettativa di vita è stata la continua diminuzione dei tassi di mortalità in età avanzata in molti paesi grazie alle innovazioni mediche. L'allungamento della vita pone sfide sia ai decisori politici che ai ricercatori su come consentire un invecchiamento attivo e in buona salute.

Come dimostra l'evoluzione delle curve di sopravvivenza alle diverse età, oggi è sempre più raro assistere a eventi di morte nella prima fase della vita. Secondo le tavole di mortalità del 2018, tra gli uomini il 50 per cento della popolazione è ancora in vita all'età di 84 anni. Per le donne la situazione è ancora più favorevole, visto che il 50 per cento di esse risulta ancora in vita all'età di 88 anni.

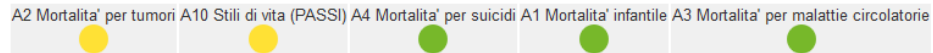
Figura 1.2 - Curve di sopravvivenza alle diverse età per genere in Italia. Anni 1960, 1990, 2018 e previsione al 2060, scenario mediano



Fonte: Istat, Tavole di mortalità della popolazione, Previsioni demografiche base 1.1.2018

Toscana

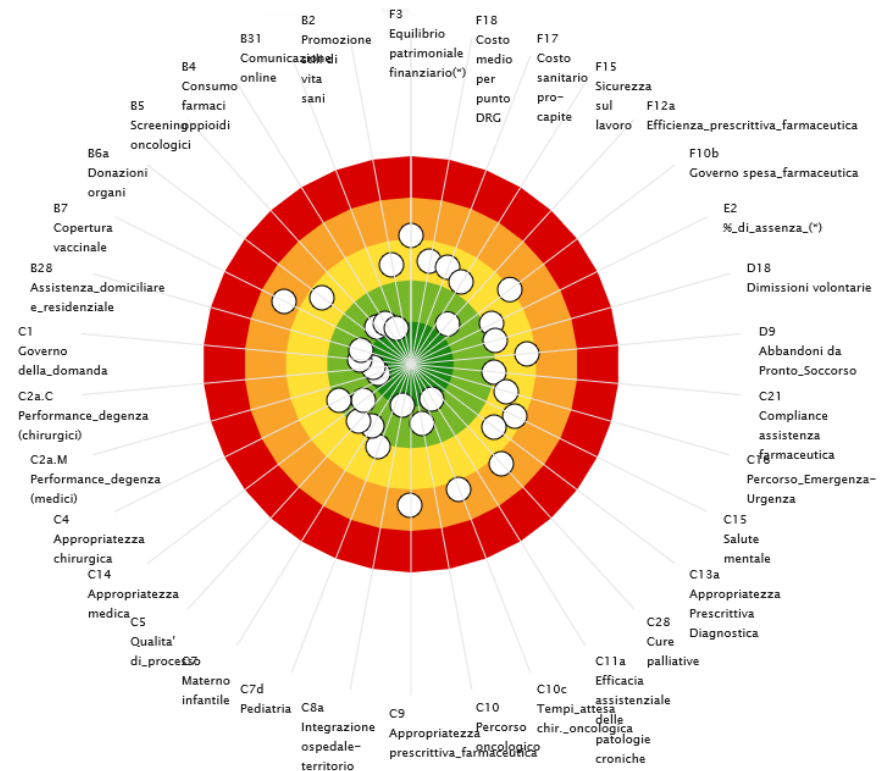
Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2012-2014



Bersaglio 2016

We Can...

The positive dimension of mental health is stressed in WHO's definition of health as contained in its constitution:
"Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity."



Invecchiamento attivo: salute, partecipazione e sicurezza (OMS 2002)

- A causa dell'invecchiamento della popolazione, è diventato importante per i decisori politici consentire alle persone di vivere una vita sana, indipendente, sicura e appagante anche in età avanzata (Zaidi e Stanton 2015).
- L'Organizzazione Mondiale della Sanità (2002) ha quindi proposto un quadro politico che promuove l'"invecchiamento attivo" basato su tre pilastri identificati come cruciali per l'invecchiamento attivo: salute, partecipazione e sicurezza. Se le persone rimangono sane e in grado di gestire la propria vita anche in età avanzata, ciò non solo aumenta il benessere degli anziani, ma
- Il benessere
- L'apprendim
- partecipazio
- La sicurezza
- protezione
- Questi tre p
- influenzato
- nell'invecch
- Kaneda et a
- benessere r
- l'istruzione.

Invecchiamento attivo basato su tre pilastri: salute, partecipazione e sicurezza. Se le persone rimangono sane e in grado di gestire la propria vita anche in età avanzata, "Stanno Bene" e consentono anche di risparmiare sui costi delle cure mediche e dei servizi di assistenza.

d esempio attraverso politica o la
dei consumatori e
2) hanno anche
e gli insuccessi
quattro dimensioni:
della vita come

Nel 2012, in concomitanza con l'anno europeo dell'invecchiamento attivo, in collaborazione con la Commissione europea e l'European Centre for Social Welfare Policy and Research è stato sviluppato l'**indice di invecchiamento attivo (Aai)**, uno strumento che permette di misurare il livello di invecchiamento attivo e i progressi conseguiti in base a una serie di indicatori selezionati

Il concetto di "invecchiamento attivo" è emerso negli anni '90 e ha l'obiettivo di consentire alle persone di "invecchiare in buona salute e come membri a pieno titolo della società,

"invecchiamento attivo" come il "processo di ottimizzazione delle opportunità di salute, partecipazione e sicurezza al fine di migliorare la qualità della vita con l'invecchiamento" (Organizzazione Mondiale della Sanità 2002)

Tuttavia, Paz et al. (2017) sottolineano che le politiche per l'invecchiamento attivo sono spesso "insensibili al genere" e non affrontano le diverse sfide che uomini e donne incontrano nella loro vecchiaia. Ciò è problematico, perché "gli aspetti sociali, culturali, economici e professionali nel corso della vita li influenzano in modo diverso e fino alla vecchiaia"

l'invecchiamento sia vissuto in modo diverso da donne e uomini, non solo in termini di aspettativa di vita (Leon 2011; Rochelle et al. 2015), ma anche nelle dimensioni sociali, sanitarie e professionali (Corsi et al. 2010; Foster e Walker 2013).

nel 2009, il Consiglio dell'Unione Europea ha adottato conclusioni sulle pari opportunità per donne e uomini: **invecchiamento attivo e dignitoso**. Queste conclusioni hanno sottolineato che le donne affrontano un rischio maggiore di povertà in età avanzata rispetto agli uomini a causa di diverse ragioni, come le **interruzioni di carriera**, il lavoro **part-time** e il **divario retributivo di genere**. Oltre alle basse pensioni, un basso reddito in giovane età può anche avere effetti negativi su altre dimensioni, come la salute, l'alloggio e l'inclusione sociale in età avanzata. Pertanto, il Consiglio ha sostenuto che "**un invecchiamento sano e dignitoso deve comprendere una dimensione di genere, tenendo conto delle esigenze specifiche sia delle donne che degli uomini**" (Corsi et al. 2010).

Invecchiamento Attivo in Ottica di Genere: approccio lifelong

**Riconoscere le
differenze tra uomini
e donne nel processo
di invecchiamento**

**Considerare le
esperienze, sfide e
disuguaglianze sociali
legate al genere
presuppone un
approccio
personalizzato per
tutta la durata della
vita.**



Invecchiamento attivo: Commissione Europea Azioni

- sfide demografiche che l'Ue deve affrontare nel Libro verde "Una nuova solidarietà tra le generazioni di fronte ai cambiamenti demografici" (Commissione europea, 2005);
- "Il futuro demografico dell'Europa, trasformare una sfida in opportunità" (Commissione europea, 2006);
- "Promuovere la solidarietà tra le generazioni" (Commissione europea 2007)
- "Gestire l'impatto dell'invecchiamento della popolazione nell'Unione europea" (relazione 2009 sull'invecchiamento demografico),
- la creazione del Partenariato europeo per l'innovazione sull'invecchiamento attivo e in buona salute nel 2011.
- promulgato il 2012 l'Anno europeo dell'invecchiamento attivo e della solidarietà tra le generazioni, al fine di sensibilizzare l'opinione pubblica al contributo che le persone anziane possono dare alla società.
- La Commissione economica per l'Europa delle Nazioni Unite (Unece) ha posto tra i suoi obiettivi principali l'invecchiamento della popolazione e la sua attivazione, a cominciare dal Ministerial Conference on Ageing (2007), per monitorare l'attuazione del Piano di Madrid, ovvero se i paesi hanno compiuto progressi significativi per adeguare i sistemi di protezione sociale, di promozione della salute e di regolazione dei mercati del lavoro alle esigenze di una popolazione sempre più anziana.
- Nel 2012, in concomitanza con l'anno europeo dell'invecchiamento attivo, in collaborazione con la Commissione europea e l'European Centre for Social Welfare Policy and Research è stato sviluppato **l'indice di invecchiamento attivo (Aai), uno strumento che permette di misurare il livello di invecchiamento attivo e i progressi conseguiti in base a una serie di indicatori selezionati**

SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe)

Aai (l'Indice di Invecchiamento Attivo)

- **Indagine SHARE:** SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) è un'indagine multidisciplinare e longitudinale che raccoglie **dati su individui di 50 anni e più in Europa**
- **Obiettivo:** L'indagine mira a raccogliere informazioni su salute, status socio-economico e relazioni sociali degli anziani per fornire una base di dati per la ricerca sull'invecchiamento.
- **Uso dei dati:** I dati raccolti vengono utilizzati per calcolare vari indici, come **l'Indice di Invecchiamento Attivo (Aai)**, che valutano quanto attivamente le persone invecchiano nei diversi paesi europei. Dando valutazione quantitativa di come l'invecchiamento si svolge a livello **sociale, sanitario ed economico**, è una misura composita costituita da un **indice generale** e da **indici specifici dei domini** che lo compongono, nonché dai **singoli indicatori che costituiscono ogni dominio**. Consente dunque ai responsabili politici di basare i loro interventi di politica sociale su **dati quantitativi** e comparabili **degli indicatori di invecchiamento attivo** per gli Stati membri dell'Ue, così da promuovere l'invecchiamento attivo e in buona salute per i loro cittadini. La quantificazione riguarda in quale misura le persone anziane hanno e possono realizzare il loro **POTENZIALE** nei diversi settori della loro vita: l'occupazione; la partecipazione sociale, una vita indipendente, sana e sicura (Zaidi et al, 2013). Tale quantificazione consente di individuare gli ambiti più critici che richiedono quindi degli interventi. Un quarto dominio più trasversale cattura la capacità dei paesi di creare un ambiente favorevole per l'invecchiamento attivo.

SHARE-Active-Ageing-Index (SHARE-AAI)

I dati SHARE sono progettati per catturare in modo esplicito la vita degli anziani e lo fanno a livello individuale. Offrono quindi un'opportunità ideale per sviluppare un indice sull'invecchiamento attivo basato su dati a livello individuale, che rendono possibile non solo un confronto a livello aggregato, ma consentono anche un confronto approfondito del benessere delle diverse sottopopolazioni di anziani.

SHARE-Active-Ageing-Index (SHARE-AAI). è influenzato dai tre pilastri dell'invecchiamento attivo (**partecipazione, salute e sicurezza**) È costruito, utilizzando l'Analisi delle Componenti Principali (**PCA**) per stimare i sottoindici per le seguenti dimensioni:

- **benessere soggettivo:** informazioni sulla soddisfazione e la felicità nella vita, così come sulla depressione o sull'entusiasmo per il futuro.
- **Salute fisica:** informazioni su mobilità, malattie croniche o limitazioni nelle attività. Questa dimensione consiste in misure oggettive (ad esempio, forza di presa) e soggettive.
- **reti sociali:** informazioni sull'ambiente sociale dei partecipanti. Questa dimensione copre la dimensione, l'intensità e il livello di soddisfazione dei social network
- **partecipazione alla società:** è il grado in cui i partecipanti contribuiscono attivamente alla società. Per questa dimensione vengono selezionate solo attività di volontariato, come la partecipazione a club o attività di beneficenza.
- **Abilità/capacità:** benessere delle persone rispetto alle loro funzioni cognitive, come le capacità di calcolo, scrittura e lettura. Questa dimensione comprende anche diverse misure fisiche come la vista, la lettura e l'udito.
- **apprendimento permanente,** contiene variabili come il livello attuale di istruzione o l'uso di Internet
- **Denaro:** aspetti economici, includendo il reddito totale (aggiustato in base al PPP) di un individuo, nonché domande soggettive sulla situazione economica, ad esempio: l'individuo è in grado di arrivare a fine mese? I partecipanti con un reddito annuo superiore a 1 milione sono stati esclusi
- **Alloggio:** situazione abitativa dei partecipanti in relazione alla zona in cui vivono. A queste domande risponde solo un individuo per nucleo familiare; pertanto, abbiamo utilizzato un valore a livello di nucleo familiare per ciascun partecipante.
- **occupazione:** l'unica costituita da una sola variabile indicata con 1 se il rispondente percepisce un reddito retribuito (da lavoro o pensione) e con 0 altrimenti

Determinants of healthy ageing: a systematic review of contemporary literature

Thais Abud¹ · Georgios Kounidas¹ · Kathryn R. Martin² · Martin Werth³ · Kay Cooper⁴ · Phyo Kyaw Myint¹ Received: 26 October 2021 / Accepted: 5 December 2021 / Published online: 8 February 2022 © The Author(s), under exclusive licence to Springer Nature Switzerland AG 2022

Obiettivo :valutare i **modelli esistenti per un invecchiamento sano e identificare i fattori comunemente descritti che possono potenzialmente agire come determinanti di un invecchiamento sano.**

revisione sistematica consultando cinque database elettronici (EMBASE, MEDLINE, Cochrane, PsychINFO e CINAHL) da gennaio 2010 a novembre 2020 per acquisire le evidenze più aggiornate. Gli studi idonei dovevano riportare un quadro chiaro dell'invecchiamento sano negli esseri umani, in uno o più dei tre domini (fisico, mentale/cognitivo, sociale)

Conclusioni :I dieci determinanti identificati per un invecchiamento sano includono **attività fisica, dieta, consapevolezza di sé, prospettive/atteggiamento, apprendimento permanente, fede, sostegno sociale, sicurezza finanziaria, impegno nella comunità e indipendenza.**

Crescente riconoscimento del ruolo fondamentale del benessere sociale e mentale/cognitivo come determinanti per un invecchiamento “sano” termine che gli autori, propongono di sostituire al termine “attivo” . Preferito il termine Determinanti a Fattori, per l’impatto diretto che questi hanno sull’invecchiamento.

Sono emersi quattro determinanti principali in relazione al dominio del benessere mentale/cognitivo:

- **consapevolezza di sé/ prospettive/atteggiamento/apprendimento permanente/fede**

I determinanti dell'autoconsapevolezza :

- **Autostima/realizzazione personale/La consapevolezza del proprio corpo e il senso di scopo**
- **Resilienza come "la capacità dei partecipanti di adattarsi ai cambiamenti", in particolare essendo consapevoli delle nuove circostanze che si presentano e scegliendo di modificare le proprie scelte per supportare le nuove condizioni .Questa definizione di resilienza è strettamente collegata ai determinanti di consapevolezza corporea, in particolare in relazione alle scelte di vita**

Il fattore determinante della prospettiva/atteggiamento, riscontrato in sette studi, è legato all'autoconsapevolezza

1) partecipanti che presentavano un comportamento orientato al futuro 2) partecipanti senza un comportamento orientato al futuro una buona prospettiva e un buon atteggiamento verso il futuro ha un impatto positivo modo diverso dall'“attesa della morte”, Fede

Benessere Sociale gli studi includevano **determinanti sociali** per un invecchiamento sano e di successo:

- **sostegno sociale:** creazione di relazioni e la costruzione di un rapporto non solo con i familiari, ma anche con i conoscenti
- **sicurezza finanziaria:** la sicurezza finanziaria definita come la possibilità di mantenere una buona qualità della vita, accesso alle cure, non dover rappresentare un peso finanziario per la famiglia.
- **impegno nella comunità:** dal volontariato alle riunioni religiose, come andare in chiesa, e sentirsi parte integrante della comunità

Benessere Fisico : sette studi hanno sottolineato la necessità di mantenere un buon livello di capacità fisica per favorire un invecchiamento sano e di successo/Questo includeva l'esercizio fisico, ma anche terapie alternative e la gestione dei farmaci a causa dei loro potenziali effetti sull'organismo/Al contrario, gli altri studi si sono concentrati maggiormente sull'aspetto dell'esercizio fisico e del mantenersi attivi; come attività fisica/Tre studi hanno utilizzato la dieta come fattore la salute fisica, ma non sono state riportate le specifiche del tipo di dieta o degli elementi nutrizionali / AA hanno incluso la dieta come parte della fase di mantenimento di un invecchiamento sano per il suo ruolo nel mantenimento e nel supporto della salute fisica .

Indipendenza come determinante

- **è stata esplorata ed è presente in tutti i domini; Essa include aspetti come la capacità fisica o mentale/cognitiva di vivere senza supporto, nonché l'indipendenza finanziaria da familiari o amici. È stato chiaramente dimostrato in diversi studi che il modo in cui l'indipendenza viene percepita cambia in base alle circostanze individuali**

L'Active ageing index (Aai)

L'Active ageing index (Aai) offre una lettura multidimensionale inedita e misura la possibilità degli anziani di realizzarsi pienamente in termini di occupazione, partecipazione sociale e culturale, mantenimento dell'autonomia nei diversi contesti esaminati, a fronte di altri strumenti che non permettono di esplorare insieme tutte le dimensioni che concorrono all'invecchiamento attivo. L'Italia ha quindi declinato l'Aai a livello regionale, considerandolo uno strumento che potrebbe consentire di governare gli squilibri geografici e sociali, per monitorare nel territorio le condizioni che possono ampliare o limitare il grado di partecipazione attraverso cui le persone anziane contribuiscono alla società. Sulla base dei risultati si ritiene che l'Aai a livello subnazionale possa diventare un riferimento costante e condiviso per valutare i risultati dell'azione pubblica rispetto a obiettivi prefissati di breve e lungo periodo



INVECCHIAMENTO ATTIVO E CONDIZIONE DI VITA DEGLI ANZIANI IN ITALIA

ISBN 978-88-458-2028-1

© 2020
Istituto nazionale di statistica
Via Cesare Balbo, 16 - Roma

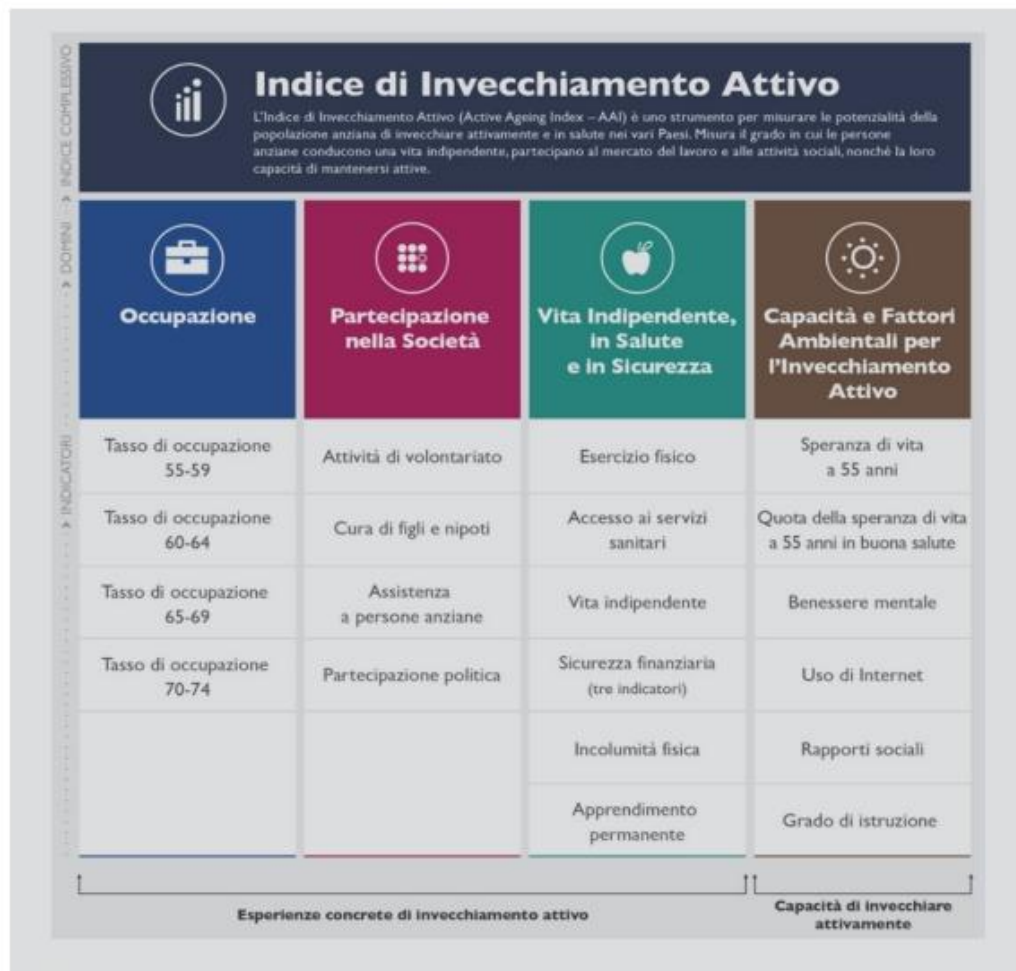


Salvo diversa indicazione, tutti i contenuti pubblicati sono soggetti alla licenza Creative Commons - Attribuzione - versione 3.0. <https://creativecommons.org/licenses/by/3.0/>

AAI indice di invecchiamento attivo

- L'Active ageing index (Aai) è una misura composta
- costituita da un indice generale
- da indici specifici dei domini che lo compongono
- dai singoli indicatori che costituiscono ogni dominio.
- Tutti gli strumenti dell'Aai sono declinati per genere, in modo da evidenziare le differenze per tendere a ridurre le disparità di genere nelle esperienze di invecchiamento.
- per creare obiettivi, nel medio e lungo Per renderli misurabili, monitorizzabili, verificabili

Figura 2.1 - Domini e indicatori dell'Aai (Active ageing index)



Fonte: Zaidi and Stanton (2015)

indicatori

- **“non a rischio di povertà”** rappresenta la percentuale di persone di 65 anni di età e oltre che non risulta a rischio di povertà, ovvero che vive in famiglie con un reddito netto equivalente superiore a una soglia di rischio di povertà; L’analisi di genere evidenzia come **le donne anziane sono più spesso a rischio di povertà**, registrando un valore più basso (91,7 per cento) rispetto agli uomini (93,3 per cento)
- **“no grave deprivazione materiale”** è la percentuale di persone di 65 anni di età e oltre che non risultano gravemente deprivate, ossia rappresentano la quota di persone **che vivono in famiglie che non registrano almeno quattro segnali di deprivazione materiale sui nove indicati di seguito**: essere in arretrato nel pagamento di bollette, affitto, mutuo o altro tipo di prestito; non poter riscaldare adeguatamente l’abitazione; non poter sostenere spese impreviste di 800 euro; non potersi permettere un pasto adeguato almeno una volta ogni due giorni; non potersi permettere una settimana di vacanza all’anno lontano da casa; non potersi permettere alcuni beni materiali (televisore a colori, lavatrice, automobile, telefono).
- **“sicurezza fisica”** è la percentuale di persone di età pari o superiore a 55 anni che vivono in zone sicure, non a rischio di criminalità. La sicurezza personale è un elemento fondamentale del benessere degli individui e quindi un’altra importante condizione preliminare per l’indipendenza e l’autonomia degli anziani, e non solo. Essere vittima di un crimine può comportare una perdita economica, un danno fisico e/o un danno psicologico dovuto al trauma subito. L’impatto più importante della criminalità sul benessere degli anziani è **il senso di vulnerabilità che determina la paura di essere vittima** di atti criminali può influenzare molto le proprie libertà personali, la propria qualità della vita e lo sviluppo dei territori.
- La frequenza a corsi, seminari, conferenze o lezioni private tra le persone di età compresa tra 55 e 74 anni rappresenta l’indicatore **“apprendimento permanente”**, un altro aspetto di assoluta rilevanza nell’approccio allo studio della vita indipendente, sana e sicura degli anziani
- **L’istruzione e la formazione** influenzano il benessere delle persone: a un livello di istruzione più alto corrisponde un tenore di vita più elevato, le persone hanno maggiori opportunità di trovare lavoro, vivono di più e meglio perché hanno stili di vita più salutari, corrispondono livelli più elevati di accesso e godimento consapevole dei beni e dei servizi culturali, e una partecipazione attiva alla vita sociale (Istat, 2019).

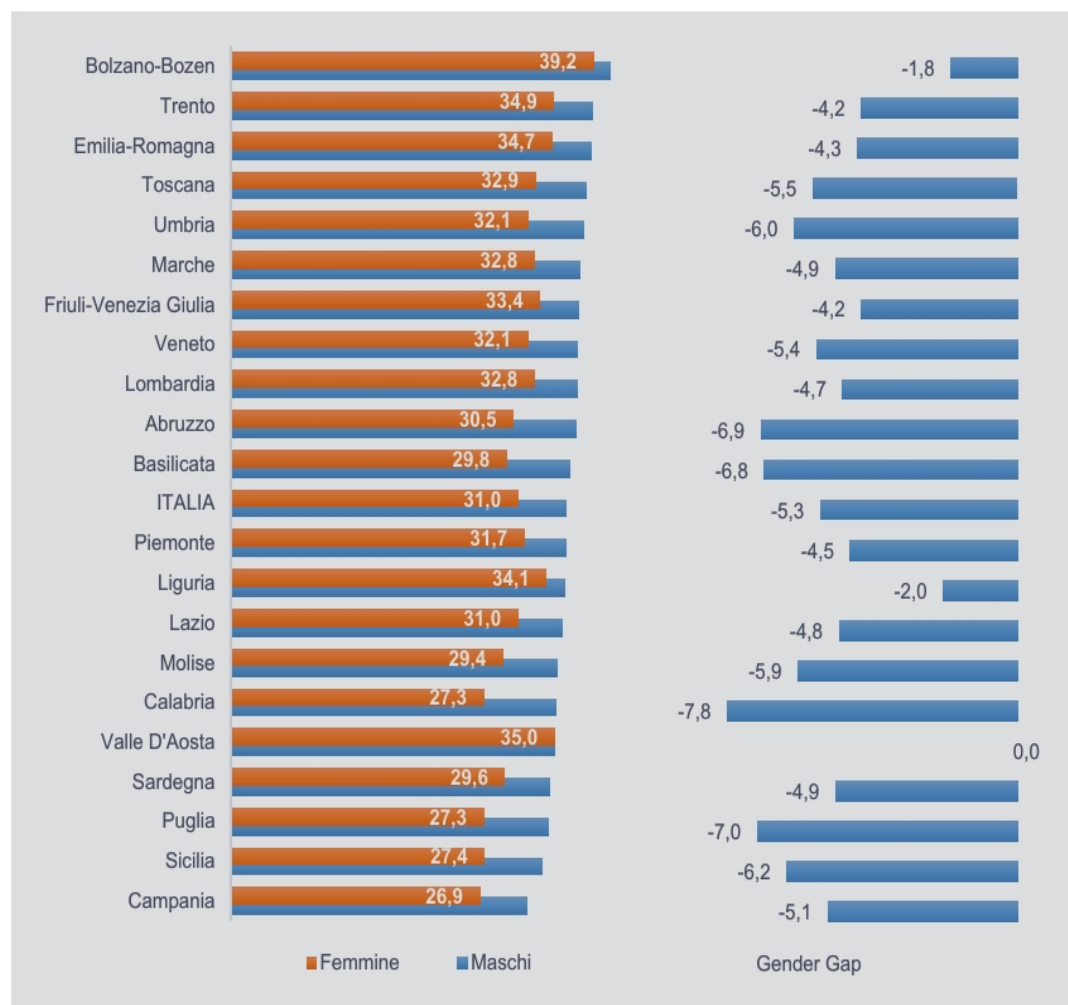
indicatori

- l'indice generale del dominio **vita indipendente sana e sicura** si caratterizza per avere i divari di genere e territoriali minori. Il divario di genere quasi sempre a favore degli uomini, non è comunque affatto elevato.
- Il **capitale umano** di un individuo si forma e si sviluppa all'interno dei processi educativi, sia di quelli formali (scuola, università) sia di quelli non formali (corsi ed attività formative) e informali (ambiente di lavoro, famiglia, vita sociale)
- a livello europeo è ormai da tempo molto forte l'attenzione al **lifelong learning**. Inteso a migliorare le conoscenze e le competenze da un punto di vista personale, sociale e lavorativo, il lifelong learning rientra tra gli obiettivi strategici di Europa 2020
- Tra i prerequisiti per l'invecchiamento attivo ci sono innanzitutto di poter **vivere più a lungo (aspettativa di vita) e in buone condizioni (percentuale di aspettativa di vita vissuta in buona salute, benessere mentale)** e i **fattori abilitanti che favoriscono l'invecchiamento attivo rappresentati dall'uso delle tecnologie e relazioni sociali e il livello di istruzione**

Aai

- le donne mostrano punteggi peggiori degli uomini ma con differenze notevoli da regione a regione, anche per l'impatto che le diverse politiche locali producono sul modo di invecchiare
- Le donne conseguono risultati di invecchiamento attivo sensibilmente inferiori rispetto ai loro coetanei in Calabria, Puglia e Abruzzo,
- differenze di genere marginali si registrano solo in Valle d'Aosta, nella provincia autonoma di Bolzano e in Liguria.
- Tali differenze sono principalmente dovute a un gap di genere nel dominio "Occupazione" e nel "Vita indipendente ed autonoma"
- dovute alle ineguaglianze nell'accesso delle donne al mercato del lavoro,
- al divario retributivo,
- alla sovrarappresentazione delle donne solo in determinati settori di attività e con determinate tipologie contrattuali, nella difficoltà per l'avanzamento in carriera, un'eredità che nelle età anziane incide fortemente sul reddito ed accentua la maggiore esposizione delle donne al rischio povertà.

Figura 3.2 - Aai complessivo per regione e sesso. Anno 2018 (punti percentuali e variazioni in punti percentuali)

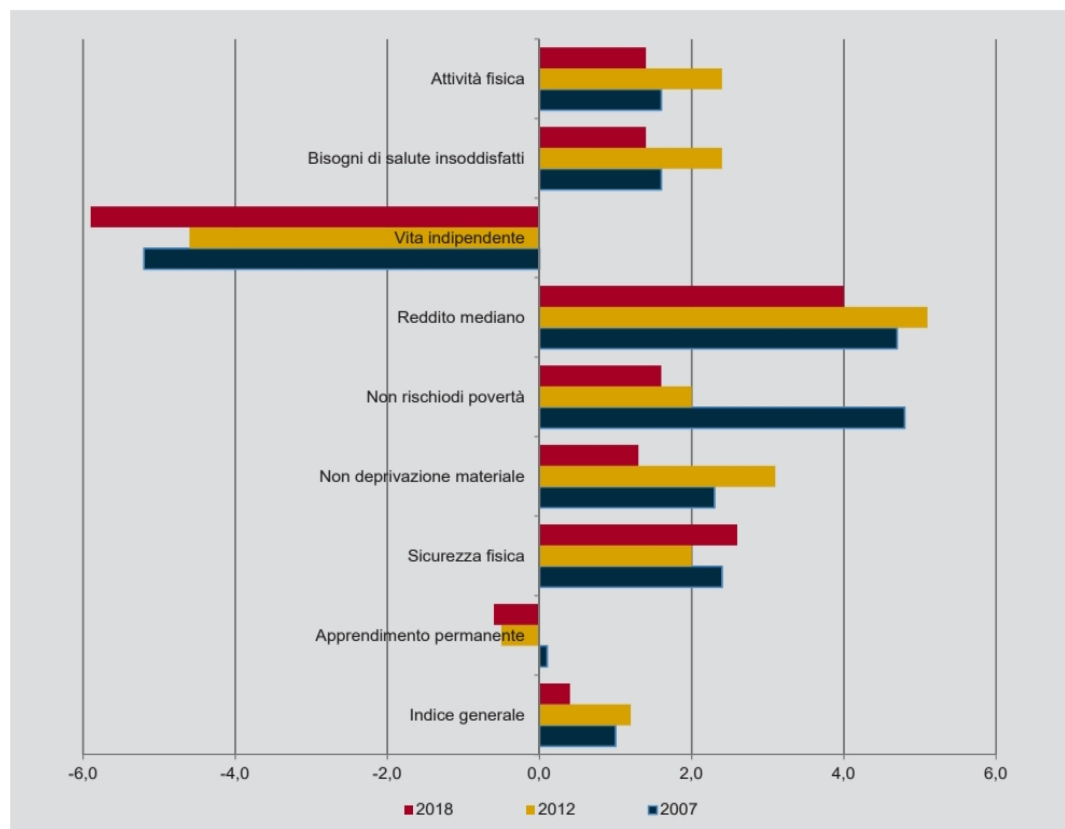


Fonte: Istat. elaborazioni su varie rilevazioni

Aai

I dati declinati per genere confermano che gli uomini di almeno 65 anni hanno un reddito disponibile maggiore rispetto alle donne della stessa età, nonché rispetto agli uomini con meno di 65 anni (rapporto mediano pari a 103,9), mentre tale differenza risulta meno evidente per le donne di almeno 65 anni e quelle con un'età inferiore, segnalando un rapporto mediano pari a 99,9. Queste differenze di genere sono legate a vari fattori. **Le donne infatti possono contare su un montante contributivo minore, a seguito di una vita lavorativa più breve a causa di interruzioni o percorsi di carriera limitati dovuti alla maternità e alla cura dei figli, nonché retribuzioni più basse per il ricorso al lavoro a tempo parziale o in settori caratterizzati da redditi relativamente bassi** (European Union, 2019).

Figura 3.28 - Divario di genere degli indicatori e dell'indice generale del dominio. Anni 2007, 2012 e 2018 (differenze in punti percentuali)



Fonte: Istat, elaborazioni su varie rilevazioni

Rischio Povertà

- Per analizzare le disuguaglianze di genere in età avanzata è importante applicare una prospettiva che consideri l'intero ciclo di vita (Paz et al. 2017).
- Fenomeni che appaiono maggiormente rilevanti in età precoce, come la discriminazione nel mercato del lavoro, il divario retributivo di genere, ma anche il ruolo delle donne come principali fornitrici di servizi di assistenza, influiscono sul benessere anche in età avanzata.
- Le tradizionali norme di genere, insieme alla limitata assistenza pubblica all'infanzia, spesso inducono le donne ad intraprendere percorsi lavorativi specifici che includono interruzioni di carriera dovute al congedo di maternità e al lavoro part-time.
- Ad esempio, il 27% delle donne nei paesi dell'UE lavora part-time, rispetto all'8,2% degli uomini (OCSE 2018). A causa dei sistemi pensionistici basati sul reddito, questi percorsi lavorativi specifici per genere, così come le differenze di reddito, hanno effetti anche oltre l'età lavorativa (Foster 2011).
- In media, nella maggior parte dei paesi dell'UE la pensione delle donne è pari alla metà di quella degli uomini (Bettio et al. 2015).
- Di conseguenza, le donne anziane tendono ad affrontare un rischio di povertà più elevato rispetto agli uomini (Sefton et al. 2011).

Aai

Le distanze maggiori rispetto alla media europea si registrano nei domini **dell'occupazione e della partecipazione sociale**, ambiti nei quali ci sono ampi margini di recupero per i paesi più svantaggiati. Le differenze rispetto alla media europea, nei singoli domini e nel punteggio totale, fanno emergere gli ambiti virtuosi e quelli deficitari dei vari paesi nonché l'ampiezza delle distanze, quindi le possibili aree di intervento. In l'Italia l'intervento prioritario sembra riguardare l'occupazione, il dominio che presenta ancora il divario maggiore nonostante i progressi conseguiti negli anni, per favorire soprattutto l'occupazione femminile

Tavola 2.3 - Punteggi nei domini dell'Aai e differenze dalla media Ue in alcuni paesi europei. Anno 2018 (punti percentuali e differenze in punti percentuali)

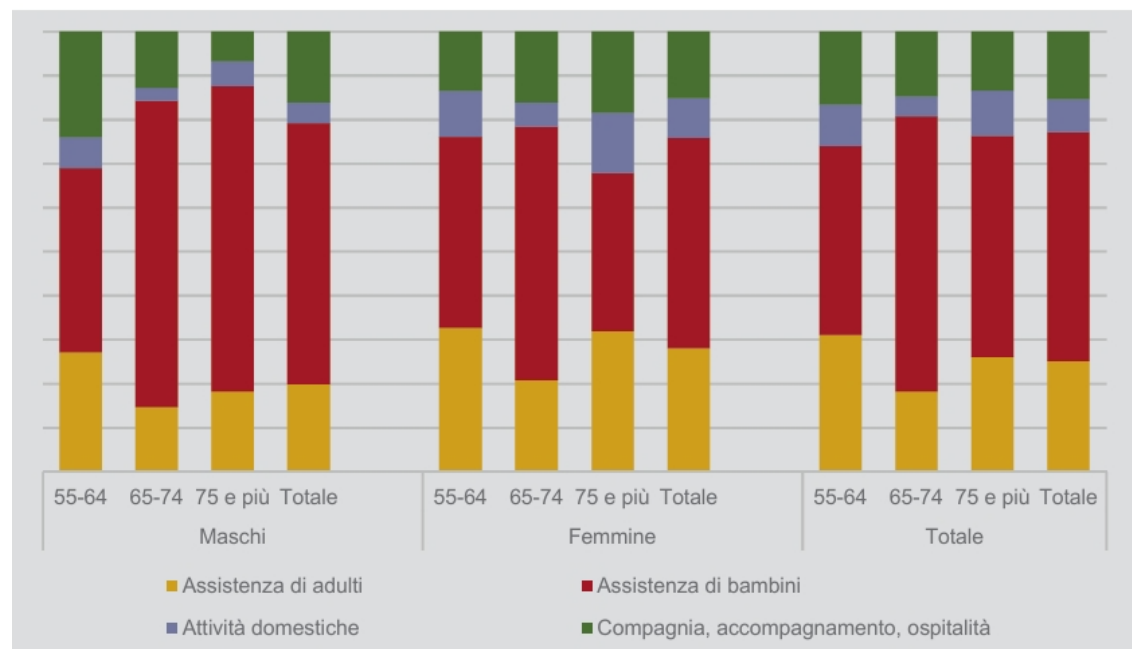
Paese	Punteggio nei domini				Differenza dalla media Ue28					
	Occupazione	Partecipazione sociale	Vita indipendente, sana e sicura	Capacità di invecchiare attivamente	Totale	Occupazione	Partecipazione sociale	Vita indipendente, sana e sicura	Capacità di invecchiare attivamente	Totale
Svezia	45,4	26,0	79,2	71,2	47,2	14,3	8,1	8,5	13,7	11,5
Danimarca	40,6	21,7	78,4	66,5	43,0	9,5	3,8	7,7	9,0	7,3
Paesi Bassi	36,3	26,6	77,3	64,7	42,7	5,2	8,7	6,6	7,2	7,0
Germania	39,4	15,9	74,9	63,6	39,6	8,3	-2,0	4,2	6,1	3,9
Francia	26,9	26,2	75,4	62,2	38,6	-4,2	8,3	4,7	4,7	2,9
Ue28	31,1	17,9	70,7	57,5	35,7	-	-	-	-	-
Italia	28,0	17,3	68,0	55,9	33,8	-3,1	-0,6	-2,7	-1,6	-1,9
Spagna	25,6	16,2	71,6	59,7	33,7	-5,5	-1,7	0,9	2,2	-2,0
Portogallo	33,3	11,9	67,7	54,2	33,5	2,2	-6,0	-3,0	-3,3	-2,2
Romania	28,9	13,6	63,7	44,6	30,2	-2,2	-4,3	-7,0	-12,9	-5,5
Croazia	21,2	15,8	64,2	49,4	29,3	-9,9	-2,1	-6,5	-8,1	-6,4
Grecia	20,6	11,8	63,9	50,0	27,7	-10,5	-6,1	-6,8	-7,5	-8,0

Ore aiuto erogate

Le donne forniscono più ore di aiuto degli uomini. Il maggiore carico di lavoro di cura svolto dalle donne al di fuori della propria famiglia, ricade principalmente sulle donne tra 55 e 64 anni.

Gli uomini spendono la metà del loro tempo di aiuto a favore dei bambini, mentre le donne hanno tempi di aiuto più distribuiti: il 42,1 per cento è destinato all'accudimento di bambini e un quarto viene assorbito dall'assistenza ad adulti.

Figura 3.19 - Ore di aiuto erogate nelle quattro settimane precedenti l'intervista a persone non coabitanti per tipo principale di aiuto, sesso e classe di età (valori percentuali)

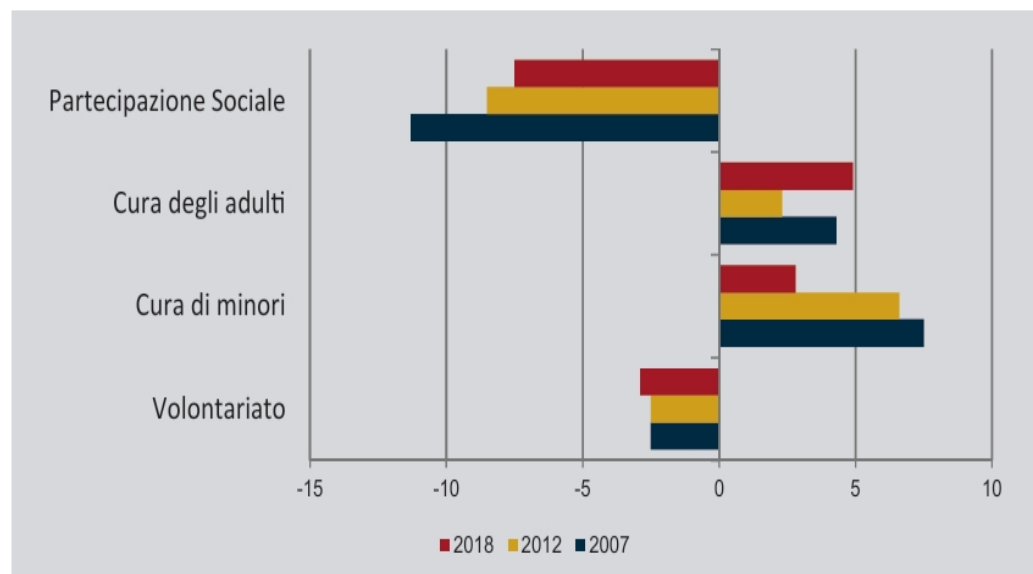


Fonte: Istat, Indagine Famiglie, soggetti sociali e ciclo di vita

Aai

L'assistenza informale a bambini e adulti non conviventi è l'unica sfera in cui prevalgono le donne (assistenza ai bambini 28,0 % assistenza agli adulti 15,3%) rispetto agli uomini (25,0 % cento e 10,4 % rispettivamente) per cui su di loro ricade il peso maggiore del welfare familiare.

Figura 3.16 - Divario di genere degli indicatori del dominio partecipazione sociale. Anni 2007, 2012 e 2018 (differenze in punti percentuali)



Fonte: Istat, elaborazioni su varie rilevazioni

Ruolo delle Donne nella Società

- Le donne anziane sono fondamentali come caregiver, volontarie e membri attivi della comunità
- **Sfida cambiare:** Società patriarcale (basata su ruoli rigidi ed autorità asimmetrica) che non riconosce il valore di queste attività

Disuguaglianze e criticità

- **Donne:** Maggiore aspettativa di vita, ma più vulnerabili a povertà
- **Fattori:**
 - Interruzione carriera per caregiving
 - Disparità salariale e pensionistica
 - Minor reddito disponibile
- **Donne:** Secondo Arber e Cooper (1999), le donne hanno maggiori probabilità di soffrire di **malattie croniche** e invalidanti in età avanzata. Calvó-Perxas et al. (2016) riscontrano livelli più elevati di **dolore** e una maggiore incidenza di **depressione** nelle donne anziane rispetto agli uomini; possono subire discriminazioni nel mercato del lavoro o violenza domestica (Organization 2000).
- Isolamento sociale
- **Fattori**
 - Tendenza al ritiro
 - Perdita di relazioni

Valutare la fragilità significa prevenzione e promozione della qualità della vita. Finalizzata alla identificazione delle criticità che possono essere di carattere fisico, cognitivo, socio-ambientale.

Sindrome caratterizzata dalla riduzione delle riserve funzionali e dalla diminuita resistenza agli “stressors” risultante dal declino cumulativo di sistemi fisiologici multipli che causano vulnerabilità e conseguenze avverse

**PERCHE':LA
FRAGILITA' NON E' LA
DISABILITA'**

**FRIED FRAILTY
PHENOTYPE (FFP)**



Fried L et al., J Gerontol Biol Sci Med Sci, 2001

Definizione operativa di fragilità

Cardiovascular Health Study

1. Perdita di peso involontaria (>4.5 Kg nell'ultimo anno)
2. Affaticamento (fatica almeno 2 giorni/settimana)
3. Riduzione della forza muscolare (hand grip) (<5.85 Kg per i maschi e 3.37 Kg per le femmine)
4. Ridotta attività fisica
5. Riduzione della velocità del cammino

PHENOTYPE FRAILTY INDEX (PFI)

Fragile: ≥ 3 criteri presenti

Intermedio (pregrafile): 1 o 2 criteri

Non fragile (robusto): 0 criteri

Riduzione della performance fisica e fragilità: la *Short Physical Performance Battery (SPPB)*

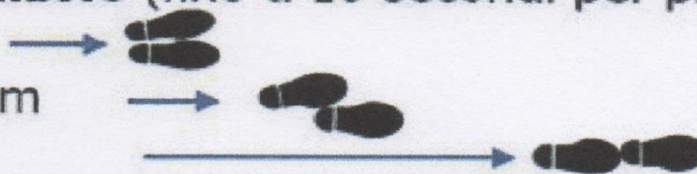
- Include tre test:

• **Test dell'equilibrio** (fino a 10 secondi per prova)

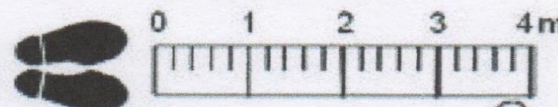
- Piedi uniti

- Semi-tandem

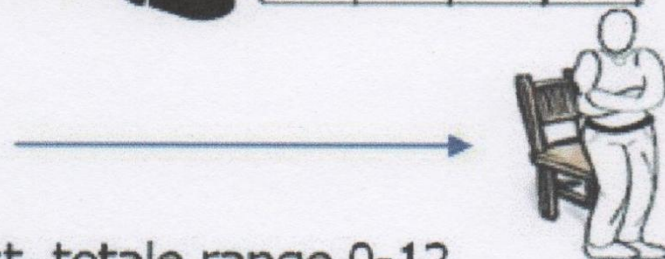
- Tandem



• **Test della marcia (4 m)**



• **Test della sedia**

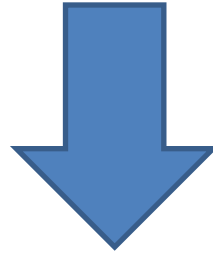


- Punteggio da 0 a 4 per ogni test, totale range 0-12

Guralnik J, et al. *J Gerontol Med Sci* 1994; 49: 85

Prevalenza di fragilità per sesso ed età

- Fan et al, Lancet Public Health 2020; 5: e650–60
- Lee et al. BMC Family Practice, 2018, 19:170
- 113,299 adults 50+ y Personal interview Frailty phenotype modified Europe (SHARE) Ahrenfeldt, et al. Int J Public Health, 2019 Sep;64(7):1025-1036
- Sex Difference in frailty: a systematic review and meta-analysis -Gordon et al, Exp Ger, 89 (2017) 30–40 (5 studi di popolazione 37,426 partecipanti)

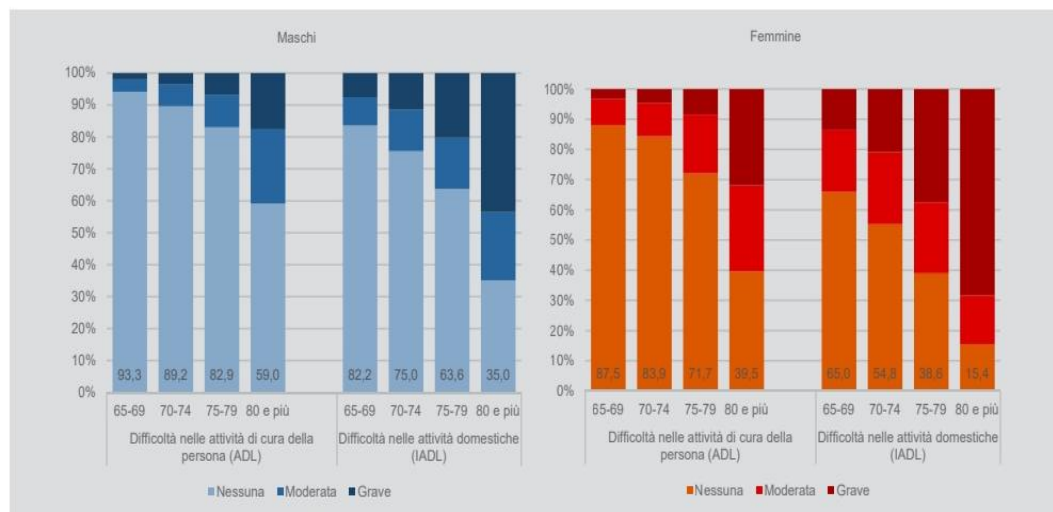


Le donne sono più fragili degli uomini

IADL e ADL

- Gli uomini conservano un grado di autonomia nelle attività della vita quotidiana superiore a quello delle coetanee donne.
- gli uomini ultraottantenni circa il 60 per cento non ha alcuna difficoltà nelle ADL e il 35 per cento è completamente autonomo nelle IADL
- quote nettamente inferiori per le donne di pari età (40 % e 15 % rispettivamente).

Figura 3.40 - Persone di 65 anni e più (a) per difficoltà nelle attività quotidiane di cura della persona e di attività domestica, classe di età e sesso. Anno 2015 (incidenze percentuali)



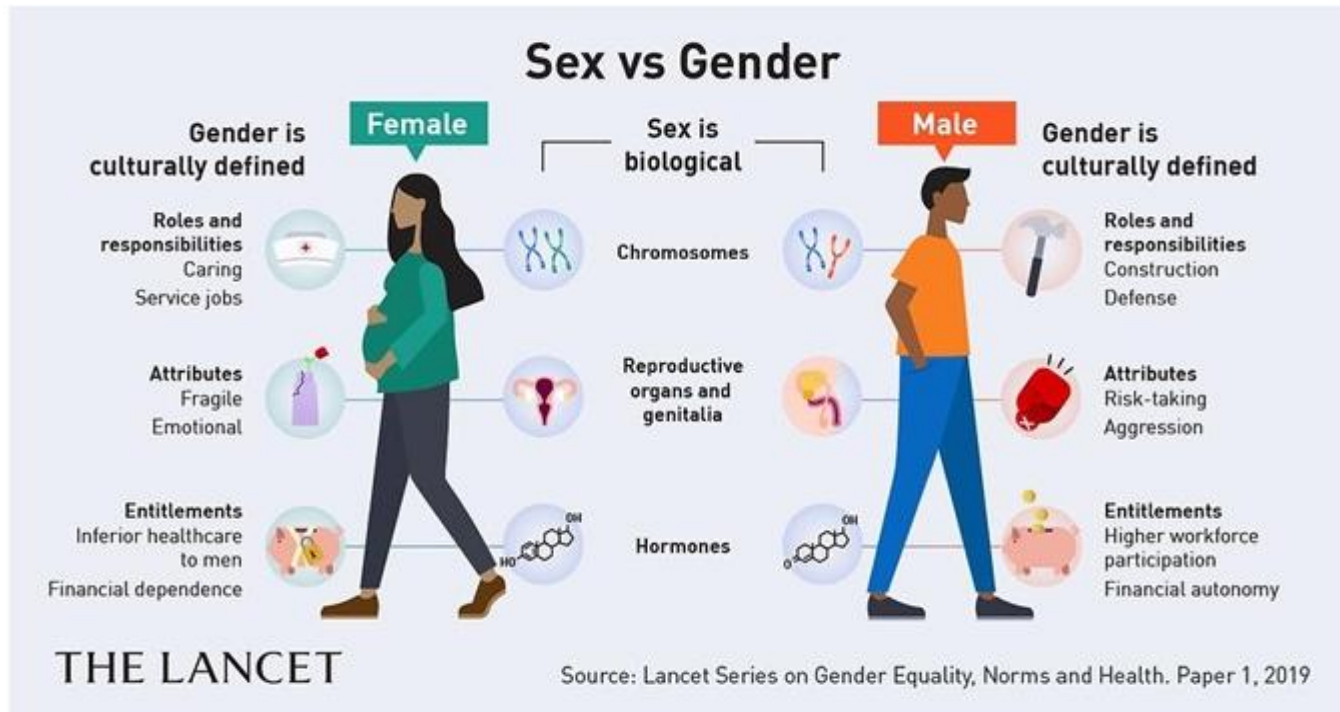
Fonte: Indagine europea sulla salute
(a) Indicatori disponibili solo per gli anziani di 65 anni e più.

Il sex-frailty paradox

- La mortalità fino alle classi di età più avanzata è maggiore negli uomini rispetto alle donne Gordon et al, Exp Ger, 89 (2017) 30–40
- Le donne sopravvivono con livelli di fragilità maggiori rispetto agli uomini Shi et al, 2013
- A parità di età e livello di fragilità, si conferma un aumento della mortalità del 20-30% negli uomini rispetto alle donne. Theou et al, 2015; Garcia-Gonzalez, 2009; Goggins et al, 2005

Le donne hanno maggiore fragilità e maggiore impatto della fragilità, ma dimostrano comunque minore mortalità rispetto agli uomini di pari età.

Determinanti del sex-frailty paradox



Grazie Caterina Trevisan Università di Ferrara

Fisiopatologia Fattori di rischio :

Sesso specifici – determinano i fattori Biologici:

- **Genetica (le donne campano di più):**

Due cromosomi X

Telomeri più lunghi

Più lento accorciamento dei telomeri

- **Fattori immunologici**

Donne : Sistema immunitario più reattivo → m. autoimmuni

Maggior peso di infiammazione cronica per accumulo adipe

Uomini Più marcato e veloce deterioramento immunitario ;

Maggiore severità e letalità ad infezioni ,

- **Ormoni:**

Donne:estrogeni riducono il rischio di morte CV posticipando e rallentando patologie aterosclerotiche.

Uomini: Testosterone: impatto negativo sul sistema immunitario; bassi livelli in età avanzata aumentano il rischio di fragilità

- **Fattori riproduttivi**

Gravidanza, parto, e allattamento →cambiamenti cardiovascolari e metabolici le cui conseguenze possono manifestarsi in età avanzata.

- **Malattie croniche**

Donne: Accumulo di patologie disabilitanti :Es. obesità, patologie osteoarticolari, depressione

Uomini:Accumulo di patologie legate a maggiore mortalità Es. patologie cardio- e cerebrovascolari

- **Funzione Fisica**

Donne :Maggiori impairment fisici e funzionali Minor probabilità di recupero Maggiore prevalenza di sarcopenia

Uomini :Più veloce perdita di forza muscolare Hardy et al, 2008

Determinanti del sex-frailty paradox-Fisiopatologia Fattori di rischio :

Genere specifici – determinano i fattori comportamentali e sociali

- **Comportamentali :**

Uomini : maggior frequenza di comportamenti a rischio :Tabagismo, consumo di alcool, dieta insalubre (Hubbard et al, 2011; Gordon et al, 2020)

Donne : Più sensibili a cambiamenti fisici o discomfort → maggiore riferimento al medico

Reporting bias- Riportano più facilmente problemi di salute Verbrugge et al, 1985; Gordon et al, 2020

Maggior accesso alle risorse sanitarie → Maggiore possibilità di interventi preventivi e terapeutici → Maggiore sopravvivenza

- **Sociali :**

Contesto sociale condiziona la percezione del sintomo e il comportamento rispetto alla malattia

Fattori sociali condizionano il **ruolo di genere del soggetto** → vissuto di malattia (aspettative e responsabilità)

Vulnerabilità sociale : Esperienze di cambiamento sociale (vedovanza) colpiscono le donne più spesso degli uomini ->

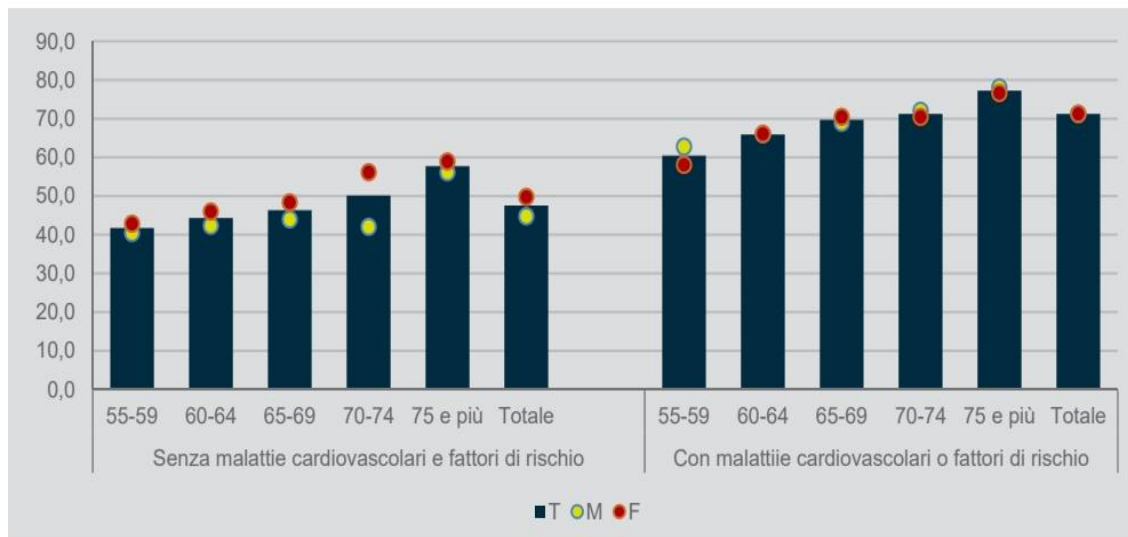
Impatto dell'isolamento sociale maggiore negli uomini

Hubbard et al, 2011; Gordon et al, 2020

Accesso Ai Servizi

Le donne si controllano di più dei loro coetanei in tutte le età (il 49,7 per cento rispetto al 44,7 per cento tra gli uomini), ma è soprattutto tra i 70 e 74 anni che si osserva un gap di genere di quattordici punti percentuali (Figura 3.45) a favore delle donne. Le differenze di genere nell'effettuare tali controlli si annullano, invece, quando le persone riferiscono malattie croniche cardiovascolari o patologie ad esse collegate già conclamate.

Figura 3.45 - Persone di 55 anni e più che hanno effettuato il controllo della pressione, del livello di colesterolo e glicemia negli ultimi 12 mesi per sesso, classe di età e presenza di malattie cardiovascolari (a) o fattori di rischio collegati (b). Anno 2015 (valori percentuali)



Fonte: Indagine europea sulla salute

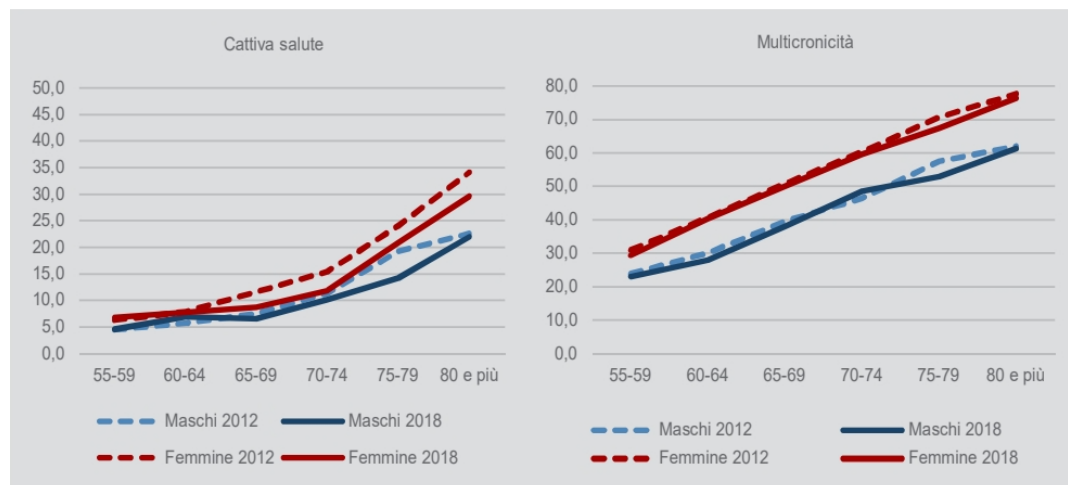
(a) Infarto del miocardio, malattia coronarica o angina pectoris, altre malattie del cuore, ictus.

(b) Ipertensione arteriosa, diabete, iperlipidemia.

Aai Istat

L'andamento degli indicatori di salute osservato negli ultimi sei anni sembrerebbe mostrare che l'età alla quale si manifestano i gravi problemi di salute e di severe limitazioni si stia spostando sempre più in avanti grazie anche alla capacità del progresso medico, e soprattutto diagnostico, di impedire o rallentare la degenerazione di molti processi morbosi verso gli stadi più gravi e debilitanti.

Figura 3.39 - Indicatori di salute per classe di età e sesso. Anni 2012 e 2018 (valori percentuali)



Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana

FRAGILITA'

Condizione Biologica

Effetto fisiopatologico di un alterato equilibrio metabolico



**EVENTI NEGATIVI
SANITARI**

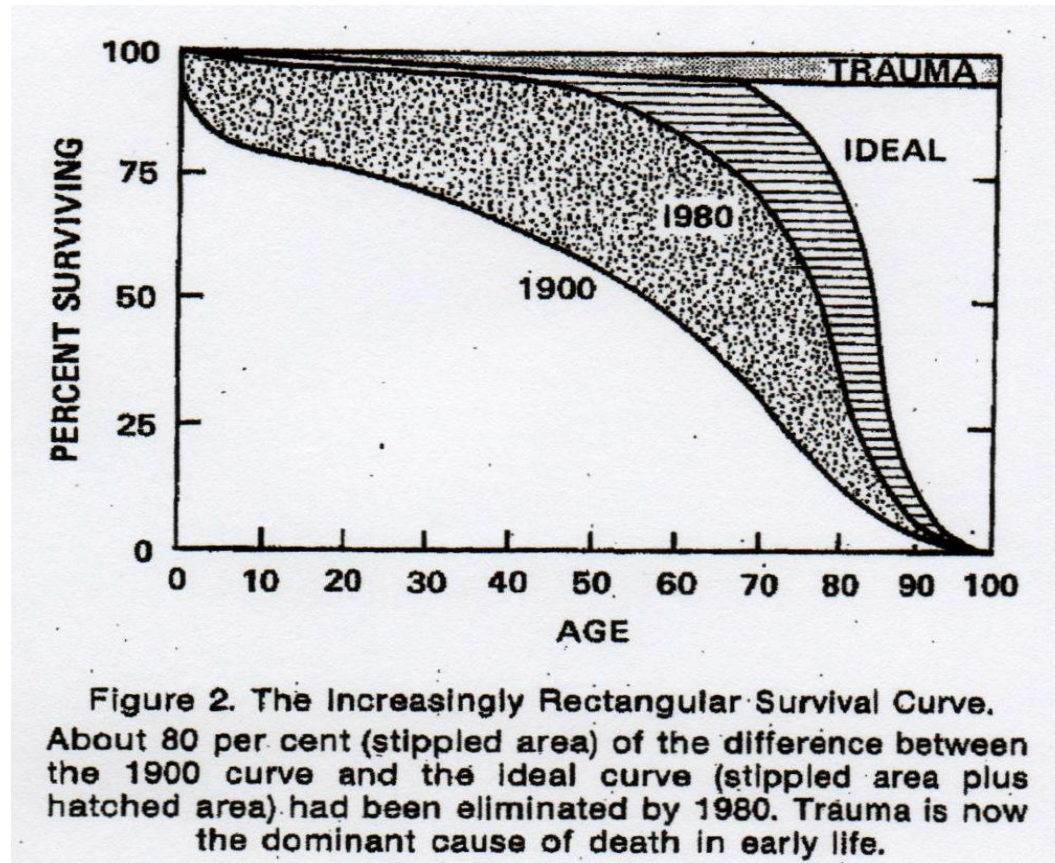
**EVENTI NEGATIVI
SOCIALI**



**CONDIZIONE
DI
DISABILITA'**

**CONDIZIONE
DI
DISABILITA'**

The Compression of senescence- Fries



Invecchiamento in buona salute

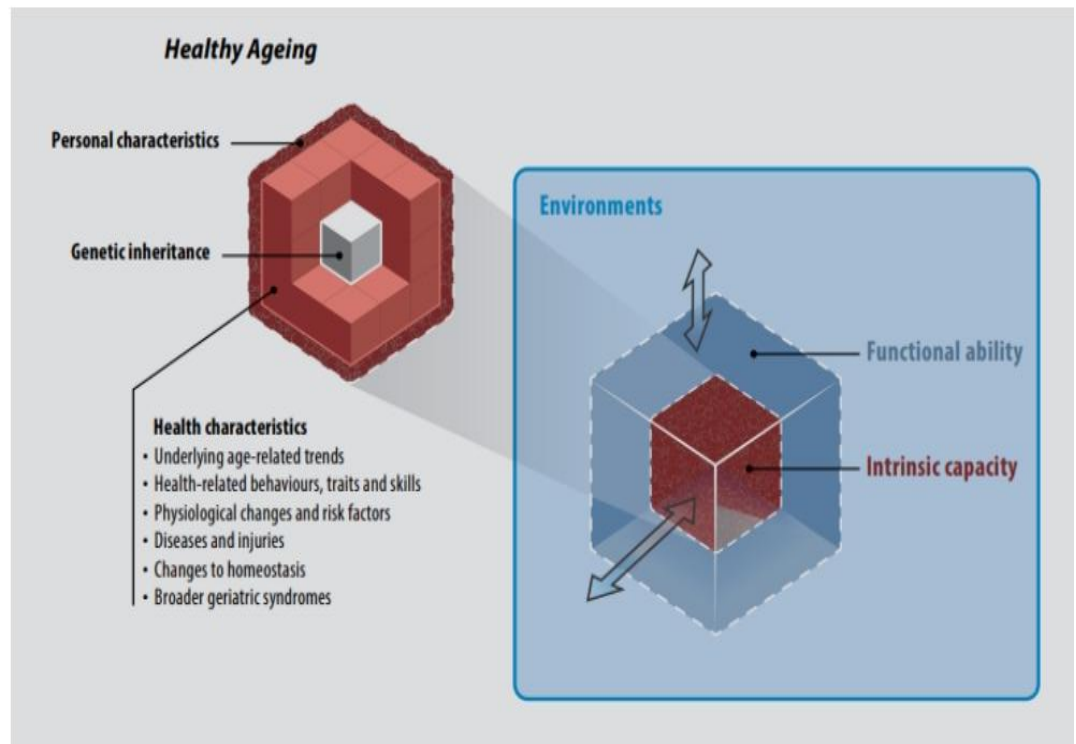
•Le abilità funzionali sono costituite dalle capacità fisiche e mentali di un individuo (capacità intrinseca), dalle caratteristiche del suo contesto di vita (ambiente) e dalle interazioni tra l'individuo e queste caratteristiche .

•Ad esempio, le persone anziane che hanno difficoltà nel camminare potrebbero conservare l'autonomia nella mobilità usando opportuni ausili e vivendo in un ambiente che possa mitigarne il deficit (trasporti pubblici che forniscono accesso alle persone con disabilità, disporre di reti sociali, ecc.).

•L'invecchiamento in buona salute è quindi il risultato dell'interazione di molteplici fattori individuali e ambientali che si sperimentano lungo il corso della vita.

•Tra i fattori individuali alcuni sono fissi come ereditarietà e genere altri possono mutare nel corso della vita come titolo di studio, risorse economiche, stili di vita.

Figura 3.37 - Schema di invecchiamento in buona salute



**come rendere sensibile al genere le politiche per invecchiamento attivo:
alcune linee guida raccomandazioni emergenti dalla letteratura
implicazioni politiche**

- **Policy e programmi che adottano una prospettiva “life-course” (corso di vita)**

Intervenire già nella **vita adulta e medio-adulta**: per esempio, migliorare l'accesso all'**istruzione**, ridurre le disuguaglianze salariali, **facilitare conciliazione lavoro-vita e previdenza per le interruzioni di carriera**.

Considerare come l'esperienza lavorativa, le cure familiari, la partecipazione sociale accumulano vantaggi o svantaggi che si manifestano in età anziana.

- **Politiche pensionistiche e previdenziali più eque**

Tenere conto del **lavoro non retribuito** (cura familiare) quando si calcolano i contributi pensionistici.

Sostenere adeguatamente le donne che hanno avuto carriere discontinue: bonus contributivi, meccanismi di perequazione.

**come rendere sensibile al genere le politiche per invecchiamento attivo:
alcune linee guida raccomandazioni emergenti dalla letteratura
implicazioni politiche**

- **Servizi di assistenza formale e misure contro l'isolamento**

Promuovere assistenza domiciliare / comunitaria accessibile e di qualità, per supportare le persone che vivono da sole, soprattutto donne anziane vedove.

Facilitare il trasporto, l'accessibilità abitativa, le infrastrutture sociali locali per permettere partecipazione sociale, attività fisica, volontariato.

- **Politiche per il lavoro, formazione permanente, partecipazione sociale**

Opportunità di lavoro “flessibile” e adattato all'età: orari ridotti, telelavoro, adattamenti sul luogo di lavoro.

Formazione continua per adulti/anziani per sviluppare o mantenere competenze, specialmente digitali.

Promozione del volontariato, attività culturali, sociali che possano essere compatibili con le condizioni fisiche e tempi delle persone anziane, e in particolare delle donne che possono avere altri impegni di cura.

Evidenze

- L'invecchiamento attivo/sano deve essere inclusivo e rispondere alle **specifiche esigenze** di uomini e donne
- Deve essere dignitoso
- Politiche mirate devono promuovere salute, apprendimento, indipendenza, autonomia e partecipazione sociale per tutte le persone per tutti i generi **durante l'arco della vita**

La Casa della Comunità come rete di protezione sociale di Angelo Tanese

la Casa della Comunità si distingue dalla Casa della Salute per una maggior integrazione con gli enti locali, le associazioni, le famiglie, i pazienti...tutte le espressioni della comunità di riferimento

dovremmo cogliere questa novità semantica come un cambio di prospettiva: non partiamo da ciò che dobbiamo produrre, la “Salute”, ma da ciò che dobbiamo costruire, la “Comunità”, come soggetto collettivo attivo, responsabile, competente che utilizza tutte le leve a sua disposizione per tutelare i più fragili e promuovere comportamenti e stili di vita sani.

“La Casa della Comunità ...sarà una struttura fisica in cui opererà un team **multidisciplinare di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti della salute e potrà ospitare anche assistenti sociali**” e ancora “La Casa della Comunità è finalizzata a costituire il punto di riferimento continuativo per la popolazione...

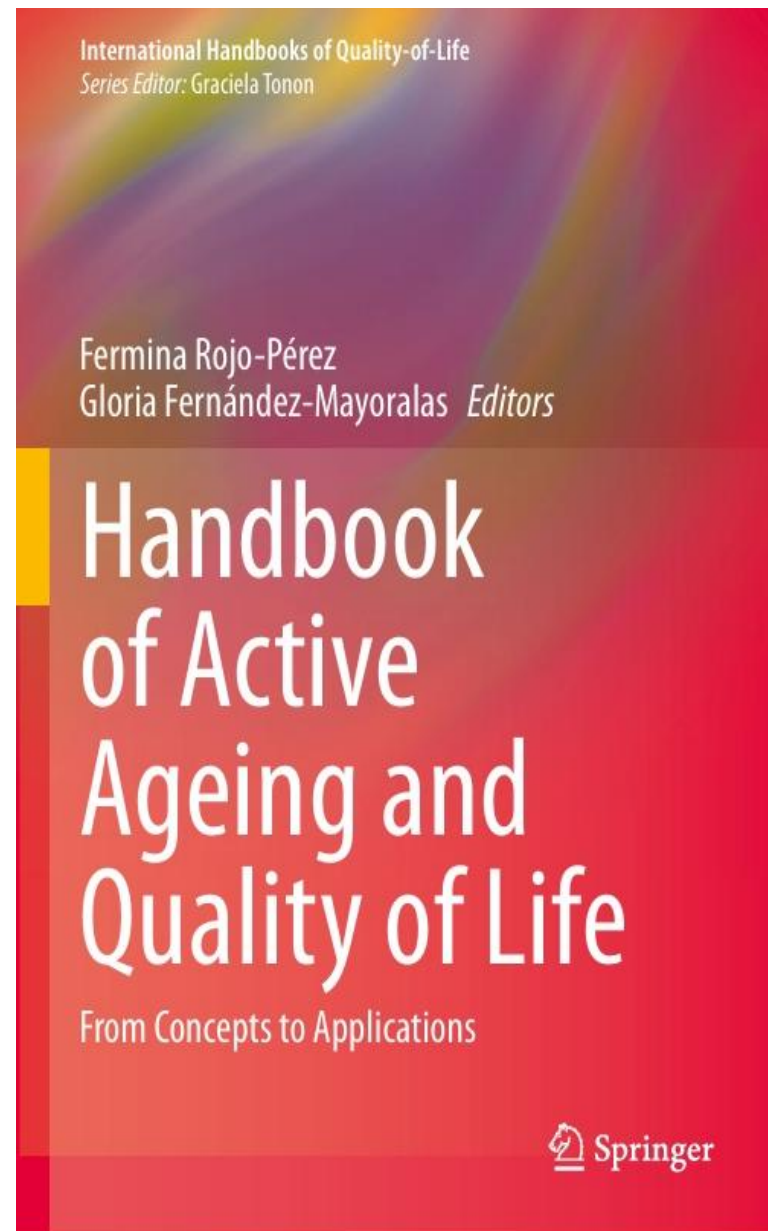
...non solo luoghi fisici dove attendere i cittadini, ma nodi di una rete che si attiva **per raggiungere le persone nei loro contesti di vita e intercettare gli “invisibili” al sistema.** La Casa della Comunità deve saper interpretare un modello di welfare 4.0, in cui ci facciamo trovare dove il cittadino sta e va per aiutarlo a prendersi cura di sé, mettendogli a disposizione i servizi e gli strumenti di assistenza e di cura più adeguati al suo contesto personale, familiare e sociale.

Cit. Dovuta al Secolo

(...)tra gli anziani canadesi che hanno partecipato allo studio IMIAS, la differenza di genere nell'invecchiamento sano è stata ampiamente spiegata da:

insicurezza finanziaria, violenza psicologica da parte del partner e della famiglia e mancanza di sicurezza nel quartiere. (...) **e sia la povertà che la violenza devono essere affrontate nei programmi mirati a offrire opportunità per un buon invecchiamento, in particolare per le donne anziane.**

L'eliminazione della povertà e la tolleranza zero verso la violenza in tutte le forme si tradurrebbe in enormi miglioramenti nelle opportunità per l'invecchiamento nel mondo, non solo in Canada ma in tutti i paesi



Un pensiero rubato...grazie



La **Medicina di Genere** è un dovere scientifico, etico, morale, sociale e politico a livello mondiale, dato che essa si prende cura di tutto quello che altera la nostra umanità e la nostra salute fisica e mentale come uomini e come donne.

Obbiettivo: considerare la medicina di genere nelle buone pratiche cliniche