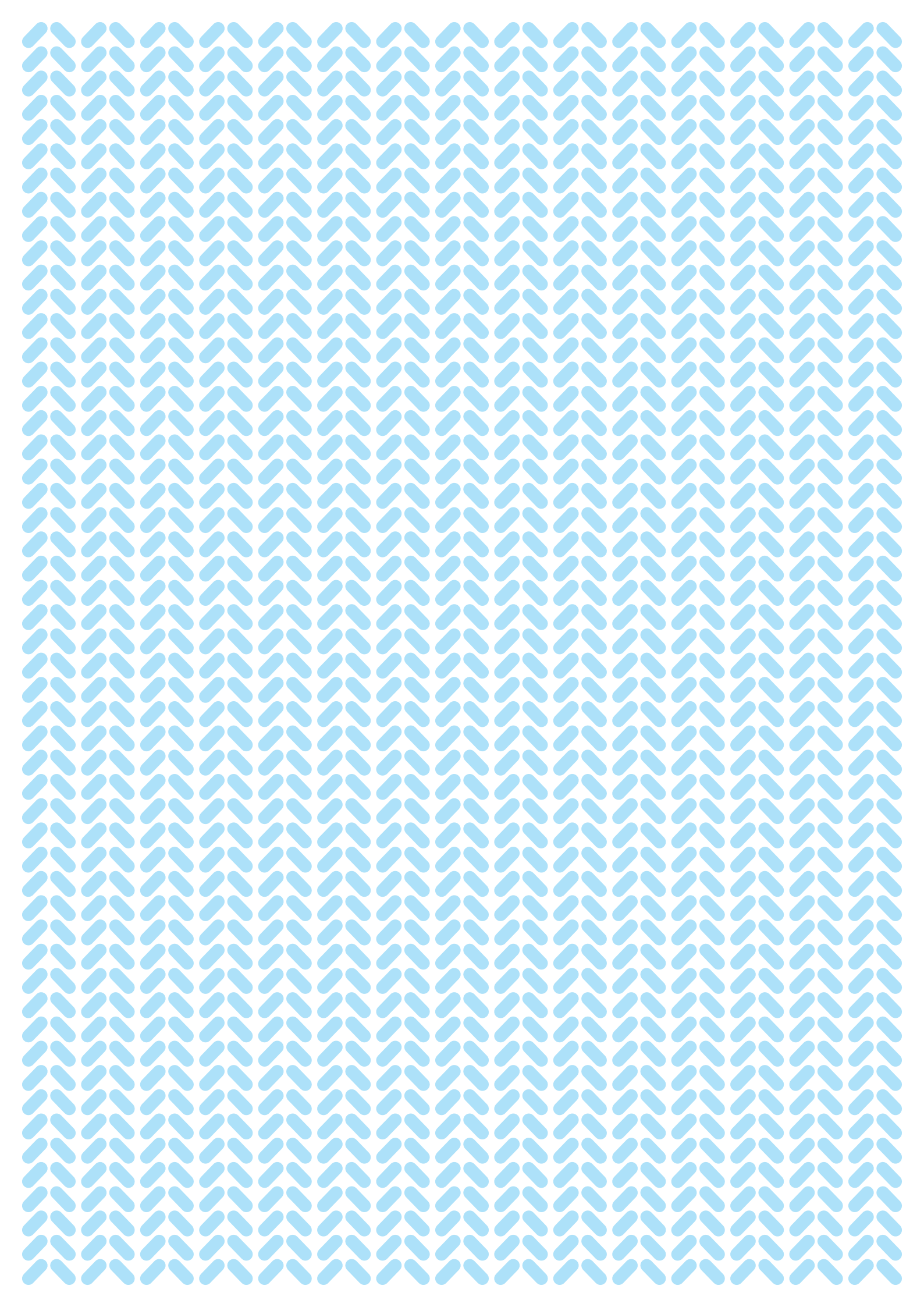


CURE SU MISURA

**Donne e salute dopo
la pensione, un approccio
di genere**



CURE SU MISURA

Donne e salute dopo la pensione, un approccio di genere

Introduzione

Negli ultimi trent'anni l'Europa ha vissuto una vera rivoluzione demografica segnata dall'invecchiamento della popolazione. Mentre i tassi di natalità continuano inesorabilmente, com'è noto, a scendere, il numero di persone di età superiore ai 65 anni non fa che aumentare.

Secondo le ultime rilevazioni Eurostat (Eurostat, 2024), la popolazione europea al 1° gennaio 2023 è stata stimata in 448,8 milioni di persone, di cui il 14,9% composto da bambini di età compresa tra 0 e 14 anni, il 63,8% da persone considerate in età lavorativa, cioè tra i 15 e 64 anni, e il 21,3% da persone anziane. Quest'ultima porzione ha registrato un aumento di 0,2 punti percentuali rispetto all'anno precedente e di ben 3,0 punti percentuali rispetto a dieci prima.

L'invecchiamento della popolazione europea è un fenomeno a lungo termine, evidente già da diversi decenni. A determinarlo sono molti fattori, tra cui certamente i tassi di fertilità storicamente bassi, un aumento dell'aspettativa di vita e lo sviluppo socioeconomico.

Tra il 2019 e il 2050 si prevede che gli anziani e i cosiddetti grandi anziani (over 85) in Europa saranno più che raddoppiati, con una crescita del 113,9%. Basti pensare che le persone con un'età pari o superiore agli 85 anni passeranno da 12,5 milioni nel 2019 a 26,8 milioni nel 2050.

I centenari, invece, passeranno da 96.900 nel 2019 a quasi mezzo milione (484.000) entro il 2050. Un dato a dir poco rilevante.

Population age structure by major age groups, 2013, 2022 and 2023

(% of the total population)

	0-14 years			15-64 years			65 years and over		
	2013	2022	2023	2013	2022	2023	2013	2022	2023
EU (¹)(²)	15.4	15.0	14.9	66.3	63.9	63.8	18.3	21.1	21.3
Belgium	17.0	16.6	16.5	65.4	63.8	63.8	17.6	19.5	19.7
Bulgaria(¹)	13.6	14.5	14.2	67.3	63.8	62.3	19.2	21.7	23.5
Czechia	14.8	16.1	16.2	68.4	63.3	63.4	16.8	20.6	20.4
Denmark	17.4	16.1	16.0	64.7	63.5	63.6	17.8	20.3	20.5
Germany	13.3	13.9	14.1	66.0	63.9	63.7	20.8	22.1	22.1
Estonia	15.7	16.4	16.4	66.3	63.2	63.4	18.0	20.4	20.2
Ireland	21.9	19.7	19.3	66.2	65.3	65.5	12.2	15.0	15.2
Greece	14.7	13.7	13.4	65.3	63.6	63.7	20.1	22.7	23.0
Spain	15.2	14.0	13.6	67.1	65.9	66.3	17.7	20.1	20.1
France(²)	18.6	17.5	17.3	63.8	61.5	61.5	17.6	21.0	21.2
Croatia	14.9	14.3	14.3	66.9	63.2	63.0	18.1	22.5	22.7
Italy	14.0	12.7	12.4	64.8	63.5	63.5	21.2	23.8	24.0
Cyprus	16.4	16.1	16.1	70.4	67.4	67.3	13.2	16.5	16.6
Latvia	14.4	16.0	16.0	66.8	63.1	63.1	18.8	20.9	21.0
Lithuania	14.7	14.9	14.9	67.1	65.1	65.0	18.2	20.0	20.0
Luxembourg	17.0	15.9	15.9	69.0	69.3	69.3	14.0	14.8	14.9
Hungary (¹)	14.4	14.6	14.5	68.4	64.9	65.0	17.2	20.5	20.5
Malta	14.6	13.4	12.7	68.3	67.4	68.7	17.2	19.2	18.6
Netherlands	17.2	15.4	15.3	66.0	64.5	64.5	16.8	20.0	20.2
Austria	14.4	14.4	14.4	67.5	66.2	66.0	18.1	19.4	19.6
Poland (¹)	15.1	15.4	15.4	70.5	65.4	64.7	14.4	19.1	19.9
Portugal	14.8	12.8	12.9	65.8	63.5	63.1	19.4	23.7	24.0
Romania (²)	15.7	16.2	16.1	68.0	64.3	64.2	16.3	19.5	19.7
Slovenia	14.5	15.1	15.0	68.4	63.8	63.6	17.1	21.1	21.4
Slovakia	15.4	16.1	16.1	71.5	66.6	66.1	13.1	17.4	17.9
Finland	16.4	15.4	15.1	64.8	61.6	61.6	18.8	23.1	23.3
Sweden	16.9	17.6	17.4	64.0	62.1	62.2	19.1	20.3	20.4
Iceland	20.7	18.6	18.2	66.4	66.5	66.8	12.9	15.0	15.0
Liechtenstein	15.5	14.6	14.5	69.6	66.3	65.9	14.9	19.2	19.6
Norway	·	16.9	16.7	·	64.9	64.9	·	18.2	18.4
Switzerland	14.9	15.1	15.1	67.7	65.9	65.8	17.4	19.0	19.2
Montenegro	18.8	17.9	·	68.1	66.1	·	13.1	16.0	·
North Macedonia	17.0	17.0	·	71.0	65.9	·	12.0	17.1	·
Albania	20.1	16.3	16.0	68.3	68.0	67.5	11.6	15.7	16.5
Serbia (¹)	14.4	14.3	14.4	68.0	64.4	63.4	17.6	21.3	22.1
Moldova	16.1	·	18.0	74.0	·	65.9	9.9	·	16.1
Türkiye	24.9	22.4	22.0	67.6	67.9	68.1	7.5	9.7	9.9
Ukraine	14.6	·	·	70.2	·	·	15.2	·	·

(¹) 2023 break in time series.

(²) 2023 provisional/estimated.

Source: Eurostat (online data code: demo_pjanind)



Alt= Una tabella che mostra la struttura dell'età della popolazione per le principali fasce di età nel 2013, 2022 e 2023 in percentuale della popolazione totale dell'UE, degli Stati membri dell'UE e di alcuni paesi EFTA, paesi candidati.

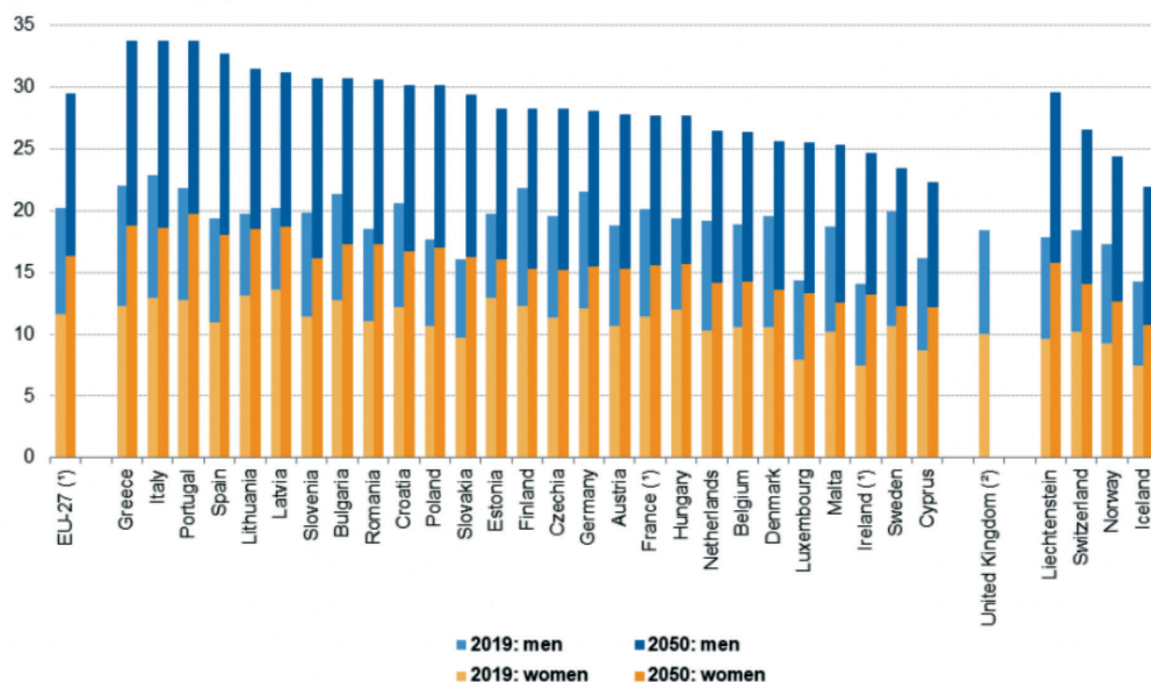
Tra i Paesi dell'Unione Europea sono Italia (24%), Portogallo (24%), Bulgaria (23,5%), Finlandia (23,3%), Grecia (23%) e Croazia (22,7%) a registrare le percentuali più alte di persone con età pari o superiore ai 65 anni.

Un numero che nel 2023, rispetto all'anno precedente, è aumentato in 20 Paesi, diminuito solo in Estonia, Repubblica Ceca e Malta, rimasto invariato in Spagna, Lituania, Ungheria e Germania (Eurostat, 2024).

*Tra i cosiddetti anziani d'Europa la percentuale delle donne è quasi ovunque più alta rispetto a quella degli uomini (Eurostat, 2023), tanto da indurre alcune studiosi di politiche di genere a parlare di **femminilizzazione dell'invecchiamento**. Nel 2019 si registravano in media 1,33 donne di età pari o superiore ai 65 anni per ogni uomo della stessa età. Gli squilibri più evidenti si collocavano nei Paesi Baltici: in Lettonia, ad esempio, il rapporto era di più di due donne per ogni uomo della stessa età. In termini percentuali: Lettonia (17% in più), Lituania (16%), Estonia (12% in più). Accanto a loro il Portogallo con una percentuale di donne superiore agli uomini pari al 12%.*

Eccezione Malta, Lussemburgo e Svezia, dove si registrava un numero di uomini leggermente superiore al numero di donne.

People aged ≥65 years, by sex, 2019 and 2050
(% share of total population)



(*) 2019: estimates and/or provisional.

(*) 2050: not available.

Source: Eurostat (online data codes: demo_pjangroup and proj_19np)

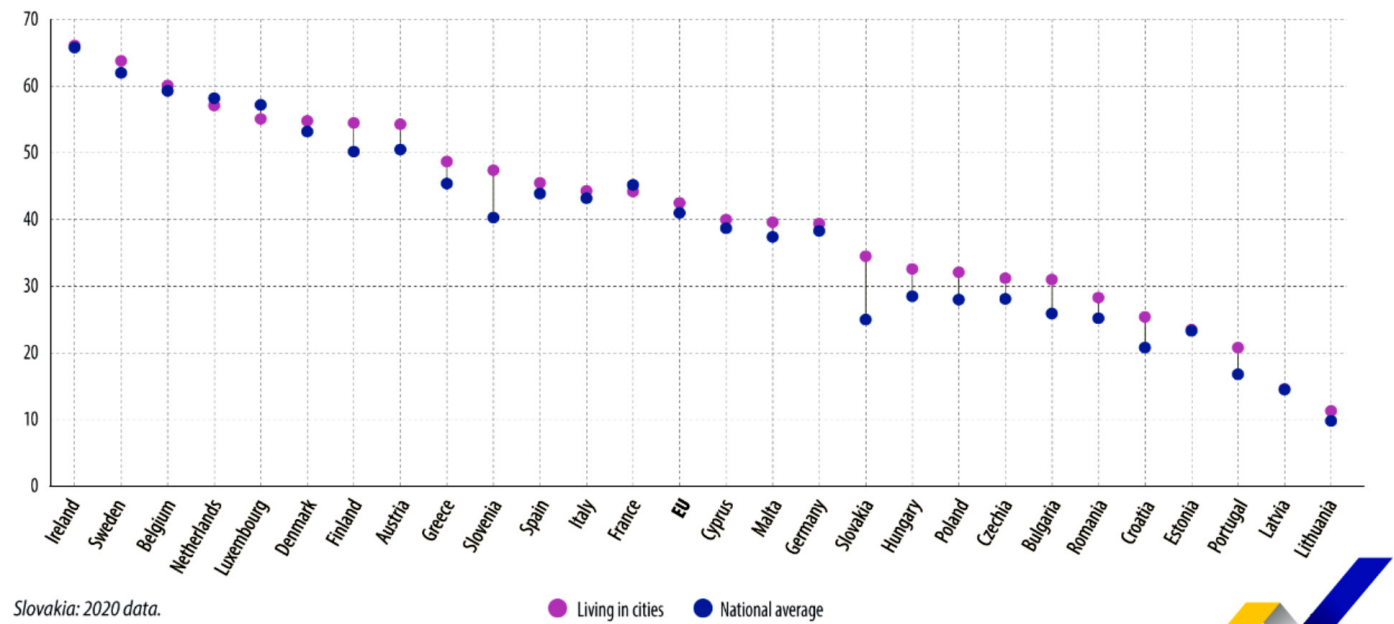
eurostat

Il divario tra uomini e donne anziani in Europa ha però negli ultimi anni iniziato a ridursi, parallelamente al crescere dell'aspettativa di vita maschile. Le previsioni ci dicono che, mantenendosi questo andamento, il rapporto scenderà a 1,24 donne per ogni uomo entro il 2050 (Eurostat, 2023). In Lettonia, dove si continuerà a registrare il rapporto più alto d'Europa, si passerà invece a 1,49 donne per ogni uomo della stessa età. Malta manterrà il primato di Paese in cui ci saranno più donne che uomini anziani nel 2050.

Nell'analisi degli elementi che contribuiscono a favorire l'aumento di persone con 65 o più anni in Europa c'è sicuramente l'aumento di aspettativa di vita. Un aumento che si registra a livelli molto alti anche nel nostro Paese. La vita media degli italiani è, infatti, tra le più alte d'Europa: 80,6 anni per gli uomini e 84,8 anni per le donne (Istat, 2023). Una vita sicuramente più lunga per tutti, dunque. Ma quanto di questo aumento del tempo di vita si trascorre in buona salute? Due concetti, longevità e salute, che non possono essere slegati tra loro. Non si può prescindere oggi da concetti come "invecchiamento attivo" e "invecchiamento in buona salute" nella valutazione delle trasformazioni in atto in tutti i Paesi europei. Tanto più che gli studi dimostrano come la salute non sia equamente distribuita, ma anzi fortemente influenzata da disuguaglianze sociali, di genere, economiche e culturali.

Older people with good or very good health status, 2021

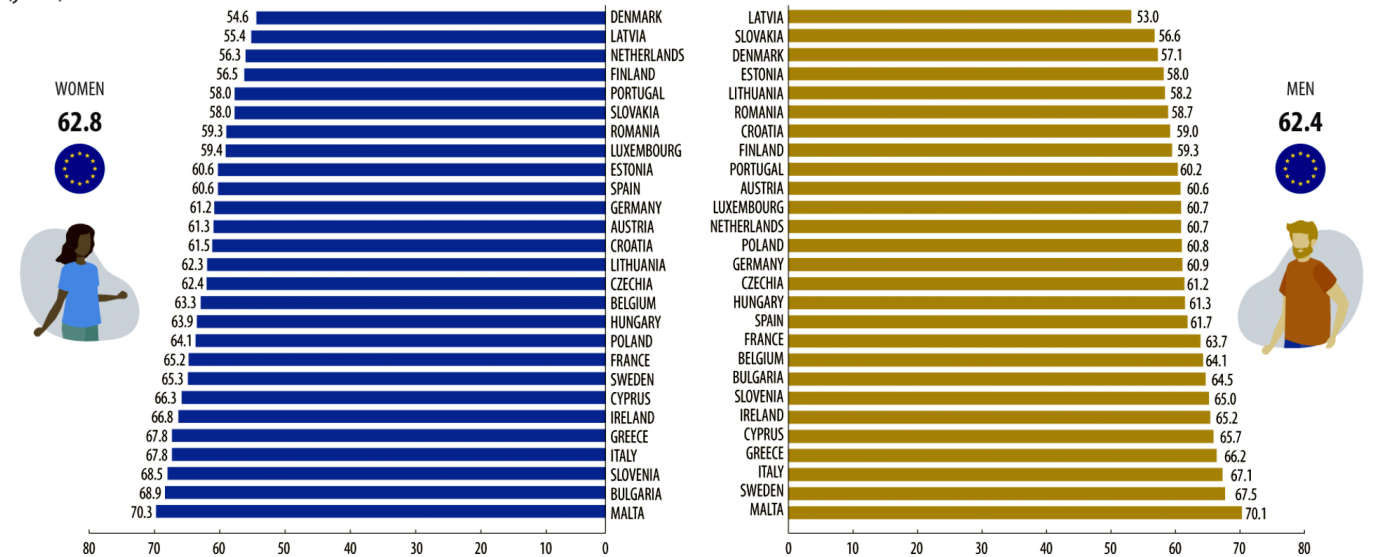
(aged 65 and over, in %)



eurostat

Healthy life years at birth by sex, 2022

(years)



Bulgaria, Germany, France, Croatia, Luxembourg, Hungary, Poland, Portugal: break in time series
Germany: data with low reliability; France, Malta, Portugal: provisional data; Romania: estimated data

eurostat

L'invecchiamento in buona salute della popolazione è chiaramente associato ad un aumento di qualità della vita generalizzato, ma anche alla crescita di risorse umane attive che possono contribuire alla società in svariati modi.

Diversamente, vivere più a lungo, ma sperimentando limitazioni nelle capacità comporta un aumento significativo della richiesta di assistenza sanitaria e sociale, con costi non trascurabili.

Quanta vita in Europa si trascorre in condizioni di benessere psico-fisico? I dati collocano il numero di anni di vita in buona salute alla nascita in una media di 62,6 anni.

Nello specifico 62,8 per donne e 62,4 per gli uomini.

Considerando che l'aspettativa di vita risulta per le donne in media 5,4 anni più lunga che negli uomini, è subito evidente che gli uomini, pur vivendo meno, tendono a vivere una quota maggiore di tempo in buona salute (Eurostat, 2024).

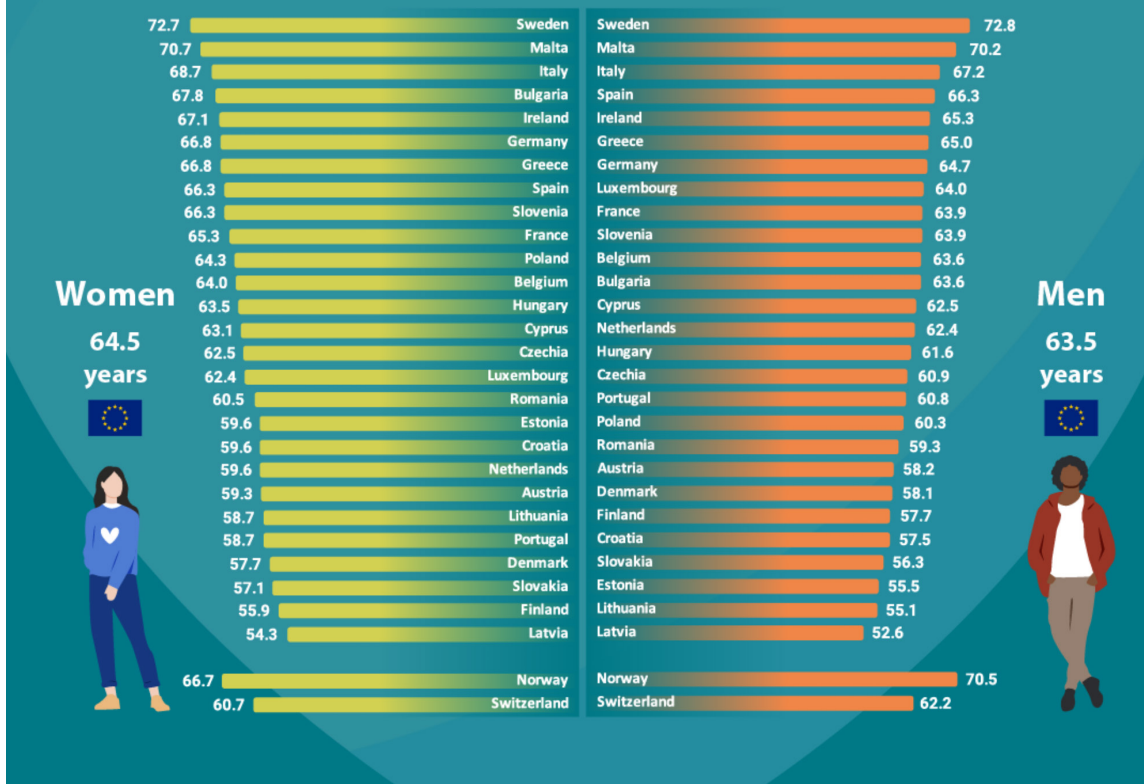
Nel contesto europeo, l'Italia è uno dei paesi in cui la speranza di vita in buona salute, sia per le donne che per gli uomini è più alta (OECD, 2023).

In base ai dati più recenti (Eurostat, 2024), nel 2022 si registra in Italia un numero di 67,8 anni di vita in buona salute per le donne. Con questo dato, l'Italia si colloca al quarto posto nella classifica europea, dietro Malta (70,3 anni), Bulgaria (68,9 anni) e Slovenia (68,5 anni). In basso alla classifica europea si trovano invece Danimarca (54,6 anni), Lettonia (55,4 anni) e Paesi Bassi (56,3 anni).

Healthy life years at birth (2020 data)



Healthy Life Years:
the number of years that a person
is expected to live without an activity
limitation (disability).



ec.europa.eu/eurostat

Per gli uomini i tassi percentuali maggiori si collocano a Malta (70,1 anni), Svezia (67,5 anni) e Italia (67,1 anni), mentre i più bassi in Lettonia (53 anni), Slovacchia (56,6 anni) e Danimarca (57,1 anni).

Sembrerebbe immediato attribuire queste differenze al diverso sviluppo economico e sanitario e alle abitudini di vita nei vari Paesi. Tuttavia distinguere l'influenza di fattori biologici, ambientali, genetici da quella data da fattori sociali è più difficile di quanto si possa pensare. Infatti l'interazione tra fattori biologici, genere e contesti socioculturali è costante e modella il modo in cui la gente nasce, lavora, vive e invecchia, determinando così un maggiore o minore livello di benessere nella vecchiaia. Non è più ammissibile non tenere conto di tutti gli elementi che possono interferire con il concetto di salute e di malattia e quindi limitare l'analisi e le modalità di programmazione e di azione ad un approccio biomedico, che si limita a considerare i fattori biologici. Da questo punto di vista un approccio di genere è necessario per pianificare ed erogare i servizi di cura e salute per tutto l'arco della vita.

1. Cosa sono i servizi sanitari sensibili al genere?

La femminilizzazione della vecchiaia si scontra oggi con il dato di fatto che per molto tempo la ricerca biomedica è stata incentrata su un'impostazione androcentrica: per gli studi clinici si sono presi in considerazione quasi esclusivamente individui di sesso maschile, bianchi, occidentali e di circa 75 kg. Un'impostazione di ricerca che ha trascurato inesorabilmente caratteristiche di sesso e di genere, oltre ad avere indiscriminatamente ignorato specificità di altri gruppi sociali come anziani e non bianchi e relegato le donne ai soli aspetti specifici correlati alla riproduzione.

Abbiamo oggi a disposizione una quantità di dati epidemiologici, clinici e sperimentali in continua crescita che sottolineano le notevoli differenze nell'insorgenza, progressione, manifestazione clinica delle malattie a seconda del genere di appartenenza. Laddove per diversità di genere si intendono i fattori ambientali, sociali, culturali e relazionali che vanno a sommarsi a quelli biologici (legati al sesso) determinando diversi comportamenti (stili di vita e ruoli sociali), stati di salute (incidenza di patologie, tossicità ambientale e farmacologica, etc.), ricorso ai servizi sanitari per prevenzione, diagnosi, ricovero, medicina d'urgenza, uso di farmaci e percezione della propria condizione di salute.

Questa consapevolezza sottintende la necessità di un passaggio da un modello biomedico, secondo il quale la malattia è riconducibile esclusivamente a fattori biologici, a un modello bio-psico-sociale, ovvero ad un approccio olistico alla malattia, che consideri la persona nel suo complesso interagire di diversi fattori.

Oggi sappiamo che esistono patologie che tendono a colpire maggiormente un genere.

Tra queste, ad esempio, la depressione è sicuramente più comune tra le donne e ciò perché condizionata da fattori ormonali, ma anche da esperienze di vita con maggiori difficoltà sociali, lavoro di cura e carichi mentali.

Viceversa, alcuni tipi di tumore, come quello al polmone, sono riscontrati soprattutto negli uomini, probabilmente per cattive abitudini socialmente più frequenti rispetto alle donne, soprattutto in passato, come quella del fumo.

Esistono poi manifestazioni diverse per malattie che affliggono entrambi i generi: è il caso, ad esempio della sindrome coronarica acuta che avendo sintomi meno conosciuti nelle donne comporta una diagnosi tardiva e una tardiva presa in carico da parte del medico.

I sintomi dell'infarto sono nelle donne in 9 casi su 10 diversi dal classico dolore al torace e spesso sono difficilmente distinguibili da altri disturbi, essendo questi nausea, capogiri, stanchezza estrema, dolore al collo e alle spalle, vomito.

Ci sono poi differenze di genere nella risposta alle terapie.

Parametri fisiologici diversi, come altezza, peso, percentuale di massa grassa e magra, quantità di acqua e PH fisiologico, condizionano non solo la reale quantità di farmaco assunto, ma anche il diverso assorbimento, l'azione e la successiva eliminazione. Fino ad oggi quasi sempre nella sperimentazione clinica non si è tenuto conto di queste differenze, non tarando quindi il dosaggio dei farmaci adeguatamente per le donne.

Donne e uomini mostrano grandi diversità anche nel ricorso alla medicina. In tutti i paesi europei sono le donne a rivolgersi più frequentemente e più prontamente ai servizi sanitari, dalla consultazione del medico generalista allo specialista. Il ricorso al medico generalista distanzia uomini e donne di 10 punti percentuali in Polonia, Svezia, Irlanda, Italia, Danimarca Lettonia, Lituania e Bulgaria. Il divario si riduce ai 4 punti percentuali in Finlandia, Austria, Repubblica Ceca. Per le consultazioni di medici specialisti la differenza va dal 16,9% in Croazia all'1,4% del Regno Unito, passando per Estonia e Germania intorno al 10% e Malta, Irlanda e Romania in cui si attesta intorno al 3% (European Health Interview Survey, 2014).

Sono molti i fattori che agiscono come ostacoli al ricorso ai servizi medici negli uomini, tra questi c'è la percezione che le sale d'attesa siano progettate sui bisogni delle donne, la fiducia immotivata nel miglioramento autonomo, la paura degli esami diagnostici, la mancanza di un vocabolario necessario a discutere questioni mediche, la difficoltà nel fissare un appuntamento o la mancata conoscenza di un medico specialista di riferimento (European Commission, 2021).

Donne e uomini fanno anche un diverso uso dei farmaci. In Italia nel 2021 il 67% delle donne ha ricevuto una prescrizione medica, contro il 58% degli uomini (OsMed, 2022).

Ciò le espone sicuramente di più alla manifestazione di reazioni avverse, anche gravi, e alla minore aderenza, ovvero al rispetto impeccabile delle raccomandazioni del medico riguardo ai tempi, le dosi e la frequenza nell'assunzione del farmaco per l'intero ciclo di cura, e quindi all'efficacia delle terapie.

Si dice, infatti, che gli effetti collaterali "preferiscano" le donne.

Ciò è vero perché il dosaggio è spesso inadeguato alla fisiologia femminile e la sua efficacia non è stata valutata su questa fascia di popolazione.

Fatte tutte queste considerazioni si può concludere che la medicina non può più prescindere, sia nell'ambito della prevenzione che in quello della cura, dalle differenze di genere e dalla loro importanza quali fattori determinanti la salute. C'è ancora molto da imparare sulla relativa importanza di ciascuno di essi, in generale e nel caso specifico della singola persona,

dato che gli aspetti genetici, epigenetici, ormonali e ambientali interagiscono continuamente tra loro. È questo che indaga la medicina di genere o genere specifica. Medicina di genere, intersezionalità e medicina personalizzata occupano aree attigue e spesso sovrapponibili della ricerca e della riflessione medica e sociale.

È indispensabile un approccio bio-psico-sociale, che sia sensibile al genere e che si adatti ai contesti e alle condizioni in cui le persone vivono, lavorano, invecchiano.

Inoltre, un approccio intersezionale alla salute tiene conto di come non solo classe, sesso, disabilità, orientamento sessuale, religione, nazionalità influenzano la salute, ma anche all'utilizzo dei servizi sanitari e di cura; ad esempio, l'accesso ai servizi varia in base al genere dunque l'esclusione di donne anziane al processo decisionale e alla governance sanitaria, possono influenzare vulnerabilità ed esposizione a rischi per la salute.

Troppo spesso e per troppo tempo, come i movimenti femministi hanno a più riprese denunciato, sesso e genere sono stati usati in modo interscambiabile in ambito biomedico. Le differenze in termini biologici sono state le uniche prese in considerazione. L'attenzione al genere, invece, ha aperto gli occhi su come la salute di donne e uomini sia influenzata dall'interazione con il contesto sociale in maniera a dir poco rilevante e dalle disuguaglianze nella distribuzione del lavoro di cura.

Un approccio intersezionale è un approccio olistico che analizza anche i diversi sintomi, reazioni alle terapie, azioni preventive e di educazione.

Ecco perché in questa direzione sarà necessario che non solo la ricerca clinica includa in modo paritario persone rappresentative di ogni genere, e che ne analizzi separatamente i risultati, ma anche che la formazione dei medici sia pianificata in un'ottica di questo tipo.

Un approccio intersezionale alla salute tiene conto di come non solo classe, sesso, disabilità, orientamento sessuale, religione, nazionalità possano influenzare vulnerabilità ed esposizione a rischi per la salute; ma anche, ad esempio, a come questi fattori implicino un diverso accesso ai servizi.

Di conseguenza in un'ottica intersezionale assume un ruolo centrale una partecipazione democratica al processo decisionale e alla governance sanitaria che sia rappresentativa dei diversi bisogni dell'utenza; così la partecipazione diventa un tassello fondamentale nella costruzione di un sistema di cura più inclusivo ed equo.

2. I bisogni di salute di genere lungo tutto il ciclo di vita con particolare attenzione alla vecchiaia

Le esigenze di salute delle donne variano molto in base al ciclo di vita. Ci sono certamente dei momenti chiave che influenzano in modo specifico la salute, quali pubertà, ciclo mestruale, gravidanza e parto, e non ultima la menopausa.

Con essa cessa il ciclo mestruale e quindi la capacità riproduttiva delle donne, ma declina anche il tono dei livelli ormonali, causando cambiamenti fisici e psicologici con impatto sulla salute anche a lungo termine.

La menopausa non è una malattia: nella letteratura scientifica è definita il passaggio dell'organismo da uno stato ad un altro, che può provocare effetti sulla salute della donna.

La menopausa comporta, infatti, un aumento del rischio di sviluppo di determinate patologie, tra cui osteoporosi, malattie cardiache, diabete, cancro, depressione e demenza, oltre alla difficile convivenza con numerosi sintomi invadenti: vampate di calore, sudorazione eccessiva, insonnia, sbalzi d'umore, problemi urinari, secchezza vaginale, cambiamenti fisici.

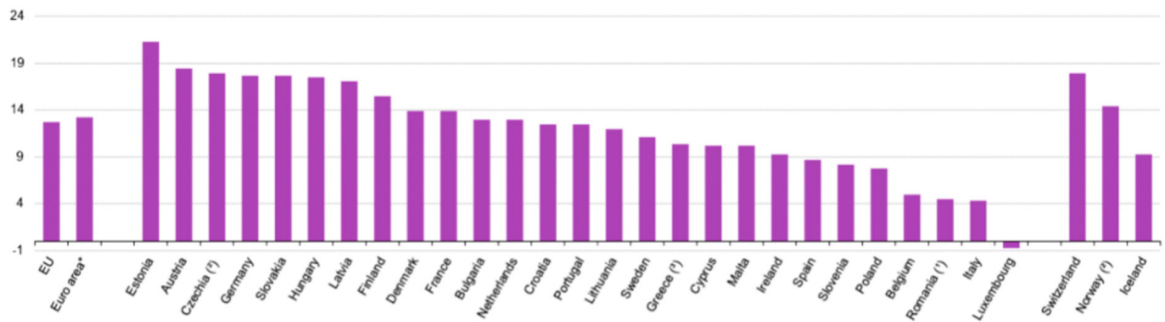
Proprio alcuni di questi sintomi possono essere responsabili di alterazioni della salute sessuale delle donne, ma anche della loro socialità, delle opportunità lavorative ed economiche, con tutto quello che ne consegue in termini psicologici (Ministero della Salute, 2019).

In passato la fine della fertilità corrispondeva con un declino psico-fisico e della vita relazionale delle donne. Oggi all'insorgere della menopausa (in media tra i 45 e i 55 anni di età) l'aspettativa di vita è ancora lunga, le donne sono quasi sempre attive socialmente e lavorativamente ancora per parecchio tempo.

La menopausa può quindi determinare condizioni di salute che necessitano di attenzioni specifiche anche nei luoghi di lavoro. Essa, infatti, potrebbe causare mancate promozioni, se non addirittura l'esclusione dal mercato del lavoro, aumentando il divario retributivo tra i generi già molto alto. È necessario che sia considerata come un problema di salute sul posto di lavoro nel caso eventuale in cui insorgessero specifiche patologie e che si sviluppi una politica in ambito lavorativo che preveda anche la formazione per i manager su come poter supportare al meglio le colleghe, ad esempio attraverso orari flessibili, pause, assenze per malattia, ventilazione adeguata dei luoghi di lavoro e laddove necessario abbigliamento adeguato.

The unadjusted gender pay gap, 2022

(difference between average gross hourly earnings of male and female employees as % of male gross earnings)



Note: For all the countries except Czechia and Iceland: data for enterprises employing 10 or more employees, NACE Rev. 2 B to S (-O); Czechia: data for enterprises employing 1 or more employees, NACE Rev. 2 B to S; Iceland: NACE Rev. 2 sections C to H, J, K, P, Q. Gender pay gap data for 2022 are provisional until benchmark figures, taken from the Structure of Earnings survey, become available in December 2024.

* Euro area (2015-2022)

(*) Estimated data

(*) Definition differs (see metadata)

(*) 2018 data

Source: Eurostat (online data code: sdg_05_20)

eurostat

L'82,8% delle donne in Italia dichiara di essere informata sulla menopausa, il 77% sa che è una fase fisiologica della vita e non una malattia (Censis, 2017). Solo il 47,1% definisce la menopausa come la cessazione delle mestruazioni, il 44,8% sa che corrisponde con il termine della fertilità e il 35,7% che ad essa si accompagna un calo ormonale nel sangue.

Il ginecologo è la fonte informativa principale per il 63,7% delle donne.

Servizi sanitari inclusivi e attenti ad un'ottica di genere dovrebbero accompagnare le donne in questo particolare passaggio del loro ciclo di vita, offrendo prima di tutto informazioni esaustive circa la vasta gamma di possibili interventi e terapie per la riduzione dei sintomi, come la terapia ormonale sostitutiva, le terapie alternative e le modifiche al proprio stile di vita. Informazioni che possono rivelarsi essenziali per poter continuare a condurre serenamente una vita lavorativa e relazionale attiva.

2.1 Le discriminazioni di genere nell'arco della vita influenzano l'invecchiamento delle donne

La discriminazione subita dalle donne chiaramente non si limita alla vecchiaia, né all'ambito medico, ma coinvolge la loro vita in ogni dimensione in una catena che è molto difficile da interrompere. Per restare nel confine della scienza medica, riconoscere che i servizi sanitari sono forniti principalmente da donne, ma che la loro pianificazione e programmazione sia alla guida di uomini è un primo dato rilevante. Così come il fatto che le donne siano state storicamente escluse dalla produzione di ricerca scientifica e conoscenza, non in termini soltanto di oggetto di indagine, ma in quanto ricercatrici e studiose. Un'esclusione che riguarda ogni settore della cultura e della scienza e che naturalmente ha influenzato la costruzione della conoscenza, plasmata quasi interamente da uno sguardo maschile, in una prospettiva androcentrica. Già i medici dell'Antica Grecia nel gettare le basi della moderna medicina occidentale consideravano esclusivamente il corpo maschile come campo di studi e di cura, mentre quello femminile era classificato intrinsecamente debole, in qualche modo difettoso dal punto di vista medico e quindi trascurabile. A definire il corpo femminile era esclusivamente l'utero e la sua capacità di generare figli o meno. Quando poi nel ventesimo secolo la medicina moderna ha progressivamente cambiato la sua impronta, riconoscendo che molte ipotesi mediche sul corpo delle donne si erano rivelate errate, è purtroppo rimasto un substrato di stereotipi e pregiudizi sessisti difficile da sradicare.

Ancora oggi gli uomini continuano ad essere sovrarappresentati nelle posizioni di leadership nell'ambito della ricerca scientifica, che così mantiene un punto di vista maschile: malattie come endometriosi, vulvodinia o quelle legate ai disturbi alimentari non ricevono sufficienti attenzioni, fondi, strutture. E lo stesso vale per la salute mentale delle donne e lo studio di ciclo mestruale e menopausa. Allo stesso modo ci si aspetta che siano le donne a farsi carico degli oneri medici associati al parto, alla contraccezione ormonale, attraverso dispositivi intrauterini o addirittura la sterilizzazione, anche se non esiste alcuna giustificazione medica che motivi la mancata condivisione con gli uomini. Dagli anni '60, quando furono prodotte le prime pillole contraccettive sono le donne a dover convivere e fronteggiare sintomi indesiderati, come mal di testa, gonfiori, sanguinamento irregolare, per non parlare dei rischi più importanti quali ictus, coaguli nel sangue o eccessiva pressione sanguigna. Senza trascurare che la ricerca sottolinea la presenza di un collegamento tra l'uso della pillola e l'aumento di possibilità di depressione, diminuzione del desiderio sessuale e della libido.

Tutto ciò perché la ricerca sui contraccettivi maschili è in ritardo senza che ciò sia giustificato da ragioni scientifiche, se non un pregiudizio culturale sessista. Un approccio intersezionale è un approccio olistico, che tiene conto del modo in cui le persone vivono, lavorano, si prendono cura di sé, per comprendere i meccanismi che determinano e diversificano sintomi, reazioni alle terapie, azioni preventive. Ecco perché in questa direzione sarà necessario che non solo la ricerca clinica includa in modo paritario persone rappresentative di ogni genere, e che ne analizzi separatamente i risultati, ma anche che la formazione del personale sanitario sia pianificata in un'ottica di questo tipo.

Per quanto riguarda l'influenza delle malattie mentali nel genere femminile più che in quello maschile, il fenomeno potrebbe essere in parte spiegato dall'oppressione regolarmente subita nel corso della vita di una donna e dalla distribuzione diseguale del lavoro di cura nei confronti della famiglia e nella società. Un tema, quello della centralità del riconoscimento del lavoro di cura, che i movimenti femministi denunciano da sempre.

Se, infatti, la qualità e la durata della vita delle donne sono senza dubbio influenzate dalle abitudini e dai comportamenti individuali, non si può sottovalutare l'importanza della condizione lavorativa nel determinare le differenze di genere e le loro possibili ricadute in termini di salute.

Che peso ha, ad esempio, il carico del lavoro di cura che grava sulle donne anche quando lavoratrici, riflettendosi in un progressivo rischio di patologie croniche e invalidanti? In tutti gli Stati membri dell'Unione Europea la percentuale di donne che si occupano della cura dei figli, della casa e della cucina è maggiore rispetto a quella degli uomini.

Nel 2016 è il 93% delle donne contro il 69% degli uomini nella fascia di età tra i 25 e i 49 anni ad occuparsi della cura dei figli (Eurostat, 2020).

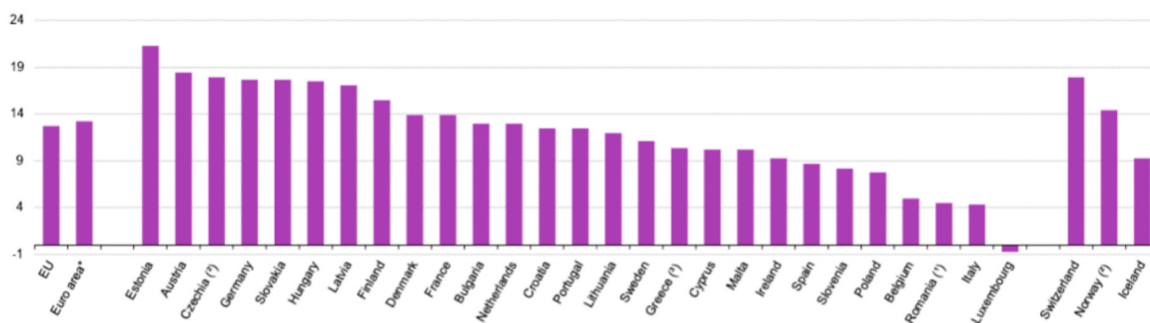
Grecia (con 95% di donne e 53% di uomini) e Malta (93% e 53%) i Paesi con un divario più ampio, Svezia (96% donne e 90% uomini) e Slovenia (88% e 82%) quelli con il divario più stretto.

La legislazione sul congedo parentale è, in questo senso, una buona cartina tornasole del grado di evoluzione di una società verso la parità di genere. In Europa, il Paese più all'avanguardia è la Spagna, dove i giorni di congedo sono gli stessi per entrambi i genitori: sedici settimane di congedo pagate al 100% dello stipendio. Ciò comporta non solo il coinvolgimento di entrambi i genitori nella cura dei figli sin dai primi giorni di vita, ma anche e soprattutto una riduzione significativa degli svantaggi che la gravidanza e la maternità possono determinare rispetto all'assunzione, alla carriera e agli stipendi delle donne lavoratrici. Nei Paesi scandinavi, per fare un altro buon esempio, i genitori hanno diritto a dodici mesi di congedo da dividere tra loro, con l'obbligo per ciascuno di restare a casa per almeno due mesi.

Lo stesso non si può dire del nostro Paese, dove i papà hanno diritto a solo dieci giorni di congedo obbligatorio e retribuito.

The unadjusted gender pay gap, 2022

(difference between average gross hourly earnings of male and female employees as % of male gross earnings)



Note: For all the countries except Czechia and Iceland: data for enterprises employing 10 or more employees, NACE Rev. 2 B to S (-O); Czechia: data for enterprises employing 1 or more employees, NACE Rev. 2 B to S; Iceland: NACE Rev. 2 sections C to H, J, K, P, Q. Gender pay gap data for 2022 are provisional until benchmark figures, taken from the Structure of Earnings survey, become available in December 2024.

* Euro area (2015-2022)

(†) Estimated data.

(‡) Definition differs (see metadata).

(§) 2018 data.

Source: Eurostat (online data code: sdg_05_20)

eurostat

Possano poi entrambi i genitori fruire del congedo parentale, dividendo tra loro dieci mesi nei primi dodici anni di vita del bambino, ma retribuiti solo al 30% entro i primi sei anni di vita, con una percentuale che varia in ragione del reddito tra il sesto e l'ottavo anno e non retribuiti per nulla tra l'ottavo e il dodicesimo anno.

Una scelta, quindi, quella di restare a casa che comporta un importante costo economico che non tutti possono permettersi.

I dati peggiorano per quanto riguarda le attività domestiche e la cucina, altro lavoro a carico quasi esclusivo delle donne. In Europa (Eurostat, 2020) è il 78% nel 2016 che se ne occupa quotidianamente, mentre lo fa solo il 32% degli uomini. Le differenze più rilevanti sono in Grecia (85% contro 16%) e in Italia (81% contro 20%), mentre quelle più ridotte in Svezia (74% contro 56%) e in Lettonia (82% contro 57%).

Come se non bastasse nell'Unione europea le donne continuano a guadagnare meno degli uomini, con un divario retributivo medio pari al 13% (Eurostat, 2023). Ciò significa che, per ogni euro guadagnato da un uomo, una donna riceve solo 0,87 €. Nel 2021 le discrepanze più alte sono state registrate in: Estonia (20,5%), Austria (18,8%), Germania (17,6%), Ungheria (17,3%) e Slovacchia (16,6). Il Lussemburgo ha colmato il divario retributivo di genere. Altri Paesi con divari retributivi di genere inferiori nel 2021 sono: Romania (3,6%), Slovenia (3,8%), Polonia (4,5%), Italia (5,0%) e Belgio (5,0%).

Le donne non solo guadagnano meno all'ora, ma svolgono anche più lavoro non retribuito e meno ore retribuite e hanno maggiori probabilità di essere disoccupate rispetto agli uomini. Tutti questi fattori combinati portano la differenza di reddito complessivo tra uomini e donne a quasi il 37% nell'Unione Europea.

Il divario salariale ha naturalmente delle ricadute anche in termini pensionistici.

Nel 2019, (CESE, 2021), la percentuale di pensionati di oltre 65 anni di età a rischio povertà in Europa era pari al 15,1% . E tra il 2010 e il 2019 la percentuale di donne pensionate di età superiore ai 65 anni a rischio di povertà è stata superiore di 3-4 punti percentuali rispetto a quella degli uomini.

3. Sfide all'universalità e all'accessibilità

Le persone anziane sono notoriamente discriminate (ageismo) da attitudini pregiudiziali e da pratiche politiche che perpetuano gli stereotipi sulla vecchiaia, ostacolando la solidarietà intergenerazionale.

Ad essere maggiormente colpite sono certamente le donne.

Secondo l'indagine Eurobarometro del 2019 sulle discriminazioni nell'Unione Europea, quella basata sull'età è, insieme a quella di genere, la più diffusa.

Nelle donne i pregiudizi legati all'anzianità, quali in particolare la malattia e il declino delle abilità mentali si sommano, infatti, a quelli legati al genere.

È risaputo infatti, che le donne, più degli uomini, nella considerazione sociale comune invecchiando vanno incontro ad una svalutazione.

Molte di loro sperimentano i cambiamenti legati all'invecchiamento con insoddisfazione e frustrazione, sentimenti che favoriscono il disagio emotivo, l'isolamento sociale e comportamenti poco salutari, quali diete rigide, eccessiva attività fisica o rischiose procedure cosmetiche e chirurgiche.

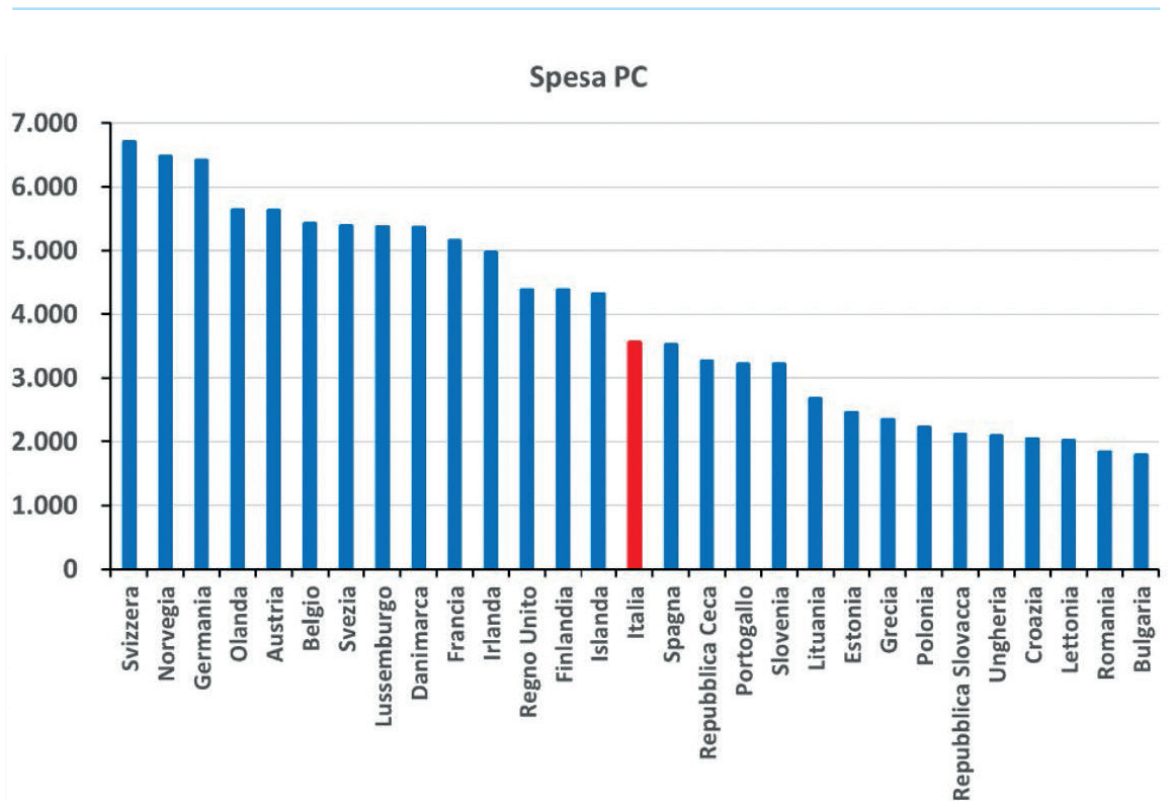
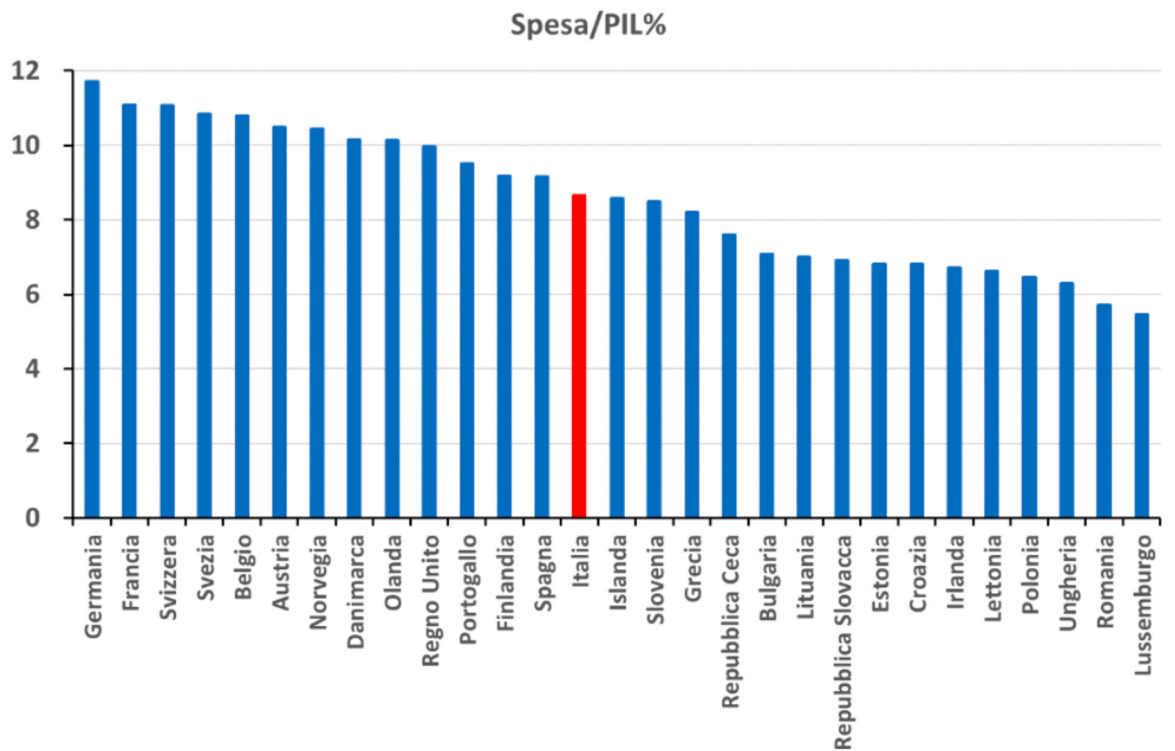
A ciò vanno aggiunte le diverse condizioni economiche, e quindi di vita, dovute al divario pensionistico tra donne e uomini, che secondo il Pension Adequacy Report 2024 della Commissione Europea si aggira intorno al 38%, esponendole a maggiori rischi di povertà ed esclusione sociale in età avanzata (Commissione Europea, 2024).

Secondo i dati rilevati dall'INPS a ottobre 2023, sebbene le donne in Italia rappresentino la quota maggioritaria sul totale dei pensionati (il 52%), sono gli uomini a percepire il 56% dei redditi pensionistici: l'importo medio per le donne è inferiore rispetto a quello degli uomini del 27% (16.991 contro 23.167 euro). Donne anziane sole si trovano a sostenere costi assimilabili a quelli di una famiglia con un reddito pensionistico molto più basso (INPS, 2023).

Le donne rappresentano il 60% degli oltre 7 milioni di anziani in Italia (Istat, 2020) e tra loro quasi la metà (49,2%) con un'età di oltre 75 anni vive da sola e con una salute più cagionevole. Il 24,7% ha gravi limitazioni nelle attività quotidiane e il 48% ha tre o più malattie croniche (contro il 18% e il 33,7% negli uomini rispettivamente).

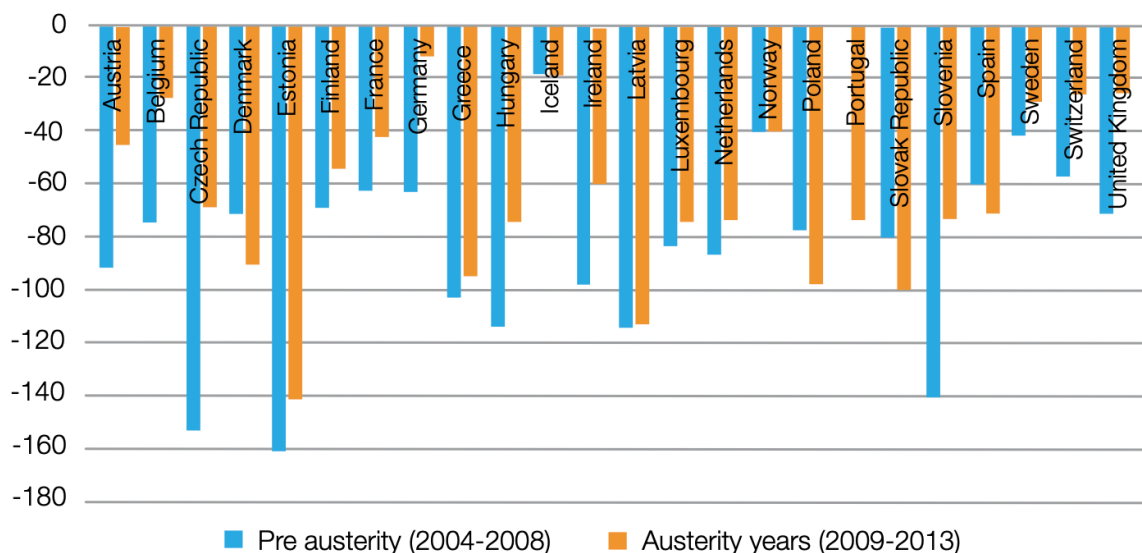
Eppure, pur rappresentando la fascia di popolazione più a rischio, negli studi clinici sono proprio anziani e donne ad essere spesso confinati nella categoria di "special population", finendo per rappresentare la fascia di persone di cui si conosce meno in termini medici. È a partire da queste considerazioni che appare oggi irrinunciabile che la medicina abbia un approccio di genere.

A complicare la situazione nella sanità pubblica italiana è in corso un'accelerazione di processi di privatizzazione che da tempo stanno minando i principi di universalità di copertura, equità di accesso e uguaglianza



di trattamento, globalità dell'intervento sanitario, uniformità territoriale, partecipazione democratica, finanziamento tramite la fiscalità generale progressiva, su cui il Servizio Sanitario Nazionale era stato fondato nel 1978 dalla legge 833/78.

Nel 2023 in Italia la spesa sanitaria pubblica si attesta al 6,2% del PIL (Ocse, 2023), un valore ben al di sotto la media europea del 6,8%.



Source: OECD and authors' calculations

In termini assoluti la spesa sanitaria pro capite in Italia è di 4.291 dollari, ben al di sotto della media mondiale di 4.986, certamente insufficiente se si guarda ad altri Paesi europei, come la Germania dove è pari a 8.000 dollari e la Francia, in cui è superiore alla nostra di circa un terzo arrivando a 6.630. Ultimi in classifica Malta, Cipro e Lussemburgo, ma anche le repubbliche baltiche e alcune nazioni dell'Europa centrale (in particolare Croazia e Slovenia). Dal 2010, a causa dei tagli e definanziamenti, la distanza con i Paesi europei è progressivamente aumentata.

Le politiche di austerità, protagoniste delle scelte economiche europee degli ultimi decenni, hanno determinato tagli alle spese sanitarie e alla previdenza sociale legata alla disoccupazione numericamente importanti in tutti i Paesi dell'Unione. In Italia alla sanità pubblica sono stati sottratti dal 2010 al 2019 oltre 37 miliardi (GIMBE, 2019).

Nonostante i tassi di mortalità abbiano continuato a migliorare, i tagli alla spesa pubblica hanno rallentato il miglioramento in molti Paesi, in particolare nei paesi del Nord Europa.

Regno Unito, Germania, Islanda e Svezia sono i Paesi in cui il rallentamento è stato più evidente rispetto ai paesi dell'Europa meridionale, centrale e orientale come Grecia, Estonia, Lettonia, Polonia e Repubblica Slovacca.

A crescere, invece, sono stati soprattutto i livelli di bisogni sanitari insoddisfatti: c'è una relazione statistica positiva tra i Paesi che hanno tagliato la spesa più duramente e quelli che hanno sperimentato il livello più alto di bisogni insoddisfatti. Una combinazione di costi sanitari crescenti e redditi personali in calo ha reso l'assistenza medica troppo costosa.



Source: OECD and authors calculations. Data - Per head, at constant prices (2010) and constant PPPs (2010), in US dollars

Solo la spesa per la vecchiaia pro capite è aumentata costantemente in tutta Europa durante gli anni dell’austerità. In tutti i Paesi, ad esclusione della Germania, si è registrata un’ampia discrepanza tra la traiettoria della spesa pubblica totale e la spesa per la vecchiaia durante il periodo 2009-2013.

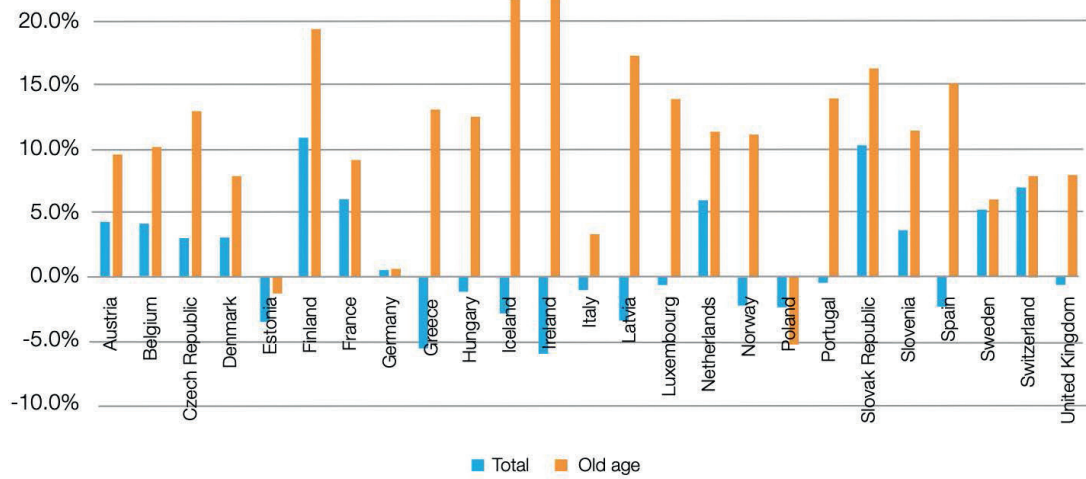
I Paesi che hanno apportato i tagli più rilevanti alla spesa sanitaria sono stati in genere quelli più colpiti dalla crisi economica (Ocse, 2023). Ma alcuni hanno tagliato più di altri in risposta alla recessione, ad esempio la Grecia: di fronte a un drastico calo della produzione (-22%), la Grecia ha tagliato la spesa pubblica per la salute ancora di più (-30,2%). La Lettonia ha tagliato la spesa di oltre il 10% nonostante abbia sperimentato una crescita economica durante gli anni di austerità.

A seguire la Grecia che ha registrato la riduzione più significativa della spesa sanitaria pubblica, ci sono la Spagna, l’Italia e il Portogallo. Repubblica Ceca, Polonia e Ungheria, invece, i Paesi che hanno registrato riduzioni più contenute (Ocse, 2023).

Una bassa spesa pubblica si traduce in pochi posti letto, strutture sanitarie vecchie, strumentazione poco aggiornata, servizi territoriali soppressi, lunghe file d’attesa per visite specialistiche ed esami diagnostici, ridotto numero di medici e altro personale sanitario, spesso malpagato e sfruttato, affollamento dei pronto soccorso, impossibilità di trovare un medico o un pediatra vicino casa, aumento della spesa privata sino alla rinuncia alle cure.

Un disinvestimento che chiaramente genera una sanità meno equa, cure meno accessibili, inaccettabili diseguaglianze regionali, qualità della cura messa oggettivamente a rischio.

Mentre negli anni si è molto dibattuto sul relativo successo delle politiche di austerità in termini di sostegno alla crescita economica e controllo della



Source: OECD and authors calculations. Data - Per head, at constant prices (2010) and constant PPPs (2010), in US dollars

spesa, il suo impatto sulla salute della popolazione non è stato esplorato così ampiamente. Per questo motivo, siamo in gran parte all'oscuro riguardo al costo o beneficio umano correlato alla caratteristica distintiva della recente politica governativa europea. Senza dimenticare che l'impatto dell'epidemia di Covid-19 nel 2020 ha esacerbato le disuguaglianze sanitarie e sociali. Un impatto che va oltre le conseguenze dirette del virus, estendendo a danni economici, come disoccupazione, riduzione dei salari e smantellamento delle protezioni sociali, derivanti dalle politiche implementate durante la pandemia. Ancora una volta i gruppi più vulnerabili hanno affrontato molteplici dimensioni di disuguaglianza sociale tra cui classe, genere, etnia, età, che li hanno esposti a rischi specifici.

La salute è probabilmente la risorsa più importante per garantire un futuro sostenibile ad un'Europa che invecchia velocemente: un invecchiamento sano supporta vite lavorative più lunghe e riduce i potenziali costi sanitari nel corso della vita di un individuo.

4. Garantire i livelli di personale sanitario e di cura; offrire un'adeguata formazione del personale sanitario per fornire servizi sensibili alle differenze di genere

L'integrazione della medicina di genere o genere-specifica nella formazione medica e professionale in Europa si attesta ancora a livelli molto bassi.

Eppure sarà un passaggio fondamentale verso il cambio di rotta.

Piccoli passi in questa direzione sono già stati fatti in Austria, dove l'Università di Medicina di Innsbruck ha implementato la medicina di genere come argomento trasversale e obbligatorio per tutti gli studenti e l'Università di Medicina di Vienna mira all'integrazione della medicina di genere nel suo curriculum e ha sviluppato una "Linea guida per il genere e la diversità in medicina".

In Germania, invece, sono l'Institute of Gender in Medicine (GiM) e il Charite University Hospital di Berlino ad aver sviluppato il database ad accesso aperto GenderMed, con oltre 11.000 pubblicazioni che trattano di sesso e genere nella medicina e nella ricerca e sviluppato moduli di apprendimento sulla medicina di genere.

A Nimega, nei Paesi Bassi, negli ultimi dieci anni la formazione medica universitaria è stata comprensiva di una prospettiva di genere.

In Svezia, il Centro per la Medicina di Genere (CfGM) del Karolinska Institutet è stato il primo in Europa a istituire il corso educativo "Salute e malattia" basato su una prospettiva di genere" nel 2010.

In Italia il 13 giugno 2019 il Ministero della Salute ha approvato il "Piano per l'applicazione e la diffusione della medicina di genere" firmando il decreto attuativo della Legge 3/2018.

L'Italia è stata così il primo Paese in Europa a formalizzare il concetto di genere in medicina sottolineandone l'indispensabilità perché ad ogni persona sia garantita la cura migliore. In sintesi, obiettivo del piano è assicurare ad ogni cittadino o cittadina, nell'ambito di tutte le specialità mediche, il trattamento più appropriato, ponendo l'accento sulla personalizzazione delle terapie.

Anche se esistono diverse azioni genereorientate in regioni e aziende sanitarie italiane, come l'istituzione del Centro di riferimento per la medicina di genere presso l'Istituto Superiore di Sanità, il primo corso universitario sulla medicina

di genere presso l'Università di Padova o il dottorato in farmacologia di genere dell'Università di Sassari, l'attuazione del Piano però non sembra essere così semplice e richiederà probabilmente più tempo del previsto.

La formazione degli operatori sanitari è alla base del cambiamento di paradigma necessario, a partire da una sensibilizzazione sull'importanza della comunicazione e dell'utilizzo di un linguaggio che sia sensibile al genere, che eviti le supposizioni fondate sui pregiudizi, che fornisca le informazioni in modo più trasparente possibile, ma rispettando i principi di riservatezza della privacy.

Una più attenta formazione dei medici sarà responsabilità condivisa delle Università, soprattutto per quanto riguarda le nuove generazioni di professionisti, e delle istituzioni del Servizio Sanitario Nazionale, per quanto riguarda le strutture della sanità ospedaliera e territoriale.

Il problema della scarsa attenzione per le donne nell'ambito della medicina, infatti, non è circoscritto soltanto alla sperimentazione farmacologica e al trattamento delle patologie, ma coinvolge anche la dimensione della relazione medico-paziente. Oggi è noto che l'alleanza terapeutica, caratterizzata da una comunicazione efficace e da un substrato di fiducia reciproca, ha importanti ricadute nella diagnosi e soprattutto nell'efficacia della terapia. Eppure questo aspetto è ancora largamente misconosciuto e inesplorato.

Non di rado, purtroppo, l'approccio dominante del medico guidato da modelli paternalistici e sessisti, condiziona diagnosi ed esiti di cura.

Banalizzazione di sintomi, anamnesi superficiali e poco sensibili al genere sono causa di frequenti allontanamenti delle pazienti donne dalle strutture sanitarie con esiti infausti per la loro salute.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2002 ha chiesto agli Stati di tenere in stretta considerazione i fattori legati al genere nella progettazione delle politiche sanitarie, ma l'indicazione sembra avere avuto scarso impatto:

si è continuato a seguire un modello professionale quasi unicamente maschile, disconoscendo il ruolo e l'impatto che il genere ha nell'esercizio della professione medica. Oggi le donne medico sono in forte aumento.

Il sorpasso è già avvenuto in tante specializzazioni, persino alcune di quelle che risentivano di più della connotazione tipicamente maschile, come alcune branche della chirurgia. I processi di prevenzione, diagnosi e cura saranno influenzati da uno sguardo nuovo e che la sanità assumerà un nuovo volto.

Il genere del medico influisce sulle modalità comunicative e di accoglienza, sulla somministrazione di farmaci, la prescrizione di indagini clinico-strumentali, vissuto della malattia. Le donne medico sono più attente a informare i pazienti sui fattori di rischio, sugli stili di vita, sono più propense a coinvolgere il paziente nelle scelte terapeutiche: in breve, pongono maggiormente

il paziente al centro dei processi di cura e ciò comporta miglioramenti nelle terapie, ma anche più alti livelli di soddisfazione nei pazienti stessi. Soddisfazione che ancora una volta allontana uomini e donne anziane. Nei 28 Paesi dell'Unione Europea, infatti, le donne con età uguale o superiore ai 65 anni segnalano con maggiore probabilità di rimanere insoddisfatte dell'assistenza medica ricevuta, rispetto ai loro coetanei uomini. Fanno eccezione Slovenia, Lituania e Belgio, dove sono gli uomini a lamentare più insoddisfazione, e Slovacchia e Austria dove il livello è comune. La media europea è del 3,2% delle donne e del 2,1% degli uomini, con un divario di genere di 1,1 punti percentuali (European Commission, 2021).

5. Conclusioni

L'uguaglianza e il contrasto alle discriminazioni sono principi fondamentali sanciti dai Trattati e dalla legislazione europea, ma l'ageismo e le discriminazioni di genere continuano a permeare troppi ambiti delle nostre vite, ostacolando la piena partecipazione delle donne anziane alla vita sociale. A loro, che hanno una maggiore aspettativa di vita attiva, ma sono le più esposte a discriminazione e solitudine, la politica europea non può oggi non dedicare una particolare attenzione.

La sfida posta alla società europea è quella di un cambiamento di paradigma, che restituisca alle donne anziane visibilità e abbandoni la visione basata sull'assistenzialismo a favore di una progettualità mirata all'autonomia, l'unica capace di eliminare il doppio pregiudizio legato al genere e all'età. Che archivi la considerazione dell'invecchiamento degli anziani, in particolare le donne, come una spesa o un costo per la società, per abbracciare una visione che ponga l'attenzione sui benefici sociali ed economici che si otterrebbero dalla loro inclusione attiva.

La prospettiva della medicina di genere per quanto riguarda l'ambito della salute è ormai una necessità metodologica che impone un ripensamento delle politiche sanitarie sia per garantire a tutti i generi la tutela del benessere psicofisico, sia per un utilizzo più ottimale delle risorse e una maggiore sostenibilità delle cure. L'approccio dev'essere intersezionale: livello di istruzione, tipologia di occupazione, reddito, congiuntamente alle caratteristiche di sesso, etnia, genere, influenzano la distribuzione di fattori di rischio per la salute in quanto elementi che condizionano l'accesso a risorse non solo economiche, ma anche di potere, conoscenza, tempo.

Nulla può essere trascurato quando si parla di salute delle persone e si programmano azioni e ristrutturazioni dei sistemi sanitari.

Neanche la relazione tra reddito e salute: situazione di povertà e incertezza economica generano ansie, preoccupazioni, insicurezze che a lungo andare impattano sul sistema immunitario e su quello cardiovascolare, oltre a incidere sull'approccio preventivo nel monitoraggio delle proprie condizioni di salute. Non ultimo, sono fonte di esclusione sociale, altro fattore che ha potenti effetti negativi sul benessere.

Come costruire una strategia europea alla luce di tutte le valutazioni fatte? Da dove partire? Che cosa prendere in considerazione nella costruzione della nuova strategia europea? Alcune possibili raccomandazioni politiche:

- Potenziare e rivedere i programmi di finanziamento della ricerca con una prospettiva di genere.
- Includere adeguatamente le donne negli studi clinici e contrastare la gender blindness (cecità di genere) della ricerca. Nello specifico aumentare

- la presenza di donne anziane per favorire l'implementazione di servizi sanitari a loro dedicati.
- Pianificare la formazione medico-scientifica di genere per tutti gli operatori del sistema sanitario (medici, farmacisti, infermieri) dai corsi di laurea alle scuole di specializzazione.
 - Pensare a campagne di informazione dedicate all'opinione pubblica e alle associazioni di pazienti che abbiano scopo informativo, ma anche educativo.
 - Implementare una prospettiva che tenga conto del concetto di salute lungo tutto l'arco della vita e che quindi valuti tutti gli effetti cumulativi e intergenerazionali dei fattori biologici, sociali e ambientali sul benessere della persona.
 - Migliorare l'accessibilità dei servizi sanitari, che si declina in diverse dimensioni e rappresenta oggi uno dei maggiori ostacoli incontrati dalle donne anziane nella fruizione dei servizi. Distanze geografiche, barriere linguistiche, difficoltà dei trasporti, discriminazioni. Tutte barriere che negli ultimi anni sono state esacerbate dalla privatizzazione dei servizi sanitari e la relativa riduzione dei finanziamenti pubblici, con un aumento considerevole dei costi diretti a carico dell'utenza.
 - Favorire la prossimità: offrire alle donne anziane assistenza medica e servizi sanitari nei luoghi in cui vivono, lavorano e invecchiano, anziché in strutture centralizzate spesso distanti. Puntare dunque sullo sviluppo e al rafforzamento della medicina territoriale e domiciliare, capace di offrire cure primarie, preventive e palliative. Il progresso tecnologico è in questo senso sicuramente un alleato: la telemedicina oggi può essere una risorsa per l'assistenza alle donne anziane con patologie croniche che richiedono frequenti monitoraggi. Tuttavia è al contempo una sfida perché implica la necessità di garantire l'accesso alle tecnologie.
 - Promuovere l'integrazione e il coordinamento dei servizi sanitari, assistenziali e sociali perché ci sia un approccio olistico alla salute, che tenga conto di bisogni fisici, mentali e sociali.
 - Incoraggiare la solidarietà tra le generazioni: stringere un patto intergenerazionale basato sul rispetto e la solidarietà, che consolidi l'uguaglianza indipendentemente dall'età e promuova l'apprendimento lungo tutto l'arco della vita, l'invecchiamento in buona salute e la partecipazione sociale attiva.
 - Migliorare la partecipazione delle donne anziane coinvolgendole nella pianificazione e valutazione dei servizi sanitari a loro dedicati.
 - Garantire l'adeguatezza delle pensioni nel tempo: eliminare o ridurre il divario di genere delle pensioni e assicurare l'indicizzazione in linea con il costo della vita e tenendo conto delle spese specifiche delle persone anziane, incluse quelle per la sanità e l'assistenza a lungo termine.
 - Superare, azzerandolo, il gender pay gap e ogni altra discriminazione,

vedi le differenze in merito al congedo parentale, subita dalle donne in ambito lavorativo, quale fattore di stress e sovraccarico responsabile di ripercussioni sulla salute mentale e fisica, oltre che a cascata di numerose altre situazioni discriminatorie.

- Contrastare la privatizzazione dei servizi sanitari, che oggi ha assunto molte forme: riduzione o ritiro di finanziamenti pubblici, esternalizzazione o appalto di servizi sanitari a fornitori privati, introduzione di tariffe e co-pagamenti, promozione di assicurazioni sanitarie e conti di risparmio sanitari, nonché la crescita di mercati sanitari paralleli o informali, con le relative ricadute in termini di diminuzione della qualità, aumento di pagamenti vivi, diminuzione dell'accesso ai servizi e aumento dei rischi a fronte di una ridotta responsabilità e trasparenza degli operatori sanitari e delle autorità.
- Combattere la solitudine indesiderata delle donne anziane, soprattutto durante la pensione, ad esempio promuovendo programmi di tutoraggio a tutte le donne interessate a trasmettere le loro esperienze di lavoro a generazioni più giovani.
- Colmare il divario digitale e sradicare la povertà digitale con iniziative che migliorino le infrastrutture, le attrezzature e la formazione per l'alfabetizzazione digitale a tutte le età, senza però rinunciare all'obbligo di garantire accesso a beni e servizi essenziali anche al di fuori della sfera del digitale.
- Proporre misure di sensibilizzazione e contrasto alla violenza e ai maltrattamenti nei confronti delle persone, e in particolare delle donne anziane.

Bibliografia

Agarwal D, Roy N, Panwar V, Basil A, Agarwal PM. Bringing Health Care Closer to People – A Review of Various Telemedicine Models under the National Health Mission in India. *Indian J Community Med.* 2020 Jul-Sep;45(3):274-277. doi: 10.4103/ijcm.IJCM_334_19. Epub 2020 Sep 1. PMID: 33354000; PMCID: PMC7745827

Börsch-Supan, A., et al. (2013). The survey of health, ageing and retirement in Europe. *International Journal of Epidemiology*, 42(4), 992–1001

Calasanti, T., & King, N. (2018). Intersectionality and ageism. *The Gerontologist*, 58(1), 7-15.

Censis, *L'immagine sociale della menopausa*, 2017

CESE, *Parere del Comitato economico e sociale europeo sul tema “Il pilastro digitale della crescita: gli anziani digitali, un potenziale del 25 % della popolazione europea”*, 2016

European Commission, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion, *The 2018 pension adequacy report : current and future income adequacy in old age in the EU. Volume I*, Publications Office, 2018, <https://data.europa.eu/doi/10.2767/406275>

Costa G., Bassi M., Gensini GF, Marra M., Nicelli AN, Zengarini N. (a cura di), *L'equità nella salute in Italia: secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità*. Franco Angeli, Milano, 2014

European Commission, Directorate-General for Justice and Consumers, Survey coordinated by the Directorate-General for Communication, *Special Eurobarometer 535 – Discrimination in the European Union*, 2023. <https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/2972?etran=it>

European Public Services Union. (2019). *Gender-sensitive health services*. Brussels: EPSU

EUROSTAT, *Ageing Europe. Looking at the lives of older people in the Eu.* <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/11478057/KS-02-20-655-ENN.pdf/9b09606c-d4e8-4c33-63d2-3b20d5c19c91?t=1604055531000>

EUROSTAT, *European health interview survey*: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/european-health-interview-survey> EUROSTAT e ISTAT, *La vita delle donne e degli uomini in Europa. Un ritratto statistico. Edizione 2020*

EUROSTAT, *Population Structure and Ageing* https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php?title=Population_structure_and_ageing

Franklin B., Hochlaf D. and Holley-Moore G., *Public Health in Europe During The Austerity Years. A Research Report From ILC-UK*, 2017

Franklin P., Bambra C., Albani V., *Gender equality and health in the EU*, European Commission, 2021 https://www.ingenere.it/sites/default/files/ricerche/gender_equality_and_health.pdf

Gomez-Costilla, P; Garcia-Prieto, C; Somarriba-Arechavala, N (2021) *Aging and Gender Health Gap: A Multilevel Analysis for 17 European Countries*. *Social Indicators Research* (2022) 160:1051–1069

Hankivsky, O., & Doyal, L. (2017). Applying intersectionality in health research: Challenges and opportunities. In O. Hankivsky & J. S. Jordan-Zachery (Eds.), *The Palgrave handbook of intersectionality in public policy* (pp. 415-436). Cham: Palgrave Macmillan

INPS, Casellario dei pensionati. Prestazioni pensionistiche e beneficiari del sistema pensionistico italiano al 31.12.2022, <https://servizi2.inps.it/servizi/osservatoristatistici/api/getAllegato/?idAllegato=1007>

ISTAT, Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia – anno 2019, 2021. <https://www.istat.it/it/files/2021/07/Report-anziani-2019.pdf>

Kimberly L. Lynch, DNP, MBA, Telehealth for Older Women: Practice Considerations for the WHNP, <https://www.npwomenshealthcare.com/telehealth-for-older-womenpractice-considerations-for-the-whnp/>

Mondo sanitario, anno XXVIII n. 5, maggio 2021, FRG editore, Roma, maggio 2021

OECD 2023, *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>.

Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali, Rapporto OsMed 2021

Rapanelli Valeria e Coen Daniele, *Quella voce che nessuno ascolta. La via della medicina di genere alla salute di tutti*, Giunti, Milano, 2023

Sarti, S., Biolcati-Rinaldi, F., & Vitalini, A. (2019). The role of individual characteristics and municipalities in social inequalities in perceived health (Italy, 2010–2012): A multilevel study. *Journal of Public Health*, 27, 21-28. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10389-018-0933-5>

Serapioni M. e Hespanha P., *The Pandemic and Health Inequalities in Southern European Countries. An Overview*, e-cadernos CES [En línea], 39 | 2023

**Una ricerca di Miriam Di Paola
Dicembre 2024**

CGIL



**SINDACATO
PENSIONATI
ITALIANI**