Presidenza del Consiglio dei Ministri

CNB

COMITATO NAZIONALE
PER LA BIOETICA

Le condizioni di vita della donna nella terza e quarta età: aspetti bioetici nella assistenza socio sanitaria

16 luglio 2010

INDICE

Presentazione 3

Premessa 5

1. Una fascia di popolazione particolarmente 'vulnerabile': le donne oltre i sessantacinque anni 10

2. Alcune osservazioni generali sulla condizione delle donne anziane 13

3. Osservazioni sullo stato di salute 16

4. Offerte differenziate per anziani da parte degli Enti Pubblici 20

5. Conclusioni 21

5.1. Proposte – auspici 23

Bibliografia 26

Documenti di riferimento 29

ALLEGATO I: Incidenza di alterazioni patologiche nelle donne durante la terza e quarta età 30

ALLEGATO II: Alcune attività e proposte e/o realizzate da Enti pubblici locali per le persone nelle fasce di età più avanzate 37

ALLEGATO III: Alcuni dati statistici riguardanti la fascia di età di oltre i 65 anni nelle donne in Italia 40

Presentazione

Il documento affronta alcune problematiche socio assistenziali e bioetiche in riferimento alle donne di oltre 65 anni di età, fascia di popolazione ad alto rischio di superare quella soglia di deprivazione, in senso psicologico oltre che materiale e relazionale, sotto la quale risulta impossibile esercitare qualsivoglia scelta per mancanza di fruizione delle più basilari risorse necessarie alla conduzione di una vita che non sia di mera sopravvivenza. Il documento si inserisce nel filone della cosiddetta "bioetica del quotidiano", complementare alla "bioetica di frontiera" (concentrata sui casi estremi di manipolazione della vita umana).

In particolare è affrontata la questione della giustizia distributiva e dell'equità di accesso alle risorse (non illimitate) con riferimento alla differenza sessuale e alla anzianità. Il documento mette in evidenza come nelle questioni relative alla salute si debba adottare un criterio moralmente giustificato di priorità, offrendo a tutti uguali opportunità di raggiungere il massimo potenziale di salute consentito a ciascuno nella propria fascia di età, favorendo gli individui più svantaggiati.

Riportando dati di ordine sociale, medico, psicologico, il Comitato sottolinea come le donne oltre i sessantacinque anni, con il passare del tempo, si trovano in situazioni che possono diminuire o bloccare la capacità di autonomia, di progettualità, di scelta consapevole, essendo particolarmente vulnerabili dal punto di vista biopsicologico e sociale. La diminuzione del reddito si riflette immediatamente in un peggioramento della qualità di vita, specie se si debbono sostenere spese crescenti per l'instaurarsi di patologie croniche, se si vive sole (circa tre milioni sono le donne spesate in questa fascia di età ed altrettante sono le vedove) e deprivate di ruoli e funzioni sociali. Appare quindi evidente che la *felicità* personale (resa oggi valutabile da precise indagini socio-psicologiche) non può essere legata alla sola crescita della ricchezza economica e materiale, misurata dal PIL o dal possesso di merci e potenzialità di consumi, ma deve tener conto di come ciascuno vive la sua realtà biopsichica.

Per quanto riguarda la terza e quarta età, grande valore deve essere quindi dato a beni fondamentali per quella che viene chiamata "fioritura della vita", quali il godere di relazioni significative e lo sviluppo di autostima ed ottimismo, sempre in vista di un "essere felici", obiettivo fondamentale non solo degli investimenti di politica economica, ma di una medicina che considera oltre la cura, anche il 'prendersi cura'. Il documento richiama ad un intervento prioritario nel settore socio-sanitario per questa fascia di popolazione, ritenendolo uno dei doveri etici in questo momento storico.

Il documento è frutto di un impegno pluriennale di un gruppo di lavoro coordinato dal Prof. Romano Forleo: è stato redatto insieme ai Proff. Monica Toraldo di Francia e Antonio Da Re, con la partecipazione nella discussione dei Proff. Luisella Battaglia, Cinzia Caporale, Riccardo Di Segni, Laura Guidoni, Claudia Mancina, Demetrio Neri, Giancarlo Umani Ronchi, Grazia Zuffa. La discussione del gruppo di lavoro è stata integrata con le seguenti audizioni: Dott.ssa Carla Collicelli (vicedirettore della Fondazione Censis e docente di Sociologia delle organizzazioni pubbliche e dei servizi nell'Università degli Studi di Roma Tre), Dott.ssa Francesca Loporcaro (ricercatrice ISTAT), Prof. Vincenzo Marigliano (Direttore Dipartimento "Scienze dell'Invecchiamento" Università di Roma, La Sapienza). Il Gruppo si è inoltre avvalso del prezioso

contributo scientifico della Dott.ssa Maria Paglia, che ha svolto il ruolo di segretaria del gruppo stesso.

Il documento è stato approvato all'unanimità dei presenti, con il voto favorevole dei Proff. Amato, Battaglia, Bompiani, Colombo, D'Agostino, d'Avack, Flamigni, Forleo, Garattini, Gensabella, Isidori, Morresi, Neri, Nicolussi, Palazzani, Scaraffia, Toraldo di Francia, Umani Ronchi, Zuffa. I Proff. Canestrari, Da Re, Dallapiccola, Di Pietro e la Dott.ssa Guidoni, assenti alla seduta, hanno espresso la loro adesione.

Il Presidente
Prof. Francesco Paolo Casavola

Premessa

Dal 2007, dichiarato Anno Europeo dell'Equità, con particolare riferimento alle questioni concernenti la salute, la letteratura sul tema si è andata arricchendo di numerosi studi e rapporti, che segnalano particolari necessità di intervento. La presente introduzione al nostro lavoro non pretende di essere una sintesi dei contributi scientifici in materia; si propone, piuttosto, di raccogliere alcuni spunti atti a servire alla riflessione su una specifica fascia della popolazione italiana, che reputiamo a rischio di "disequità" nell'ambito della salute, e sulle istanze bioetiche coinvolte: la fascia delle donne anziane (per convenzione si considerano tali le donne sopra i sessantacinque anni, anche, se i maggiori problemi insorgono in età più avanzata, dopo i settantacinque anni, come illustrato nell'allegato 1).

L'uso della nozione di equità rinvia immediatamente a questioni di etica pubblica, ossia di giustizia distributiva nella ripartizione di risorse per loro natura scarse, o comunque non illimitate, secondo una prospettiva che tende a identificare come inique, ossia ingiuste, le diseguaglianze nei destini di popolazioni e di individui imputabili a responsabilità umane. Per quanto riguarda il tema della salute, gli studi in materia confermano che negli ultimi decenni, con l'accelerazione dei processi di globalizzazione, si è ulteriormente accentuato il drammatico divario tra il Nord e il Sud del pianeta e anche all'interno del nostro Paese sono aumentate le differenze in salute fra le diverse aree geografiche e fasce di popolazione.

Usando la distinzione, ormai divenuta corrente, fra "bioetica di frontiera" e "bioetica quotidiana", che individua due possibili approcci alla materia – corrispondenti ad interessi teorici e normativi in parte diversi – si può subito rilevare che le questioni d'equità distributiva si collocano più sul versante della cosiddetta 'bioetica quotidiana'. La bioetica di frontiera si concentra, infatti, sulle questioni bioetiche più problematiche e conflittuali in ordine alle scelte personali e pubbliche riguardanti, in particolare, i cosiddetti stati di confine (la nascita e la morte); la problematicità di tali questioni dipende spesso dal loro carattere radicalmente innovativo, frutto del continuo sviluppo delle scienze biomediche e delle applicazioni della tecnica. La bioetica quotidiana si muove invece in una dimensione più vicina all'esperienza comune delle persone; essa, più che l'eccezionalità dei casi limite, considera – per così dire – la normalità delle situazioni. E' chiaro che tra i due approcci (quello più volto a sottolineare l'eccezionalità e quello invece che si sofferma maggiormente sulla normalità) vi è inevitabilmente una relazione, ed è chiaro che sarebbe riduttivo immaginare che la bioetica possa prescindere dalla considerazione dei casi limite, come del resto che essa debba occuparsi solamente di questi. La specificità della bioetica quotidiana consiste, ad ogni modo, nell'adottare uno sguardo analitico e critico sui grandi problemi che riguardano la vita di tutti (Berlinguer, 2000): emerge così un'attenzione più specifica nei confronti degli aspetti d'iniquità distributiva nella fruizione dei vantaggi del progresso della scienza biomedica, all'interno di uno stesso paese e fra le diverse aree del mondo, ed un più forte interesse per le questioni di giustizia viste da una prospettiva globale.

Da questo interesse muovono:

i. le indagini sulle cause delle diseguaglianze nella salute dovute alla povertà assoluta – di reddito, istruzione, infrastrutture, servizi sanitari, accesso ai farmaci ecc. – in un'ottica che considera come rilevanti, per la valutazione

morale, tanto le azioni quanto le omissioni capaci di accrescere, o ridurre tali differenze;

i.i. le ricerche sulle profonde differenze geografiche nella mortalità materna, perinatale, infantile e sulle molte morti precoci, che potrebbero esser evitate, dovute a mancanza d'assistenza medica, a carestie, a guerre e comportamenti violenti, ma anche sul "doppio carico di malattia" che oggi grava sugli abitanti dei paesi più poveri[1];

i.i.i. le riflessioni sulle varie facce della "rivoluzione medico-biologica" degli ultimi decenni, che ha comportato grandi benefici dal punto di vista clinico, ma non per tutti, essendosi congiuntamente accentuato il divario, sotto il profilo di 'capacità' di vita e di salute, sia fra i vari segmenti della popolazione all'interno dei Paesi sviluppati, sia fra questi Paesi e il resto del mondo.

Come si è ricordato, tutti i dati oggi a disposizione rivelano un crescente aumento delle diseguaglianze nella morbilità, nel malessere psicofisico come nella stessa durata di vita, che richiede, per essere compreso nella sua genesi e contrastato con misure efficaci, una disamina accurata dei molteplici fattori che vi incidono e dei diversi attori e livelli di responsabilità coinvolti, sia sul piano delle politiche nazionali che delle dinamiche di ridefinizione dei rapporti di potere nella dimensione globale. Su questo punto occorre subito rilevare che le disuguaglianze d'accesso e di prestazione, in ambito sanitario, non sono dovute solo a differenza di classi sociali. Come sostiene nel suo contributo al tema anche Carla Collicelli (vicedirettore generale della Fondazione Censis)[2], è importante cercare di individuare le caratteristiche e le forme attuali della questione.

Riprendendo la classificazione dei determinanti della salute proposta da Angelo Stefanini, Marco Albonico e Gavino Maciocco[3], che bene illustra come la 'salute' sia dipendente dalla possibilità di usufruire di una molteplicità di risorse dirette e indirette, si può pensare allora ad una serie di "strati concentrici", corrispondenti a diversi livelli d'influenza sull'insorgenza e l'evoluzione delle malattie, cui corrispondono diversi livelli di possibili interventi intersettoriali sui fattori suscettibili di modificazione e correzione (tenendo tuttavia sempre presente la loro stretta correlazione). Secondo lo schema proposto dagli autori citati, che procede dallo strato più interno a quello più esterno:

---

[1] Nel documento *Progressi per l'infanzia: un mondo a misura di bambino – rapporto statistico*, presentato dall'UNICEF il 10.12.2007, si fa presente che nel 2006 il numero dei bambini morti prima dei 5 anni a causa di malattie, fame e guerre, è sceso per la prima volta al di sotto dei 10 milioni. Nonostante ciò, "ogni anno, circa 4 milioni di bambini muoiono durante i primi 28 giorni di vita, il periodo neonatale"; inoltre "in tutto il mondo in via di sviluppo i livelli di mortalità materna sono ancora troppo elevati, con oltre 500.000 donne che muoiono ogni anno a causa di complicanze legate alla gravidanza e al parto. Circa la metà di questi decessi si verifica nell'Africa subsahariana e circa un terzo nell'Asia meridionale. Le due regioni insieme incidono per l'85 % circa di tutti i decessi materni. Nell'Africa subsahariana il rischio di mortalità materna durante la vita di una donna è di 1 su 22, rispetto a 1 su 8000 nei paesi industrializzati".
Il "doppio carico di malattia", tipico dei paesi più poveri, fa riferimento al fenomeno per cui all'alta mortalità per malattie infettive – malaria, Aids, tubercolosi ecc – si aggiunge una crescente mortalità causata da malattie cronico-degenerative quali i tumori, le malattie cardiovascolari, il diabete ecc.

[2] C. Collicelli, *Disuguaglianze in sanità: l'evoluzione interpretativa a partire dalla ricerca sociale*, Fondazione Censis, 2007. *Paper* messo a disposizione del gruppo di lavoro.

[3] Cfr. A. Stefanini, M. Albonico, G. Maciocco, *I determinanti della salute,* in AA.VV., "*Le diseguaglianze nella salute"*, numero monografico di "Salute e territorio", 2006, n. 158, pp. 267-274.

- al centro troviamo l'individuo con le sue caratteristiche biologiche, che si considerano come date: sesso, età, patrimonio genetico;
- lo strato successivo comprende invece il comportamento e lo stile di vita – l'abitudine al fumo e all'alcool, i comportamenti alimentari e sessuali, l'attività fisica ecc. – che possono promuovere o danneggiare la salute. Si tratta, a questo livello, di scelte individuali, le quali tuttavia possono essere più o meno condizionate dalla situazione economico-sociale e culturale, come pure dal tipo di messaggi che il sistema mediatico diffonde;
- segue lo strato delle interazioni con i familiari, gli amici, la comunità circostante. La qualità della vita di ognuno è infatti strettamente dipendente da una rete d'affetti e di relazioni sociali, la cui presenza o assenza può influire sullo stato di salute, mediante gli stati psicologici che attiva (ad es. equilibrio emotivo/depressione e ansia), e che spesso sono dipendenti da condizioni favorevoli o avverse (ad es. la presenza/assenza di una rete di supporto familiare e /o sociale);
- vi è poi un insieme assai complesso ed eterogeneo di fattori che incidono sul benessere psicologico e sullo stato fisico, fra questi: l'ambiente di vita e di lavoro delle persone, il reddito, l'occupazione, il livello d'istruzione, l'alimentazione, l'abitazione, le condizioni igieniche, i trasporti e il traffico, i servizi sanitari e sociali ecc.;
- con lo strato più esterno si arriva infine alla considerazione delle condizioni generali – politiche, sociali, culturali, economiche, ambientali – in cui gli individui e le comunità vivono, fra le quali si deve annoverare anche il grado di giustizia sociale e di solidarietà che una società riesce ad esprimere. Come alcuni studi hanno rilevato, un sentimento di solidarietà diffuso, che a livello istituzionale trovi riscontro in politiche di effettiva equità distributiva, costituisce un importante fattore di coesione sociale che può funzionare da volano per un miglioramento delle aspettative di vita dei cittadini anche in situazioni di 'emergenza' (come ad es. quelle del primo periodo postbellico) (Sen, 1999).

Questa classificazione ci aiuta a comprendere:

i. come il problema della salute si inquadri nella più ampia cornice della discussione sui diritti umani fondamentali (*Dichiarazione Universale dei diritti dell'uomo*, 1948 art. 25)[4], quei diritti il cui effettivo godimento dovrebbe essere accessibile a tutti, senza discriminazioni, in quanto condizione necessaria per garantire ad ogni persona pari opportunità di coltivare e di sviluppare le proprie capacità e, congiuntamente, di raggiungere il proprio potenziale di salute psico-fisica;

i.i. come molte diseguaglianze in salute, fra popolazioni e fra gruppi sociali, siano ingiuste perché vengono a riflettere una distribuzione iniqua dei determinanti sociali, che, a sua volta, è imputabile ad una molteplicità d'interventi (o non interventi) e di livelli di responsabilità;

In questa ottica la nozione di '*salute possibile'* – che necessariamente sarà diversa da soggetto a soggetto – si rivela un utile strumento per indagare

[4] Articolo 25 :
1) Ogni individuo ha il diritto ad un tenore di vita sufficiente a garantire la salute e il benessere proprio e della sua famiglia, con particolare riguardo all'alimentazione, al vestiario, all'abitazione, e alle cure mediche e ai servizi sociali necessari; ed ha diritto alla sicurezza in caso di disoccupazione, malattia, invalidità, vedovanza, vecchiaia e in ogni altro caso di perdita dei mezzi di sussistenza per circostanze indipendenti dalla sua volontà.
2) La maternità e l'infanzia hanno diritto a speciali cure ed assistenza. Tutti i bambini, nati nel matrimonio o fuori di esso, devono godere della stessa protezione sociale.

le iniquità distributive e per individuare, tenendo conto delle indagini empiriche sulla stratificazione sociale di questo bene così essenziale, la prospettiva normativa da cui muovere per proporre correttivi efficaci.

Com'è stato sottolineato nel precedente documento del CNB sul tema (CNB, 2001)[5], cui è opportuno far riferimento per ricostruire la cornice teorica e concettuale entro la quale collocare il nostro lavoro, il concetto di *salute possibile*, oltre ad essere in sintonia con il punto di vista che valorizza la salute come condizione per esprimere una gamma di capacità (Nussbaum e Sen, 1993), presenta anche altri vantaggi. Esso ha il pregio per un aspetto di connettere l'assistenza medica con una concezione non riduttiva della salute e della prevenzione, per l'altro di introdurre quella che è una delle grandi questioni della giustizia sanitaria: l'impossibilità di decidere le questioni distributive assegnando a tutti la stessa quota di risorse a causa della diversa "distribuzione naturale e sociale" delle malattie e dei deficit psico-fisici.

Ne consegue, allora, che alle questioni relative alla salute non si può rispondere facendo valere un mero criterio di eguaglianza distributiva, ma si deve piuttosto cercare un criterio, moralmente giustificato, di selezione delle priorità affinché siano offerte a tutti/e eguali opportunità di raggiungere il massimo potenziale di salute consentito a ciascuno nella propria fascia d'età. In altri termini, si devono favorire, nella distribuzione di risorse limitate, i gruppi e gli individui più svantaggiati (Rawls, 1971); e questo significa anche un maggior impegno nella ricerca di misure atte a contrastare quella "legge dell'assistenza inversa" – il fenomeno per cui la disponibilità di servizi sanitari di qualità varia inversamente con il bisogno di questi nella popolazione servita (*The inverse care law*) – che ancora sembra caratterizzare, in molte aree, il panorama dell'assistenza sanitaria.

Muovendoci su un diverso piano, sempre relativo alla problematica "eguaglianza/differenza" nell'ambito delle questioni di giustizia distributiva, può esser d'aiuto riprendere alcuni spunti offerti dal saggio, ormai 'classico', del filosofo inglese Bernard Williams sull'idea di eguaglianza (Williams, 1973). Quella che Williams ci propone è una delle possibili strade percorribili per dare alla nozione di "rispetto della dignità umana" una valenza non solo retorica. Questo autore ci invita, infatti, a riflettere su cosa ci possa ancora suggerire l'asserzione, apparentemente tautologica, dell'eguaglianza degli uomini in quanto uomini: asserzione incompleta, ma non banale, in quanto può sempre servire a ricordarci il 'senso' della nostra comune umanità. Il concetto di eguaglianza è un concetto relazionale ("eguaglianza fra chi?") e astratto, nel senso che presuppone un processo mentale di astrazione dalle caratteristiche concrete dei soggetti considerati ("in che cosa, o rispetto a che cosa, gli individui in questione sono eguali e/o devono essere considerati come eguali?"); ne discende che i giudizi di eguaglianza sono sempre giudizi non di identità fra due o più persone, ma di equivalenza, o di somiglianza, sotto un qualche profilo che si giudica rilevante e la cui rilevanza siamo disposti ad argomentare con buone ragioni (Revelli ,1995).

Una risposta pertinente, per affrontare le questioni legate al presente tema, è quella che considera rilevanti, sotto il profilo etico, due dimensioni della nostra "comune umanità**"** da cui derivano pretese morali che possiamo riconoscere come degne di rispetto:

---

[5] CNB, *Orientamenti bioetici per l'equità nella salute*, 25 maggio 2001, http://www.governo.it/bioetica/pareri.

i. la prima è quella che ci accomuna per i nostri aspetti più riconoscibili di fragilità, vulnerabilità, dipendenza reciproca: l'avere dei bisogni primari che vanno soddisfatti, la capacità di provare dolore, di patire in virtù dell'azione sia di cause fisiche immediate, sia di varie situazioni che ci rappresentiamo nella percezione e nel pensiero, come pure la capacità di provare affetto per altri e di subire le conseguenze di tale affetto in termini di frustrazione, o di perdita dell'oggetto. Si tratta della dimensione della nostra uguaglianza morale per le cose di cui abbiamo un bisogno vitale e di cui possiamo soffrire, che ci coinvolge in rapporti di tipo morale come destinatari di un certo tipo di trattamento relativo al nostro benessere e, al contempo, ci identifica come 'pazienti' morali;

i.i. l'altra dimensione, su cui si richiama l'attenzione, è invece quella che riguarda aspetti più positivi, e ritenuti meno facili da definire, relativi alla nostra capacità autoriflessiva, di autocoscienza: la capacità di riconoscerci come esseri che hanno una continuità biografica, esseri che aspirano a essere rispettati nella propria capacità di assumersi responsabilmente impegni e lealtà di varia natura, di proporsi scopi e obiettivi, di fare progetti e di identificarsi con questi progetti per dare un senso e un valore alla propria vita (uguaglianza per le cose che si possono fare e realizzare) (Veca, 2001). Ed è la dimensione in cui ci riconosciamo reciprocamente come 'agenti morali'. Con l'avvertenza che la capacità di autonomia non è qualcosa di dato a priori, né è priva di gradualità; essa è in larga misura dipendente dall'azione della società e dell'ambiente particolare, relazionale e affettivo, in cui gli individui si trovano inseriti.

L'interpretazione dell'eguaglianza morale che ritiene moralmente rilevanti i due profili sopramenzionati può offrire un criterio guida per affrontare alcune delle questioni più significative della bioetica quotidiana, ma solo se la si interpreta in modo dinamico. Si deve infatti guardare alla dimensione dei 'pazienti' e a quella degli 'agenti morali' come a due dimensioni non statiche, ma che, seppure spesso sovrapposte, si possono modificare nel tempo e possono convertirsi l'una nell'altra. Il confine fra le due condizioni è sfumato e dipendente dalle diverse situazioni e fasi della vita. Si deve, cioè, tener sempre presente che ci sono situazioni e circostanze che possono diminuire o bloccare la capacità di autonomia – come capacità di progettualità e di scelta 'consapevole' – e che il contesto relazionale, economico-sociale e politico in cui l'individuo si trova inserito ha spesso un ruolo rilevante sia nell'inibirne che nel favorirne lo sviluppo, o il suo recupero una volta che tale capacità si sia affievolita.

Esiste una soglia di deprivazione, sia sotto il profilo materiale che psicologico, al di sotto della quale risulta quasi impossibile esercitare qualsivoglia capacità di scelta per mancanza di fruizione delle più basilari risorse necessarie alla conduzione di una vita che non sia un mero sopravvivere. Dal punto di vista dell''etica pubblica', un'equa distribuzione dei determinanti della salute dovrebbe allora avere come obiettivo ideale quello di cercare, in primo luogo, di far sì che nessun individuo e nessun gruppo, o popolazione, possa discendere al di sotto di tale soglia, agendo, a tal fine, sui fattori su cui è possibile influire con interventi sociali e politiche redistributive mirate. Questa può essere un primo passo concreto per formulare la risposta 'giusta' alla provocatoria domanda "quanta diseguaglianza possiamo

accettare?"[6], che dà per scontata l'impossibilità di una totale cancellazione delle diseguaglianze inique nei destini umani, ma non la possibilità (necessità morale) di una loro rilevante riduzione.

Per quanto riguarda il nostro Paese, l'obiettivo sopraindicato trova un significativo riscontro nei primi tre articoli della nostra Costituzione, in cui la libertà e l'uguaglianza acquistano un esplicito carattere normativo; divengono, in altri termini, idea regolativa della politica costituzionale, perché il dato di partenza è qui costituito proprio dalla registrazione dell'inesistenza, di fatto, delle condizioni necessarie al pieno sviluppo della personalità di tutti e di ciascuno[7].

1. Una fascia di popolazione particolarmente 'vulnerabile': le donne oltre i sessantacinque anni

Questa premessa ci è sembrata opportuna per inquadrare meglio, e giustificare, la nostra scelta di focalizzare l'attenzione su una fascia di popolazione particolarmente vulnerabile, che rischia di veder sottovalutati i propri bisogni di salute, generici e specifici: quella delle donne c.d. 'anziane'.

Aprendo una parentesi relativa alla nozione di *vulnerabilità* val la pena di ricordare che è stata proprio la "*Dichiarazione di Barcellona*" – sottoscritta nel 1998 da ventidue studiosi europei, provenienti da diverse discipline e orizzonti filosofici, a conclusione di una ricerca di tre anni promossa dalla Commissione Europea – ad aver valorizzato tale nozione affiancandola a quelle di *autonomia*, *integrità*, *dignità*. Si tratta di quattro idee regolatrici, utili non solo per l'analisi delle questioni cruciali della bioetica e del biodiritto ma anche per orientare il dibattito contemporaneo sulla biomedicina e le biotecnologie in un contesto normativo, nel quadro di un'etica della solidarietà, della responsabilità e della giustizia intesa come equità. Il principio di vulnerabilità, che esprime essenzialmente l'idea della finitezza e della fragilità dell'esistenza umana, fonda, per coloro che sono capaci di autonomia, la possibilità e la necessità di ogni discorso morale e di ogni etica che faccia appello alla responsabilità e alla cura[8].

Tornando al nostro tema, senza voler entrare nel merito delle diverse classificazioni dell'invecchiamento, si ricomprende nel concetto di 'anzianità' quel "continuum di problemi", convenzionalmente fissato a partire da 65 anni,

---

[6] Cfr. C. Arnsperger, P. Van Parijs, *Éthique économique et sociale,* 2000, tr. it., *Quanta diseguaglianza possiamo accettare? Etica economica e sociale,* il Mulino, Bologna 2003.

[7] Costituzione Italiana*, Principi fondamentali*: art. 3 "… E' compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana...".

[8] Occorre inoltre notare che si tratta di una nozione che ha una valenza insieme descrittiva e normativa: infatti, descrivere una persona come vulnerabile significa evocare, ad un tempo, una risposta etica di protezione e responsabilità nei suoi confronti. Da qui il profondo legame tra l'idea di vulnerabilità e l'etica della cura ma perché tale idea non sia un principio utopistico, è necessario che la società indichi con la massima chiarezza a quale tipi di vulnerabilità intenda prestare attenzione e con quali risorse: in tal modo, l'etica della cura incontra il campo della giustizia. Come è agevole constatare, il messaggio complessivo che emerge dalla *Dichiarazione* è che la vulnerabilità è, in larghissima misura, situazionale e che quindi l'impegno di tutti deve essere inteso a ridurla nei suoi diversi ambiti. Si cerca, in tal modo, di far sì che la vulnerabilità rappresenti non un elemento di esclusione ma di particolare considerazione e di maggior cura, tenendo conto dell'eguale dignità sul piano normativo di ogni persona e insieme di quelle singolarità che ne fanno un essere unico.

che divengono sempre più rilevanti col trascorrere del tempo e, in genere, nelle nostre società soprattutto dopo i 75 anni[9].

Molti sono gli studi che oggi si confrontano con i problemi sollevati, nelle società del primo mondo, dal crescente invecchiamento della popolazione, ma non sempre vi è un'adeguata ricognizione delle strategie di politica culturale, sociale, economica, biomedica ecc..., necessarie a contrastare il pregiudizio etico dell'‘ageismo’, ossia a far sì che la popolazione anziana venga riconosciuta come una possibile risorsa sociale e non come un peso gravante sull'intera società ed, in particolare, sulle generazioni più giovani. In un mondo in cui i modelli culturali e mediatici prevalenti ci ripropongono quotidianamente l'ingiunzione della “cura di sé” nei termini di una continua lotta per cancellare, almeno esteriormente, i segni del tempo, mentre si fa sempre più precaria la prospettiva di vita, di lavoro, di sicurezza sociale dei giovani, l'invecchiare viene percepito, anche soggettivamente, quasi come una colpa; e viene crescentemente vissuto come un processo di irreversibili perdite – di ruolo, di status, di salute, di relazioni affettive ecc. – che conduce a forme, più o meno accentuate, di emarginazione o di esclusione sociale.

Tutti temi, questi, che sono, comunque, già stati trattati in un precedente documento del CNB riguardante la condizione dell'anziano, nel quale si esorta a “considerare con maggior disponibilità la dignità e i diritti che spettano alle persone in questa particolare fase della vita” e si indicano percorsi diversificati per l'effettiva promozione di un'“anzianità attiva e creativa” (*Active Aging*) (CNB, 2006).

Ad integrazione del menzionato documento abbiamo pertanto circoscritto il nostro interesse ad alcuni profili specifici, di rilievo bioetico, riguardanti la condizione delle donne ultrasessantacinquenni, con particolare attenzione per quelli relativi alle opportunità di fruizione dei beni e servizi socio-sanitari. Abbiamo, cioè, avvertito l'esigenza di far nostra la prospettiva critica che tiene conto delle differenze fra i sessi per dare risalto, ancora una volta, alla necessità di un superamento, nell'ambito biomedico come in altri ambiti, del paradigma del soggetto ‘neutro’ con cui si tende ad assimilare la donna all'uomo e, pertanto, ad ignorarne sia la specificità psico-fisica, sia i diversi bisogni e vulnerabilità, modulati secondo le fasi del ciclo vitale.

La consapevolezza del significato della differenza sessuale è uno dei risultati del crescente influsso anche in bioetica del pensiero delle donne. Tale pensiero, pur nella pluralità delle prospettive, muove dall’intento di porre rimedio ad alcuni limiti avvertiti nella prima fase della bioetica:

- il tendenziale deduttivismo di una bioetica basata sui principi e quindi poco propensa a considerare l’importanza del contesto, della situazione in cui l’azione morale si svolge – cui invece è assai sensibile l’approccio femminile e femminista;
- la predominanza di una prospettiva individualistico-astratta con la sua enfasi sui diritti a scapito della responsabilità e della ‘cura’, nel senso del ‘prendersi cura’;
- la connessione dei dibattiti bioetici con luoghi istituzionali – come i Comitati Nazionali – in cui le donne non sono ancora sufficientemente rappresentate (benché la loro presenza sia oggi più numerosa nei Comitati che non in altre sedi istituzionali).

[9] Cfr. CNB, *Bioetica e diritti degli anziani*, 20 gennaio 2006, http://www.governo.it/bioetica/pareri.

E' stata soprattutto Susan Wolf[10] a sottolineare, in campo filosofico, come il dibattito bioetico in medicina troppo spesso avvenga sulla base di un modello di paziente che non esiste, che non ha sesso, età, razza, status etc.: un 'paziente generico'. Non si è prestata, cioè, sufficiente attenzione a come le differenze tra i pazienti possano introdurre mutamenti significativi nell'approccio alla conoscenza e cura della persona malata. In particolare, tra gli altri fattori, si è ritenuto che 'la differenza sessuale' meritasse un'analisi approfondita perché le donne vivono in una società ancora segnata da atteggiamenti 'sessisti', che tendono a non prendere in sufficiente considerazione la conoscenza di sé e dei propri bisogni delle malate, specie se disabili, anziane e sole.

Fare spazio alla differenza del femminile in bioetica significa non solo una peculiare attenzione alla specificità della donna-paziente come oggetto di cura e di attenzione, ma anche un dare voce alla soggettività differente dal punto di vista etico e bioetico della donna**.** La tesi sostenuta dalla Wolf, come da altre studiose impegnate nell'ambito delle questioni bioetiche che fanno riferimento alle ricerche di Carol Gilligan[11], è che l'impostazione tradizionale basata sul paradigma dei diritti e dell'autodeterminazione sia insufficiente, perché prescinde dalla considerazione del 'contesto' relazionale e ambientale, dalla situazione particolare. La proposta di questa corrente di pensiero va piuttosto nella direzione di un'etica della cura ispirata ai principi (*principled caring*), che accoglie il suggerimento di Carol Gilligan di un'integrazione tra diritti e cura, sulla linea successivamente indicata anche da altre studiose come Martha Nussbaum e Virginia Held[12]. Conquistare una 'prospettiva di genere' in bioetica[13] ha significato pertanto combattere, in primo luogo, contro l'idea di un soggetto astratto, privo di determinazioni (e di reazioni significative), ossia di quei tratti che ne definiscono la condizione e lo status. In questa prospettiva si può allora sostenere che la valorizzazione della differenza sessuale, anche in bioetica, si fondi, a ben riflettere, sul principio normativo dell'eguaglianza, se a questo principio si dà il significato di riconoscimento dell'uguale valore delle differenze quali connotati costitutivi dell'identità della persona[14]. Come già accennato nella premessa, l'idea normativa dell'"eguaglianza delle capacità fondamentali", avanzata da Amartya Sen e da Martha Nussbaum come criterio di giudizio dei diversi assetti sociali, fa propria questa prospettiva dal momento che si pone come obiettivo ideale la promozione dell'autorealizzazione delle specifiche e diverse capacità di tutte le persone, mettendole nelle migliori condizioni per esercitarle e svilupparle.

La scelta di delimitare l'ambito delle nostre considerazioni alla situazione delle donne anziane può, fra l'altro, essere considerata come una prosecuzione tematica del recente documento *La sperimentazione farmacologica sulle*

---

[10] S. Wolf, *Feminism and Bioethics: Beyond Reproduction*, Oxford Univ. Press, New York 1996.

[11] C. Gilligan, *In a Different Voice,* 1982, tr. it., *Con voce di donna. Etica e formazione della personalità*, Feltrinelli, Milano 1987. Questo scritto ha dato l'avvio a una serie di contributi, fra i quali quelli di Virginia Held e di Martha Nussbaum, volti a consolidare una prospettiva etica integrante l'etica dei diritti e delle regole con una visione morale più contestuale e relazionale.

[12] V. Held, *Etica femminista*, Feltrinelli, Milano 1997.

[13] Cfr. L. Palazzani (a cura di), *Bioetica e differenza di genere*, Studium, Roma 2007. Sulle diverse prospettive del pensiero delle donne in bioetica vedi anche C. Botti, *Bioetica ed etica delle donne*, Zadig, Milano 2000; G. Marsico, *Bioetica: voci di donne*, EDB, Bologna 2002.

[14] Cfr. L. Ferrajoli, *La differenza sessuale e le garanzie dell'uguaglianza*, in AA.VV., *Diritto sessuato*?, numero monografico di "Democrazia e diritto"*, 1993,* n. 2, a., pp. 49-73.

donne, redatto nel 2008 sempre dal CNB[15]; in quest'ultimo si evidenziano, infatti, i profondi cambiamenti che ha vissuto, e sta vivendo, la donna, specie nelle società occidentali avanzate, con i conseguenti mutamenti nell'ambito del rapporto salute-malattia, considerati sempre dipendenti "da complesse relazioni fra la dimensione biologica, la componente psichica oltre che simbolica e le influenze storico-sociali-culturali". Rispetto a questo tema è importante rilevare come la ginecologia, negli ultimi anni, stia riorientando la sua funzione nella direzione di una "medicina olistica della donna", che si era andata attenuando con lo sviluppo delle tecnologie. Molte correnti di pensiero all'interno di questa branca della clinica stanno favorendo, a questo fine, l'introduzione delle scienze umane ("*medical humanities*") nella formazione universitaria e nella educazione medica continua (EMC) del/la gienecologo/a.

A testimonianza della necessità di una nuova attenzione per le "differenze di genere" si possono inoltre menzionare anche alcune recenti iniziative del Ministero della Salute quali ad. es.: il tavolo di lavoro del 2005 su *Salute delle donne e farmaci per le donne*, il gruppo di lavoro istituito nel 2007 *Approccio di genere alla salute*, il rapporto del 2008 su *Stato di salute delle donne in Italia*, ecc. Tutti segnali di una crescente sensibilità nei confronti dei problemi di salute propri della popolazione femminile e, segnatamente, dell'intenzione di procedere ad analisi più approfondite in vista della predisposizione di interventi, nei vari ambiti della prevenzione e dell'assistenza sanitaria, che tengano conto delle 'differenze' rilevanti fra le varie componenti della popolazione.

Dar valore ad una prospettiva differente non significa, quindi, solo declinare la cura delle donne, in quanto oggetto di impegno della medicina, ponendo attenzione alle peculiarità del femminile, ma anche fare spazio al soggetto donna come risorsa attiva, alla sua esperienza di empatia, relazione e cura, che consentono uno sguardo diverso sulle tematiche della cura della vita e della salute.

2. Alcune osservazioni generali sulla condizione delle donne anziane

Alla luce di quanto fin qui detto si è ritenuto importante richiamare l'attenzione, anche in vista di futuri interventi a livello di politiche sanitarie e sociali, sulle esigenze proprie della fascia di popolazione delle donne con un'età superiore ai 65 anni.

Proponiamo qui alcuni dati e temi, nella duplice consapevolezza che:

1) essi sollevano anche degli interrogativi di natura bioetica, i quali hanno attinenza con la quotidianità di una condizione di vita sempre più diffusa piuttosto che con l'eccezionalità di casi morali particolarmente problematici;

2) che comunque "la terza età si presenta eterogenea quanto ad autosufficienza, salute fisica e mentale, qualità di vita" e che "l'età in senso anagrafico non può rappresentare il solo criterio per individuare la scelta assistenziale e/o terapeutica e per escludere chicchessia da terapie finalizzate alla guarigione o al prolungamento della vita"(CNB, 2006).

Il 10 dicembre 2009 il Ministro Sacconi e il Viceministro Fazio hanno presentato la Relazione sullo stato sanitario del Paese. In esso viene rilevato che l'indice di vecchiaia (rapporto fra popolazione oltre i 65 anni e quella con meno di 15 anni) è salito al 143, costituendo il 20,1% della popolazione. Le

[15] CNB, *La sperimentazione farmacologica sulle donne*, 28 novembre 2008, http://www.governo.it/bioetica/pareri.

donne vivono più a lungo rispetto agli uomini. Per questo costituiscono la quota più elevata della crescente popolazione anziana in Italia. Considerando la popolazione di quanti hanno 65 anni e oltre, esse rappresentano il 58,1% a fronte di un 41,9% dei maschi[16]. La speranza di vita alla nascita, inoltre, continua ad aumentare per tutti, ma per le donne in modo ancor più accentuato (aspettativa di vita salita dagli 80 anni nei primi anni 90 agli attuali 84,2 contro il 78,4 degli uomini). Il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione italiana è quindi fortemente contrassegnato dalla qualificazione di genere[17]. Si rende pertanto evidente come, nel tempo, crescerà sempre più il numero di donne che, passando dalla condizione anziana alla "vecchiaia", si troveranno ad affrontare una metamorfosi corporea che può creare spaesamento, fino ad innescare in alcuni casi - vi torneremo più avanti - una vera e propria crisi di identità e di disidentificazione col proprio corpo che invecchia, cui può far seguito la caduta in stati di depressione e il conseguente restringimento del proprio mondo affettivo e relazionale (cfr. Allegato I).

Le donne ultrasessantacinquenni vivono inoltre, in molti casi, in una situazione di solitudine familiare. Ciò è attestato dalla crescita considerevole del numero di famiglie che si trovano ad essere formate da un unico componente. Sono molte le cause che determinano tale fenomeno, ma non vi è dubbio che una causa rilevante è costituita dal fatto che l'aumento della vita media della popolazione femminile è, come si è detto, maggiore di quello della popolazione maschile. A ciò si aggiunga il fatto che solitamente la donna è più giovane del proprio coniuge, e quindi la probabilità che ella si trovi a vivere da sola per alcuni anni, in una condizione di vedovanza, è molto alta. Se oltre alle donne vedove si considerano anche le donne nubili, separate e divorziate, si raggiunge la cifra considerevole del 56,6% delle ultrasessantacinquenni italiane che vivono da sole[18]. Naturalmente questa condizione può essere anche scelta deliberatamente: è il caso, di cui si parla frequentemente nel dibattito pubblico, delle *singles*, che interessa a dire il vero soprattutto le fasce della popolazione più giovane, mentre la solitudine familiare della donna anziana è per lo più subìta, ed è, in più casi, fonte di disagio e di sofferenza. La povertà relazionale spesso è segnata, oltre che dalla perdita del coniuge, dalla non frequente presenza dei figli, vuoi perché vivono lontani, vuoi perché sono assorbiti dalla propria attività lavorativa e dagli intensi ritmi di vita della nuova realtà familiare.

Per quanto concerne il reddito si assiste, per così dire, a una doppia discrepanza: tra anziani e resto della popolazione e, all'interno della classe degli anziani, tra donne e uomini. Vi è infatti una differenza considerevole tra il reddito degli anziani e quello della rimanente popolazione: il secondo risulta essere mediamente più elevato del primo; la differenza si acuisce se si

[16] Per questo e per altri dati, e per le interpretazione dei medesimi, rinviamo alla relazione di Carla Collicelli*, Donne e salute in Italia: la sofferenza delle donne anziane*, presentata al gruppo di lavoro del CNB; la relazione è corredata da molte tabelle elaborate dal Censis su dati Istat. Alcune di queste tabelle vengono riportate in appendice al presente documento.

[17] Si può inoltre rilevare, considerando i dati ISTAT relativi alla speranza di vita dei nati nel 2007 per sesso e regione, che complessivamente la speranza di vita è più elevata al centro-nord d'Italia rispetto al Meridione ed alle Isole: ad es. l'età per i maschi si è innalzata fino a 79,6 (Umbria) e per le femmine 85,2 (Marche) mentre la Liguria al 1° gennaio 2006 risultava essere la regione italiana con la maggiore percentuale di donne *over* 65 (30,2) e di uomini sempre *over* 65 (22,7). Si veda la Tabella 6 dei dati ISTAT allegata al contributo di Francesca Loporcaro.

[18] Si veda la tabella 3 del contributo di C. Collicelli, *Donne e salute in Italia: la sofferenza delle donne anziane cit*.

considerano i redditi delle donne con più di 65 anni. Il minor reddito di cui dispongono quest'ultime aggrava una condizione che può essere, già di per sé, fonte di pesanti disagi: alla frequente solitudine familiare si aggiunge la difficoltà di poter provvedere economicamente alle spese quotidiane, o a quelle impreviste, o a quelle mediche, che – come è noto – aumentano considerevolmente per questa fascia d'età.

Più in generale: «L'incidenza della povertà è superiore alla media (13,9%) tra le famiglie con almeno un componente di oltre 65 anni di età e raggiunge il valore massimo quando i componenti anziani sono due o più (16,7%). Il disagio relativo è più evidente nelle regioni del Sud, dove l'incidenza media è pari al 21,3% ma le coppie povere con persona di riferimento di oltre 65 anni sono il 28,2% e gli anziano poveri e soli sono il 25,7%»[19].

I fattori fin qui menzionati si riflettono su ciò che potremmo definire l'autopercezione per un verso della 'felicità' e per un altro verso dello stato di salute. Riguardo al primo aspetto, le "anziane sole"[20] dichiarano in gran parte (73,7%) di trovarsi in una condizione economico-sociale molto sfavorevole, di essere poco o per nulla felici, di avere una vita sociale poco o per nulla gratificante. La partecipazione ad attività ricreative e culturali durante il tempo libero è molto bassa; su ciò influisce la povertà del reddito, ma anche, spesso, la povertà relazionale ed una carenza di iniziative e di occasioni offerte nel territorio in cui vivono.

Tuttavia, se esaminiamo la questione in una prospettiva storica, può emergere anche un diverso modo di guardare alla donna anziana e alla sua salute/benessere, grazie al processo di autoconsapevolezza che negli ultimi decenni ha largamente coinvolto il mondo femminile. Le donne si apprestano a vivere la terza e la quarta età in condizioni del tutto sconosciute in altre epoche storiche. Così scrive la sociologa Marina Piazza, restituendo l'autopercezione di alcuni settori della popolazione femminile che oggi affrontano queste fasi della vita: "Più istruite, più indipendenti, più sane, più ricche, consapevolmente più longeve delle generazioni che ci hanno preceduto; con un'esperienza della vita pubblica incomparabilmente più intensa"[21].

Ciò nondimeno le donne soffrono ancora, nei confronti degli uomini, di uno svantaggio economico e sociale, particolarmente grave per chi ha oggi più di 70/75 anni. Né si può dimenticare come la "debolezza" femminile sia pur sempre in buona parte simbolica, essendo l'immagine del femminile tradizionalmente legata alla corporeità e alla generatività: quando il corpo decade e la funzione procreativa cessa, può entrare in crisi la stessa identità femminile. E' vero che oggi avanza una nuova immagine sociale del femminile: la donna sempre bella e in forma, che ferma il tempo con la chirurgia estetica e mantiene i ritmi di vita di un tempo. In realtà, l'imperativo a "rimanere giovani" rischia di essere l'altra faccia della stessa medaglia: quella della "invisibilità" sociale della donna anziana che invecchia, da cui si cerca di fuggire.

C'è tuttavia un modo diverso, anzi modi diversi di pensare all'invecchiamento con "occhi di donna". Uno di questi è vedere la vecchiaia come una stagione in cui le donne possono raggiungere una nuova libertà

[19] Piano Sanitario Nazionale (2006-2008), p. 70.
[20] E' l'efficace espressione proposta dall'Indagine della Fondazione Censis e dalla Fondazione Schering, 2006. Si veda poi la fig. 1 riguardo alla cosiddetta "sensazione di felicità".
[21] M. Piazza, *Le ragazze di cinquant'anni*, Mondadori, Milano 2000, p. 37.

senza essere più "maschere femminili"[22]. E ce n'è un altro, forse più maturo, perché non nega il dolore per la perdita di un corpo desiderabile e capace di generare, ma cerca di elaborarlo, trasformando la generatività individuale in generatività relazionale e sociale. L'esperienza femminile del "prendersi cura" della famiglia (che non c'è più) si trasforma in maggiore attenzione a sé e alla propria salute e in un rinnovato piacere a intessere relazioni con altri. Soprattutto con altre. Se è vero che le donne anziane sono in alta percentuale sole, spesso possono essere meno 'isolate' dei loro coetanei uomini. Le donne che oggi si affacciano alla terza età appartengono alla generazione che ha investito sulle relazioni femminili. Ciò è vero non solo per le *singles*, o per le separate e divorziate in quanto anche molte donne che hanno vissuto in coppia non hanno, per lo più, ripercorso il modello della "famiglia autosufficiente", chiusa in se stessa (che ha cominciato a entrare in crisi già a partire dagli anni settanta).

Illuminare questi aspetti della soggettività femminile non significa sottovalutare il peso delle 'criticità' per approdare alla retorica dei "fasti della seconda parte della vita", che può tradire una fantasia di onnipotenza. E' invece un modo per assumere la complessità e la contraddittorietà delle rappresentazioni circa le donne anziane. Soprattutto è un modo per illuminare la soggettività femminile, particolarmente utile per orientare l'intervento sociale. Il lavoro di promozione verso la 'salute possibile' deve potenziare le risorse dei soggetti in campo più che sottolineare (seppure in chiave di protezione) i loro deficit. E' l'ottica di *empowerment*, l'approccio che negli ultimi decenni ha contribuito a riorientare l'azione verso i soggetti cosiddetti "deboli" (donne, giovani, anziani/e), a partire dalla valutazione critica delle tradizioni politiche di mera "tutela".

3. Osservazioni sullo stato di salute

La vasta letteratura medico-psicologica sull'invecchiamento, normale e patologico, è oggi cresciuta ad un livello tale da rendere difficile concentrare in brevi note quanto si conosce su questo tema. L'invecchiamento è infatti un processo complesso, che abbraccia non solo strutture neuroendocrine, ma ogni organo ed apparato. E' un processo progressivo che evolve nel tempo in modo diverso da individuo ad individuo, che comporta negli anni perdita di alcune funzioni a livello dei singoli organi, primo fra tutti il cervello, che è ampiamente influenzato dalla storia personale e dalla cultura in cui ciascuno opera. Non sempre è facile rilevare quanto peso abbia l'ambiente in cui cresciamo, ma nessuno oggi nega la "plasticità" del nostro SNC, attraverso la quale il cervello coglie le immagini dall'esterno, le elabora "riscaldandole" attraverso i nostri investimenti affettivi e le emozioni, e li fissa nei circuiti neuronali. Tutto ciò determina un progressivo cambiamento della personalità individuale, anche se ciascuna persona conserva per sempre la propria identità, unica ed irripetibile. Senza dubbio fra i fattori che permangono vi sono l'appartenenza ad un genere e, segnatamente, la differenza di genere nella sfera cognitiva ed emozionale, differenze fisiologiche che non solo comportano

[22] E' quanto sostiene Caroline Heilbrun, che scrive: "Per la maggior parte delle donne, l'arrivo della vecchiaia preannuncia tutte quelle libertà che gli uomini hanno sempre conosciuto e che le donne non hanno avuto mai…e innanzitutto la libertà di non dovere più impersonare le donne". Caroline G. Heilbrun, *Scrivere la vita di una donna*, La tartaruga, Milano 1990.

diversa incidenza di fenomeni patologici e differente reazione ad essi, ma anche diverse modalità di gestire la propria vita. Inoltre, come risulta da recenti studi clinici analizzanti il dolore nelle sue diverse componenti - la recezione, la trasmissione, la modulazione della trasmissione, la percezione - la differenza sessuale incide sulla stessa esperienza che se ne fa. E' stato infatti messo in evidenza che le donne – oltre a rispondere in modo differente agli analgesici – vivono il dolore molto più degli uomini, fatto che è da considerare non una debolezza, quanto una forza adattativa a fronte di una maggiore esposizione, un meccanismo protettivo che contribuisce al mantenimento della vita.

Vogliamo però ricordare che la persona umana non ha solo una biologia, ma ha anche una storia. Il nostro vissuto, ancorato nel profondo e custodito nella memoria, ricca di conflittualità fra desideri e paure, modifica la nostra possibilità di giudizio, facilita o rallenta il generarsi del c.d. "pensiero positivo" e suscita il "pensiero divergente" alla base della nostra attività creativa. Con l'età avanzata la nostra mente, dura più fatica a percepire i cambiamenti in un mondo in rapida accelerazione, anche se, nello stesso tempo in cui perde cellule nervose, il nostro cervello usufruisce di nuove strutture di collegamento fra centri nervosi, che l'esperienza fa fiorire.

È oggi possibile comprendere i processi di invecchiamento sia degli uomini che delle donne e, al contempo, considerare la quarta età non solo come un "periodo in cui si ha ciò che si ha dato", ma anche – ripetiamo – come una fase della vita che può ancora comportare cambiamenti positivi. Questo periodo ha le sue peculiarità e i suoi specifici stati fisiopatologici che si riflettono sul mondo intrapsichico e relazionale, differenziandosi nei due generi, maschile e femminile, ma anche rispetto alle altre stagioni di vita.

L'allungamento della vita umana ha dato sempre più spazio alla geriatria, scienza giovane come specialità, anche se molto più antica della stessa pediatria, come impegno medico. L'arte medica infatti solo da poche decine di anni è uscita dal giudizio negativo su questa fase dell'esistenza (*senectus ipsa morbus est*) ed oggi, dopo aver contribuito ad allungarne nel tempo la durata, il suo impegno è quello di "dare vita agli anni". In altri termini, si sta verificando il passaggio da una medicina "di organi ed apparati" ad una medicina della persona, che oltre a curare si "prende cura" (*care*) degli anziani cercando di aiutarli "a vivere meglio", ponendosi, cioè, come fine non solo il mantenimento dell'efficienza fisica e mentale, ma anche "il sentirsi bene" ed il valutare positivamente la propria esistenza anche in età molto avanzata

La valutazione del proprio stato di benessere è oggi ritenuta, anche in economia, un fattore fondamentale per giudicare la correttezza di interventi socio-sanitari. Vi è, infatti, una differenza fra i due generi rispetto allo stato di salute e anche rispetto alla valutazione di esso. Il proprio stato di salute viene percepito dalle donne in età avanzata come mediatamente peggiore di quello degli uomini, specie per ciò che concerne le patologie della terza età, e non soltanto per quelle tipicamente femminili quali l'osteoporosi, i disturbi tiroidei, mammari e vulvari. Come osserva Carla Collicelli, "il dato della autodichiarazione del 'non buono stato di salute' sottolinea la delicatezza del rapporto tra donne e salute, ed in particolare tra donne anziane e salute, per cui nel corso della vita, e specie nelle ultime fasi della vita, sono tendenzialmente più numerosi gli eventi patologici rispetto a quanto accade agli uomini"[23]. Ciò è testimoniato anche da un maggior ricorso da parte delle donne

[23] C. Collicelli, *Donne e salute* cit., p. 2.

ai servizi sanitari, da quelli di ricovero, di pronto soccorso e di guardia medica, alle visite specialistiche e preventive[24].

Da quanto fin qui riportato si può desumere come la fascia delle donne ultrasessantacinquenni sia particolarmente esposta ai contraccolpi negativi prodotti dalle disuguaglianze in sanità, oltre che da più generali condizioni di disuguaglianza sociale. Senza voler qui entrare nel merito di un'analisi sociologica particolareggiata, si può sostenere che le disuguaglianze in sanità sono aggravate, indubbiamente, dalle minori possibilità economiche delle donne anziane e/o da un'allocazione delle risorse fortemente squilibrata nel territorio regionale e nazionale. Non vanno comunque sottovalutate neppure le difficoltà (o persino l'impossibilità) di accedere ai servizi sanitari dovute all'insufficienza o alla mancanza di informazioni adeguate e, più ampiamente, a un'organizzazione del sistema sanitario non sempre in grado di rispondere in modo efficiente e appropriato alle crescenti necessità dell'anziana/o (malgrado la spesa sanitaria si concentri, già oggi, negli ultimi dieci anni di vita).

Un'organizzazione inadeguata dell'offerta sanitaria e una carenza di informazioni, di consigli, di orientamenti, possono produrre effetti particolarmente distorsivi in una fascia di popolazione che, per età e sesso, vive molto spesso – come si è detto – in condizioni di solitudine familiare. Chi è solo e magari è debilitato fisicamente e/o psichicamente, o non ha gli strumenti culturali per orientarsi autonomamente, si trova a non poter usufruire di possibilità e offerte che pure il sistema dei servizi, almeno in alcune regioni, metterebbe a disposizione. Il fenomeno del cosiddetto "razionamento occulto", troppo spesso ancora presente nell'offerta sanitaria (come già rilevato dal CNB nel documento del 2006), crea poi situazioni di deterrenza non trasparenti, atte a scoraggiare soprattutto i pazienti anziani, – a maggior ragione la popolazione femminile – inducendoli a rinunciare alle richieste di assistenza e di cura. Tra i meccanismi di deterrenza si possono citare: le difficili modalità di prenotazione di visite specialistiche e analisi diagnostiche, o comunque qualsiasi barriera che di fatto renda particolarmente difficoltosa la fruizione dei servizi socio-sanitari; la carenza di informazione chiara e comprensibile sull'organizzazione dei servizi e sui diversi tipi di prestazioni disponibili; il peso del meccanismo di dilazione, il cui esempio più tipico è costituito da liste d'attesa esageratamente lunghe; il meccanismo detto di 'diluizione', cioè le disincentivazioni della domanda che si basano sulla riduzione della qualità percepita della prestazione; l'induzione dell'emigrazione sanitaria per alcune prestazioni diagnostiche e terapeutiche; e, non ultima, la presenza di due sfere di attività: quella per tutti e quella a pagamento (CNB, 2006).

Il venir meno dei legami familiari, il ritardo della maternità, la tendenza al figlio unico, la vedovanza (6 vedove rispetto ad 1 vedovo nella quarta età) rendono sempre più sola la donna anziana anche dinanzi alle problematiche mediche, che incidono sulla durata della sua esistenza e, soprattutto, sulla sua qualità. Questo è particolarmente evidente nel nostro Paese che è ai vertici per la tarda età del primo figlio. Ciò comporta inoltre una diminuzione del ruolo e

[24] A livello regionale, i dati del 2005 ci dicono che le maggiori percentuali di persone *over* 65 che hanno dichiarato di stare "male o molto male", si sono avute, rispetto alla popolazione femminile, in Sicilia (33,4) e, rispetto invece alla popolazione maschile, in Basilicata (22,8). Più in generale, sempre per questa fascia d'età, la differenza di genere nella dichiarazione di disagio nel campo della salute è più accentuata nell'Italia insulare, con un 33,2 per le donne e un 27,8 per gli uomini. In Italia settentrionale, sia nella parte orientale che occidentale, il disagio sembra invece diminuire mentre, al contempo, si allunga l'aspettativa di vita. *Ibidem*, tavola 44 (integrata).

della funzione di “nonna”, che giova alla generazione che cresce quanto alle donne nella seconda parte della loro vita (le bambine che nascono oggi hanno un’aspettativa di vita di 90 anni). Il riconosciuto ruolo sociale dei nonni, che può essere così ricco di quel sentimento umanizzante che è la tenerezza, è d'aiuto non solo al superamento del senso di solitudine, ma può anche avere effetti positivi rispetto alle turbe dell’umore, agli stessi deficit cognitivi e all’alterazione dei processi mnemonici. Oggi, purtroppo, questo apporto affettivo-relazionale così importante viene sempre più a mancare, data la crescente distanza di età fra nonni e nipoti.

Le cause delle disuguaglianze in sanità – va risottolineato – non sono quindi solamente di natura economica, anche se queste ovviamente hanno un loro peso. Come rileva Collicelli “il ‘*divide* sanitario’, in ogni caso, sia secondo l’interpretazione più antica che lo vedeva legato soprattutto alle condizioni materiali di vita, sia secondo quella più recente che lo vede legato alle condizioni organizzative dell'offerta sanitaria e soprattutto alla informazione ed orientamento, è ancora macroscopico in Italia e pone problemi molto seri sul piano delle decisioni collettive da prendere e da far rispettare” (Collicelli, 2007)[25].

Fermo restando che l'invecchiamento è legato allo stile di vita e all'esperienza che ogni persona ha fatto nel corso della vita, oltre che alla componente endogena costituita dal suo patrimonio genetico, ci è sembrato opportuno soffermarci, nell'Allegato I, su alcune patologie a cui, per frequenza e qualità, sono più soggette le donne ultrasessantacinquenni e in particolare le donne entrate nella quarta età.

Vasta è oggi la ricerca sulle patologie che gravano non solo sulla durata di vita di ciascuno/a, ma anche sulla sua qualità, misurata in termini di efficienza, di capacità di muoversi come di operare nel proprio ambiente e, soprattutto, di ideazione e di affettività, di ricchezza del mondo intrapsichico e relazionale.

Seppure la ginecologia, intesa come medicina di genere, abbia radici che si perdono nella storia, solo a metà del secolo scorso ha concentrato la sua attenzione clinica sul “climaterio”, scalino (*climacter*) importante, settimo settenario delle stagioni di vita femminile. Questo periodo è stato scelto, da una ginecologia “spinta alla prevenzione”, come periodo strategico per iniziare terapie e fornire consigli igienici atti a vivere meglio i sempre più lunghi anni successivi. Solo in seguito è venuta anche l’andrologia, più attenta ai problemi legati alla relazione sessuale e non tanto, e solo, al ruolo riproduttivo. Al recente Congresso Mondiale di Vienna (8-10 sett. 2009) questa scienza si è chiesta *“Why men die earlier?”,* facendo rilevare come il “sesso debole”, una volta ridotta la morbilità femminile per gravidanza e parto, sia, da questo punto di vista, più ‘forte’ di quello maschile. Subito sottolineando, però, come questa discrepanza venga spesso a pesare sulla relazione di coppia ed in particolare sulla donna, che si trova più frequentemente a doversi prender cura del coniuge.

Tuttavia, a dispetto della maggiore longevità, si riscontra (cfr. Allegato I) fra le donne anziane un'incidenza significativamente superiore di malattie debilitanti – fratture da osteoporosi, artrite reumatoide e osteoartrosi, ictus, incontinenza urinaria, cancro – rispetto agli uomini di pari età. Lo stesso dicasi per il progressivo presentarsi di disabilità dovute a un rallentamento psicomotorio, di episodi di confusione mentale e di demenze di tipo Alzheimer,

[25] C. Collicelli, *Donne e salute* cit., p. 32.

la cui incidenza aumenta in maniera esponenziale con gli anni, fermo restando che le malattie cardiovascolari e quelle osteoarticolari sono, comunque, le cause più frequenti di morbilità delle donne over 65.

Si comprende bene come il sistema dell'assistenza socio-sanitaria che interviene sulle problematiche della salute nelle varie stagioni della vita umana, debba prevedere, in presenza di un limite delle risorse, misure atte a migliorare questo quadro clinico, che interesserà una sempre più larga fascia di popolazione. L'intervento socio-politico e sanitario avrà però bisogno di medici competenti che siano sensibili all'indissolubile legame fra fenomeni biologici e fenomeni psicologici, ossia che siano capaci di guardare alla persona come a una complessa unità psico-fisica e non più come a un sistema di organi, quasi autonomi l'uno dall'altro, sul quale agiscono separatamente singole "specialità". Occorre quindi un profondo cambiamento di mentalità.

Sotto il profilo bioetico è auspicabile quindi, giova ripetere, una maggior attenzione da parte delle politiche sociali e sanitarie per la qualità della vita della popolazione femminile anziana, che è in progressiva crescita, apprestando misure che consentano:

1) una corretta e tempestiva informazione sui fattori di rischio di morbilità e sulle modalità più idonee a tenerli sotto controllo e a prevenire polipatologie invalidanti;

2) un'offerta sanitaria, più consapevole delle fragilità proprie di questa delicata fase dell'esistenza, che sia differenziata e modulata sui bisogni specifici delle donne in tutto il territorio.

L'auspicio è quello di poter arrivare nel prossimo futuro, ad un incremento significativo del numero di persone anziane autosufficienti e con una migliore qualità di vita grazie al miglioramento delle condizioni di esistenza, dei progressi della medicina, delle attività di prevenzione, ma anche alla diffusione di una nuova cultura di sostegno dell'*'active aging'.*

4. Offerte differenziate per anziani da parte degli Enti Pubblici

A fine 2009 è stato siglato fra Governo e Regioni il nuovo Patto per la Salute 2010-2012. Si tratta di un accordo finanziario e programmatico a valenza triennale, in merito alla spesa e alla programmazione del SSN, finalizzato a migliorare la qualità dei servizi, a promuovere l'appropriatezza delle prestazioni, a garantire l'unitarietà del sistema. Governo e Regioni hanno individuato i settori strategici in cui operare al fine di qualificare i servizi sanitari regionali e garantire un maggiore soddisfacimento dei bisogni dei cittadini ed al tempo stesso un maggiore controllo della spesa. Per quanto riguarda gli anziani si è posto l'accento specialmente sulla disabilità gradualmente acquisita con gli anni. La principale causa di emarginazione e poi di isolamento delle persone anziane non è però rappresentata solo dalla loro possibile disabilità, ma va individuata, come si è visto, nella perdita del ruolo sociale e produttivo, che porta con sé una riduzione delle potenzialità economiche, una sensazione di solitudine ed infine, non di rado, un forte senso di inutilità accompagnato da perdita di autostima. Anche il Patto mette pertanto in primo piano un'esigenza conoscitiva di questi fattori, cui la normativa si è adeguata, riconoscendo che i bisogni delle persone anziane rispondono in larga parte anche ad esigenze ed interessi non meramente 'materiali'. Così la *Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali* (legge 8 novembre 2000, n. 328) ha palesato la precisa volontà di intervenire

sui diversi settori della vita sociale, integrando – attraverso l'implementazione di un sistema di reti locali – i servizi alla persona ed al nucleo familiare con una previsione di incentivi economici tesi ad ottimizzare le risorse e ad impedire le sovrapposizioni di competenze e la settorializzazione delle risposte. Tale visione complessiva è stata recepita dai Piani triennali del Sevizio Sanitario Nazionale fin qui succedutisi, che non hanno mai mancato di sottolineare come le necessità delle persone anziane debbano essere al centro di un'offerta variata di modalità e situazioni assistenziali (purtroppo non sempre attuate o rese attuabili): è questa la c.d."terza economia", tesa a far sì che "la parte di anziani non dipendenti possa, con la propria attività di tipo economico, esprimere le sue libertà e allo stesso tempo contribuire al benessere individuale e collettivo"[26]. Come già sottolineato dal Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB, 2006), quando si parla di anziani non si può ridurre il ragionamento a dati meramente demografici ed economici senza considerare la condizione di pari dignità dei cittadini, indipendentemente dall'età, dalle condizioni di salute e dall'apporto che essi sono in grado di dare, poiché già la loro presenza contribuisce al benessere della società. Ed ancora, sulla scorta del Report "*World Population Ageing 2007*" dell'ONU – che afferma che "numerose sono le forme attraverso cui gli anziani possono esprimersi e realizzarsi: continuando a partecipare alla vita di famiglia, praticando volontariato sociale, acquistando nuove conoscenze, seguendo corsi di insegnamento, esprimendosi in attività artistiche ed artigianali, partecipando ad organizzazioni comunitarie e associazioni di persone anziane o ad attività religiose, ricreative, turistiche, lavorando a tempo parziale o partecipando alla vita politica in quanto cittadini informati…"[27] – sono state previste, e in alcuni casi localmente realizzate, varie forme partecipative ad attività, corsi ed altro, proposte dalle varie Amministrazioni locali (Allegato II).

Secondo il *Libro Bianco sul futuro del modello sociale* del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, pubblicato nel maggio 2009, che registra il dato dell'aumento "del grado di separazione generazionale degli anziani che, sempre più spesso, vivono solo con altri anziani, in particolare nelle zone rurali soggette a spopolamento", sarebbero proprio questi nuovi equilibri a "imporre politiche specificamente indirizzate alla cosiddetta terza e quarta età e alla promozione dell'invecchiamento in buona salute mediante la prevenzione attiva dei principali fattori di rischio correlati anche agli stili di vita. Si tratta di garantire una condizione di benessere fisico e mentale, assicurandosi che l'impatto sui sistemi di protezione sociale possa essere governato in maniera equa ed efficiente" (vedi II allegato).

5. Conclusioni

Dall'analisi svolta in precedenza emerge quanto sia semplicistico individuare in un unico fattore l'elemento di criticità che contraddistingue la condizione di vita delle donne over 65 anni. Certamente l'elemento economico e materiale ha un suo peso rilevante: la diminuzione di reddito si riflette immediatamente in un peggioramento della propria qualità della vita, specie

[26] M. Trabucchi, *Perché Terza Economia*, in *La Scienza dell'assistenza. Terza Economia sempre più valore dalla terza età* - Fondazione Socialità e Ricerche ONLUS, Quaderno n° 2, The European House Ambrosetti, 22 gennaio 2008, p. 4.
[27] www.unpopulation.org.

quando si debbano sostenere maggiori spese per l'instaurarsi di patologie croniche plurime. La labilità della salute psico-fisica è quindi un ulteriore elemento che si aggiunge alla precarietà economica; lo dimostrano il ricorso a cure e farmaci spesso costosi, il doversi sottoporre a esami specialistici e a periodi di ricovero in ospedale, la necessità di richiedere l'assistenza, parziale o continuativa, di persone esterne alla cerchia familiare e parentale ('badanti'). In questo modo emerge un altro fattore problematico rappresentato dalla solitudine familiare e dalla non infrequente povertà di relazioni.

La carenza di relazioni continuative, l'incertezza economica, l'aggravamento dello stato di salute fisica e psichica sono fattori che non vanno letti come tra loro escludentisi; essi, semmai, s'intrecciano sino a compromettere pesantemente il benessere complessivo delle persone. Secondo una linea di ricerca che negli ultimi anni è stata coltivata all'interno della riflessione economica e delle scienze sociali[28], appare riduttivo far dipendere la felicità personale e collettiva esclusivamente dalla crescita di una ricchezza economica e materiale, come tale quantificabile e misurabile sulla base di alcuni parametri oggettivi, quali quelli che misurano il reddito e il PIL. Il ben-essere (*Well-Being)* della persona ha piuttosto a che vedere con una pluralità di dimensioni. Al riguardo Amartya Sen ha potuto sostenere che il tenore di vita è un problema di funzionamenti (*funtionings*) e di capacità (*capabilities*), e non immediatamente un problema di opulenza, di utilità e di possesso di merci[29].

Gli esseri umani hanno motivo di apprezzare una molteplicità di funzioni: da quelle più elementari quali l'essere nutriti in modo soddisfacente, l'essere in salute, il poter vivere senza particolari privazioni, a quelle più complesse dell'avere rispetto di sé, del prendere parte alla vita della comunità, del desiderare di conoscere; ma ciò che più conta è che si abbiano poi effettivamente le *capacità* di realizzare concretamente tali funzioni. Di nuovo, non è sufficiente che si dia una disponibilità di beni materiali perché si possa parlare di benessere sociale, né è sufficiente introdurre un principio redistributivo perché l'assetto sociale possa essere qualificato come giusto; ancor più determinanti sono le capacità effettive che i soggetti hanno di poter usufruire di tali beni e di poter perseguire i propri scopi. Senza la considerazione di tali capacità, l'eguaglianza si presenta come vuota e astratta. La libertà diviene reale quando gli individui possiedono effettivamente delle capacità che hanno la possibilità di esercitare concretamente per poter attuare le proprie scelte.

Trasferendo queste considerazioni al nostro tema, possiamo agevolmente constatare come il benessere delle donne over 65 sia minacciato dall'affievolirsi, o dalla perdita, di alcune capacità rilevanti. Anche la difficoltà di poter godere di alcuni beni fondamentali compromette la fioritura della vita umana (*life flourishing*); tra questi vanno senz'altro annoverati i cosiddetti beni relazionali, che risultano dal valore e dall'intensità delle relazioni che si riesce a instaurare con gli altri. Se il benessere e la soddisfazione di vita anche delle

[28] Un contributo notevole a questa linea di ricerca è stato dato dai premi Nobel per l'economia Sen e Kahnemann. I dati sono stati presentati da L. Becchetti in una audizione del Gruppo di Lavoro del CNB e sono dall'autore pubblicati in *Oltre l'homo oeconomicus. Felicità, responsabilità, economia delle relazioni,* Città Nuova Ed., 2008.

[29] Cfr. A. Sen, *Capacità e benessere*, in "*Il tenore di* vita", pp. 91-132 (è la traduzione del fondamentale saggio *Capability and Well-Being*, riportato anche in M. Nussbaum e A. Sen, *The Quality of Life*, cit., pp. 30-53).

donne anziane dipendono in maniera così forte dalla possibilità di godere di relazioni significative, ne consegue che "povertà materiale e malattie non si curano soltanto attraverso sussidi economici e farmaci, ma si prevengono efficacemente attraverso la creazione di condizioni che favoriscono l'investimento relazionale"[30].

5.1. Proposte – auspici

Le nuove dimensioni della condizione anziana richiedono l'elaborazione di una nuova politica sociale e assistenziale. Come si è detto, la struttura familiare è profondamente mutata; stanno cambiando i rapporti tra le generazioni e tra i componenti della stessa generazione ed anche il mondo del lavoro è in profonda trasformazione, con l'instaurarsi di nuovi ritmi lavorativi ed una sempre più accentuata mobilità, che riducono considerevolmente il tempo destinato alle attività familiari. All'anziana/o si prospetta pertanto un orizzonte di grande instabilità, che procura incertezza e disagio. E' per questo che ci sembra di una certa utilità prospettare nuovi tipi di servizi per questa fascia d'età in modo da determinare una maggiore equità nell'accesso e nella fruizione degli stessi.

I - Case manager

È a partire dalla presa d'atto della situazione descritta in questo documento che avanziamo la proposta di valorizzare, nelle politiche sociali e sanitarie rivolte alla popolazione anziana, specie femminile, la figura del *Case manager* (letteralmente: il coordinatore del caso).

Il *Case Management* è stato utilizzato, sin dalle sue prime applicazioni nell'ambito del servizio sociale, con due funzioni principali:

- favorire i processi di de-istituzionalizzazione e di radicamento nel territorio di alcuni servizi socio-sanitari;
- garantire il collegamento e il coordinamento sia tra i diversi soggetti impegnati nei servizi e nell'assistenza medica, sia tra questi e le persone prese in carico.

Questa seconda funzione si è resa necessaria constatando come soggetti (per esempio malati psichici) che uscivano da un ricovero in un'istituzione trovavano sul territorio servizi alternativi poco adeguati e tra loro non coordinati. Il rifiuto della logica dell'istituzionalizzazione, con i suoi rischi di chiusura e di repressione, non si traduceva automaticamente in un intervento maggiormente umanizzante, specie per le persone più gravemente menomate e sofferenti.

A seguito delle esperienze sul campo, sviluppate negli Stati Uniti già a partire dagli anni sessanta dello scorso secolo, e della relativa riflessione teorica[31], alla figura del Case Manager sono stati attribuiti i seguenti compiti e obiettivi:

---

[30] L. Becchetti et all., *Income, relational goods and happiness,* in "Applied Economics", 2008, n. 2.

[31] Cfr. B. Bortoli, *Il lessico della community care*, in R. Di Marzo e L. Gui (a cura di), *Proposte per l'integrazione nei servizi sociali e sanitari*, Franco Angeli, Milano 2005, pp. 70-90; B. Bortoli, voce "Case Management", in "*Dizionario di servizio sociale"*, diretto da Maria Dal Pra Ponticelli, Carocci-Faber, Milano 2005, pp. 95-101; M. Payne, *Case management e servizio sociale. La costruzione di piani assistenziali individualizzati nelle cure di comunità,* 1995, tr. it., Erickson, Trento 1998; P. Donati e F. Folgherairter (a cura di), *Gli operatori sociali nel welfare mix*, Erickson, Trento 1999.

1. “assicurare continuità assistenziale attraverso i servizi, in qualsiasi momento o periodicamente (ad esempio quando l'individuo passa ciclicamente dall'istituzione alla comunità, tra ricoveri e dimissioni);

2. assicurare che i servizi siano rispondenti all'intera gamma dei bisogni della persona e alla loro variazione nel tempo, anche per tutta la vita di una persona, se necessario”[32];

3. aiutare le persone ad “accedere ai servizi necessari, superando gli ostacoli legati ai requisiti per l'accesso, ai regolamenti, alle decisioni amministrative, alle procedure;

4. assicurare che i servizi erogati (…) siano provvisti in maniera adeguata e tempestiva e non si sovrappongano inutilmente”[33].

La figura del Case Manager è prevista (anche se non sempre attivata) dal Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 come punto di riferimento per gli anziani soli e con il compito di valutare e soddisfare i loro bisogni, ricorrendo alle reti di servizi sanitari e sociali istituzionali, o alle reti amicali e solidaristiche. In una società complessa come la nostra non mancano di certo, come si è detto, le offerte di servizi socio-sanitari e gruppi di appoggio anche a carattere di volontariato che possano prestare aiuto alle persone anziane in difficoltà; quello che però manca, o per lo meno viene sentito come esigenza primaria in questa classe di età, è una figura di riferimento, di cui fidarsi. Troppo spesso si accavallano o si moltiplicano le figure che ruotano intorno alle persone avanti con gli anni, le quali traggono però, da tutto ciò, un senso di insicurezza e mancata affettività. La figura del Case Manager intende venire incontro all'esigenza di poter far convergere su di una persona il desiderio di ‘relazione stabile’ su cui possa basarsi una reciprocità di contatto umano. Rilevante è il suo ruolo anche per quanto riguarda l’accompagnamento della persona presa in carico sia nella comprensione e nella decodificazione del linguaggio medico, sia nell’organizzazione del percorso sanitario, dalla prenotazione allo svolgimento della visita ecc., sia, infine, nella capacità di coinvolgere le persone della cerchia parentale. Assicurando anche questi compiti di coinvolgimento dei familiari, e più ampiamente delle reti amicali e solidaristiche, si dovrebbe evitare il possibile rischio, rilevato all’interno della letteratura critica, della deresponsabilizzazione; il Case Manager interviene non per sostituirsi alle reti familiari e amicali (quando vi siano), ma per valorizzarne e sostenerne l’apporto, grazie a un’opera di stimolo e di coordinamento. Tale figura poi non vuole aggiungere un ulteriore anello alla catena, già di per sé complicata e farraginosa, della struttura burocratica; semmai intende diminuire il tasso di burocratizzazione e di spersonalizzazione, accompagnando la persona presa in carico e aiutandola a districarsi nella giungla degli erogatori di prestazioni. Se questa figura può essere di effettivo supporto per gli utenti del Sistema Sanitario Nazionale in generale e per gli anziani in particolare, a maggior ragione, alla luce di quanto sopra detto sulla condizione delle donne nella quarta età, potrà esser d'aiuto per questa fascia di popolazione, facendosi interprete e garante dei suoi peculiari bisogni in ambito sociosanitario.

Infine, non sfugge lo spessore bioetico del Case Manager: egli si rivolge a soggetti con elevato rischio sanitario, in molti casi posti di fronte, in una condizione di solitudine, a interrogativi fondamentali che riguardano problematiche di fine vita; la persona che ricoprirà questo ruolo dovrà essere preparata – attraverso una formazione specifica adeguata allo svolgimento dei

[32] B. Bortoli, *Il lessico della community care*, cit., p. 84.
[33] *Ibidem*.

suoi differenti compiti – anche ad affrontare bioeticamente tali eventuali situazioni: spesso infatti ad una multipatologicità si accompagna anche una depressione latente (o anche manifesta) che riduce al minimo la reattività ad ogni tipo di intervento medicale.

II - Medicina e assistenza a 'misura di donna'.

Si auspica che a livello regionale si dia particolare rilievo al genere negli interventi socio sanitari, con particolari osservatori sulle problematiche femminili anche in vista della segnalazione pubblica – sulla base di parametri convenuti e dei giudizi di merito delle 'assistite' – del territorio, degli ospedali e delle strutture assistenziali che prestino particolare attenzione, oltre che alla qualità e appropriatezza delle cure erogate, alla ricognizione e tutela delle esigenze specifiche delle pazienti-donne, dei loro particolari bisogni psicologici, relazionali e informativi, in momenti delicati della vita quando fragilità e insicurezze più spesso si manifestano e che stanno crescendo col tempo[34].

L'auspicio conclusivo è, pertanto, che si proceda ad un approfondimento conoscitivo, delle diverse offerte sociali e assistenziali anche a livello locale, rivolte alla popolazione anziana maschile e femminile, effettivamente presenti sul territorio e che nelle varie aree del Paese l'offerta di servizi assistenziali a *misura d'uomo e a misura di donna,* sia incrementata e più equamente distribuita, tenendo conto dei bisogni propri di una società in cui il numero delle persone che vivranno i problemi propri della quarta età sarà sempre maggiore.

[34] Oltre ad alcune iniziative di enti pubblici (di cui si riferisce nell'allegato II) esistono oggi anche associazioni ed enti privati, oltre ad associazioni scientifiche (in primo piano la S.I.G.O.) che sono impegnate per lo sviluppo di una medicina in favore della donna.

Bibliografia

ACOG, Clinical Updates, in “Women's Health Care”: *Vulvar Disorders,* vol VIII, n° 2, April, 2009; *Elder Abuse,* vol VIII, n° 3, July 2009; *Care of Aging Women’s,* vol. VIII, n° 4, October 2009.

Arnsperger C., Van Parijs P., *Éthique économique et sociale* (2000) tr. it., *Quanto diseguaglianza possiamo accettare? Etica economica e sociale,* tr. it., il Mulino, Bologna 2003

Becchetti L., *Vulnerabilità economica, di salute e relazionale: i nessi identificati dagli studi sulla soddisfazione di vita*, relazione presentata al Gruppo di lavoro del CNB sull’equità di accesso ai servizi sanitari

Berlinguer G., *Bioetica quotidiana*, Giunti, Firenze 2000

Bortoli B., *Il lessico della community care*, in Di Marzo R, L. Gui (a cura di), *Proposte per l'integrazione nei servizi sociali e sanitari*, Franco Angeli, Milano 2005, pp. 70-90

Bortoli B., voce "Case Management", in *Dizionario di servizio sociale*, Dal Pra Ponticelli M. (diretto da), Carocci-Faber, Roma 2005, pp. 95-101

Botti C., *Bioetica ed etica delle donne*, Zadig, Milano 2000

CNB, *La sperimentazione farmacologica sulle donne,* 28 novembre 2008

CNB, *Orientamenti bioetici per l'equità nella salute*, 25 maggio 2001

CNB, *Bioetica e diritti degli anziani*, 20 gennaio 2006

Collicelli C., *Disuguaglianze in sanità: l’evoluzione interpretativa a partire dalla ricerca sociale* (2007), *paper* messo a disposizione del Gruppo di lavoro del CNB sull’equità di accesso ai servizi sanitari

Collicelli C*., Donne e salute in Italia: la sofferenza delle donne anziane*, presentata al Gruppo di lavoro del CNB sull’equità di accesso ai servizi sanitari; corredata da tabelle elaborate dal Censis su dati Istat

Cricherio C., Ludwig C., *Il cervello che invecchia fra perdite e guadagni*, Psicologia dell'invecchiamento, De Beni R. (a cura di), il Mulino, Bologna 2009, pp. 100-118

D’Agostino F., *Introduzione alla biopolitica*, Aracne, Roma 2009

Donati P., Folgherairter F. (a cura di), *Gli operatori sociali nel welfare mix*, Erickson, Trento 1999

Ferrajoli L., *La differenza sessuale e le garanzie dell'uguaglianza*, in "Democrazia e diritto", n. 2, 1993

Frey B., Stutzer A., *Economia e felicità: come l'economia e le istituzioni influenzano il benessere,* in “Il Sole 24 Ore”, 2006

Gilligan C., *In a Different Voice,* 1982, tr. it., *Con voce di donna. Etica e formazione della personalità*, Feltrinelli, Milano 1987

Krugman P., *La coscienza di un liberal*, Laterza, Bari 2008

Latouche S., *L’invenzione dell’economia*, Bollati Boringhieri, Torino 2010

Lecaldano E., *Bioetica. Le scelte morali*, Laterza, Roma-Bari, 1999

Loporcaro F., *Collezione di tavole e grafici su dati Istat con particolare riferimento alla popolazione femminile nella fascia d’età 65 anni e oltre,* con commenti*,* messo a disposizione del Gruppo di lavoro del CNB sull’equità di accesso ai servizi sanitari

Marigliano V., *Le malattie della donna anziana,* messo a disposizione del Gruppo di lavoro del CNB sull’equità di accesso ai servizi sanitari

Marigliano V., *Incidenza delle malattie “non mentali” nelle donne over 65*, messo a disposizione del Gruppo di lavoro del CNB sull’equità di accesso ai servizi sanitari

Marsico G., *Bioetica: voci di donne*, EDB, Bologna 2002

Marmot M., Wilkinson R., *Social determinants of health*, Oxford Univ. Press, Oxford 2006

Motterlini M., *Economia emotiva*, Rizzoli, Milano 2006

Nussbaum M., A. Sen (eds), *The quality of life,* Clarendon Press, Oxford 1993

Nussbaum M.C., *Women and human development. The capabilities approach,* 2000, tr. it., *Diventare persone. Donne e universalità dei diritti*, il Mulino, Bologna 2001

Oliverio A., Oliverio Ferraris A., *Le età della mente*, Rizzoli, Milano 2003

O.N.D.A. (Osservatorio della salute della donna), *La salute della donna. Proposte, strategie, provvedimenti per migliorarla*, Franco Angeli, Milano 2008

O.N.D.A., *Ospedaledonna.*, in "*Gender per la salute di gender* ", dic. 2008, n.1, a.1

Palazzani L. (a cura di), *Bioetica e differenza di genere*, Studium, Roma 2007

Payne M., *Case management e servizio sociale. La costruzione di piani assistenziali individualizzati nelle cure di comunità,* 1995, tr. it., Erickson, Trento 1998

Rawls J., *A Theory of Justice,* 1971, tr. It., *Una teoria della giustizia*, Feltrinelli, Milano 1982

Revelli M., *Eguaglianza,* in A. D'Orsi (a cura di), *Alla ricerca della politica*, Bollati Boringhieri, Torino 1995

Sen A., *Development as freedom,* 1999, tr. it., *Lo sviluppo è libertà. Perché non c'è crescita senza democrazia,* Mondadori, Milano 2000

Sen A., *Capacità e benessere*, Il tenore di vita, pp. 91-132. E' la traduzione del fondamentale saggio *Capability and Well-Being*, riportato anche in Nussbaum M., Sen A. *The Quality of Life*, cit., pp. 30-53

Sen A., *La disuguaglianza*, Mulino, Bologna 1992

Sheehan N.M., Kimberly P., *Grandparents and they adult grandchildren. Recurring themes from literature*, in "Marriage and family review", 2008, vol. 44, 2540.1596

Smoller J.W et al., *Antidepressant use and risk of incident cadiovascular morbidity and nortality among postmenopausal Women*, in "Arch intern Med", 2009, 169 (22), pp. 2128-2139

Stefanini A., Albonico M., Maciocco G., *I determinanti della salute,* in Le diseguaglianze nella salute, numero monografico di "Salute e territorio", 2006, n. 158, pp. 267-274

Toraldo di Francia M., *Valori costituzionali e 'diritto' all'identità personale*, in Cerutti F. (a cura di), *Identità e politica*, Laterza, Bari 1996

Trabucchi M., *Perché Terza Economia*, in *La Scienza dell'assistenza. Terza Economia. Sempre più valore dalla terza età* - Fondazione Socialità e Ricerche ONLUS*,* 22 gennaio 2008, Quaderno n° 2, The European House Ambrosetti.

Veca S., *La penultima parola e altri enigmi. Questioni di filosofia*, Laterza, Bari – Roma 2001

Whitehead M., *The concepts and principles of equity and health*, World Health Organization, Regional Office for Europe 1990, Copenhagen

Williams B., *Problems of the self,* 1973, tr. it. di Rini R., *Problemi dell'io*, Il Saggiatore, Milano 1990

Documenti di riferimento

Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali (legge 8 novembre 2000, n. 328)

Libro Bianco sul futuro del modello sociale del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, pubblicato nel maggio 2009

Piano Sanitario Nazionale 2003-2005

Report "*World Population Ageing 2007*" dell'ONU

Benedetto XVI, *Caritas in veritate*, enciclica sociale, 2009

ALLEGATO I: Incidenza di alterazioni patologiche nelle donne durante la terza e quarta età

Si considerano qui alcuni dati significativi concernenti le patologie che interessano soprattutto le donne ultrasessantacinquenni, tenendo presente, come ricordato, che gli stati di patologia fisica e psichica influenzano il comportamento, le relazioni e, soprattutto, la percezione del proprio benessere. La tempesta endocrina, dovuta alla scomparsa dei gameti femminili e la conseguente alterazione della biosintesi steroidea ovarica, che comporta la cessazione del ciclo mestruale (menopausa), ha notevoli ripercussioni sulla funzione dei principali organi femminili, primo fra tutti il cervello, accelerando i processi di fragilità (*friability*) tipici dell'invecchiamento. Pur non negando l'effetto negativo dovuto alla caduta degli estrogeni (ed in parte degli stessi androgeni) nella donna, occorre però differenziare il periodo post-menopausa (da 50-52 anni) da quello qui considerato (superiore ai 65 anni).

Una sindrome importante delle ultime stagioni della vita è la c.d. "fragilità" (*friability*), stato clinico inevitabilmente legato all'età avanzata. È una sindrome con fattori diagnosticabili e peculiari quadri clinici ma anche con crescenti possibilità terapeutiche. Essa è caratterizzata dalla diminuzione della funzione di numerosi organi ed apparati, che porta ad una progressiva incapacità di reagire allo stress e agli incidenti, con conseguente aumento della morbilità e mortalità (AGOG, VIII 2009). La sindrome è anche caratterizzata da una cosiddetta "stanchezza cronica"; è facile affaticarsi, data la diminuzione della massa muscolare con contemporanea rilevante perdita di peso (circa 6 Kg in un anno), diminuzione della falcata e della velocità dei passi, intolleranza o deficit di sopportazione degli eventi, mancanza di fiducia in sé e percezione soggettiva di stato di malessere, oltre all'aumento di patologie croniche (artrosi, malattie autoimmuni ecc.). La 'fragilità' incide maggiormente nella donna rispetto all'uomo. Una conseguenza è la *disabilità,* definita come perdita della capacità di portare avanti una o più funzioni necessarie ad una vita autonoma, indipendente dall'assistenza da parte di altri (ad es. la difficoltà nel movimento, nella visione, nell'udito, nel parlare ecc). Questa sindrome incide nel 16% delle donne fra i 65 e 74 anni, passa al 31 % fra i 75 e gli 84 anni fino a interessare più del 50% delle donne oltre gli 85 anni.

Dal punto di vista nosologico, e dell'efficienza preventiva e terapeutica, è però utile, anche in sommari esami critici come il nostro, parlare di alcune 'patologie' in modo separato. Prendiamo innanzitutto in esame le malattie neuropsicologiche. La "salute mentale della donna anziana" va valutata non solo in termini strettamente biologici (nuclei e centri del SNC, neutrasmettitori ecc.), ma anche attivando la capacità di relazionarsi al suo mondo interno e alle sue potenziali risorse affettivo-cognitive, le quali dovrebbero poter essere valorizzate e indirizzate verso il c.d. 'pensiero positivo' (Snyder e Lopez, 2002), che è l'antitesi di quello che le attuali teorie cognitive definiscono come principale caratteristica della depressione: "visione negativa di sé, del mondo e del futuro" (Clark e Beck, 1999). Le possibilità di intervento per facilitare quest'orientamento - che dovrebbe consolidare il senso del perdurante valore della propria esistenza - sono tuttavia ostacolate dal fatto che nella sua genesi

e sviluppo giocano molteplici fattori, sia di tipo biologico, compresa la differenza di genere (Roysamb et al., 2002), che biografico e culturale.

L'invecchiamento, nel complesso, comporta l'insorgenza di patologie tanto a livello emotivo che cognitivo: queste patologie, spesso inscindibili o perlomeno strettamente legate, incidono, come abbiamo detto, maggiormente sulla donna che sull'uomo e interessano un numero di donne che cresce con l'età. Nel grafico qui sotto riportato (Onda, 2008) - che peraltro non distingue i due principali disturbi dell'umore, depressione ed ansia, e non ne analizza il grado - appare già evidente che l'incidenza di queste patologie sul genere femminile, nell'arco di tutta la vita, è significativamente più alta che nell'uomo.

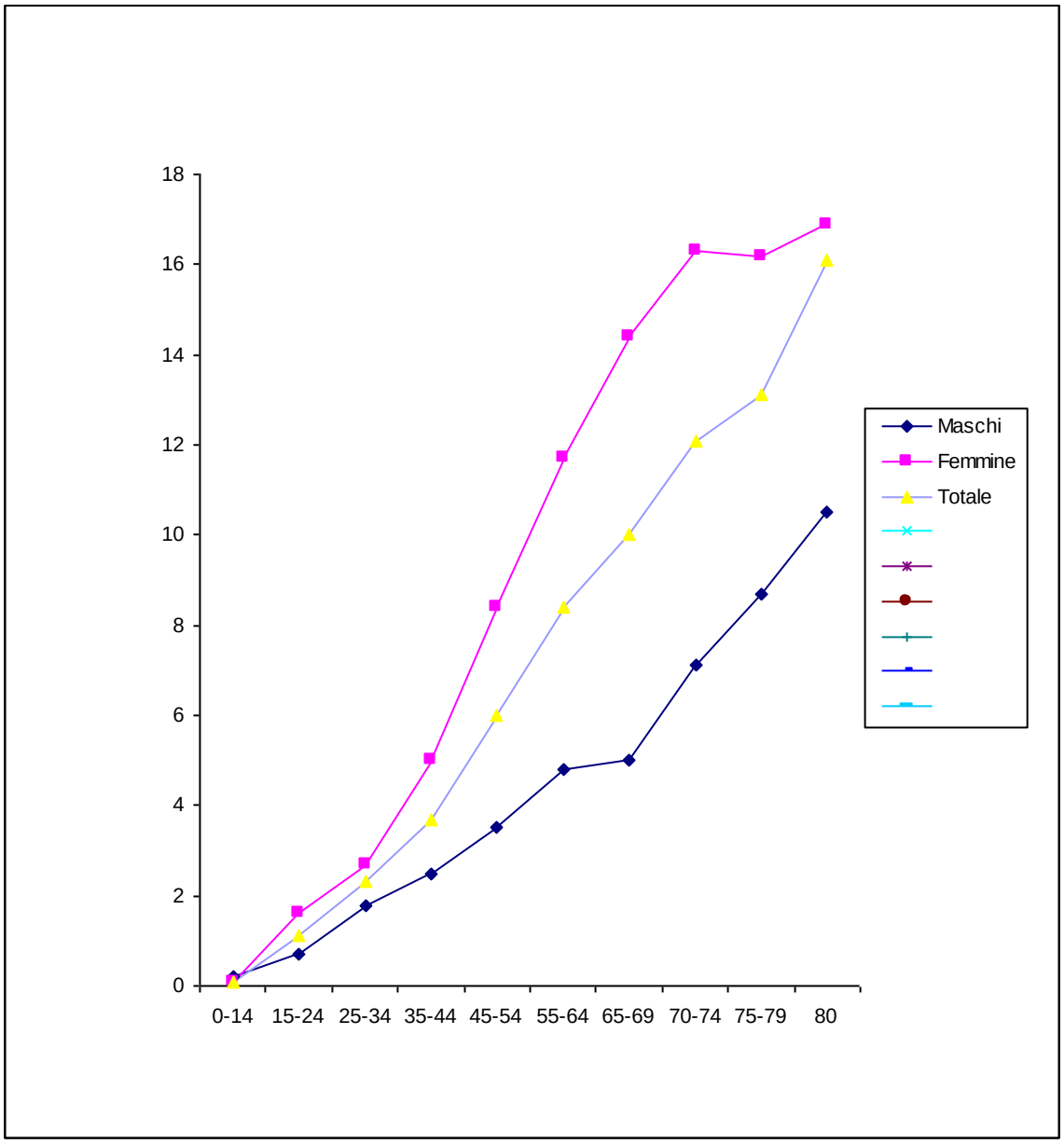


Grafico 1. Incidenza di patologie dell'umore ansia e depressione nelle varie età (ONDA 2008).

Solo in tarda età il tasso di patologia cresce più rapidamente nel genere maschile, presumibilmente per la caduta di tono dell'umore dovuta alla perdita di ruolo produttivo e sociale. Come da tempo documentato (Roger et al., 1984), nelle donne persiste comunque una maggiore presenza di episodi di

depressione, spesso transitori e non necessitanti di terapia. La depressione maggiore, che colpisce più del 10% delle donne oltre i 65 anni, è invece un grave disturbo psichiatrico, non analizzabile in poche righe, che menzioniamo solo per segnalarne il peso sulla quotidianità.

Analoghe considerazioni vanno fatta per i disturbi della sfera cognitiva che vanno sotto il nome di demenza, nelle sue varie forme. Questa incide maggiormente sulle donne rispetto ai coetanei uomini, anche nella variante più nota (Alzheimer). La demenza, dovuta a danni cerebrali per distruzione di cellule nervose, colpisce il 20% delle persone oltre gli 80 anni ed il 50% oltre i 90 (Hy et al, 2000). Qui ci limitiamo solo a sottolineare come questa patologia incida sul pensiero astratto, sulla capacità di risolvere i problemi del quotidiano, sulla logica nella costruzione del discorso e sulla memoria di lungo e di breve termine (ACOG, VIII 2009). Va comunque aggiunto che spesso, nelle persone più anziane sono presenti problemi di memoria (definiti *benign senescent forgefulness*), che risultano anche ai test; in simili casi occorre rassicurare la persona interessata che questo frequente fenomeno non porta di per sé alla demenza, non è il primo passo in quella direzione.

Episodi di “delirio” (improvviso insorgere di confusione mentale, marcato disorientamento, deficit della memoria recente, vari livelli di mancanza di coscienza e confusione mentale) si osservano talora nelle donne più anziane in fase post operatoria, ma anche nella ipoglicemia, mancanza di ossigeno per anemia, alterazione di elettroliti, uso di analgesici, farmaci del SNC, specialmente diazepam, ecc. Il fenomeno è trattabile e reversibile, ma necessita di specifiche cure, molto costose, da parte di specialisti di alta qualificazione (Leslie et al., 2008).

Modificazioni dei livelli ormonali degli estrogeni e del progesterone sembrano inoltre avere un importante effetto sulla condizione psichica della donna, anche se i dati della letteratura sono contraddittori. La depressione si presenta più frequentemente nelle fasi e nelle età in cui si verificano cambiamenti ormonali: pubertà, ciclo mestruale, parto, immediata post-menopausa. Quest'ultima costituisce infatti un momento di crisi, caratterizzato da profondi cambiamenti, interni ed esterni, nelle diverse aree della realtà femminile. Il ruolo sociale della donna si ritrova ad essere modificato, a partire dal contesto familiare. Generalmente i figli sono adulti, non hanno più bisogno di essere accuditi e lasciano la casa. La funzione di madre diminuisce allora di importanza. Anche il rapporto con il partner subisce delle modifiche e necessita di essere rifondato su nuovi stimoli. La coppia, non essendo più solo genitoriale, si ritrova da sola dopo tanti anni e deve ricostruire una propria identità.

Le donne che si sono costruite una vita lavorativa autonoma possono, inoltre, vivere la crisi del pensionamento, cui si aggiunge spesso, come si è detto, una crisi di disidentificazione col proprio corpo che invecchia e non rimanda più quell'immagine di sé che si era consolidata nell'età adulta; e gli stereotipi socio-culturali prevalenti certo non aiutano ad affrontare con maggior serenità questi delicati passaggi. Nella età avanzata il venire meno dei propri ruoli e, con questi, del consueto riconoscimento sociale, può minare quell'autostima che le donne, in particolare, sentono sempre come “a rischio”. L'ansia per il futuro, la paura della malattia fisica e psichica che riduce l'autonomia, della scomparsa di persone care, della solitudine e dell'emarginazione, cui si aggiunge la percezione dell'obiettivo restringimento delle possibilità di autorealizzazione, possono aggravare stati di depressione e

non sempre possono esser tenute sotto controllo ricorrendo alla scorciatoia dell'assunzione di psicofarmaci. Talora gli effetti collaterali di questi ultimi "colludono con molti dei disturbi propri dell'età. Ad esempio vanno ad aggravare il vissuto soggettivo di ridotto funzionamento aumentando l'astenia, alterando il ritmo del sonno e dell'appetito. Inoltre il rallentamento mentale indotto da molti psicofarmaci va ad aumentare quello fisiologico che rende più difficile valutare il deterioramento e tollerarlo" (Pratesi e Bolelli, 2009). Come far fronte "alla delusione, alla frustrazione, alla paura che talora si concentrano nella quarta età? Questo è il compito che devono affrontare le persone anziane prima di poter attivare le risorse di cui dispongono per pensare all'invecchiamento con maggior serenità". In questa direzione l'offerta di trattamenti psicoterapeutici potrebbe rivelarsi allora, anche per la componente femminile della popolazione anziana, un valido appoggio alle terapie farmacologiche di promozione della salute mentale, in quanto potrebbe rappresentare "un potente stimolo ed esercizio a pensare, oltre che un aiuto a ridurre la sofferenza" (Pratesi e Bolelli, 2009).

La responsabilità delle politiche sociali e sanitarie di farsi carico dei bisogni propri di questa età appare, anche in questo senso, fondamentale. La trascuratezza nella diagnosi e cura dei disturbi della sfera cognitiva ed emotiva -ripetiamo ancora una volta, come questi fattori siano notevolmente correlati- può essere considerata al pari di una 'violenza'. Frequente purtroppo è l'abuso e la violenza sulle donne più anziane, che si esplica non solo con fatti fisici (esiste una gerontofilia anche nel campo della patologia sessuale), spesso dentro le stesse mura familiari (*domestic abuse*), ma anche, e soprattutto, con comportamenti che ineriscono al campo psicologico ed economico. E' noto da tempo come non solo trascuratezza ed abbandono, ma anche violenze ed abusi fisici e psichici siano frequenti, specialmente sulle vedove in età molto avanzata (Giordano e Giordano, 1984).

Altri fattori patologici influenzano in maniera rilevante la qualità della vita delle donne anziane, talora incidendo in modo notevolmente più pesante sulla popolazione femminile rispetto a quella dei coetanei uomini. Nella quarta età aumentano le malattie croniche. Con l'età aumentano artrosi ed artriti, che incidono nei due sessi per il 18,3%, ipertensione arteriosa 13%, malattie allergiche 10% (Relazione Ministero della Sanità 2009).

Di seguito si propongono, seppure in modo schematico, altri dati sulle principali patologie cui sono più esposte le donne ultrasessantacinquenni. La prima causa di morte per le donne nella terza età sono le *malattie cardiovascolari,* che si manifestano, rispetto all'uomo, con uno sfasamento di circa dieci anni più tardi e con un accentuarsi nel periodo della post menopausa (passati i 50 anni ogni donna avrebbe il 46% di probabilità di malattie cardio-vascolari e il 20% di ictus cerebrale). Fino alla menopausa la donna gode, infatti, rispetto all'uomo, del privilegio biologico rappresentato dalla produzione endogena e ciclica di ormoni steroidei ovarici, che, secondo alcuni autori, avrebbero una funzione protettiva sul sistema vascolare e cardiaco (Marigliano, 2009; Duzenli et al., 2009). Ma questi dati purtroppo non sono stati confermati dagli studi sugli ultimi anni di vita riguardanti l'effetto della somministrazione del principale estrogeno ovario (estradiolo) e di progesterone. Se gli uomini sviluppano prima delle donne patologie cardiovascolari, le donne, una volta cessata la produzione di ormoni ovarici, le sviluppano più rapidamente. L'ipertensione è il più importante fattore di rischio di infarto e di ictus. Mentre infatti l'organismo maschile degli "over 60" ha alle

spalle anni di ‘allenamento’ finalizzati a parare i colpi della pressione alta, l’organismo femminile si trova improvvisamente ad affrontare, dopo la menopausa, un fenomeno relativamente nuovo e il suo impatto è pertanto più pericoloso.

Un altro fattore di rischio è poi costituito dal frequente aumento di peso e di accumulo di adipe. Anche le concentrazioni plasmatiche di colesterolo, specialmente se LDL, sono fattori indipendenti di rischio per le malattie cardiovascolari. Sia negli uomini sia nelle donne vi influiscono, oltre a fattori genetici, l'esercizio fisico e la dieta e, nelle donne, variano con la funzione ovarica. Con la menopausa l’equilibrio lipidico si inverte e il colesterolo LDL (il più nocivo) aumenta rispetto agli uomini. Un tasso di LDL circolante al disopra di 160 mg/dl, obbliga ad una accurata terapia medica.

Il diabete mellito è un fattore di rischio cardiovascolare tra i più significativi, la sua presenza raddoppia infatti l’incidenza di infarto miocardio, rispetto alle donne non diabetiche, e triplica quello di malattie cardiovascolari. Nella terza età aumenta la probabilità di sviluppare il diabete, anche perché il calo degli estrogeni modifica la distribuzione del tessuto adiposo. E' stato inoltre osservato che il tentativo di molte donne di dimagrire in poco tempo attraverso una drastica riduzione alimentare può essere controproducente perché il corpo perde sia massa ‘grassa’ sia massa ‘magra’, ossia i muscoli. Quando si riprende poi a mangiare, il grasso si riforma velocemente, i muscoli no; a ciò si aggiunge il fatto che la capacità di dimagrire si riduce dopo ogni dieta drastica, in quanto il digiuno induce il nostro corpo a tesaurizzare il grasso.

Altro elemento da mettere in rilievo è la poca propensione degli anziani, specie delle donne, ad adottare uno stile di vita che comprenda un costante esercizio fisico, mentre è stato più volte evidenziato che sarebbe sufficiente una passeggiata di almeno mezz’ora ogni giorno per migliorare le proprie condizioni di salute, anche in età molto avanzata (Cress, 1996). In una donna oltre i 50 anni fare esercizio fisico significa, inoltre, migliorare il tono dei muscoli e prevenire le fratture da osteoporosi.

Ulteriore importante fattore di rischio è poi, come noto, il fumo. L’incidenza dell’infarto miocardico è dose-dipendente nelle donne di età superiore a 50 anni, aumentando da 2,5 volte per chi fuma 1-5 sigarette al giorno a 6-7 per chi ne fuma più di 40. Il fumo aumenta anche il rischio di ictus cerebrale, di arteriopatia e di aneurisma dell’aorta.

Una malattia che interessa prevalentemente le donne è, come risaputo, l’*osteoporosi*. In questo caso il rapporto donna-uomo è, al disopra dei 65 anni, di circa 6 a 1. Il legame fra menopausa ed osteoporosi è noto: la mancata produzione di estrogeni rappresenta infatti un importante fattore di rischio per l'insorgenza della malattia. Gli estrogeni intervengono nella regolazione della attività delle cellule osteoblastiche ed osteoplastiche (demolizione e ricostruzione delle trabecole ossee): se viene meno il loro controllo, aumenta il riassorbimento osseo e diminuisce la sua formazione, la densità ossea si riduce lasciando una struttura porosa e fragile. L’ormonoterapia riduce il rischio di osteoporosi, ma non arresta il processo e va somministrata solo se esistono altri fattori da trattare. Vi sono infatti farmaci meno rischiosi, da prendere in considerazione. La valutazione della densità ossea deve essere fatta in tutte le donne dopo i 65 anni. Oltre alla carenza di estrogeni, esistono poi altri fattori di rischio, tra cui, ancora una volta, l'inattività fisica, l'alimentazione povera di calcio, la difficoltà del suo assorbimento, la magrezza costituzionale, l'aver

trascorso lunghi periodi senza mestruazioni, il fumo di sigaretta, l'elevato consumo di alcool, trattamenti prolungati con farmaci cortisonici, oltre, ovviamente, la predisposizione genetica. E' importante considerare come questa malattia non debba essere intesa come un aspetto fisiologico dell'invecchiamento, pur restando una condizione patologica frequentissima nella quarta età. Un rilevante numero di donne, dopo i 60 anni, incorrerà in una frattura osteoporotica ed il 20% di queste fratture riguardano il femore prossimale.

Tra i disturbi osteoarticolari legati all'età post menopausale non c'è, comunque, solo l'osteoporosi con il rischio di fratture ossee, ma anche l'artrosi. Le indagini più recenti mostrano infatti che anche i muscoli, le cartilagini e i nervi subiscono i danni della menopausa. I sintomi principali sono dolori diffusi e artralgie improvvise. L'artrosi è un disturbo che, se trascurato, si trasforma in una patologia invalidante per il 25% delle donne oltre i 50 anni. Purtroppo, l'artrosi è (soprattutto) donna: fino ai 50 anni, il rapporto uomini e donne è di 1 a 1, ossia i due sessi sono colpiti in ugual misura. Dopo lo svantaggio di aver perso sia gli ormoni sessuali prodotti dalle ovaie, sia il prezioso DHEA, prodotto dal surrene, emerge in tutta la sua forza: le donne sono tre volte più colpite degli uomini al ginocchio, all'anca e alle mani. Circa il 25% delle donne ha un'artrosi galoppante nei primi due anni dopo la menopausa. Oggi sappiamo che in questo 25% di donne esiste un'alterazione del recettore per gli estrogeni, che sembra rendere più sensibili alla loro carenza. Meno sensibili al deficit di ormoni steroidei appare però la quarta età della vita, quasi vi sia con gli anni un progressivo adattamento.

Le *malattie tiroidee*, sia nel senso di iper sia di ipofunzione, colpiscono in modo prevalente le donne in un rapporto di oltre 15 a 1. Anche la terapia cortisonica è assunta maggiormente dalle donne per l'elevata prevalenza di patologie autoimmunitarie, malattie reumatiche, etc.

Accenneremo solo di sfuggita all'anemia, che si verifica nella donna anziana per deficit di ferro, di vitamina B12 o di acido folico (Andresen, 1996).

Vi sono infine le patologie che interessano esclusivamente il genere femminile: i disturbi uroginecologici e le alterazioni del pavimento pelvico (cistorettocele e prolasso); la patologia vulvare, ed i tumori femminili (seno, utero, ovaie). Il deficit estrogenico conseguente alla menopausa rappresenta un sostanziale contributo allo sviluppo delle infezioni delle *vie urinarie* (IVU) nelle donne anziane. L'incidenza di IVU aumenta vertiginosamente con l'avanzare dell'età. Ripetuti fenomeni infettivi possono interessare la donna anziana, specie se debilitata e con patologie neurologiche che si associano a disturbi della minzione. Anche la patologia della statica uroginecologica è presente in questa fascia d'età e può costituire uno dei suoi maggiori problemi, poiché interferisce notevolmente con la qualità di vita, per quanto oggi sia diminuita l'incidenza di prolasso e cistorettocele. L'incontinenza urinaria sotto sforzo *(stress-incontinence),* la nicturia e la pollachiuria fino alla incontinenza da "urgenza" (*urge incontinence*), necessitano di alta qualificazione chirurgica e medica e non debbono essere trascurate al loro insorgere. Occorre pertanto che le strutture sanitarie siano sensibilizzate in tal senso ed offrano informazioni e servizi adeguati.

Un capitolo a parte dovrebbe poi essere riservato alla patologia *vulvare.* Oltre alle problematiche estetiche e sessuali legate all'invecchiamento, nella tarda età si presentano infatti lesioni, che per la loro identificazione necessitano di una biopsia.

Una patologia di notevole frequenza nell'età anziana, sia per incidenza che come causa di morte, è infine costituita dai tumori. Infatti il rischio di ammalarsi di cancro aumenta con l'avanzare dell'età e circa il 60 % dei tumori colpisce persone di oltre i 65 anni. La correlazione fra tumori ed età è dovuta ad una esposizione prolungata a tutto ciò che ha un effetto cancerogeno.

I tumori femminili (seno, utero, ovaia), si differenziano per la incidenza a seconda dei diversi organi e dei quadri istologici. Il tumore del corpo dell'utero compare prevalentemente in tarda età. Il tumore del seno, il più frequente nella donna (anche se sempre meno mortale grazie alla diagnosi precoce e alle nuove opportunità terapeutiche), incide, secondo i dati ACOG (2003) nel 2% delle donne a 50 anni e nel 13% a 90 anni. Oggi si raccomanda pertanto che la mammografia inizi ad essere effettuata a 40 anni e che poi venga ripetuta ogni anno per il resto della vita. Il cancro dell'ovaio nella donna anziana è difficilmente diagnosticabile, per cui viene suggerito che ogni cisti in età postmenopausale venga asportata. Le donne in tarda età si ammalano, invece, in misura analoga a quella degli uomini di cancro del polmone (fumo-dipendente) e del colon, oltre che di tumori cutanei.

Un capitolo che deve essere affrontato con particolare delicatezza e cura, e con accesso a servizi e trattamenti a completo carico dello Stato, è pertanto quello che riguarda i tumori in generale, la loro diagnosi precoce e il loro trattamento chirurgico e medico. Rispetto a queste esigenze l'abbattimento delle disuguaglianze, sia fra le varie regioni che all'interno di una stessa regione, nell'accesso alle risorse di prevenzione e cura è da considerare uno dei fini prioritari del Servizio Sanitario Nazionale.

Con l'avanzare della età le donne vanno, inoltre, incontro ad una caduta del desiderio e a patologie disfunzionali. E mentre in questa fase della vita vi è un maggior bisogno di rapporti di intimità e di conferma della propria 'desiderabilità', esse si trovano a doversi confrontare con una società in cui ancora la sessualità degli anziani, specie se riguarda la componente femminile, costituisce un tabù, tanto che manca un'adeguata informazione sulle problematiche che possono insorgere in età avanzata nella sfera della vita affettiva e sulle modalità più idonee ad affrontarle.[35] È invece importante che la dimensione affettiva e sessuale possa essere ugualmente vissuta all'interno della coppia anziana, pur in una diversità di manifestazioni e di gesti rispetto alle stagioni della vita precedenti. Ancora una volta occorre fare acquisire al medico di base, come al ginecologo e all'andrologo, la capacità di un *counseling* della persona anziana che abbracci anche la sfera della sessualità e possa aiutare ad affrontare con maggior serenità i disturbi propri di questa sfera, che suscitano dolore e inquietudine.

[35] Cfr. N. Pratesi, D. Bolelli, *Riflessioni sul tema della psicoterapia dell'anziano*, in stampa.

ALLEGATO II: Alcune attività e proposte e/o realizzate da Enti pubblici locali per le persone nelle fasce di età più avanzate

- Prima cosa importante, per chi vive nella propria casa da solo o con un *care giver*, è l'accesso alle informazioni. Tale accesso può essere promosso e garantito attraverso un *call center* che possa spiegare e far conoscere le iniziative e i servizi del Comune di appartenenza (sono attivi in molti comuni i "custodi sociali" che rispondono a questi *call center*) e che possa collegare i richiedenti alla rete dei servizi sul territorio.
- Anche utile si è rivelato il servizio di un telefono amico del tipo "Pronto ti ascolto..." Un servizio gratuito che accompagna ed affianca, nella vita di ogni giorno, gli anziani soli. Componendo un numero verde, localmente attivato, l'anziano entra in contatto con una persona pronta ad ascoltare, aiutare, dare consigli ed anche indirizzare verso strutture idonee in caso di necessità.
- Orti per gli anziani. Alcune Amministrazioni, attivando progetti *ad hoc*, assegnano a persone desiderose di dedicarsi alla cura di orti e giardini, appositi lotti di terra dedicati a queste attività.
- Servizi vacanze, soprattutto estive. Vengono attivate soprattutto (ma non necessariamente) nei mesi estivi, convenzioni varie tra strutture private o pubbliche e Comuni, per offrire alle persone anziane a basso reddito, periodi di allontanamento dalla propria abitazione per ferie o problemi legati a salute/benessere.

Attività sociali e ricreative. Centro sociale anziani, volontariato in genere per la terza età, visita monumenti. Tali attività possono essere svolte in convenzione con gruppi, associazioni, cooperative sociali.

- Attività (che alcuni Enti locali forniscono in convenzione con strutture apposite) per il benessere o la rimodulazione della percezione di benessere tramite utilizzo delle c.d. 'terapie complementari': massaggi, ginnastica dolce, musicoterapia ecc.
- Pet Therapy. Esistono molti progetti di ricerca che riguardano differenti attività o terapie svolte a vantaggio di persone anziane e attuate con l'impiego di animali nell'ambito delle loro stesse abitazioni o in residenze protette.
- Carta argento, carta oro, o varie altre diciture: sono tutte quelle facilitazioni economiche che, attraverso l'uso di un'apposita carta, molti Comuni erogano per consentire riduzioni sui servizi di trasporto e spesa alimentare o favorire la frequenza a spettacoli, l'accesso al prestito e a servizi delle biblioteche, la possibilità di frequentare palestre o piscine o altre attività per il tempo libero.
- Assegno di cura, erogato a favore degli anziani con basso reddito, per far fronte a spese sanitarie.
- Università della III età, presente in molti Comuni.
- Banca delle ore. Attiva in molti Comuni, permette un interscambio di attività a titolo gratuito.
- Volontariato attivo da parte delle persone anziane sul tipo sorveglianza all'entrata/uscita delle scuole, preaccoglienza, ecc.
- In molti Comuni o Regioni sono stati attivati Osservatori permanenti in genere sulla condizione anziana e, più particolarmente, su aspetti funzionali, economici e di qualità dell'assistenza erogata agli anziani. In questo ambito particolare importanza assumono gli organismi di tutela dei diritti, anche tramite

le organizzazioni sindacali dei pensionati, al fine di contribuire, per le parti di loro competenza, alla umanizzazione del servizio, alla verifica e al controllo delle attività rivolta alle persone anziane.

- Molti sono i progetti a carattere preventivo, spesso attuati attraverso l'attivazione di Consultori per anziani, finalizzati prioritariamente alla prevenzione delle patologie proprie dell'età. Per quanto riguarda l'osteoporosi soprattutto nelle donne e la prevenzione del rischio cadute, vengono promossi "Gruppi di cammino" per evitare cadute, l'attività fisica orientata agli esercizi che migliorano l'equilibrio, la socializzazione a carattere ricognitivo spazio-temporale.
- L'Affido dell'anziano. Il servizio rappresenta un'alternativa al ricovero in Istituto tramite il ricorso a persone che non hanno un legame di parentela con l'anziano, ma sono disponibili a prendersene cura.
- Vi sono progetti che si propongono di sostenere le 'badanti', promuovendo percorsi di accompagnamento delle famiglie e in particolare degli anziani che offrono lavoro alle badanti, favorendo il riconoscimento sociale dell'attività di 'cura' per gratificare l'attività di assistenza, sia per i familiari che per gli operatori.
- Corsi appositi vengono effettuati a livello regionale per la formazione del personale di cura.
- Casa della salute. E' una proposta presente nel Piano sanitario nazionale per realizzare le Unità di Cure primarie con un impegno di spesa già presente nella Finanziaria 2007 finalizzato alla sperimentazione della Casa della salute, come sede pubblica per la ricomposizione dei servizi e per l'integrazione socio-sanitaria. Costituiti in ogni Zona-distretto i pilastri sanitari e sociali, è necessario rendere vincolante e obbligatorio l'Accordo di programma tra i Comuni singoli e/o associati e le Aziende sanitarie locali per l'integrazione dei servizi e di presidi sociosanitari che devono operare nell'unità di tempo e di spazio. In questa direzione si muove anche la Convenzione nazionale della Medicina generale che prevede la costituzione di équipes territoriali dei medici di famiglia per la medicina di gruppo.
- Centri diurni. I Centri ospitano anziani che hanno bisogno di essere accolti e accuditi, per un periodo di tempo limitato nell'arco della giornata. Il loro scopo è quello di favorirne l'integrazione ed il recupero, attraverso lo svolgimento di attività manuali come lavori in legno, ceramica, disegno, usufruendo anche dell'aiuto e della guida di animatori, educatori, terapisti. Queste strutture a regime semiresidenziale, con un elevato livello di integrazione socio-sanitaria, sono destinate ad accogliere anziani parzialmente autosufficienti, o non autosufficienti, o con esiti di patologie fisiche, psichiche, sensoriali o miste. Il Centro diurno garantisce, unitamente ai servizi domiciliari (SAD-ADI, vedi sotto), la permanenza della persona anziana nel proprio domicilio il più a lungo possibile, offrendo altresì sostegno e supporto alla famiglia.
- Nell'ambito del sostegno alla domiciliarità si collocano il Servizio di assistenza domiciliare (SAD) e l'Assistenza domiciliare integrata (ADI). Riguardo al primo, si tratta di un servizio che garantisce prestazioni di natura socio-assistenziale erogate al domicilio della persona in condizioni di autonomia ridotta, o compromessa, al fine di consentirne la permanenza nel normale ambiente di vita, di ridurre l'esigenza di ricorso a strutture residenziali, di promuovere la responsabilità della famiglia e di elevare la qualità della vita anche del nucleo familiare che necessita di aiuto. L'assistenza domiciliare

consente alla persona anziana di rimanere nella sua abitazione e può essere gestita anche a livello di associazioni di volontariato o cooperative sociali.

- L’Assistenza domiciliare integrata (ADI) nasce invece come un modello assistenziale “strutturato”, volto ad assicurare l’erogazione coordinata e continuativa di prestazioni sanitarie (medica infermieristica e riabilitativa) e socio assistenziali (cura della persona, fornitura di pasti, cure domestiche) presso il domicilio dell’anziano, da parte di diverse figure professionali. Questo tipo di assistenza soddisfa pertanto esigenze complesse di persone che richiedono una assistenza continuativa di tipo socio-sanitario. Inizialmente tale forma di assistenza ha riguardato essenzialmente la popolazione anziana ed i disabili, per poi estendersi alla cura di altre patologie, come l’Alzheimer, e alla presa in carico dei pazienti allo stato terminale, in un'ottica intesa a orientare sempre più gli interventi verso forme non ospedalizzate di assistenza e più vicine all’esigenza di umanizzazione dei servizi e di rispetto della qualità di vita della persona.
- Animatore per residenze anziani. L'obiettivo principale del servizio è quello di migliorare le condizioni di vita delle persone residenti nelle Case di Riposo del territorio attraverso la valorizzazione delle loro capacità e abilità, anche residue. La finalità che si propone l'animatore è quella di alleviare, arginare e limitare la solitudine e il senso di abbandono che le persone anziane relegate nelle strutture residenziali spesso avvertono.
- Sempre nell’ambito della residenzialità - ma qui se ne dà conto solo nominalmente - troviamo varie classificazioni di strutture: case albergo, gruppi appartamento, residenze protette, comunità alloggio per anziani, ospedale di comunità.

In ambito emergenziale/sociale abbiamo poi progetti che riguardano:

- Il telesoccorso. Quest'iniziativa nasce dall’esigenza di rafforzare i servizi di assistenza agli anziani e di integrare, al contempo, le strutture sociali operanti sul territorio, in modo da soddisfare al meglio le esigenze dell'assistito. I servizi di Telecontrollo e Telesoccorso sono attivi 24 su 24 e vengono attuati mediante apparecchi elettronici (telecomando, o campanello, o telefono particolare) collegati ad una centrale di assistenza.
- SOS farmaci e infermieristica d’ausilio.
- Emergenza Estate. Attiva in ogni Comune soprattutto nel mese d’agosto, permette di monitorare il territorio fornendo servizi e informazioni agli anziani).

ALLEGATO III: Alcuni dati statistici riguardanti la fascia di età di oltre i 65 anni nelle donne in Italia

Tab. 1 – Popolazione Italiana di 65 anni ed oltre per sesso e regione, 01/01/2009 *(v.a. e val. %)*

	Maschi			Femmnine			Totale		
	V.A.	% sul totale Italia	% sul totale regionale	V.A.	% sul totale Italia	% sul totale regionale	V.A.	% sul totale Italia	% sul totale regionale
Piemonte	422.110	8,3	41,9	584.295	8,3	58,1	1.006.405	8,3	100,0
Valle d'Aosta	11.065	0,2	42,0	15.276	0,2	58,0	26.341	0,2	100,0
Lombardia	800.157	15,8	41,2	1.143.265	16,3	58,8	1.943.422	16,1	100,0
Liguria	176.607	3,5	40,8	255.975	3,6	59,2	432.582	3,6	100,0
Trentino Alto Adige	77.795	1,5	41,6	109.280	1,6	58,4	187.075	1,5	100,0
Veneto	397.393	7,8	41,4	563.184	8,0	58,6	960.577	7,9	100,0
Friuli Venezia Giulia	116.488	2,3	40,8	168.899	2,4	59,2	285.387	2,4	100,0
Emilia Romagna	411.223	8,1	42,2	563.744	8,0	57,8	974.967	8,1	100,0
Toscana	362.210	7,1	42,0	500.470	7,1	58,0	862.680	7,1	100,0
Umbria	87.806	1,7	42,4	119.208	1,7	57,6	207.014	1,7	100,0
Marche	149.904	3,0	42,6	202.356	2,9	57,4	352.260	2,9	100,0
Lazio	463.867	9,1	41,9	642.530	9,2	58,1	1.106.397	9,2	100,0
Abruzzo	121.100	2,4	42,7	162.273	2,3	57,3	283.373	2,3	100,0
Basilicata	51.626	1,0	43,5	67.111	1,0	56,5	118.737	1,0	100,0
Calabria	162.798	3,2	43,5	211.618	3,0	56,5	374.416	3,1	100,0
Campania	387.092	7,6	42,0	535.616	7,6	58,0	922.708	7,6	100,0
Molise	29.636	0,6	42,3	40.494	0,6	57,7	70.130	0,6	100,0
Puglia	314.940	6,2	42,8	420.584	6,0	57,2	735.524	6,1	100,0
Sardegna	134.145	2,6	42,9	178.535	2,5	57,1	312.680	2,6	100,0
Sicilia	394.156	7,8	42,7	528.327	7,5	57,3	922.483	7,6	100,0
Nord Ovest	*1.409.939*	*27,8*	*41,4*	*1.998.811*	*28,5*	*58,6*	*3.408.750*	*28,2*	*100,0*
Nord Est	*1.002.899*	*19,8*	*41,6*	*1.405.107*	*20,0*	*58,4*	*2.408.006*	*19,9*	*100,0*
Centro	*1.063.787*	*21,0*	*42,1*	*1.464.564*	*20,9*	*57,9*	*2.528.351*	*20,9*	*100,0*
Sud e Isole	*1.595.493*	*31,5*	*42,7*	*2.144.558*	*30,6*	*57,3*	*3.740.051*	*30,9*	*100,0*
Italia	**5.072.118**	**100,0**	**42,0**	**7.013.040**	**100,0**	**58,0**	**12.085.158**	**100,0**	**100,0**

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat, "Popolazione residente per età, sesso e stato civile"

Tab. 2 –Stato civile delle donne di 65 anni ed oltre, per regione, all'01/01/2009 *(v.a. e val. %)*

	Stato civile								Totale	
	Nubili		**Coniugate**		**Divorziate**		**Vedove**			
	V.A.	%	V.A.	%	V.A.	%	V.A.	%	V.A.	%
Piemonte	43.287	7,4	255.306	43,7	11.649	2,0	274.053	46,9	584.295	100,0
Valle d'Aosta	1.142	7,5	6.260	41,0	368	2,4	7.506	49,1	15.276	100,0
Lombardia	99.781	8,7	488.741	42,7	19.926	1,7	534.817	46,8	1.143.265	100,0
Liguria	20.386	8,0	109.379	42,7	6.770	2,6	119.440	46,7	255.975	100,0
Trentino Alto Adige	13.041	11,9	44.588	40,8	1.757	1,6	49.894	45,7	109.280	100,0
Veneto	48.320	8,6	238.594	42,4	6.991	1,2	269.279	47,8	563.184	100,0
Friuli Venezia Giulia	12.665	7,5	68.071	40,3	3.722	2,2	84.441	50,0	168.899	100,0
Emilia Romagna	38.031	6,7	249.197	44,2	10.320	1,8	266.196	47,2	563.744	100,0
Toscana	30.611	6,1	228.345	45,6	7.963	1,6	233.551	46,7	500.470	100,0
Umbria	6.671	5,6	55.527	46,6	1.379	1,2	55.631	46,7	119.208	100,0
Marche	13.479	6,7	90.840	44,9	1.843	0,9	96.194	47,5	202.356	100,0
Lazio	57.993	9,0	288.313	44,9	15.301	2,4	280.923	43,7	642.530	100,0
Abruzzo	10.877	6,7	73.280	45,2	1.517	0,9	76.599	47,2	162.273	100,0
Basilicata	4.940	7,4	30.812	45,9	390	0,6	30.969	46,1	67.111	100,0
Calabria	18.217	8,6	93.664	44,3	1.980	0,9	97.757	46,2	211.618	100,0
Campania	50.328	9,4	234.473	43,8	5.528	1,0	245.287	45,8	535.616	100,0
Molise	2.912	7,2	18.380	45,4	286	0,7	18.916	46,7	40.494	100,0
Puglia	39.807	9,5	194.012	46,1	4.308	1,0	182.457	43,4	420.584	100,0
Sardegna	25.033	14,0	75.023	42,0	1.693	0,9	76.786	43,0	178.535	100,0
Sicilia	50.961	9,6	223.905	42,4	6.462	1,2	246.999	46,8	528.327	100,0
Nord Ovest	*164.596*	*8,2*	*859.686*	*43,0*	*38.713*	*1,9*	*935.816*	*46,8*	*1.998.811*	*100,0*
Nord Est	*112.057*	*8,0*	*600.450*	*42,7*	*22.790*	*1,6*	*669.810*	*47,7*	*1.405.107*	*100,0*
Centro	*108.754*	*7,4*	*663.025*	*45,3*	*26.486*	*1,8*	*666.299*	*45,5*	*1.464.564*	*100,0*
Sud e Isole	*203.075*	*9,5*	*943.549*	*44,0*	*22.164*	*1,0*	*975.770*	*45,5*	*2.144.558*	*100,0*
Italia	**588.482**	**8,4**	**3.066.710**	**43,7**	**110.153**	**1,6**	**3.247.695**	**46,3**	**7.013.040**	**100,0**

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat, "Popolazione residente per età, sesso e stato civile"

Tab. 3 - Donne 65 anni ed oltre per stato civile, 1996-2000-2002-2005-2007 *(v.a. e val. %)*

	1996		2000		2002		2005		2007		2008	
	V.A.	% (1)	V.A.	% (1)	V.A.	% (1)	V.A.	% (1)	V.A.	% (1)	V.A.	% (1)
Celibe/Nubile	287.436	71,7	302.685	67,8	312.725	65,7	290.009	65,9	294.963	62,6	347.534	66,1
Separato/a, Divorziato/a	67.617	63,4	77.046	50,7	79.848	47,0	120.558	54,3	96.798	48,0	129.788	48,2
Vedovo/a	1.595.965	84,8	1.845.010	84,2	1.910.248	84,1	2.013.574	83,2	2.086.618	84,3	2.091.728	82,9
Totale	**1.951.019**	**81,6**	**2.224.741**	**79,7**	**2.302.821**	**78,9**	**2.424.141**	**78,6**	**2.478.380**	**78,7**	**2.569.050**	**77,4**

(%) Per 100 persone di 65 anni ed oltre sole e dello stesso stato civile

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat, “Aspetti della vita quotidiana”

Tab. 4 - Condizione di salute e presenza di alcune malattie croniche nella popolazione con 65 anni ed oltre- Differenze di genere –

Anni 2000-2008 *(per 100 persone della stessa età e sesso)*

	2000		2002		2005		2007		2008	
	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi
In buona salute (a)	31,1	37,7	32,4	40,7	33,6	41,0	33,3	41,2	-	-
Con almeno una malattia cronica	83,1	77,6	83,3	76,8	84,2	75,7	84,9	76,3	84,1	78,1
Con almeno due malattie croniche	63,4	51,8	64,0	50,4	64,4	50,1	66,7	52,3	64,5	52,6
Cronici in buona salute (b)	24,9	28,1	26,4	31,5	28,0	31,6	27,4	31,4	-	-
Diabete	12,8	13,8	13,3	13,5	14,3	14,7	15,4	15,0	16,9	15,7
Ipertensione	41,3	35,9	42,5	35,8	44,4	40,2	48,7	41,3	49,4	45,3
Bronchite cronica	16,4	24,9	17,0	22,1	16,7	21,3	17,1	21,2	14,9	19,1
Artrosi, Artrite	63,1	47,3	63,9	46,0	63,2	42,4	65,5	45,1	61,1	42,3
Osteoporosi	36,7	7,5	37,2	8,5	37,7	7,3	41,1	8,2	40,0	7,9
Malattie del cuore	12,7	16,7	12,6	16,4	12,2	16,0	13,3	15,8	10,7	14,6
Malattie allergiche	8,4	5,9	8,6	6,2	9,6	6,1	10,9	7,6	10,2	6,9
Disturbi nervosi	12,8	8,2	12,3	6,8	10,9	6,9	12,9	8,3	11,9	7,9
Ulcera gastrica o duo-denale	7,8	10,8	6,7	9,1	7,5	8,3	7,5	8,8	5,9	8,3

(a) Esprimono un voto 4 o 5 in una scala da 1 a 5, ove 1 è lo stato peggiore e 5 quello migliore

(b) Per 100 persone affette da almeno una malattia cronica

(c) Inclusa asma bronchiale

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat, “Aspetti della vita quotidiana”

Tab. 5 - Ricorso ai servizi sanitari nella popolazione con 65 anni ed oltre- Differenze di genere - Anni 2000-2008 *(per 100 persone della stessa età e sesso)*

	2000		2002		2005		2007		2008	
	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi
Ricoveri in ospedale, istituto di cura o in casa di cura convenzionata:										
- Numero (in migliaia)	481	480	489	442	528	444	471	412	518	447
- Quozienti per 1.000 persone	80,1	113,6	80,0	102,4	81,5	95,0	70,5	84,8	76,5	90,2
Persone con almeno un ricovero:										
- Numero (in migliaia)	407	380	424	368	410	372	415	349	430	385
- Quozienti per 1.000 persone	67,7	89,9	69,4	85,2	63,3	79,6	62,1	71,8	63,5	77,8
Giorni di degenza:										
- Dati in migliaia	4.801	4.807	5.239	4.505	6.037	4.224	4.853	3.604	5.039	4.252
- Media per ricovero	10,0	10,0	10,7	10,2	11,4	9,5	10,3	8,7	9,7	9,5
- Media per persona ricoverata	11,8	12,7	12,4	12,2	14,7	11,4	11,7	10,3	11,7	11,0
Pronto soccorso:										
- Persone (migliaia)	460	379	498	408	580	479	577	487	608	504
- Quozienti per 1.000 persone	76,6	89,7	81,5	94,5	89,5	102,4	86,3	100,2	89,8	101,7
- Ricorsi (migliaia)	588	475	725	589	804	638	833	658	834	671
Guardia medica:										
- Persone (migliaia)	304	178	326	220	379	268	331	244	403	262
- Quozienti per 1.000 persone	50,6	42,1	53,4	51,0	58,5	57,4	49,5	50,3	59,6	52,9
- Ricorsi (migliaia)	482	282	632	404	643	458	536	335	627	469

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat, “Aspetti della vita quotidiana”

Tab. 6 - Persone che nelle ultime quattro settimane hanno effettuato visite di prevenzione per tipo di visita, secondo la ripartizione classe di età e sesso - Anno 2005 *(per 100 persone con le stesse caratteristiche)*

	Totale visite mediche per prevenzione (a)			Solo generiche per prevenzione (b)			Visite specialistiche per prevenzione (b)		
	Maschi	Femmine	Maschi e femmine	Maschi	Femmine	Maschi e femmine	Maschi	Femmine	Maschi e femmine
0-14	9,5	10,2	9,9	70,0	67,6	68,8	23,7	25,8	24,8
15-24	3,5	5,3	4,4	26,0	21,4	23,3	69,5	68,3	68,8
25-34	2,7	7,5	5,1	39,0	14,7	21,2	54,5	78,1	71,9
35-44	3,5	6,0	4,7	34,5	25,2	28,7	58,5	67,3	64,0
45-54	5,0	6,6	5,8	37,6	26,4	31,1	52,5	62,7	58,4
55-64	6,3	6,9	6,6	43,3	39,6	41,3	45,6	50,7	48,4
65-69	8,3	7,1	7,7	49,5	50,9	50,2	39,2	34,4	36,8
70-74	7,8	7,6	7,7	48,9	49,5	49,3	43,1	39,3	41,1
75-79	8,5	7,8	8,1	53,6	58,5	56,4	38,9	32,4	35,2
80-e più	8,7	9,6	9,3	57,7	72,7	68,0	31,5	20,4	23,9
Totale	5,6	7,3	6,5	49,2	41,3	44,6	42,7	49,9	46,9

(a) per 100 persone con le stesse caratteristiche
(b) per 100 persone che hanno fatto visite di prevenzione con le stesse caratteristiche

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat, *"Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari"*

Tab. 7 - La pratica sportiva della popolazione per classi do età- Differenze di genere - Anno 2008
(per 100 persone della stessa età e sesso)

	Praticano sport		Pratic ano solo qualc he attivit à fisica	Non pratic ano sport né attivit à fisica	Praticano sport		Pratic ano solo qualc he attivit à fisica	Non pratic ano sport né attivit à fisica	Praticano sport		Pratic ano solo qualc he attivit à fisica	Non pratic ano sport né attivit à fisica
	- In modo continua tivo	- In modo saltua rio			- In modo continua tivo	- In modo saltua rio			- In modo continua tivo	- In modo saltua rio		
	Maschi				Femmine				Maschi e femmine			
3-5	16,5	5,1	22,9	49,5	22,0	3,1	19,8	48,7	19,2	4,1	21,4	49,1
6-10	57,5	8,9	13,4	18,4	52,4	6,3	15,8	24,1	55,0	7,7	14,6	21,1
11-14	64,1	8,9	11,6	14,7	49,6	9,7	18,0	21,2	57,0	9,3	14,7	17,9
15-17	53,8	17,8	12,4	15,6	35,3	11,7	23,9	27,9	45,0	14,9	17,9	21,5
18-19	47,8	17,3	12,9	21,0	26,2	13,6	27,6	32,6	36,6	15,4	20,5	27,0
20-24	43,2	17,3	14,4	23,9	25,2	12,8	28,5	32,5	34,5	15,1	21,2	28,0
25-34	33,2	16,4	19,1	30,3	21,1	11,2	30,4	36,5	27,3	13,9	24,6	33,3
35-44	23,2	15,9	25,1	35,2	16,8	10,4	31,6	40,7	20,0	13,1	28,4	38,0
45-54	19,2	13,8	29,2	37,4	13,8	8,0	34,5	43,3	16,5	10,8	31,9	40,4
55-59	14,9	10,4	34,7	39,7	11,9	6,2	37,4	44,1	13,4	8,3	36,1	41,9
60-64	12,4	8,8	38,4	40,3	9,6	4,9	37,6	47,2	11,0	6,9	38,0	43,8
65-74	**8,6**	**6,0**	**42,9**	**41,8**	**7,4**	**2,7**	**33,7**	**55,7**	**8,0**	**4,2**	**37,9**	**49,4**
75 e più	**3,5**	**2,2**	**30,4**	**63,5**	**1,6**	**1,8**	**17,5**	**78,6**	**2,3**	**1,9**	**22,4**	**72,9**
Totale	25,8	12,0	26,1	35,3	17,6	7,5	29,2	44,9	21,6	9,7	27,7	40,2

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat, “Aspetti della vita quotidiana”

Tab. 8 - Persone di 65 anni ed oltre disabili secondo tipo di disabilità e sesso - Anni 1999/2000 - 2005 *(per 100 persone della stessa età e sesso)*

	1999-2000		2005	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Disabili	14,3	22,9	**13,3**	**22,5**
Tipo di disabilità				
Confinamento individuale	5,9	11,0	5,6	11,0
Disabilità nelle funzioni	8,7	15,0	8,9	15,0
Difficoltà nel movimento	6,7	11,5	6,4	11,6
Difficoltà vista, udito e parola	3,8	4,7	3,1	4,6

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat, *"Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari"*

Tab. 9 - Persone 65 anni ed oltre disabili secondo il tipo di disabilità, la classe d'età ed il sesso - Anni 1999-2000 e 2005 *(per 100 persone della stessa età e sesso)*

Classi di età	1999-2000					2005				
		Tipo di disabilità					Tipo di disabilità			
	Disabili	Confinamento individuale	Disabilità nelle funzioni	Difficoltà nel movimento	Disabilità vista, udito, parola	Disabili	Confinamento individuale	Disabilità nelle funzioni	Difficoltà nel movimento	Disabilità vista, udito, parola
					Maschi					
6-14	1,5	0,3	1,2	0,1	0,2	1,6	0,1	1,3	0,2	0,2
15-24	0,8	0,2	0,4	0,2	0,3	0,6	0,2	0,3	0,1	0,3
25-34	0,9	0,4	0,3	0,2	0,3	0,7	0,3	0,4	0,2	0,2
35-44	1,0	0,4	0,6	0,3	0,3	1,0	0,3	0,6	0,3	0,4
45-54	1,4	0,6	0,6	0,5	0,6	1,4	0,6	0,5	0,5	0,3
55-64	3,0	0,9	1,4	1,5	0,8	2,2	0,8	1,0	1,0	0,7
65-69	6,3	1,8	3,2	3,2	1,5	4,3	1,6	2,8	1,9	1,0
70-74	9,8	3,2	4,8	4,8	2,2	7,7	2,9	4,7	3,6	1,4
75-79	14,4	6,1	8,7	6,6	3,5	13,4	5,1	8,4	6,8	2,5
80 e più	38,7	19,1	27,1	17,6	11,8	35,8	16,1	25,3	17,1	9,3
TOTALE	3,4	1,3	2,0	1,5	0,9	3,3	1,3	2,1	1,5	0,8
					Femmine					
6-14	1,6	0,4	1,0	0,2	0,2	1,6	0,1	1,4	0,1	0,2
15-24	1,0	0,5	0,5	0,2	0,2	0,6	0,2	0,3	0,1	0,2
25-34	0,9	0,4	0,3	0,2	0,3	0,6	0,2	0,3	0,1	0,2
35-44	1,0	0,5	0,4	0,3	0,3	0,9	0,3	0,4	0,2	0,3
45-54	1,6	0,7	0,5	0,6	0,4	1,3	0,5	0,6	0,6	0,3
55-64	4,3	1,7	1,6	2,3	0,6	2,7	1,0	1,3	1,6	0,5
65-69	7,5	3,0	3,8	3,8	1,1	6,5	2,4	3,1	3,8	0,8
70-74	13,2	5,4	6,4	7,3	1,8	11,4	4,7	5,6	5,9	2,5
75-79	23,0	10,1	13,8	12,1	3,6	20,8	9,6	12,1	10,9	3,8
80 e più	52,0	27,8	39,2	24,9	13,4	48,9	25,5	36,8	24,7	10,5
TOTALE	6,2	2,9	3,7	3,0	1,3	6,1	2,8	4,0	3,0	1,3
					Maschi e femmine					
6-14	1,6	0,4	1,1	0,2	0,2	1,6	0,1	1,4	0,2	0,2
15-24	0,9	0,4	0,4	0,2	0,2	0,6	0,2	0,3	0,1	0,2
25-34	0,9	0,4	0,3	0,2	0,3	0,6	0,3	0,3	0,2	0,2
35-44	1,0	0,5	0,5	0,3	0,3	0,9	0,3	0,5	0,3	0,3
45-54	1,5	0,7	0,6	0,6	0,5	1,3	0,6	0,6	0,6	0,3
55-64	3,7	1,3	1,5	1,9	0,7	2,5	0,9	1,2	1,3	0,6
65-69	7,0	2,4	3,5	3,5	1,3	5,5	2,1	2,9	2,9	0,9
70-74	11,7	4,4	5,7	6,2	2,0	9,7	3,9	5,2	4,9	2,0
75-79	19,6	8,5	11,8	9,9	3,5	17,8	7,8	10,6	9,2	3,3
80 e più	47,7	25,0	35,2	22,5	12,9	44,5	22,3	32,9	22,1	10,1
TOTALE	4,9	2,1	2,9	2,2	1,1	4,8	2,1	3,0	2,3	1,1

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat, *"Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari"*

Tab. 10 - Percettori di reddito da lavoro e da trasferimenti pubblici per età e sesso - Anno 2004-2006 *(per 100 persone di 15 anni e più con le stesse caratteristiche)*

	Lavoro		Pensioni		Altri trasferimenti pubblici		Trasferimenti pubblici (a)	
	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi
				2003				
Meno di 35 anni	55,4	70,8	2,0	2,3	17,9	23,5	19,5	25,3
35 - 44 anni	68,3	95,1	3,1	3,8	21,4	37,8	23,6	40,3
45 - 54 anni	60,6	91,7	9,3	10,9	11,8	32,6	20,1	39,9
55 - 64 anni	26,3	51,7	49,8	62,0	4,6	22,2	52,3	70,2
65 anni o più	*3,3*	*10,5*	*90,5*	*98,3*	*4,3*	*28,7*	*90,6*	*98,4*
Totale	41,4	64,5	32,1	30,9	12,4	28,5	42,6	51,0
				2004				
Meno di 35 anni	54,9	71,5	2,0	2,4	17,4	22,8	19,0	24,8
35 - 44 anni	69,0	95,4	3,0	3,7	21,0	39,3	23,2	41,2
45 - 54 anni	61,1	91,7	10,1	10,2	13,0	33,2	21,8	39,9
55 - 64 anni	28,7	52,3	49,1	61,5	4,0	21,3	51,3	70,2
65 anni o più	*3,1*	*11,2*	*88,7*	*97,2*	*4,8*	*27,6*	*88,7*	*97,3*
Totale	41,7	64,9	31,9	30,8	12,3	28,4	42,3	51,0
				2005				
Meno di 35 anni	50,9	67,5	2,0	2,2	18,5	22,1	20,2	24,0
35 - 44 anni	66,8	93,8	2,9	3,7	22,2	37,3	24,5	39,3
45 - 54 anni	59,9	92,0	8,9	8,6	13,2	33,8	20,6	38,1
55 - 64 anni	32,4	55,8	48,2	60,2	4,4	24,9	50,7	69,2
65 anni o più	*7,2*	*13,0*	*88,8*	*97,7*	*5,7*	*31,2*	*88,8*	*97,8*
Totale	41,4	64,2	31,8	30,7	13,2	29,2	42,8	50,3
				2006				
Meno di 35 anni	48,6	64,4	2,4	2,3	19,1	22,2	21,1	24,2
35 - 44 anni	65,9	92,8	2,8	3,4	22,2	39,5	24,4	41,6
45 - 54 anni	59,0	90,6	9,5	9,1	14,2	32,3	22,2	37,2
55 - 64 anni	28,0	51,7	49,1	62,9	4,6	22,5	51,2	69,6
65 anni o più	*2,8*	*9,5*	*90,2*	*98,7*	*5,8*	*30,8*	*90,2*	*98,7*
Totale	38,7	61,5	32,6	31,5	13,5	29,0	43,8	51,1

(a) La somma dei percettori di redditi da pensione e da trasferimenti non pensionistici non coincide con i percettori di trasferimenti pubblici in quanto vi sono individui che percepiscono entrambe le tipologie di reddito.

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat, “Reddito e condizioni di vita”

Tab. 11 - Redditi individuali netti da lavoro e da trasferimenti pubblici per classe d'età e sesso - Anni 2004-2006 *(media in euro)*

	Lavoro		Pensioni		Altri trasferimenti pubblici		Trasferimenti pubblici (a)	
	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi
				2003				
Meno di 35 anni	10.677	13.575	4.181	4.404	1.799	2.334	2.078	2.555
35 - 44 anni	13.675	19.464	5.225	5.082	1.926	2.385	2.434	2.718
45 - 54 anni	15.146	21.251	7.933	11.768	2.746	3.217	5.281	5.840
55 - 64 anni	15.153	20.328	9.958	15.847	5.566	2.713	9.979	14.853
65 anni o più	11.604	17.084	9.177	12.815	1.462	436	9.243	12.924
Totale	12.952	17.866	9.137	13.243	2.142	2.181	7.492	9.250
				2004				
Meno di 35 anni	11.291	14.285	3.928	4.450	1.843	1.856	2.101	2.144
35 - 44 anni	14.351	20.486	5.652	5.483	2.308	2.493	2.819	2.870
45 - 54 anni	15.769	22.612	8.020	10.882	2.526	2.832	5.218	5.141
55 - 64 anni	15.041	21.037	10.289	16.735	3.550	2.990	10.129	15.567
65 anni o più	10.384	15.221	9.612	13.681	523	404	9.632	13.784
Totale	13.544	18.754	9.517	13.983	2.042	2.055	7.763	9.590
				2005				
Meno di 35 anni	11.739	14.700	5.015	4.852	2.117	1.927	2.446	2.217
35 - 44 anni	14.890	20.489	5.502	5.486	2.414	2.132	2.849	2.545
45 - 54 anni	16.227	22.750	7.525	8.418	2.471	2.629	4.857	4.240
55 - 64 anni	14.425	20.511	9.825	15.260	3.033	1.787	9.605	13.912
65 anni o più	6.124	13.373	9.917	13.918	654	323	9.953	14.012
Totale	13.671	18.854	9.637	13.642	2.142	1.753	7.821	9.332
				2006				
Meno di 35 anni	11.782	15.192	4.911	4.906	2.218	2.036	2.544	2.332
35 - 44 anni	15.516	21.303	6.192	5.135	2.464	2.679	2.948	2.961
45 - 54 anni	16.769	23.664	7.581	8.303	2.806	2.625	4.951	4.287
55 - 64 anni	15.552	22.639	9.939	15.173	1.683	1.047	9.643	14.061
65 anni o più	7.552	13.764	10.127	14.136	450	335	10.154	14.227
Totale	14.263	19.807	9.810	13.763	2.166	1.846	7.961	9.525

(a) La somma dei percettori di redditi da pensione e da trasferimenti non pensionistici non coincide con i percettori di trasferimenti pubblici in quanto vi sono individui che percepiscono entrambe le tipologie di reddito

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat, “Reddito e condizioni di vita”

Tab. 12 - Indice di vecchiaia per genere *[rapporto di composizione fra la popolazione di 65 anni e oltre rispetto a quella da 0 a 14 anni] (1)* - Anni 1992-2020 (val. %)

	Maschi	Femmine	Totale
1992	**80,0**	**121,7**	**100,4**
1993	83,1	126,4	104,3
1994	86,2	131,1	108,1
1995	89,0	135,3	111,6
1996	92,3	140,0	115,5
1997	94,8	143,8	118,7
1998	97,0	147,2	121,5
1999	99,2	150,4	124,1
2000	101,3	153,3	126,6
2001	103,6	156,4	129,3
2002	105,0	159,2	131,4
2003	107,2	161,9	133,8
2004	109,2	164,0	135,9
2005	111,2	166,0	137,8
2006	113,3	168,1	139,9
2007	115,0	170,0	141,7
2008	116,2	170,9	142,8
2009	117,0	171,3	143,4
2010	**118,5**	**172,6**	**144,8**
2011	*119,2*	*172,9*	*145,3*
2012	*121,7*	*175,4*	*147,8*
2013	*124,1*	*177,8*	*150,2*
2014	*126,7*	*180,5*	*152,9*
2015	*128,9*	*183,0*	*155,2*
2016	*131,2*	*185,6*	*157,6*
2017	*133,1*	*187,8*	*159,6*
2018	*134,9*	*190,0*	*161,7*
2019	*137,0*	*192,5*	*163,9*
2020	***139,5***	***195,6***	***166,7***

(1)Dati al 1° gennaio di ciascun anno

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

Tab. 13 - Speranza di vita per coloro che sono giunti a 65 anni (per genere) - Anni 1992-2020 *(età media)*

	Maschi	Femmine
1992	15,4	19,2
1993	15,4	19,2
1994	15,5	19,4
1995	15,7	19,6
1996	15,8	19,6
1997	16,0	19,8
1998	15,9	19,8
1999	16,2	20,0
2000	16,5	20,4
2001	16,9	20,7
2002	16,9	20,8
2003	16,8	20,6
2004	17,4	21,4
2005	17,5	21,3
2006	17,8	21,6
2007	17,9	21,6
2008	18,0	21,6
2009	18,2	21,7
2010	**18,3**	**22,1**
2011	18,4	22,2
2012	18,5	22,3
2013	18,6	22,5
2014	18,7	22,6
2015	18,8	22,7
2016	18,9	22,8
2017	19,0	23,0
2018	19,2	23,1
2019	19,3	23,2
2020	19,4	23,3

Fonte: dati Istat