La salute delle donne
Il corpo che cambia

Indagine sulla salute delle donne adulte e anziane

Alessandra Salvato
Fiorella Chiappi
Gianni Aristelli

CGIL SPI TOSCANA
IRES TOSCANA
COORDINAMENTO DONNE SPI CGIL TOSCANA

Indice

Introduzione p. 5
Alessandra Salvato

Empowerment femminile e salute 9
Fiorella Chiappi

1. Scopi e strumenti dell'indagine 11
2. La promozione della salute 12
3. I mediatori sociali e la promozione della responsabilità individuale 13
4. Rischi e Risorse 14
5. Empowerment femminile ed educazione alla salute 15
6. Il desiderio femminile 16
7. La salute dopo la menopausa 17
8. La centralità delle madri/nonne nelle reti familiari 18
9. La percezione dell'invecchiamento 19
10. Le reti extrafamiliari 20
Note 22

L'indagine statistica 25
Gianni Aristelli

1. Il gruppo di osservazione 27
   1.1 La rilevazione dei questionari 27
   1.2 Il gruppo osservato 27
2. L'analisi dei dati del questionario 30
   2.1 Il profilo familiare 30
   2.2 La cura dei familiari 31
      2.2.1. La cura della famiglia convivente 32
      2.2.2. La cura di nipoti 33
      2.2.3. La cura dei familiari portatori di problematiche 34
      2.2.4. La cura degli anziani 35
      2.2.5. Sintesi dell'impegno di cura 36
2.3 Le cure ricevute 38
2.4 La situazione economica 39

2.5 I comportamenti di consumo p. 40
2.6 Vita affettiva e sessuale 41
2.7 L'invecchiamento 44
2.8 L'uso dei servizi 46
2.9 L'impiego del tempo libero 48
2.10 Il futuro 50
3. Le attività associative 51
3.1 Donne e attività associative 51
3.2 Attività associative e futuro 53
Note 54

Conclusioni 57

Appendice / Il questionario 65

Bibliografia 77

Introduzione

Alessandra Salvato

Alessandra Salvato, inizia a lavorare nel 1968 nel settore del commercio e nel 1969 riceve la prima tessera sindacale della FILCAMS CGIL. Nel 1973 inizia l'attività sindacale come delegata. Nel 1996 diventa Coordinatrice Regionale di "Alternativa Sindacale". Nel 1988 entra nella Segreteria Provinciale della Filcams come Responsabile dei settori: Imprese di Pulizie, Ristorazione e Guardie Giurate. Nel 2001 dopo il 14° Congresso della CGIL Regionale gli viene affidato Il settore della Grande Distribuzione fino al Marzo 2004. Il 1° Aprile 2004 è stata eletta nel Comitato Direttivo dello SPI Regionale e Segreteria Regionale.

L'Indagine sulla salute delle Donne è nata dalla voglia di conoscere e di rappresentare tutte le tematiche che la donna di oggi si porta dietro con il passare degli anni, col cambiamento di vita che questa società impone alle donne giovani e non più giovani.

Le battaglie degli anni passati per la conquista dei diritti negati sono spesso per le giovani donne di oggi racconti di vita passata, vissuti come ricordi nostalgici di una gioventù ormai persa. Causa di questo è la mancanza di contaminazione tra generazioni e la presenza di una cultura prevalente che schiaccia sull'oggi rimuovendo la memoria storica, anche la più recente, perché indirizzata dal governo e dai media sul presente, senza una prospettiva sul futuro.

Le donne, rappresentate in questo libro, hanno lottato per vedere riconosciuto il loro corpo non solo come oggetto, hanno lottato per vedersi riconosciuto il diritto di scelta (vedi leggi sulla contraccezione e aborto, leggi sul divorzio e nuovo diritto di famiglia), hanno ottenuto il diritto all'indipendenza (leggi sul lavoro, leggi di parità e pari opportunità) e hanno combattuto affinché la violenza sul corpo delle donne non fosse più riconosciuto come offesa alla morale pubblica (legge sulla violenza sessuale e le molestie sul luogo di lavoro).

Oggi vediamo, invece, che molte di quelle conquiste sono sempre più frequentemente messe in discussione, talvolta stravolte da leggi e leggine che ne cambiano completamente l'indirizzo. E' questo un tempo che vede sempre più ricacciare le donne in casa ai soli lavori di cura, togliendo loro le opportunità per emergere sul lavoro, negli studi quanto e come gli uomini, ma è anche un tempo che ci deve vedere protagoniste insieme alle nuove generazioni per difendere i nostri diritti.

Il Coordinamento Donne Regionale alla proposta di un'Indagine sui temi delle donne di varie fasce di età, impegnate o non impegnate nel Sindacato, sole o in famiglia, con figli o nipoti o anziani da accudire, ha risposto molto positivamente alla raccolta dei questionari. La scelta è stata mirata anche a domande di carattere molto personale, come quelle sulla sessualità e il benessere delle donne in età adulta e avanzata, a cui, dopo qualche iniziale smarrimento, hanno risposto tutte.

L'obiettivo iniziale dell'indagine è stato quello di ottenere spazi e servizi nelle strutture pubbliche dedicati alle donne non più giovani, dove potersi incontrare e confrontarsi e dove trovare informazioni e risposte adeguate. Con-

sultori che abbiano all'interno servizi per le donne e per tutto l'arco della vita.

Se all'inizio la ricerca era centrata sui temi della salute, per promuovere iniziative per donne adulte e anziane, si è allargata, in seguito, anche al carico del lavoro di cura per i nipoti e per gli anziani di casa, alle condizioni di vita e di lavoro, ai servizi e al bisogno di benessere culturale.

Lo svolgere attività di cura sostitutive di servizi a nipoti e anziani per il Sindacato va portato nel campo della contrattazione sociale, al cui interno vanno rafforzati gli strumenti sviluppatasi negli ultimi anni, come i bilanci di genere.

Le idee di una socialità di genere tramite la condivisione di esperienze ci ha fatto scoprire da tempo come possiamo incidere sulla negoziazione sociale, per rispondere a tutti quei bisogni espressi e non espressi che sono stati evidenziati e analizzati nelle risposte.

Saranno però le donne, e in particolare le donne dello Spi, a trasformare le parole in politica delle donne, ovvero nella capacità di diventare un'immagine sociale e politica e di imporre nel dibattito pubblico non solo i bisogni, ma anche la varietà dei modi di essere. Politiche che prendano in considerazione i nostri cambiamenti fisici e psicofisici, i continui cambiamenti: il pensionamento o l'uscita forzata dal lavoro, l'uscita di casa dei figli e a volte anche il loro rientro, le malattie proprie e dei familiari, la perdita dei genitori. Tutti fattori che incidono fortemente su questo nostro tempo di vita, sul corpo e sulla mente.

Un augurio per tutte: quello di lavorare insieme per superare la solitudine che attanaglia questo nostro mondo. Un ringraziamento a tutte le donne che hanno collaborato alla realizzazione di questo libro e a tutte quelle che lo vorranno leggere.

Jenny Joseph, nata nel 1932, scrive:

Quando sarò vecchia indosserò il viola
con un cappello rosso che non si adatta e non mi sta bene
e spenderò la mia pensione in brandy e guanti estivi
e sandali di seta e dirò che non abbiamo da mangiare
poi mi siederò sul marciapiede quando sarò stanca
mangerò tutti i campioncini nei negozi e farò scattare gli allarmi
farò scorrere un bastone lungo le ringhiere
e compenserò la sobrietà della mia gioventù
uscirò in pantofole nella pioggia
e coglierò i fiori nei giardini degli altri …
Forse mi devo allenare un po' adesso
così la gente che mi conosce non si scioccherà né si sorprenderà
quando da vecchia improvvisamente indosserò il viola.

Empowerment femminile e salute

Fiorella Chiappi

Fiorella Chiappi, psicologa esperta di educazione e psicologia del lavoro e delle organizzazioni, psicoterapeuta a orientamento psicodinamico e psicosessuale e scrittrice. Ha fatto esperienze lavorative in varie strutture private e pubbliche: università, scuola, consultori Asl, cooperazione, sindacato, associazioni di volontariato. Da anni si occupa di problematiche di genere collaborando con varie istituzioni e nell'Istituto *"C.O.R.I. Comunicazione & Ricerche (Li)"* di cui è presidente e pubblicando vari articoli e testi.

1. Scopi e strumenti dell'indagine

Lo Spi Cgil della Toscana, con questa indagine sulla salute delle donne nella fascia di età delle sue iscritte dai cinquanta anni in poi, ha voluto, prima di tutto, "dar voce" a quello che le dirette interessate pensano del proprio stare bene o meno in questa loro fase della vita e rispetto al loro futuro.

Il questionario, formulato con una serie di domande chiuse e alcune aperte su vari aspetti della vita delle donne di queste fasce di età, è una rielaborazione di quello fatto dal Coordinamento Donne dello Spi Cgil di Torino per la loro indagine "Il corpo che cambia" del 2009 e che ci ha lasciato gentilmente utilizzare. Il questionario, una volta rielaborato dal gruppo di coordinamento scientifico[1], è stato nuovamente visionato dal Coordinamento Donne dello Spi Cgil Toscana che ha promosso l'indagine nel 2010.

Nella primavera del 2011, dopo una giornata di formazione alle responsabili dei Coordinamenti Donne delle Leghe[2] dei vari capoluoghi di provincia e dei comuni della Toscana per la comprensione in dettaglio della funzione del questionario e delle relative modalità di somministrazione, sono state effettuate le interviste nei vari territori toscani.

Per verificare eventuali differenze fra donne che sono attive dentro una rete sociale o meno, abbiamo cercato che il gruppo di osservazione fosse composto per metà da donne che frequentano lo Spi Cgil e per metà da altre che non ne fanno parte.

I dati emersi sono stati esaminati, creando alcune suddivisioni. Una di questa è stata per fasce di età: donne adulte: 50 – 65 anni; donne mature: 66 – 75; donne anziane: oltre 75.

Pur sapendo che oltre all'età anagrafica ce n'è una legata a fattori soggettivi, abbiamo fatto questa suddivisione orientativa per analizzare, ad esempio, il variare o meno del carico di cure date e ricevute col passare degli anni.

L'elaborazione delle risposte è stata concepita, oltre che come un necessario strumento per indirizzare ulteriori azioni sindacali in materia di salute delle donne in queste fasce di età, come una prima raccolta di dati da cui partire per aprire, dentro e fuori il Sindacato, in gruppi di donne e in gruppi misti, una riflessione sui fattori che possono incidere sulla salute femminile e, di conseguenza, sui comportamenti individuali, familiari, sociali e politici che la possono attivare o meno. Una riflessione che consenta, ad esempio

in collettivi femminili, di dare sempre più voce alle difficoltà personali, ma anche ai bisogni, ai desideri e che favorisca una ricerca assieme su quanto fare per realizzare il miglior benessere possibile. Un confronto da cui possa scaturire anche un dibattito pubblico sulla salute delle donne e la richiesta di Consultori in cui ci si occupi della promozione della salute delle donne over cinquanta.

Uno degli scopi di questa indagine è, infatti, anche quello di promuovere un confronto e delle possibili azioni in merito alla diffusione di quella cultura della promozione della salute, che l'OMS, l'Organizzazione mondiale della sanità[3] cerca di diffondere fra gli stati membri, nonostante le inevitabili resistenze, gli ostacoli oggettivi e soggettivi.

2. La promozione della salute

Secondo l'OMS, fin dal 1948[4], la salute non è tanto uno stato di "assenza di malattia o infermità", quanto piuttosto uno stato di "benessere fisico, mentale e sociale", "il possesso del migliore stato di salute che è possibile raggiungere". Ed è anche "uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano, qualunque sia la sua razza, la sua religione, le sue opinioni politiche, la sua condizione economica o sociale".

Nei decenni successivi a questa definizione di salute è seguito un ricco lavoro di ricerca scientifica pluridisciplinare che ha permesso di focalizzare la complessità dei fattori interni ed esterni che entrano in gioco quando si parla di salute. Tale complessità di studi e ricerche è poi confluita in modo integrato nel documento sulla promozione della salute, redatto dall'OMS nel 1984 in preparazione della Carta di Ottawa[5].

Nel documento, che sta alla base di tutti gli orientamenti sanitari successivi, viene detto che la promozione della salute è *"il processo che mette in grado le persone di aumentare il controllo sulla propria salute e di migliorarla. Per raggiungere uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, un individuo o un gruppo deve essere capace di identificare e realizzare le proprie aspirazioni, di soddisfare i propri bisogni, di cambiare l'ambiente circostante o di farvi fronte. La salute è quindi vista come una risorsa per la vita quotidiana, non è l'obiettivo del vivere. La salute è un concetto positivo che valorizza le risorse personali e sociali, come pure le capacità fisiche. Quindi la promozione della salute non è una responsabilità esclusiva del settore sanitario, ma va al di là degli stili di vita e punta al benessere."*

Responsabilità politico-sociale e non solo individuale sono alcuni dei criteri di questa visione, secondo cui la salute è una risorsa per la collettività oltre che per il singolo. Ponendo l'accento sull'equilibrio dinamico fra l'individuo e il suo ambiente, viene sostenuto anche che occorre prendere in considerazione gli inestricabili legami esistenti fra le nazioni, le regioni e le comunità così come fra le persone e il loro ambiente. Una affermazione, que-

sta, che ci fa sottolineare come la promozione della salute sia un processo che si costruisce anche all'interno di reti di solidarietà e che, quando la malattia ci invade, ci sia bisogno di una comunità che ci aiuti a vivere nel miglior modo possibile.

La Carta di Ottawa richiede agli Stati scelte politiche coerenti e compiti precisi, fra cui quello di occuparsi dei fattori politici, economici, sociali, culturali, ambientali che possono favorire o meno il conseguimento dei prerequisiti essenziali per la salute: la pace, l'abitazione, l'istruzione, il cibo, un reddito, un ecosistema stabile, delle risorse sostenibili, una giustizia sociale, l'equità. E viene precisato che qualsiasi azione di promozione sociale deve essere adattata ai bisogni locali e alle possibilità dei singoli paesi e regioni, in modo tale da tenere conto dei diversi sistemi sociali, culturali ed economici. I principi e gli obiettivi rimangono gli stessi, ma di volta in volta vanno messi in relazione con i contesti di pertinenza, i modelli culturali di riferimento e le istanze delle persone.

3.I mediatori sociali e la promozione della responsabilità individuale

Gli orientamenti per la salute nel nostro paese, in linea con la Carta di Ottawa, prevedono una visione di promozione della salute molto più ampio di quello centrato solo sull'assistenza sanitaria. Per questo motivo il settore sanitario ha il ruolo, non solo di garantire servizi clinici e curativi, ma anche di promuovere la salute.

In una logica di *"riorientamento"* dei servizi sanitari, infatti, viene dato loro un mandato più ampio, in cui sono prioritari: l'attenzione ai vari aspetti culturali, l'attenzione alla ricerca sanitaria come pure ai cambiamenti nell'insegnamento e nella formazione professionale, il sostegno ai bisogni degli individui e delle comunità per una vita più sana.

Secondo questa visione nei servizi deve esserci una conseguente modifica degli atteggiamenti e della organizzazione, in modo tale da centrarsi sui bisogni complessivi dell'individuo nella sua interezza e attivare percorsi volti all'educazione alla salute, partendo dall'effettivo ascolto dei bisogni dell'utenza. Chiaramente orientati, come indica la Carta di Ottawa, verso un'ottica assistenziale, ecologica e olistica[6], in grado di gestire le risorse per la promozione della salute e condividendone le finalità con altri settori, altre discipline e, soprattutto, con le persone stesse.

Viene precisato, infatti, che la promozione della salute non può essere garantita solo dal settore sanitario, ma piuttosto dalla pluralità dei soggetti coinvolti: governi, istituzioni, mass media, le diverse parti sociali ed economiche e soprattutto i diretti interessati.

Un'azione complessa e sinergica, che, nella Carta di Ottawa, viene ritenuta essenziale perché si costruisca una progressiva responsabilità degli Sta-

ti e dei vari soggetti sociali e dei singoli rispetto alla propria salute e volta a fornire concretamente alle persone gli strumenti e le condizioni per elaborare delle convinzioni e delle strategie necessarie per conseguire in ogni momento della vita il benessere possibile.

Nella visione dell'OMS vengono previsti anche dei possibili mediatori sociali per ridurre le inevitabili resistenze al profondo cambiamento che gli orientamenti sanitari richiedono. Fra i vari soggetti indicati - gruppi professionali, sociali e personale sanitario – possiamo individuare proprio un Sindacato come la Cgil che, con la sua azione informativa, culturale, di educazione alla salute, oltre che di contrattazione, può esercitare quell'importante ruolo di mediazione sociale che l'OMS individua come essenziale in ogni società per perseguire gli obiettivi della promozione della salute.

Nel questionario, proprio per il ruolo di mediatore sociale che viene ad avere un sindacato e per dare voce alle dirette interessate, abbiamo dato spazio di conseguenza a come sono vissuti i servizi sanitari e a eventuali proposte di miglioramento.

4. Rischi e Risorse

Secondo la logica della promozione della salute, vengono ad essere dei rischi per la salute tutte quelle convinzioni e atteggiamenti che, a livello individuale e collettivo, portano a sottovalutare lo stress[7] negativo *(distress)*, vale a dire tutto ciò che diventa per noi fonte di malessere, sia esso vissuto come momenti di rabbia, ansia, tristezza, oppressione. Vengono ad essere delle risorse, al contrario, tutte quelle dimensioni di vita che consentono di bilanciare lo stress negativo mediante lo stress positivo *(eustress)* sia esso connotato da stati di relax, quiete o curiosità, entusiasmo.

"Abbiamo quindi eustress se l'esperienza è voluta e ci dà la sensazione di dominare l'ambiente [...] Abbiamo invece distress se l'esperienza non è voluta, sentiamo di non dominare l'ambiente, e questo ci dà insicurezza e ansia." (M. Farnè, 1999, pag. 26-27)

Lo stress fa parte della nostra vita quotidiana, in quanto viviamo uno stimolo – stressor in inglese – dopo l'altro e ognuno accende in noi reazioni di tipo positivo o negativo che possono bilanciarsi. I problemi nascono quando ci sono momenti di stress negativo troppo forti o troppo frequenti che producono effetti organici logoranti per il nostro organismo: appetito eccessivo o carente, disturbi digestivi, dolori al collo o alla parte bassa della schiena, tic nervosi, tremori, cefalea da tensione, palpitazioni, eccessiva sudorazione, secchezza in gola, ecc. E mettono in moto reazioni psicologiche altrettanto destabilizzanti: incapacità di attenzione e concentrazione, ansia, irrequietezza, stato di allarme, senso di stanchezza, disturbi del sonno, senso di debolezza, depressione, perdita della gioia di vivere, ecc.

In questo caso occuparsi della propria salute diviene il cercare di ridurre,

per quanto è possibile, quanto ci provoca lo stress negativo, attivando forme di coping[8], cioè di gestione positiva del *distress* e potenziando quanto attiva lo stress positivo.

Ascoltarsi, valutare, scegliere, dunque, per non gravare il nostro corpo e la nostra psiche e per rigenerarsi. Occuparsi di sé, di quanto possa aiutarci a vivere momenti di relax, di serenità così come di interesse. Curare noi stesse e non solo gli altri.

Altro rischio per la salute viene ad essere l'isolamento, la perdita di radicamento in una qualche rete familiare, culturale o sociale. Una condizione che porta inevitabile stress negativo, sotto forma di mancanza di stimoli, tristezza, senso di impotenza, di inutilità.

La rete di relazioni è una risorsa essenziale e non solo quella familiare, ma anche quella che molti di noi costruiscono al di fuori. Una rete di conoscenze, amicizie che possono aiutare, in certi momenti della vita, a riequilibrarsi, a ritrovarsi quando si è attraversati dalla perdita di rapporti dentro il contesto familiare.

Le relazioni al di fuori della famiglia possono aiutarci a reagire, a dare concretezza a quella che in psicologia viene definita come *resilienza*[9], vale a dire la capacità di ritirarsi su dopo che siamo precipitati per un evento, una perdita.

5. Empowerment femminile ed educazione alla salute

Occuparsi di salute in una fascia di età, come quella delle donne coinvolte in questa indagine, vuol dire anche stimolare la riflessione delle dirette interessate sulle scelte di vita che possano essere utili per perseguire il proprio benessere possibile, per mantenere e migliorare la propria salute. Pensare insieme ai servizi sanitari in un'ottica di promozione della salute in queste fasce di età, di ascolto delle persone in tutta la loro complessità. Riflettere sugli obiettivi, ma anche sugli ostacoli che si incontrano e sulle strategie comuni per risolverli. Ascoltarsi, contaminarsi per rendere concretizzabile nel vivere quotidiano ciò che non sempre è facile perseguire. Rafforzarsi dentro collettivi femminili e poi aprirsi al confronto con altre realtà per conoscere, sapere, chiarirsi e confrontarsi ulteriormente. Tutti spazi per interrogarsi sui vincoli oggettivi e soggettivi, sui condizionamenti fuori e dentro di sé, ma anche sul riconoscimento delle risorse personali e del contesto in cui si vive. Opportunità per potenziare quelle consapevolezze, quelle abilità di vita quotidiana che sono indispensabili per diventare protagonisti della propria continua azione di educazione alla salute.

Tutte azioni, queste, volte anche a sviluppare il proprio empowerment personale: quel processo, attraverso cui si diviene *"potenti"* (empowered), ovvero si rafforza *"la propria capacità di scelta, autodeterminazione e autoregolazione"* (Claudia Piccardo, 1992, pag. 23). Un processo in cui chi è in una

situazione di difficoltà, di subalternità, va supportato perché possa fare delle sue scelte e orientarsi verso il proprio futuro.

La promozione dell'empowerment in ogni ambito della vita privata e pubblica è proprio uno degli obiettivi essenziali che il Movimento internazionale delle donne ha affermato nella Conferenza internazionale delle donne di Pechino del 1995. In quella sede, appunto, all'immagine di *"donne vissute come vittime"* è stata contrapposta quella di *"soggetti attivi"* ed è stato chiesto agli Stati membri di creare le condizioni perché questo venisse agevolato.

Per questo motivo parlare delle metamorfosi che avvengono nel corpo delle donne con la menopausa non può essere svincolato da un atteggiamento attivo nei confronti di sé stesse, del proprio presente e futuro. Un atteggiamento volto a vivere queste nuove fasi della vita con l'accettazione dei cambiamenti a cui si è soggette, delle perdite a cui si va incontro, ma anche con l'intento di vivere al meglio il proprio presente.

In questa logica anche tutto il percorso dell'indagine è stato pensato come un momento di confronto finalizzato a rafforzare l'empowerment delle donne coinvolte. L'inizio di un processo ulteriore di riflessione fra donne sulla salute femminile, su quanto può promuoverla o diventare un rischio.

6. Il desiderio femminile

Parlare dell'empowerment femminile, della vitalità, della determinazione delle donne verso il proprio benessere in una fascia di età in cui la menopausa è prossima, presente o acquisita da tempo, vuol dire anche uscire fuori da una serie di luoghi comuni che attraversano ancora la nostra società e che tendono a rappresentarla con quelle forme di rigida schematizzazione che sono gli stereotipi. Alcuni dei quali ci rimandano l'immagine di una donna che in menopausa deve essere necessariamente depressa o in crisi per la perdita della fertilità. Altri ci propongono una donna che dopo la menopausa, persa la bellezza giovanile, entra a far parte di una schiera di donne asessuate, che possono trovare un nuovo loro senso solo nel ruolo di nonna *"perennemente disponibile"*.

In realtà l'universo femminile, nelle società occidentali avanzate come la nostra, è molto più complesso di come gli stereotipi lo vogliono rappresentare. Esistono vari modi di vivere il proprio modo di essere donna, con sfumature diverse a tutte le età e soprattutto col permanere di quel sottile filo della vitalità che è il desiderio, incluso quello sessuale.

La femminilità è l'espressione di tante possibili parti, di una grande varietà di archetipi[10] che possiamo ritrovare nella mitologia greca con il suo Olimpo di divinità maschili e femminili, ricche, ciascuna, di una pluralità di aspetti spesso contraddittori fra loro (G. Paris, 1997-2002). Parti che albergano anche dentro noi, donne e uomini moderni, e che possono condizionarci negativamente quanto meno le impariamo a riconoscere, ma che possono

aiutare ad esprimerci quando ci entriamo in contatto.

Fra le divinità femminili c'è Demetra, la dea della cura affettiva, del senso materno, così presente nella nostra cultura mediterranea. Memosine, che alimenta la storia personale e la storia collettiva. Hestia, la dea del focolare che rappresenta anche l'esigenza di uno spazio interiore in cui proteggersi dalle lotte e dalle competizioni, come è stato per donne come Emily Dickinson che nel chiuso della sua cameretta e nel largo spazio della sua poesia ha dato forma alla sua creatività. E ci sono Giunone che dà forma all'istanza femminile di potere, Atena, la divinità dell'intelletto, della politica, della manualità, Afrodite la dea dell'amore, dell'erotismo, della seduzione o Diana, che può esprimere le attuali esigenze di autonomia e di crescita delle donne…

Tutte potenziali parti dell'essere donna, che possono alternarsi nel corso della vita e combinarsi fra loro, dando origine a modi personali di essere e di esprimersi. La salute, in questa ottica, sta nel frequentarle un po' tutte, lasciando che emerga nella complessità anche quella prevalente, ma evitando che una sola prenda il sopravvento su tutte.

La salute, dalla menopausa in poi, è lasciarle esprimere, anche se con modalità modulate sull'età, e non zittirle, lasciando che prenda forma un profondo senso di privazione e con esso di sofferenza.

7. La salute dopo la menopausa

Mantenere una vitalità interiore dopo la menopausa vuol dire anche affermare una nuova visione culturale sulle età della donna, vuol dire mettere in ombra quei condizionamenti culturali che tendono ad appannare il desiderio femminile.

Per molto tempo le varie teorie sulla menopausa hanno messo il climaterio in relazione con la maternità e l'hanno vista come una fase di perdita, quasi di profondo, ineluttabile e irrisolvibile lutto. Molte teorie organicistiche hanno spiegato i sintomi del climaterio attraverso una causalità organica imputabile al calo degli ormoni estrogeni; altre di tipo socioculturale hanno letto la depressione di tante donne in età da menopausa come un effetto delle pressioni culturali interiorizzate dalle donne, che, identificandosi ancora con la funzione procreativa, vivrebbero la fine delle mestruazioni come un lutto, una perdita irrinunciabile,*"un momento depressivo femminile, la sindrome del nido vuoto corrispondente all'uscita dei figli."* (R. Giommi, M. Perrotta, 1994, pag. 131).

"È indubbio che la identità culturale della donna sia legata alla maternità, ma il desiderio di maternità ha inevitabilmente subito le sorti dei mutamenti culturali e sociologici, si è trasformato nel tempo e ci sono donne che oggi non si identificano totalmente con esso, dando luogo anche ad altri tipi di "fertilità" attinenti all'impegno sociale o culturale. " (F. Flacco, 2010, pag. 21).

Il senso di perdita definitiva e insostituibile può esserci, quando l'uni-

verso affettivo e simbolico di riferimento ruota solo attorno ai figli e questi si allontanano. Ma è possibile reagire all'allontanamento dei figli o alla perdita di un compagno, quando si è inserite in una rete di relazioni familiari molto più ampia, fatta di parenti e non solo di figli e/o in reti extrafamiliari come quelle legate ad interessi del tempo libero, alla vita associativa.

E, se ci guardiamo intorno, vediamo molte associazioni, circoli in cui ferve ogni tipo di vita sociale, in cui donne e uomini in coppia o single si incontrano per viaggiare, ballare, cantare, giocare a carte, parlarsi, ascoltare conferenze, fare progetti, impegnarsi per qualcosa e qualcuno.

Oggi il modo di essere di una donna può andare oltre ad alcuni modelli scanditi a livello collettivo e modularsi su pluralità di visioni, di scelte personali. Il passare delle stagioni può cessare di essere vissuto come una perdita, un silenzio delle emozioni, un dedicare il proprio tempo libero solo alla cura degli altri, ma piuttosto come un modo diverso di permettersi nuove opportunità di vita. Per molte diviene vitale mantenere le relazioni familiari, occuparsi dei più fragili, incontrare figli, nuore e generi, *"godersi i nipoti"* ma anche permettersi momenti ludici, vivere una passione, fare vita associativa. Equilibrarsi fra l'impegno familiare e l'interesse sociale. Permettersi la complessità del proprio modo di sentire, di essere e di relazionarsi.

Per approfondire la riflessione sulla salute, abbiamo dedicato, pertanto, numerose domande a verificare la soddisfazione di desideri o meno: da quelli affettivi e sessuali alla tipologia di consumi non primari che una si permette o si può permettere, a seconda del suo reddito.

8. La centralità delle madri/nonne nelle reti familiari

Molte donne, in Italia, nonostante il passare degli anni, anzi proprio col passare del tempo, svolgono un importante ruolo sociale: la costruzione di forti reti familiari[11]. Se nel passato potevano essere in posizione marginale all'interno della vita familiare, *"nelle reti parentali contemporanee le donne sembrano piuttosto collocate al centro degli scambi, come tessitrici delle stesse."* (C. Saraceno, M. Naldini, 2010, pag. 80). Donne che vivono un ruolo complesso, fatto di cura affettiva, di centralità della famiglia, di influenza su figli e nipoti. Un ruolo che talvolta è accompagnato da un depotenziamento di quello maschile.

In tutte le società occidentali sviluppate, infatti, mentre si indebolisce la trasmissione patrilineare, *"l'appartenenza familiare anche allargata e l'identificazione a una continuità intergenerazionale sembrano piuttosto essere comunicati e garantiti per il tramite delle donne e dei rapporti tra donne: tra madri e figlie, tra sorelle, ma anche tra suocere e nuore e tra cognate. Sono infatti le donne a scambiarsi aiuti e informazioni rilevanti per la vita quotidiana e per la stessa continuità delle tradizioni familiari: routine, riti, culture alimentari, e così via."* (C. Saraceno, M. Naldini, 2010, pag. 80)

La casa della madre/nonna diviene il centro del flusso di affettività e di aiuti.

"È nella casa della madre/nonna che per lo più continuano a incontrarsi le famiglie dei fratelli e delle sorelle; che i cugini si conoscono; è nella casa della madre/nonna che i riti familiari continuano (si pensi alle celebrazioni, alle festività annuali). Al punto che quando la madre non c'è più, è più facile che le grandi riunioni cessino, anche se il padre c'è ancora, o che continuino nella casa di una figlia, che per così dire ne prende il posto. Analogamente, sono le sorelle o le cognate, le suocere e le nuore che mantengono la continuità della appartenenza espressa tramite la celebrazione degli anniversari sia comuni che specifici di ciascun nucleo familiare: anniversari di nozze dei genitori, compleanni dei nipoti, regali di Natale. Questi momenti simbolici di riaffermazione di una vicenda comune, di un legame, sono ricordati e continuati innanzitutto per tramite della comunicazione e della attività femminile [...] nella continua tessitura di una rete che può avere anche tratti costrittivi e soffocanti, ma che senza questa comunicazione e attività rischia di non esistere." (C. Saraceno, M. Naldini, 2010, pag. 81-82)

Un ruolo, questo, che pone inevitabilmente, in una logica di promozione della salute, un approfondimento culturale sulle relazioni dentro le reti familiari che ridiano *"potere"* e conseguente *"responsabilità"* al ruolo maschile, con i relativi vissuti di benessere, che responsabilizzino i figli sulla condivisione della fatica quotidiana, che alleggeriscano il carico di impegno femminile. Se è vero che mantenere all'interno della famiglia un ruolo di *"utilità"* può essere fonte di soddisfazione, di benessere per molte donne, è anche vero che il peso eccessivo degli impegni può creare un senso di oppressione, di stress negativo.

Con alcune domande sulla cura che le donne forniscono e ricevono abbiamo voluto analizzare, pertanto, il ruolo che le donne vengono ad avere all'interno delle reti familiari, il carico del loro impegno e l'eventuale sostegno che ricevono dai loro familiari.

9. La percezione dell'invecchiamento

Uno degli obiettivi del questionario utilizzato in questa indagine è stato quello di indagare come le donne intervistate - adulte, mature e anziane - si vivono rispetto al tema dell'invecchiamento, se si sentono *"vecchie"* oppure no e di indicare, in caso affermativo, qual è stato l'evento che ha dato loro questa percezione: cambiamenti a livello corporeo, la cessazione dell'attività lavorativa, la perdita di persone care, ecc.

Mediante la richiesta di come immaginano il loro futuro, abbiamo voluto esplorare anche la percezione che le donne hanno di sé stesse rispetto al passare degli anni per poi aprire una discussione sui risultati emersi. Gli anni a venire sono uno spazio di possibile benessere o meno? Un tempo in

cui possono esserci ancora dei colori o solo orizzonti grigi? E il grigio è spesso il colore che si accompagna, nella nostra società, all'invecchiare. Grigio non solo come colore dei capelli ma anche come assenza di attività, di emozioni piacevoli, di condizioni di vita soddisfacenti. Rappresentazioni che scaturiscono soprattutto dai luoghi comuni, dagli stereotipi che restringono in schemi spesso desueti una pluralità di vite caratterizzate da diversi modi di essere e di sentire.

In realtà ci sono donne, così come uomini, che mantengono una vitalità interiore infinitamente superiore a quella di tanti giovani. Illuminante in questo senso è il film *Harold e Maude* (1971) di Hal Ashby: l'originale storia dell'incontro fra una giovane di ottanta anni e un vecchio di diciotto anni e del loro amore.

Un altro luogo comune è quello secondo cui si ritiene che le malattie siano naturalmente correlate con il sopraggiungere degli anni; di fatto molte non dipendono tanto dall'età quanto dagli errati stili di vita: alimentazione inadeguata, poca attività sportiva, fumo, isolamento, mancanza di interessi. Mantenersi attivi è uno degli antidoti essenziali, soprattutto sapendo miscelare il giusto relax con la pratica di alcuni interessi.

Dal 2002 l'OMS ha adottato, infatti, il termine *"invecchiamento attivo"* (acting aging in inglese) per intendere, non tanto la capacità di essere fisicamente attivi o di rimanere nel mercato del lavoro, quanto la possibilità di partecipare alle questioni sociali, economiche, culturali, spirituali e civiche nel rispetto dei bisogni, dei desideri e delle inclinazioni di ciascuno. Essere attivi vuol dire, dunque, fare tutte quelle attività che sono connesse con la prevenzione e la promozione della salute: fare screening di controllo, adottare stili di vita fisicamente attivi, evitare comportamenti di rischio e di abuso. Ma vuol dire anche fare attività che diano un piacere a livello individuale e che siano anche socialmente utili, *"quali il lavoro retribuito, il volontariato, il caregiving*[12]*, alcune attività sociali e comportamentali di tipo civico, mediante i quali gli anziani seguitano a offrire e a mettere al servizio della comunità le loro capacità ed esperienze; per indicare questo secondo aspetto viene spesso usato il termine "invecchiamento produttivo". Esso trova una sua prima applicazione nelle attività legate al volontariato. Infine è possibile considerare una dimensione legata al mantenimento degli interessi formativi e culturali, che trova una sua operazionalizzazione nel cosiddetto lifelong learning*[13]*."* (C. Grano, F. Lucidi, 2005, pag 58)

10. Le reti extrafamiliari

Molte donne, coinvolte nella nostra indagine, appartengono a generazioni in cui numerose hanno vissuto anche il lavoro e il tempo libero come uno spazio *"altro"* da quello della famiglia, in cui vivere una propria generosità generativa, in cui estendere il lavoro di cura ad un universo *"oltre"* quello

familiare. Spazi sempre più diffusi per tante donne, in cui esprimere una propria creatività e con essa delle dimensioni di profondo benessere.

Ciò che diviene essenziale è che ognuna possa riconoscere dove e quando sta bene e che potenzi ciò che la rigenera in modo tale da compensare quanto inevitabilmente disturba, inquieta, affatica.

Per questo motivo nel questionario è stato dato un largo spazio ad alcuni ambiti in cui fosse possibili far emergere percezioni positive e dimensioni attive delle donne intervistate:

- la famiglia con la sua rete di relazioni, di cure/servizi forniti;
- la sfera della sessualità/affettività con particolare attenzione al desiderio sessuale;
- un reddito percepito come sufficiente per i propri consumi;
- la vita associativa;
- le attività del tempo libero;
- i servizi sanitari percepiti come soddisfacenti;
- i trasporti pubblici percepiti come soddisfacenti;
- una visione ottimistica del futuro.

Ma abbiamo voluto indagare anche i fattori oggettivi e soggettivi che possono limitare questo spazio di movimento e di relazioni:

- la solitudine, intesa come una debole tessitura di vita relazionale dentro e/o fuori la famiglia, come assenza di luoghi in cui vivere incontri e avere opportunità di esprimersi;
- l'eccessivo carico del lavoro di cura, che può intrappolare l'esistenza in una serie di impegni che tolgono spazio per momenti altri da quelli del "dovere da compiere" che impediscono di avere un tempo per sé;
- assenza di vita associativa;
- mancanza di attività ricreative nel tempo libero;
- un reddito limitato che limita le possibilità;
- servizi sanitari percepiti come insoddisfacenti;
- trasporti pubblici percepiti come insoddisfacenti;
- una visione pessimistica del futuro.

Il tutto nell'ottica di analizzare quei fattori oggettivi e soggettivi che possono divenire possibili rischi per la salute delle donne coinvolte in questa indagine così come quelli che risultano essere possibili risorse.

Note

[1] Del Comitato scientifico hanno fatto parte, oltre ad Alessandra Salvato e Maria Grazia Gervasi dello Spi Cgil, Fiorella Chiappi in qualità di psicologa e Gianni Aristelli in qualità di statistico.
[2] *Le Leghe* sono le strutture di base del Sindacato dei pensionati della Cgil: lo Spi Cgil. Sono composte da donne e uomini in pensione che vogliono continuare a dare un contributo di tempo, competenza ed esperienze. Viene dato largo spazio alla partecipazione, ma col rispetto delle disponibilità di tempo e inclinazioni, soprattutto per favorire il coinvolgimento anche delle donne e promuovere, così, un loro crescente numero nella dirigenza dell'organizzazione. Le Leghe hanno compiti di tutela individuale (servizi alle persone su questioni previdenziali, ecc) e collettiva (negoziazione sociale con le istituzioni locali, ecc).
[3] L'OMS (l'Organizzazione mondiale della sanità) o WHO in inglese (*World Health Organization*), è l'agenzia specializzata dell'ONU. Ha sede a Ginevra. È stata fondata il 7 aprile 1948. Attualmente ne fanno parte centonovantatre stati che la governano attraverso l'Assemblea mondiale della sanità (WHA) che è composta da rappresentanti dell'amministrazione sanitaria di ciascun paese. L'OMS ha lo scopo di promuovere all'interno di tutte le popolazioni il livello più alto possibile di salute, intesa come condizione di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non soltanto come assenza di malattia o di infermità. Se l'organizzazione, in qualità di soggetto di diritto internazionale, è vincolata dalle norme della sua Costituzione e da accordi internazionali, gli stati che ne fanno parte hanno l'obbligo di cooperare per gli scopi e gli obiettivi espressi nella sua costituzione. L'OMS suddivide il mondo in sei strutture organizzative regionali - Europa, Africa, Mediterraneo orientale, Sud-est asiatico, Americhe, Pacifico occidentale. - ognuna delle quali fa capo a un proprio Comitato Regionale che, all'interno delle linee generali, sviluppa programmi legati alla specificità delle aree di pertinenza. La regione dell'Europa, che comprende anche la Russia, ha sede a Copenaghen in Danimarca.
[4] *La definizione di salute* venne sottoscritta il 22 luglio 1946 dai rappresentanti dei sessantuno Stati (Records Ufficiali dell'Organizzazione mondiale della sanità) al termine dell'International Health Conference svoltasi a New York il 19-22 giugno 1946 ed entrò in vigore il 7 aprile 1948, quando fu fondata l'Organizzazione mondiale della sanità. Da allora la definizione non è stata corretta.
[5] La Carta di Ottawa è stata presentata alla 1° Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute, riunitasi a Ottawa il 21 novembre 1986, per stimolare l'azione a favore della Salute per Tutti per l'anno 2000 e oltre.
Questa Conferenza è stata realizzata per rispondere alle crescenti aspettative mondiali per un nuovo movimento di sanità pubblica. Le discussioni hanno posto l'attenzione soprattutto sui bisogni presenti nei paesi industrializzati,

ma hanno preso in considerazione anche aspetti propri delle altre regioni. La Conferenza si è basata sul progresso ottenuto grazie alla Dichiarazione sull'Assistenza Sanitaria Primaria di Alma-Ata, al documento dell'O.M.S. sugli obiettivi della Salute per Tutti e al recente dibattito sull'azione intersettoriale a favore della salute svoltosi nell'Assemblea Mondiale della Sanità.

[6] Il termine olistico deriva da olismo, che in greco vuol dire "tutto, intero, totale". In ambito scientifico si usa quando si studiano i fenomeni e i sistemi complessi con un approccio interdisciplinare e globale, ponendo l'attenzione alla globalità dell'individuo: corpo, emozioni, mente, spiritualità e alla complessità comunicativa delle relazioni.

[7] Il termine stress è stato usato inizialmente dagli ingegneri per indicare quella forza che, applicata ad un materiale, può produrre una tensione o un cambiamento meccanico. In psicologia è stato utilizzato per la prima volta da Cannon (1932) col significato di stimolo nocivo. Successivamente Selye ha definito lo stress come quell'insieme di reazioni difensive, sia fisiologiche che psicologiche che vengono messe in atto per fronteggiare una minaccia o una sfida. Selye (1936) riconobbe anche che lo stress non è necessariamente negativo, ma una reazione in primo luogo adattativa, in quanto finalizzata a ristabilire o a mantenere l'equilibrio omeostatico. Passò, pertanto, a definire lo stress in distress o stress negativo e eustress o stress positivo. Lazarus e Folkman (1984), che hanno elaborato il concetto di stress psicologico, lo definiscono come qualcosa di dinamico: la risultante dell'interazione di variabili ambientali e individuali, elaborate a livello cognitivo.

[8] Il coping, che è sempre la conseguenza di una valutazione, lo possiamo intendere come l'insieme dei tentativi per controllare eventi ritenuti difficili o superiori alle nostre risorse. Questi tentativi cambiano sempre nel tempo e possono essere centrati sul problema (analizzare il problema per comprenderlo meglio, elaborare un piano di azione, tenere duro e lottare per ciò che si vuole, ci si impegna a fondo per raggiungere gli obiettivi, si cerca di non agire per impulso, si chiede consiglio a qualcuno, ci si rivolge a uno psicologo) o sull'emozione (si cerca di dimenticare l'intera vicenda, di vederne il lato positivo, si conclude che tutto il male non viene per nuocere, si cerca la simpatia e la comprensione degli altri, si dà valore alle cose importanti della vita, non ci si pensa troppo, si decide che ci siano cose peggiori per cui preoccuparsi) (Lazarus R. S. & Folkman, S. 1984).

[9] Il termine resilienza deriva dal latino resiliens, participio presente di resilire: saltare indietro, rimbalzare. Nel mondo delle industrie la resilienza è lo stato tipico di quei prodotti che schiacciati ritornano su. In psicologia il termine resilienza sta ad indicare la capacità di reagire in modo positivo agli eventi negativi, alle difficoltà, di trovare nuove forme di equilibrio, di adattamento, cogliendo le opportunità che la vita offre e senza perdere la propria umanità.

[10] Il termine archetipo (in greco tipos: "modello", "marchio", "esemplare" e *arché*: "l'originale") viene usata in vari ambiti. In filosofia viene utilizzato per

indicare la *forma preesistente e primitiva* di un pensiero (ad esempio l'idea platonica). Nella psicoanalisi di Jung e di altri autori, indica le idee innate e predeterminate dell'inconscio umano. Forme universali del pensiero dotate di contenuto affettivo, simboli, possibili valori etico-sociali a cui appoggiarsi coscientemente o da cui essere condizionali inconsciamente nel corso della vita. Gli archetipi, in quanto temi e schemi dominanti nella vita umana, si ritrovano in ogni cultura e hanno un'eco nei miti, nelle favole, nelle leggende.

[11] Utilizziamo il termine rete familiare per spiegare come la famiglia nucleare moderna sia immersa in una complessità, "di rapporti e scambi fra parenti: fra famiglie e tra individui di diverse famiglie. *Il termine rete non è casuale: indica una pluralità di direzioni, un intrecciarsi di rapporti e scambi non sempre diretti e lineari; ma indica anche una attività di sostegno, o almeno di protezione. Segnala inoltre un dinamismo dettato non esclusivamente da regole ascritte e rigide, ma dal gioco dei bisogni e delle scelte"* (C. Saraceno, M. Naldini, 2001, pag 72).

[12] Con il termine caregiving (in inglese "giving": *che dà* e "care": *cure*) si indicano coloro che si prendono cura di qualcuno che necessita di assistenza.

[13] Col termine *lifelong learning* (in inglese "learning": *apprendimento* e "lifelong": *nel corso della vita*) si indica il processo di apprendimento nel corso di tutta la vita. Il Parlamento Europeo, nel 2006, ha istituito il Lifelong Learning Programme (LLP), con lo scopo di contribuire, attraverso l'apprendimento permanente, allo sviluppo della Comunità.

L'indagine statistica

Gianni Aristelli

Gianni Aristelli, si è laureato in Statistica all'Università di Firenze nel 2005. Si occupa di analisi statistica di banche dati amministrative, indagini campionarie e rilevazione statistica da oltre 20 anni.
Ha pubblicato vari articoli su riviste elettroniche ("Focus Economia Toscana") e non ("Economia Pubblica") in materia economica, fiscale e sociale.

1. Il gruppo di osservazione

1.1 La rilevazione dei questionari

Si è detto dunque che la rilevazione dei questionari è stata organizzata dalla rete Spi Cgil dei vari capoluoghi di provincia e dei comuni della Toscana, previa formazione dei soggetti responsabili locali della rilevazione da parte del gruppo di coordinamento scientifico.

Ogni Lega ha così somministrato localmente un numero di questionari proporzionale alla sua dimensione a donne appartenenti alla Lega stessa o a donne comunque conosciute dai membri aventi il requisito d'età previsto (età superiore od uguale a 50 anni).

La distribuzione e compilazione del questionario è avvenuta in forma cartacea con compilazione assistita da parte del responsabile locale, che ha garantito la massima comprensione e coerenza dei dati ancorché la massima riservatezza nella fase di compilazione del questionario.

I questionari, una volta compilati, sono stati sottoposti ad un primo controllo di qualità locale e successivamente alla trasmissione alle strutture Spi regionali per la successiva fase di registrazione in un database statistico.

Con la rilevazione descritta sono stati raccolti complessivamente 1.288 questionari, 62 dei quali sono stati scartati a seguito degli ulteriori controlli di qualità imposti. Pertanto al termine della rilevazione i questionari utilizzabili per l'analisi sono risultati in numero di 1.226.

1.2 Il gruppo osservato

Si è detto dunque che il gruppo osservato è composto da 1.226 donne toscane. Per il 47% si tratta di donne adulte in età 50-65 anni, per il 36% di donne mature in età 66-75, mentre le donne anziane (sopra i 75 anni) sono risultate il 16% del totale. Del residuo 1%, la maggioranza non ha indicato la propria età, mentre altre hanno indicato un'età inferiore ai 50 anni.

Il 38% ha come massimo titolo di istruzione la licenza elementare, il 29% la licenza media inferiore, il 22% la licenza media superiore e l'9% un titolo universitario.

Lo stato civile è per il 55% di coniugata, il 3% di convivente. Le vedove sono il 28%, le separate e le divorziate il 4% rispettivamente, mentre le nubili il 6%. Il residuo 1% non ha indicato il proprio stato civile.

Tavola 1. Principali caratteristiche del gruppo di osservazione

Principali caratteristiche	Frequenza	Percentuale
Classe d'età		
Non specificata	15	1,2
Fino 49 anni	9	0,7
50-65 anni (adulte)	570	46,5
66-75 anni (mature)	435	35,5
Oltre 75 anni (anziane)	197	16,1
Titolo di istruzione		
Non specificato	19	1,5
Nessuno	6	0,5
Elementare	469	38,3
Medie	361	29,4
Superiori	265	21,6
Università	104	8,5
Altro titolo	2	0,2
Stato civile		
Non specificato	18	1,5
Nubile	67	5,5
Divorziata	45	3,7
Separata	45	3,7
Vedova	343	28,0
Coniugata	673	54,9
Convivente	35	2,9
Provincia di residenza		
Arezzo	95	7,7
Firenze	311	25,4
Grosseto	114	9,3
Livorno	148	12,1
Lucca	70	5,7
Massa Carrara	101	8,2
Pisa	103	8,4
Pistoia	115	9,4
Prato	74	6,0
Siena	95	7,7
Totale	**1.226**	**100,0**

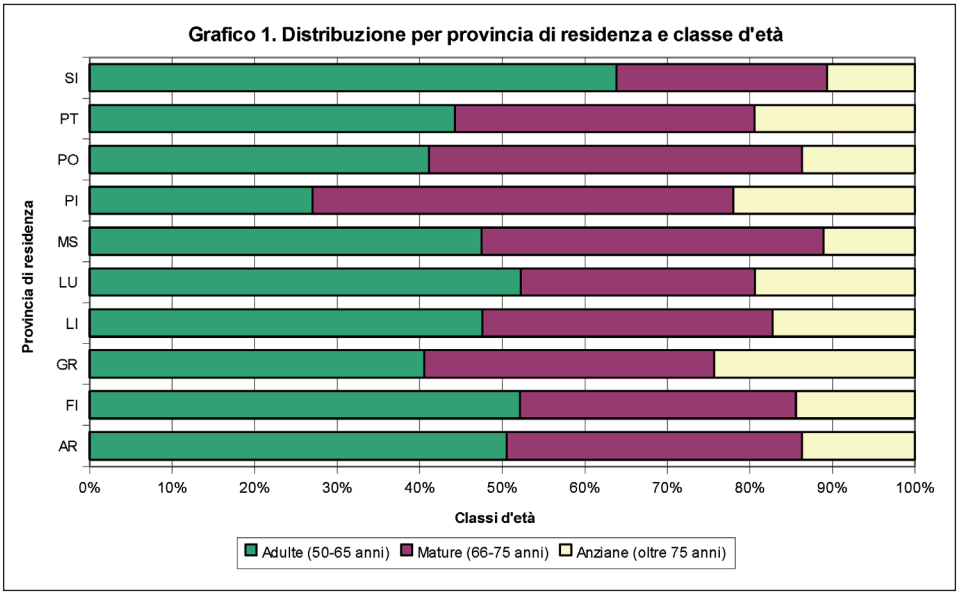
La lega di Firenze è quella maggiormente rappresentata (25%), così come le altre dei comuni capoluogo di provincia che si aggirano su valori compresi tra il 5 e il 10%. Discorso analogo vale ovviamente per le province di residenza delle donne dove troviamo in termini assoluti circa 300 interviste sulla provincia di Firenze e un centinaio di interviste sulle altre nove province con numerosità più o meno analoga per ciascuna e con poche eccezioni (positiva Livorno con 146 questionari, negative Lucca e Prato con circa 70 questionari).

Circa il 90% delle donne è nata in Toscana, con una scarsissima presenza di donne straniere (1%).

La quota di donne intervistate in relazione alle principali variabili anagrafiche è ragionevolmente allineata a quella della popolazione toscana. Per

la fascia d'età delle donne adulte la distribuzione per età delle donne osservate è molto simile a quella della popolazione regionale femminile di pari età (47% contro 45%), mentre è piuttosto diversa per le altre due fasce d'età. Il gruppo di osservazione infatti presenta il 36% di donne mature ed il 16% di donne anziane, mentre la popolazione regionale complessiva il 26% di donne mature ed il 29% di donne anziane. Rispetto allo stato civile e al riferimento territoriale (di livello provinciale) il gruppo di osservazione invece è decisamente molto simile a quello regionale complessivo, con valori il più delle volte coincidenti a meno di un punto percentuale.

All'interno del gruppo di osservazione a livello provinciale si notano asimmetrie distributive rispetto a quelle generali e che differiscono spesso dalle distribuzioni complessive della popolazione. Si passa infatti dal caso della provincia di Pisa che raggiunge la quota di risposte del 50% per le donne mature e del 21% per quelle anziane ottenendo quindi anche la distribuzione con la maggiore presenza di vedove a quella opposta della provincia di Siena con una percentuale del 63% di donne adulte, il 25% di donne mature e solo l'11% di donne anziane. Altri casi interessanti sono quello della provincia di Grosseto che ha i valori più equilibrati fra i tre raggruppamenti d'età (39% adulte, 34% mature e 24% anziane) e Massa-Carrara e Prato che hanno per i due primi raggruppamenti d'età consistenze molto simili e con valori intorno a 40-45%.



Al di là dei confronti di composizione del gruppo rispetto alla generalità della popolazione femminile toscana, è senz'altro da sottolineare che le differenze maggiori che si riscontrano in termini di analisi debbano essere imputate piuttosto alla specificità della rilevazione ed alle modalità di selezione delle donne possibili obiettivo di rilevazione. Vedremo infatti nel

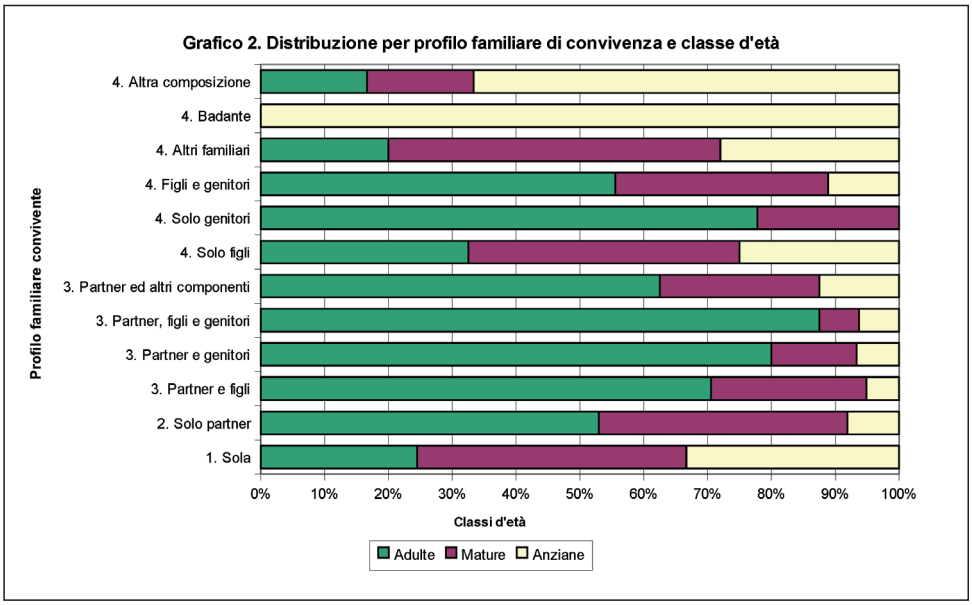
prosieguo dell'analisi che circa la metà delle donne intervistate svolgono attività di volontariato o si trovano nella rete Spi o nella rete Auser. È del tutto evidente che una simile caratteristica sia del tutto specifica del gruppo di osservazione e ne rappresenti di fatto un carattere distintivo.

2. L'analisi dei dati del questionario

2.1 Il profilo familiare

La composizione familiare prevalente in cui la donna vive è quella col solo partner (38%), seguita da quella di unica abitante della casa (24%), poi in situazione familiare con solo coniuge e figli (18%) e solo figli (10%).

Complessivamente le donne che vivono con un partner ed eventualmente altri familiari è il 61% del totale e il 19% ha qualcuno dei figli in casa. Il complementare 39% di donne che non vive con un partner può essere utilmente scomposto in due gruppi: uno di donne che vivono sole (gruppo che si è detto ammontare al 24% del totale), e l'altro 15% che ha situazioni familiari varie, che il più delle volte vedono la presenza di figli.



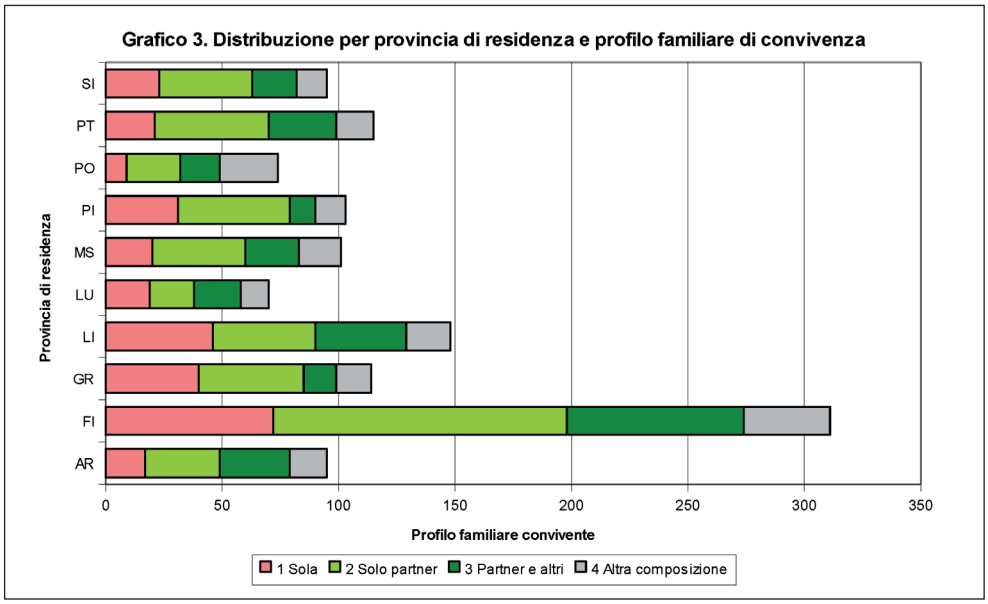
Le donne che vivono sole sono in prevalenza mature ed anziane (74%) e sono in prevalenza vedove (74%) e separate o divorziate (13%), meno numerose le nubili (11%).

Le donne che vivono col solo partner sono per il 52% adulte ed il 38% mature, mentre quelle che vivono anche con i figli sono per la quasi totalità adulte o mature.

Le donne che vivono senza partner, ma non sole, vivono in prevalenza con i figli e sono prevalentemente mature, con una buona presenza anche delle altre

fasce d'età. Sono per 2/3 vedove e per l'altra parte divorziate o separate.

A livello territoriale assumono rilevanza alcune situazioni come quella della provincia di Arezzo in cui sono relativamente poche le donne sole e più numerose le donne con figli e eventuale coniuge, quella della provincia di Grosseto in cui sono numerose le donne sole e poche quelle con marito e figli, quella delle province di Livorno e Lucca che hanno una buona presenza di donne sole o che vivono con marito e figli, quella della provincia di Massa Carrara e Prato che hanno poche donne sole e molte che vivono con i figli e senza coniuge, quella della provincia di Pisa che vivono in prevalenza sole o col solo coniuge, quella della provincia di Pistoia che hanno poche donne sole e molte che vivono con coniuge ed eventualmente figli e quella della provincia di Siena che vivono prevalentemente col coniuge.



Complessivamente hanno 1.778 figli con una media di 1,5 figli ciascuna. Il 14% delle donne non ha figli, il 37% ne ha 1, il 41% ne ha 2, il 7% ne ha 3. Solo l'1% ne ha più di 3.

2.2 La cura dei familiari

Come si è detto nel precedente capitolo, la donna svolge un importante ruolo sociale legato alla costruzione delle reti familiari, che a partire dalla famiglia in cui vive si estendono all'intero sistema delle relazioni familiari. In questo ambito rientrano in particolare le relazioni intrattenute con i componenti della famiglia in cui la donna vive, con i discendenti e gli ascendenti anche se non conviventi.

Allo scopo di monitorare l'importanza di queste relazioni si sono costruiti

alcuni indicatori sintetici del carico dovuto ai compiti di cura delle persone dichiarato nel questionario, coprendo quattro aree della sfera relazionale della donna:

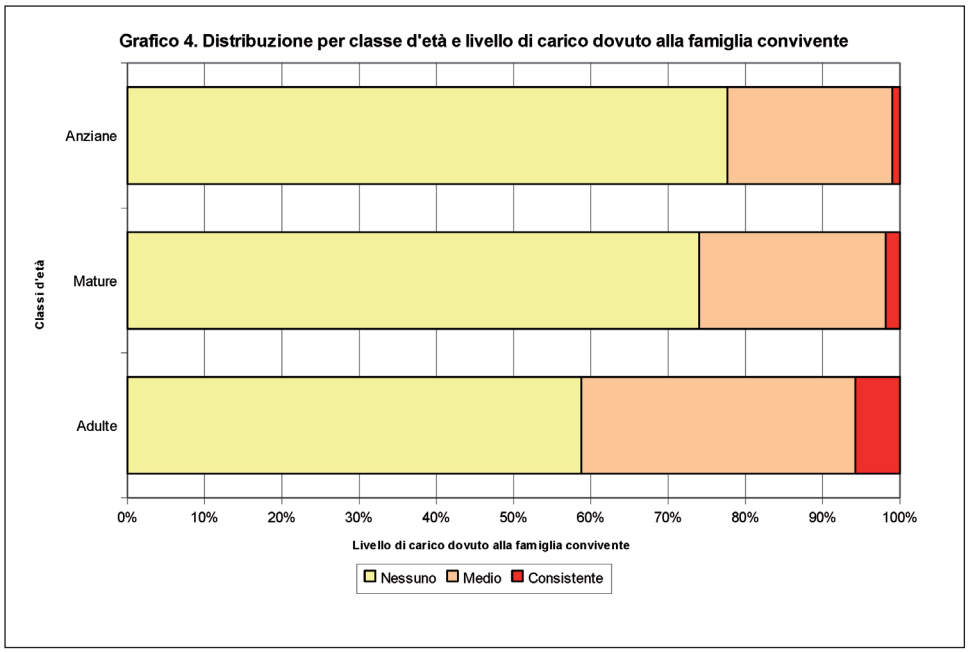
- cura della famiglia convivente
- cura dei nipoti
- cura dei familiari portatori di problematiche
- cura degli anziani.

Gli indicatori assumono posizioni comprese da "Nessuno" e "Elevato" e coprono le situazioni estreme in cui la donna non ha persone di cui prendersi cura a quelle di massimo impegno su tutti o quasi tutti i fronti.

Per una descrizione delle modalità di calcolo degli indicatori si consultino le note a fine capitolo.

2.2.1. La cura della famiglia convivente

La cura ordinaria della famiglia convivente, per intendersi quella in cui non vi siano problematiche dichiarate, anziani da accudire o nipoti piccoli, è considerata ai fini di questa analisi come un'attività che produce un impegno base, ovvero un elemento naturale di una vita autonoma, al pari di quello svolto dall'eventuale coniuge e come tale considerato una sostanziale origine dei valori e quindi di valore pari a zero. È il caso di evidenziare che il 59% delle donne adulte osservate vive sola o col solo coniuge e quindi non ha per costruzione dell'indicatore particolari carichi familiari derivanti dalla famiglia convivente. Tale proporzione cresce al crescere dell'età raggiungendo il 74% per le donne mature ed il 78% per quelle anziane.



In analogia il carico della famiglia convivente cambia anche in relazione allo stato civile: è nullo per le donne che vivono sole, come nel caso di alcune donne nubili o vedove, è presente per le altre specialmente se adulte e coniugate o conviventi. Una punta interessante di carico si riscontra per le donne nubili che vivono in famiglia e che sono confrontate spesso con la cura dei genitori o di familiari anziani.

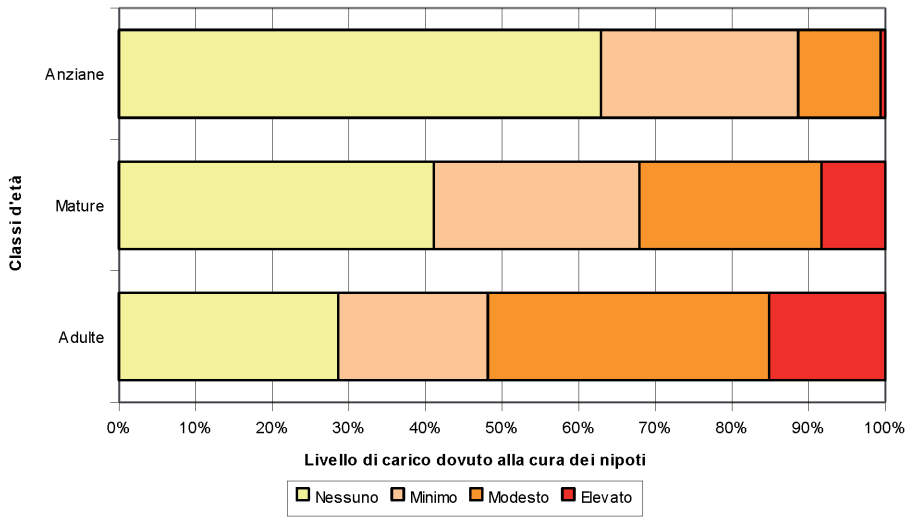
2.2.2 La cura di nipoti

La cura dei nipoti è particolarmente rilevante per le donne che vivono con il solo marito/compagno, seguita da quelle che vivono con i soli figli. Si tratta quindi in prevalenza di donne adulte e mature. Il carico è di entità sostenuta per circa il 30% di queste donne, mentre oltre il 50% di queste non ha carico dovuto ai nipoti sia per il fatto di non averli che di non doversene occupare. Solo il 10% delle donne anziane ha carichi sostenuti per la cura dei nipoti, le altre o non ne hanno o li hanno in misura minima.

I due terzi delle donne osservate hanno nipoti. Segmentando l'insieme per classi d'età si osserva che per le donne adulte la quota è del 52%, sale al 75% per le donne mature ed infine all'85% per quelle anziane.

Analizzando le donne che hanno nipoti, si osserva che il 57% di loro se ne occupa, magari anche solo per il fatto di averli nella composizione familiare. La quota di donne impegnata con i nipoti decresce con l'età: il valore è del 70% per le donne adulte, scende al 58% per quelle mature e al 32% per quelle anziane.

Grafico 5. Distribuzione per classe d'età e livello di carico dovuto alla cura dei nipoti (solo donne con nipoti)



Il 18% delle donne non sa dichiarare la quota media di impegno che dedica ai nipoti in una settimana. Quelle che lo sanno dichiarare sono più o meno equidistribuite tra le 5 fasce del questionario con una leggera prevalenza della

fascia superiore alle 20 ore settimanali. Per le donne adulte l'impegno è sbilanciato sulle quote di carico maggiori, più bilanciato per le mature e sbilanciato sulle quote inferiori per le anziane.

Il 59% delle donne condivide l'impegno dei nipoti con altri, in larga parte familiari (53%). Sono le donne adulte a condividere maggiormente l'impegno (67%), seguite dalle mature (56%) e dalle anziane (36%).

Tavola 2. Distribuzione percentuale per livello di carico dovuto alla cura dei nipoti e profilo della famiglia convivente

Carico dovuto alla cura dei nipoti	**Profilo familiare di convivenza**				
	1 Sola	2 Solo partner	3 Partner e altri	4 Altra composizione	**Totale**
Nessuno	58,3	33,7	32,0	40,3	41,2
Minimo	19,7	21,3	28,0	33,1	23,8
Modesto	16,5	31,9	29,7	21,8	25,8
Elevato	5,5	13,1	10,3	4,8	9,3
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Possiamo concludere che la cura dei nipoti, ove presenti nella rete familiare, sia un'attività che riguarda soprattutto le donne adulte e che tende ad attenuarsi col passare degli anni. Nell'età adulta sono presenti possibilità di condivisione dell'impegno con altri che tendono a ridursi nel tempo, probabilmente per un assottigliamento della rete familiare con componenti abili alle cure di un piccolo o, come vedremo, per maggiori carichi dovuti a familiari problematici. Questi elementi fanno sì che per le donne adulte l'attività sia pesante ma non critica, essendo presente spesso un sostituto in caso di bisogno. Al crescere dell'età della donna si inverte la situazione con carichi minori ma con minore possibilità di sostituzione, generando quindi nei fatti una situazione analoga alla precedente.

2.2.3 La cura dei familiari portatori di problematiche

La cura dei familiari portatori di problematiche è senza dubbio uno dei compiti più gravosi in cui la donna è coinvolta. Il 19% delle donne ha dichiarato di avere carichi da familiari problematici e spesso di notevole importanza. Si tratta in prevalenza di donne adulte e mature (poche anziane), generalmente coniugate o conviventi, nubili e divorziate.

Il 25% delle donne ha in famiglia qualche situazione problematica, che riguarda per oltre la metà dei casi una problematica di ordine medico o sanitario e per la parte residua in maniera più o meno omogenea una problematica di ordine psicologico, economico od altro. Le donne adulte sono maggiormente presenti per le problematiche di ordine sanitario, quelle ma-

ture per problematiche di ordine psicologico, più presenti invece le mature e anziane sul versante delle problematiche economiche.

L'78% delle donne che ha persone con problemi in famiglia se ne occupa personalmente. Il valore è più elevato per le adulte (84%) e per le mature (81%), molto più contenuto per le anziane (41%). Il valore è elevato per le coniugate/conviventi e nubili, più modesto per le vedove, le divorziate e le separate.

L'impegno orario prevalentemente dichiarato è quello che vede la donna impegnata per oltre 10 ore il giorno (36%), seguito da quello per 2-3 ore al giorno (22%) e 4-6 ore al giorno (11%). Le donne che dedicano praticamente l'intera giornata al familiare sono in prevalenza coniugate o nubili.

Tavola 3. Distribuzione percentuale per tempo dedicato alla cura di familiari problematici e profilo della famiglia convivente

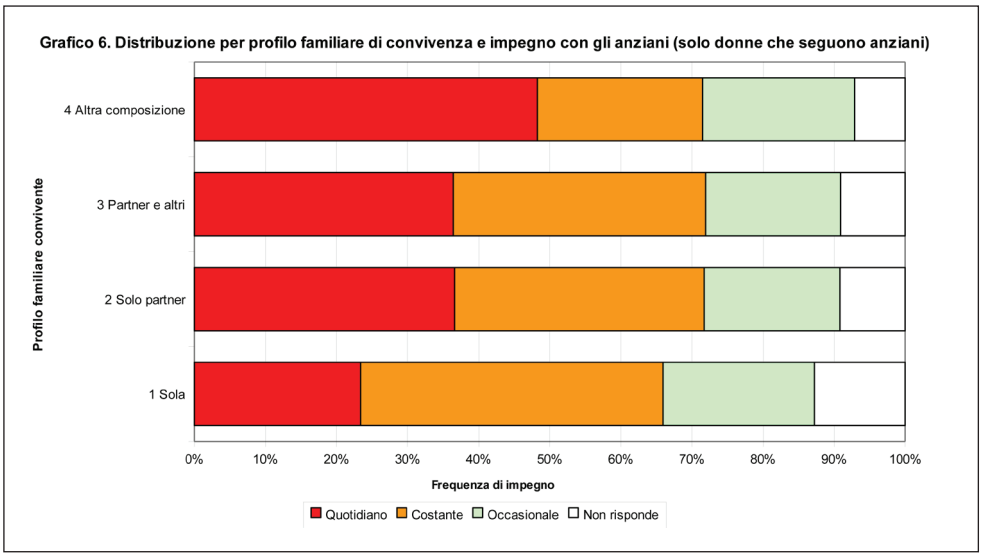
Profilo della famiglia convivente	**Ore dedicate alla cura al giorno**						
	Fino ad un'ora	Da 2 a 3 ore	Da 4 a 6 ore	Da 7 a 10 ore	Oltre 10 ore	Non risponde	**Totale**
1 Sola	20,0	20,0	4,0	4,0	20,0	32,0	100,0
2 Solo partner	8,5	22,3	12,8	8,5	34,0	13,8	100,0
3 Partner e altri	3,9	26,0	9,1	6,5	45,5	9,1	100,0
4 Altra composizione	11,9	16,7	14,3	2,4	33,3	21,4	100,0
Totale	8,8	22,3	10,9	6,3	36,1	15,5	100,0

Sì è detto quindi che mediamente una donna su cinque ha persone problematiche in famiglia. Quando questo succede, per le donne adulte e mature è quasi scontato un coinvolgimento nelle cure, lo è di meno per le donne anziane che semmai si confrontano col problema con i sostegni di natura economica.

2.2.4 La cura degli anziani

La cura degli anziani impegna il 29% delle donne e spesso con discreta intensità. L'impegno è contenuto per le donne sole ed anziane a loro volta, mentre è consistente per quelle che vivono in casa con un almeno anziano. Le donne adulte hanno frequentemente un ruolo di cura di almeno un anziano (43%), mentre la quota scende in maniera considerevole per le donne mature (21%) e tanto più per quelle anziane (6%). Per le nubili risulta essere un ruolo molto frequente.

Dal punto di vista della frequenza dell'impegno si tratta per la maggioranza delle donne di natura quotidiana e costante (ovvero che si ripresenta a cadenze regolari, anche se non quotidiane). Solo il 20% infatti dichiara impegni occasionali. Per le donne adulte l'impegno è quotidiano o costante nel 76% dei casi, del 62% per le donne mature e del 54% per le anziane. È quotidiano per le nubili nel 50% dei casi, nel 37% dei casi per le coniugate.



L'impegno nei confronti degli anziani dunque coinvolge una donna ogni tre/quattro, con carichi che riguardano in prevalenza la donna adulta sia in termini di coinvolgimento che di frequenza. Per una donna adulta infatti, l'occuparsi di almeno un anziano è un'attività molto frequente (una donna ogni due) e ripetitiva, mentre per una donna matura diventa molto meno frequente (una donna su cinque) e quasi trascurabile per le donne anziane.

2.2.5 Sintesi dell'impegno di cura

Si è visto nei paragrafi precedenti come il lavoro di cura investa sovente la donna, sia dunque nella famiglia in cui vive, nel rapporto con i nipoti, nel rapporto con gli anziani o per le necessità della famiglia. Le donne infatti vivono un ruolo complesso, fatto di cura affettiva, di centralità della famiglia, di influenza su figli e nipoti.

Per avere un quadro d'unione di quanto partitamente illustrato e soprattutto un'idea del carico che complessivamente grava su ogni donna per le problematiche in esame, gli indicatori di carico esaminati sono stati condensati in un unico indicatore "sintetico" che riassume in carico complessivo risultante dalla somma dei singoli carichi. Tale indicatore è determinato per quasi la metà della sua intensità dal carico dovuto alla cura di familiari problematici e per l'altra parte dagli altri tre indicatori, con minor rilevanza del carico dovuto alla composizione della famiglia di convivenza (per una descrizione delle modalità di calcolo dell'indicatore si vedano le note contenute a fine capitolo).

Ebbene un siffatto indicatore misura un carico familiare nullo solo per il 28% delle donne. Si tratta per buona parte di donne anziane che vivono sole e vedove. Il restante 72% delle donne svolge un ruolo all'interno delle dinamiche familiari. Per circa la metà di queste (35%) si tratta di un ruolo minimo,

come ad esempio quello di occuparsi di figli e anziani con cui convive. Per un altro 21% di situazioni di modesta importanza, come quella delle donne che, oltre ai figli conviventi, seguono anche un parente con problematiche per parte del giorno. Per un altro 12% di situazioni di consistente importanza, come quella delle donne che hanno sia la cura dei nipoti piccoli che di un anziano in maniera costante. La situazione di carico elevato, così come è stata definita, è fortunatamente limitata ad un 3% delle donne ed investe praticamente tutte le tipologie di cura considerate. In proposito si deve osservare che, per costruzione, l'indicatore è molto sensibile alla presenza di familiari problematici di cui la donna si occupa in maniera quotidiana per molte ore, quindi per tutte le intensità elevate di carico è presente tale attività.

Tavola 4. Distribuzione percentuale del livello di carico familiare per profilo della famiglia convivente, classe d'età e stato civile

Profilo della donna	Livello di carico familiare					
	Nessuno	Minimo	Modesto	Consistente	Elevato	Totale
Profilo della famiglia convivente						
1 Sola	57,4	27,3	12,1	2,1	1,0	100,0
2 Solo partner	33,7	33,0	19,1	11,8	2,4	100,0
3 Partner e altri	1,5	39,3	33,3	19,9	6,0	100,0
4 Altra composizione	7,9	47,2	22,5	19,1	3,4	100,0
Classe d'età						
Adulta	18,4	32,6	28,3	15,9	4,8	100,0
Matura	31,5	36,9	18,3	11,3	2,1	100,0
Anziana	50,5	39,2	6,2	4,1	-	100,0
Stato civile						
Nubile	35,5	27,4	17,7	12,9	6,5	100,0
Divorziata	33,3	26,7	17,8	20,0	2,2	100,0
Separata	28,9	35,6	20,0	15,6	-	100,0
Vedova	40,3	37,4	15,3	5,3	1,8	100,0
Coniugata	20,8	35,8	24,7	14,9	3,8	100,0
Convivente	35,3	26,5	20,6	17,6	-	100,0
Totale	**28,4**	**35,2**	**21,1**	**12,3**	**3,0**	**100,0**

La presenza di un carico familiare è tanto più frequente quanto più la donna è giovane e tende a dimezzarsi in intensità con l'avanzare dell'età: si parte infatti da una percentuale di donne adulte impegnate sul totale dell'82%, per scendere ad una percentuale del 68% per le donne mature ed ad una del 49% per le donne anziane. Riguardo all'intensità del carico è ancora una volta il ruolo delle donne adulte a dominare: il 21% delle donne adulte è infatti coinvolto in maniera consistente o elevata, mentre il valore scende al 13% per le donne mature e al 4% per le donne anziane.

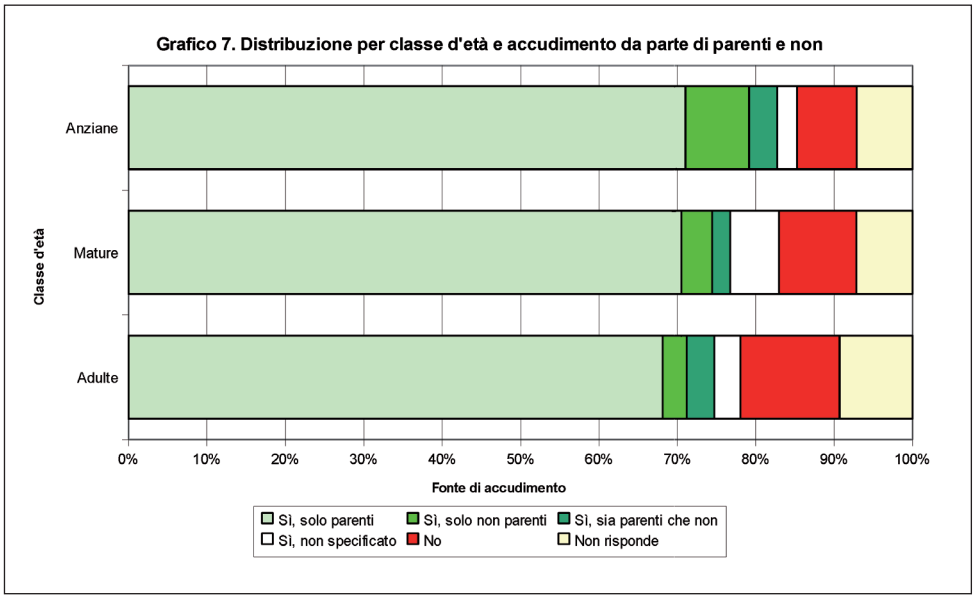
Concentrandoci per un attimo quindi sul ruolo della donna adulta vediamo che di dieci donne considerate solo due non hanno particolari carichi, tre li hanno minimi, tre modesti e due fra il consistente e l'elevato. È un età questa infatti in cui possono coesistere gli ultimi carichi dovuti dalla cura dei figli coabitanti e iniziare i carichi tanto per la nascita di nipoti quanto per l'invecchiamento dei genitori. Un'età in cui la donna ha ancora sicuramente l'energie e l'entusiasmo per

assumere un ruolo, ancorché faticosa, anche centrale per la rete familiare e per il tessuto degli affetti. Il ruolo attivo nella cura dei familiari tende ad attenuarsi con l'avanzare dell'età: come a dire che il ruolo di cura tende ad attenuarsi via via che la donna si avvicina ad essere lei stessa oggetto delle cure di altri.

2.3 Le cure ricevute

L'80% delle donne dichiara di poter disporre delle cure necessarie in caso di bisogno. Tenendo conto che circa il 9% delle donne non si è espressa sulla domanda, si potrebbe allargare l'affermazione probabilmente a quasi tutte le donne. Fra le donne che dichiarano di poter contare su qualcuno per eventuali necessità sono particolarmente numerose quelle in età anziana (85%), meno quelle più giovani (mature 83%, adulte 78%).

L'importanza della presenza di una rete familiare è dimostrata dal fatto che fra le donne che hanno minor fiducia nella possibilità di ricevere cure ci siano le nubili, le divorziate e le separate. In questi casi circa un 15% delle donne hanno dichiarato l'assenza di persone in grado di accudirle.

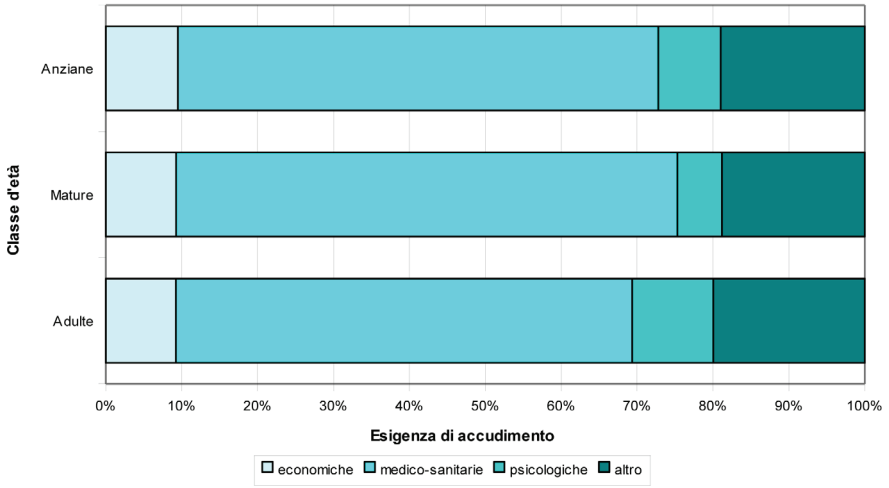


In larga parte si tratta di un familiare che interverrebbe nell'eventualità (72%) per l'altra parte di altri non familiari. Per quasi la metà delle donne si tratterebbe di esigenze di tipo medico-sanitario, per la quota residuale di altre esigenze fra cui quelle psicologiche ed economiche.

In caso di malattia, e certamente in relazione alla sua gravità, la donna sa di poter contare tanto sul sistema di relazioni familiari quanto sulla rete dei servizi della salute. In caso di malattia il ricorso al medico è il più dichiarato (43%), tanto più all'avanzare dell'età e se la donna e divorziata

o separata. In alternativa o in aggiunta la donna ricorre al partner nel 33% dei casi, con valori ovviamente più elevati per le coniugate o conviventi (intorno al 60%). Per importanza poi segue il ricorso ad altri parenti, al sistema delle amicizie ed infine ai vicini o ad altre persone di supporto. In particolare sono le nubili e le vedove a sfruttare maggiormente il sistema di relazioni familiari e non.

Grafico 8. Distribuzione delle donne accudite per classe d'età ed tipologia di esigenza di accudimento



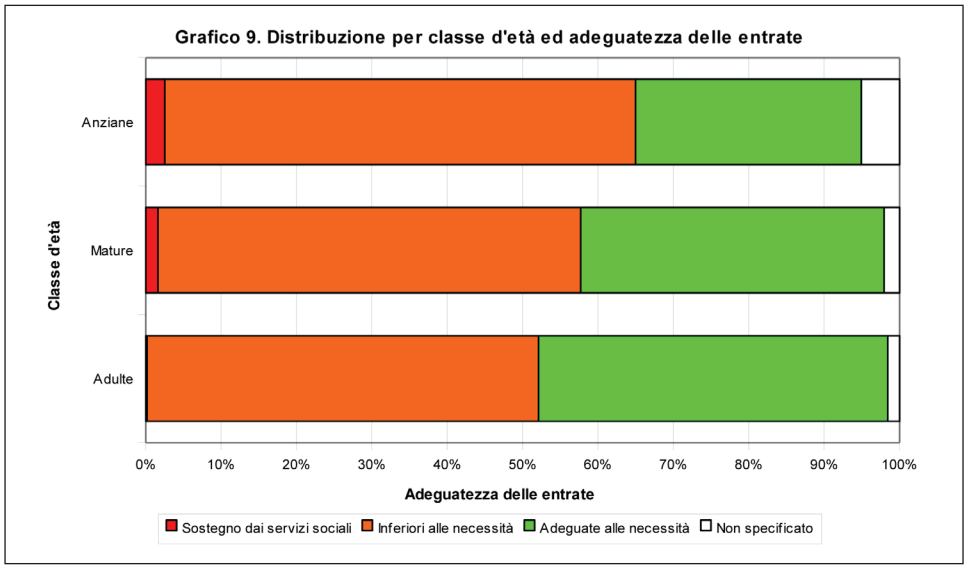
La presenza della rete familiare in cui la donna opera diventa pertanto all'occorrenza anche quel luogo privilegiato di sostegno che scatta al momento del bisogno. Cosicché, come si è visto in precedenza, la donna adulta attraversa la fase delle cure agli altri diventando gradualmente essa stessa oggetto delle cure di altre donne, e come si è appena detto anche del partner, col passare degli anni. Il ruolo, tanto attivo quanto passivo, sembra riguardare la quasi totalità delle donne tanto da diventare una sostanziale regola sociale, cui non mancano come sempre le dovute eccezioni.

2.4 La situazione economica

Le donne del gruppo di analisi sono in netta prevalenza pensionate (81%), soprattutto se mature e anziane (intorno al 92%). L'11% delle donne svolge invece una attività retribuita. Solo il 6% riceve aiuti dai servizi sociali e di natura prevalentemente sanitaria e, in parte più contenuta, economica o sociale.

Il 57% delle donne dichiara che le entrate, che abbiamo visto essere per quanto di loro competenza in prevalenza da pensione, non sono adeguate alle necessità. Il residuo 41% dichiara invece di essere soddisfatto delle entrate (una piccola quota del 2% non lo precisa). Le entrate sono maggiormente soddisfacenti per le donne adulte, fra le quali quindi si concentra la maggior

parte di coloro che lavorano e, ricordiamo, vivono con un partner, quindi possono beneficiare di ulteriori entrate familiari.



Le entrate sono in generale sufficienti per garantire l'accesso ai beni di prima necessità come vitto, alloggio, utenze e medicinali. Le donne più in difficoltà a coprire queste spese sono le vedove in età anziana ed in generale quelle situazioni in cui la donna si trova a vivere in un contesto dove sono pochi i soggetti percettori di reddito. Una notazione: poche donne hanno risposto alla domanda relativa all'alloggio: se ne potrebbe dedurre che non la valutano come una voce di rilievo, disponendo probabilmente fra i beni familiari di un alloggio che non genera costi specifici.

Poche donne hanno risposto che le risorse non le sono sufficienti per la copertura delle spese relative ai beni primari in analisi. Fra questi quelli relativi alle utenze e all'acquisto di medicinali, specialmente per le donne anziane.

2.5 I comportamenti di consumo

Le domande relative ai comportamenti di consumo in caso di variazione delle risorse economiche familiari evidenziano su quali beni la donna è più o meno reattiva alle variazioni di disponibilità.

Complessivamente le variazioni positive di risorse comportano uno spostamento degli acquisti principalmente verso gli alimenti, i libri e giornali, l'abbigliamento, gli spettacoli culturali, la cura della casa. Al contrario, le variazioni negative invece riducono le spese per acquisti sul versante dell'abbigliamento, della cosmesi, dei servizi per l'estetica personale e in maniera più ridotta in cultura, libri e giornali ed attività sportive.

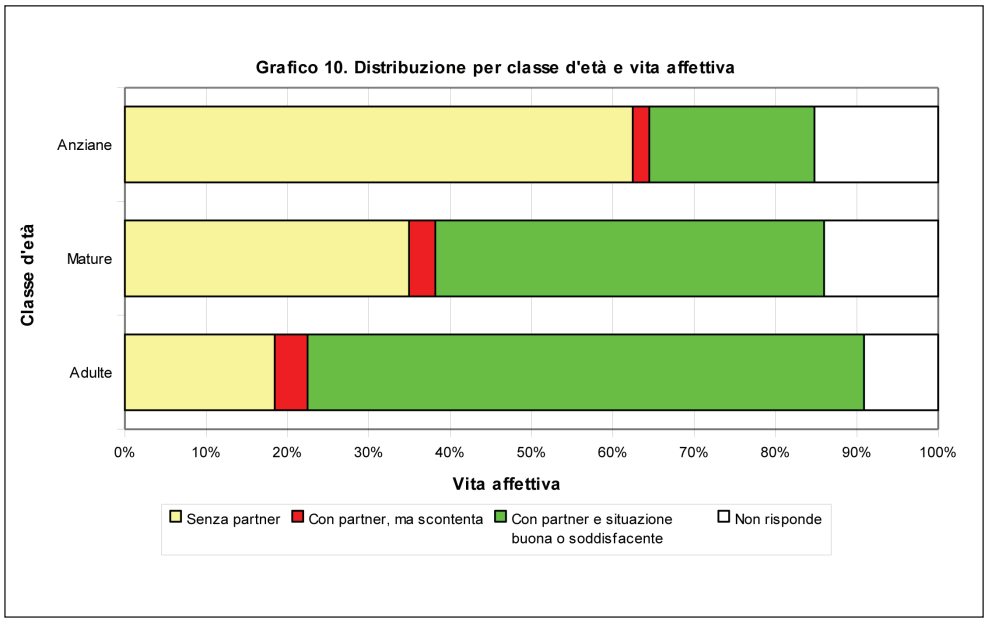
In sostanza quindi tutte le voci citate in precedenza sembrano risentire maggiormente delle eventuali variazioni sulle disponibilità economiche, alcune maggiormente a variazioni positive altre a quelle negative. Fanno eccezione l'abbigliamento e le spese culturali in genere che si trovano movimentate in entrambi i casi, come a rappresentare quelle voci di spesa che la donna utilizza per la compensazione degli squilibri. Le spese alimentari, probabilmente per generi pregiati o di maggiore qualità, e della cura della casa sono spesso nel desiderio delle donne quando ci sono maggiori disponibilità, mentre quelle da comprimere in prima battuta sono quelli estetiche personali.

Fra le voci di consumo più rigide, che quindi sono meno movimentate nei due casi, sembrano esserci quelle mediche e per l'acquisto dei farmaci.

All'avanzare dell'età le donne sono più orientate alle spese su alimenti, medicine, medici, badanti, consegne a domicilio, mentre le più giovani sono orientate su consumi di abbigliamento, cosmesi, sport, libri e giornali, spettacoli culturali.

2.6 Vita affettiva e sessuale

Il 65% delle donne dichiara di avere un partner. Il valore raggiunge una quota dell'80% in corrispondenza delle donne adulte e scende ad una quota del 61% per le mature e del 30% per le anziane. Oltre ovviamente le coniugate e le conviventi, hanno un partner in circa il 25% dei casi anche le nubili, le divorziate, le separate ed in maniera ulteriormente ridotta le vedove, che nell'economia del questionario devono interpretarsi tutti come casi questi ultimi di presenza di un partner ma non convivente.



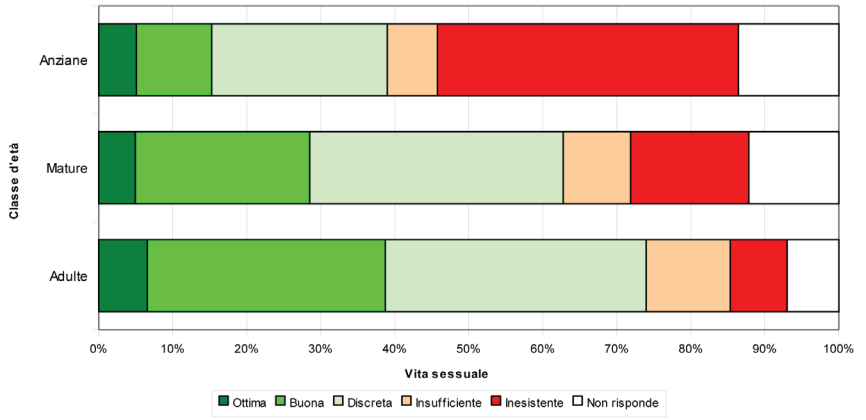
La percezione della vita affettiva col partner è il più delle volte positiva. Il 62% delle donne infatti si dichiara soddisfatta o molto soddisfatta, il 23% ritiene la vita affettiva discreta e solo il 5% insufficiente (il 10% non ha risposto). Hanno risposto con le modalità "Buona" o "Ottima" più spesso le donne adulte (64%), mentre le altre fasce d'età sono leggermente meno soddisfatte e fra loro piuttosto somiglianti (60% le donne mature e 59% le anziane).

Sono notevolmente più soddisfatte del rapporto affettivo col partner coloro che convivono di quelle che invece vivono sole o con altri familiari.

Spostando l'attenzione sulla vita sessuale il giudizio delle donne diventa meno favorevole. Il 19% delle donne non risponde alla domanda, di cui buona parte collocate fra le donne che non hanno dichiarato la presenza di un partner. Trattandosi poi di donne mature o anziane senza partner (33%) è molto probabile che le mancate risposte possano interpretarsi non tanto come una necessità di riservatezza, ma piuttosto come risposte negative, assimilabili a quelle di "inesistente". Pertanto, se l'affermazione che precede fosse corretta, potremmo dire che per quasi il 50% delle donne la vita sessuale è inesistente o insufficiente. Infatti rimanendo fra i dati dichiarati, il 26% delle donne la dichiara inesistente e il 9% insufficiente, che è quanto dire che almeno una donna su tre non ha rapporti o li ha in maniera non adeguata, che sommate alle mancate dichiarazioni potrebbero raggiungere la quota. Se si scende ad un dettaglio di classe d'età, si nota che il valore è sensibilmente più contenuto per le donne adulte (39%), e veramente elevato per le mature (61%) e le anziane (82%).

Restringendo poi l'attenzione sulle sole donne che hanno un partner i risultati cambiano notevolmente. In primo luogo, la percentuale delle mancate risposte scende al 9% delle donne, testimoniando la validità di quanto affermato in precedenza. Solo il 13% delle donne dichiara una vita sessuale "inesistente" ed il 10% "insufficiente". La prevalenza delle donne la ritiene "discreta" (34%) ed il 27% "buona". Solo il 6% la ritiene "ottima".

Grafico 11. Distribuzione per classe d'età e valutazione della vita sessuale (solo donne con partner)



Al crescere dell'età il giudizio sulla vita sessuale cambia sensibilmente. Il 41% delle donne anziane lo dichiara "inesistente" e il 7% "insufficiente", solo il 15% la dichiara "buona" o "ottima". Nelle donne adulte i valori si invertono con percentuali di soddisfazione del 39% per le modalità "ottima" o "buona" e insoddisfazione del 19% ("inesistente" o "insufficiente"). Si dichiarano maggiormente soddisfatte della propria vita sessuale le donne separate o divorziate di quelle coniugate o conviventi.

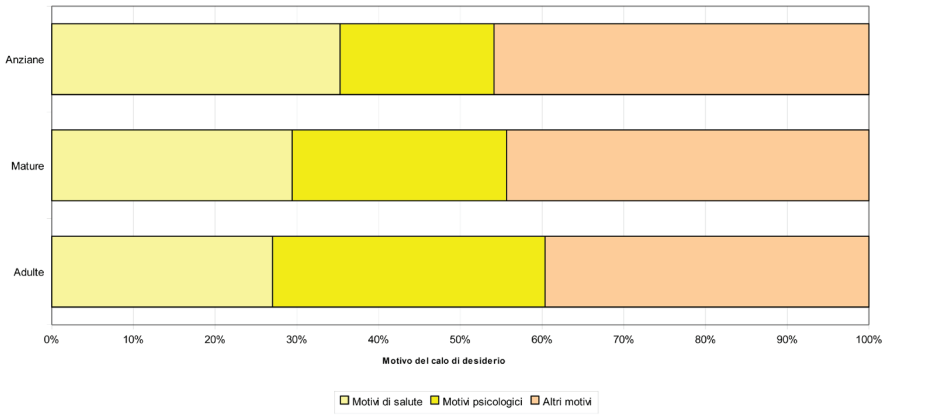
Solo il 15% delle donne che non hanno un partner dichiara di avere una vita sessuale, che per una parte consistente di loro (7%) è comunque giudicata "insufficiente" e per nessuna "ottima". Fra le donne che non hanno un partner ma hanno una vita sessuale sono particolarmente presenti le donne adulte e le divorziate o separate (23%), meno le altre donne.

Anche nel caso della domanda relativa al calo del desiderio esiste una notevole quota di mancate risposte (21%), imputabile probabilmente allo stesso meccanismo visto in precedenza e che coinvolge maggiormente le donne al crescere dell'età. Infatti non hanno risposto alla domanda solo il 12% delle donne adulte, ma il 24% di donne mature ed addirittura il 41% di donne anziane.

Il 62% dichiara di avere percepito un calo del desiderio e solo il 17% di non averlo percepito. Fra queste ultime troviamo in prevalenza donne adulte. Selezionando le donne con partner i valori non cambiano particolarmente, eliminandosi però una buona quota delle donne che non hanno risposto.

Per chi ha notato un calo del desiderio il motivo prevalente è diverso da quello della salute o psicologico. Le risposte infatti si concentrano su "altri motivi" con, in seconda battuta ed in pari numerosità, le motivazioni di salute e psicologiche. I motivi psicologici sembrano interessare maggiormente le donne adulte che vivono quindi in famiglia con il partner e spesso i figli, mentre quelli di salute interessano maggiormente le donne anziane.

Grafico 12. Distribuzione delle donne che hanno subito un calo del desiderio sessuale per classe d'età e motivo dichiarato



Chi ha un partner dichiara più frequentemente di aver percepito anche in lui un calo del desiderio. Solo il 30% delle donne infatti non percepisce modifiche nel comportamento del partner: si tratta in prevalenza di donne adulte e fra queste in prevalenza di donne non coniugate.

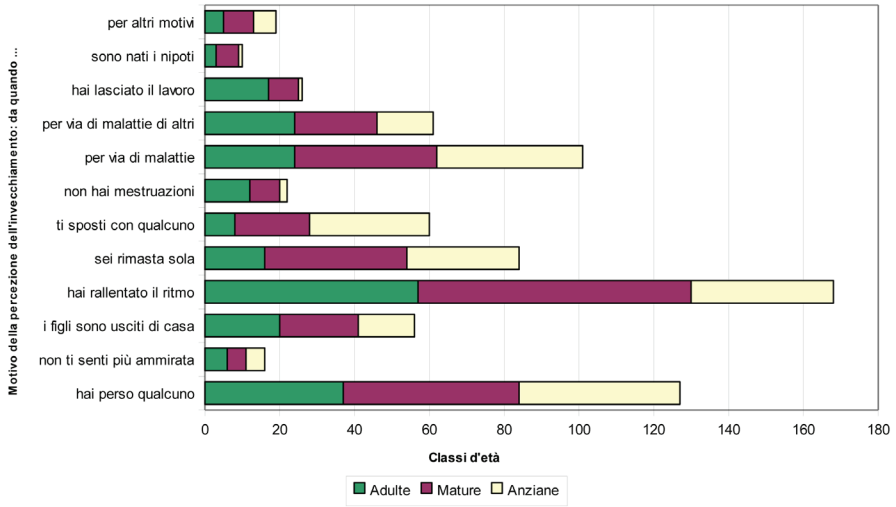
I motivi dichiarati in questo caso sono principalmente quelli derivanti da malattie e gli altri motivi diversi da quelli psicologici. Quelli dovuti a malattie, in particolare, toccano maggiormente i partner delle donne anziane.

2.7 Invecchiamento

L'invecchiamento è percepito da circa un terzo delle donne (32%), con ovviamente differenze legate alla loro età: per le adulte è percepito dal 22% di loro, per le mature dal 35% e per le anziane dal 54%.

La percezione dell'invecchiamento è quindi un processo graduale che come spiegano le donne nelle risposte al questionario è legato a molti fatti della loro vita adulta che nell'ordine sono la necessità di fare le cose in maniera rallentata, la perdita di persone care, l'arrivo delle prime malattie importanti, la perdita del partner e a seguire gli altri motivi. È interessante notare che le percezioni dei primi due motivi siano piuttosto simili per le donne di tutte le età, mentre le seconde due siano maggiormente percepite all'avanzare dell'età. Le donne adulte percepiscono con una certa intensità l'arrivo dell'invecchiamento anche a causa dell'interruzione delle mestruazioni e dell'arrivo del pensionamento dal lavoro. Per le donne anziane è un punto saliente anche la perdita di autonomia e quindi la necessità di spostarsi con un accompagnamento. Per le donne coniugate un punto di particolare criticità è rappresentato dalla necessità di rallentare il ritmo.

Grafico 13. Donne che si sentono invecchiate per motivo dichiarato e classe d'età



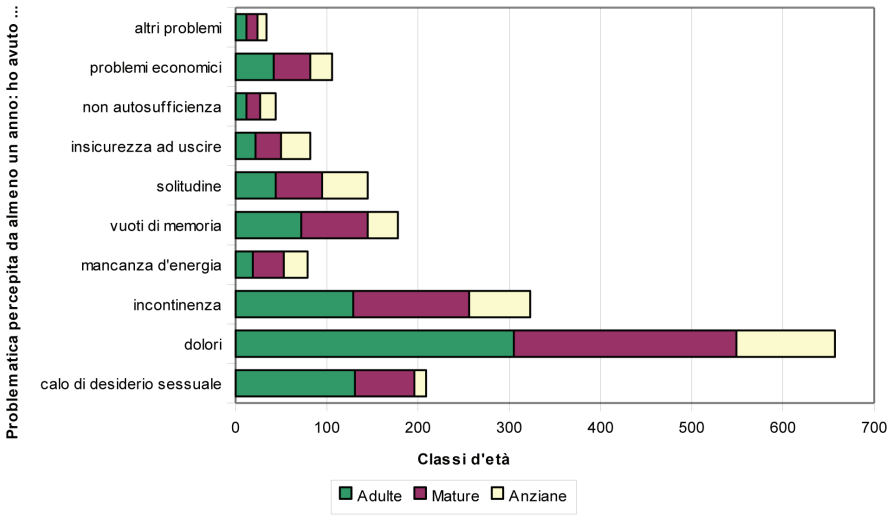
La tipologia di problema avvertito dalla generalità delle donne è il comparire dei dolori. Il fenomeno riguarda un po' tutte le età e sembra essere considerato come un dato di fatto ormai acquisito, dato che poche donne dichiarano di poterlo avere in futuro, come fatto nuovo.

Altro problema piuttosto diffuso è l'incontinenza, che anche in questo caso non sembra essere legato in maniera troppo stringente all'età della donna.

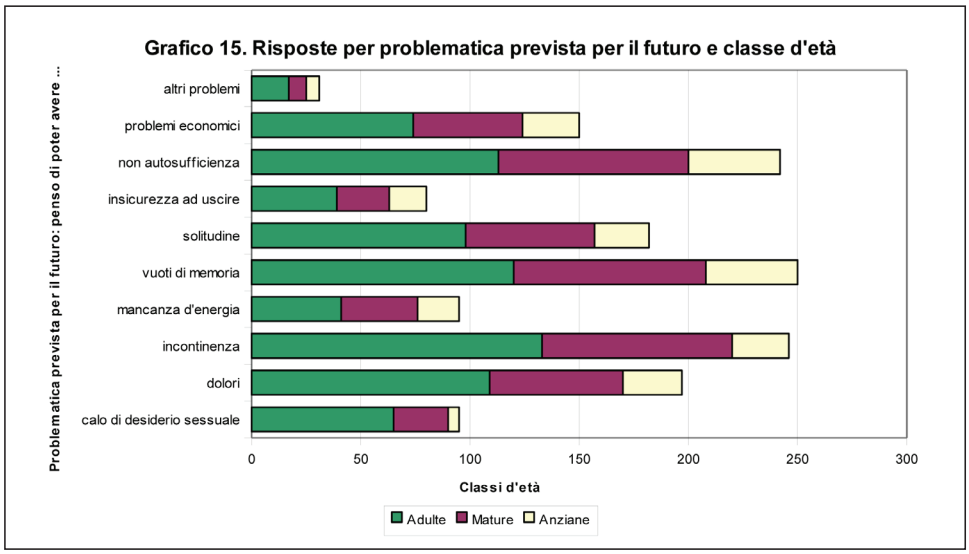
A seguire le donne dichiarano altri problemi già riscontrati da almeno un anno che hanno una diffusione molto più modesta di quelli elencati, come: la presenza di vuoti di memoria, la percezione della solitudine, il calo del desiderio sessuale e di seguito gli altri motivi.

Fra questi ultimi la percezione della solitudine è più specificatamente legata alle donne anziane, mentre quella del calo dei desiderio sessuale alle donne adulte.

Grafico 14. Risposte per problematica percepita da almeno un anno e classe d'età



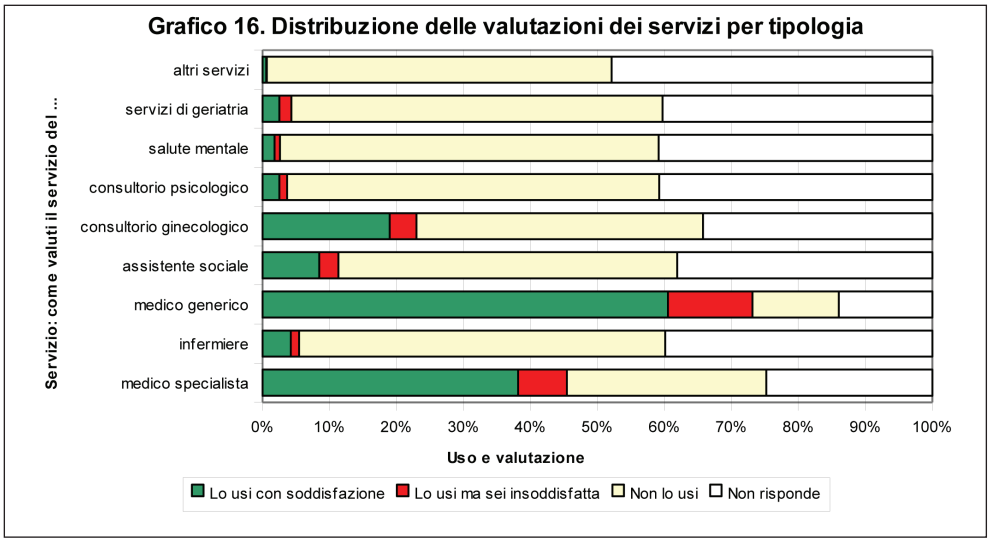
Fra le problematiche principali che le donne ritengono di dover affrontare in futuro ci sono in ordine: la non autosufficienza, la solitudine, i vuoti di memoria, l'incontinenza ed i problemi economici. Le problematiche sono percepite in maniera analoga dalle donne di tutte le età.



2.8 L'uso dei servizi

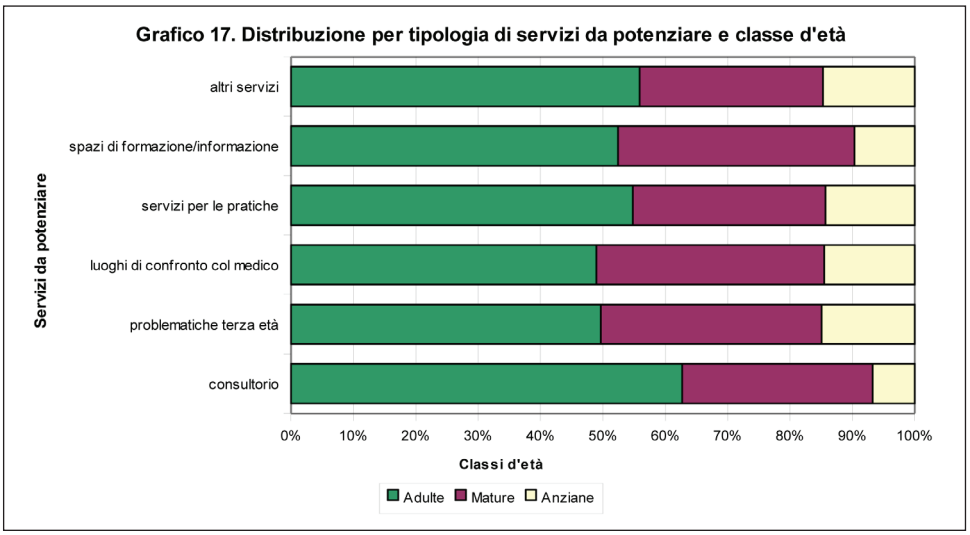
Le domande relative all'uso dei servizi hanno sofferto in maniera particolare in termini di mancate risposte, anche in questo caso probabilmente per un fraintendimento sulla obbligatorietà di risposta.

Per le donne che hanno risposto, fra i servizi più usati troviamo quello del medico generico (73%) e del medico specialista (46%) e, con valori molto ridotti rispetto ai precedenti, i servizi del consultorio ginecologico (23%). Gli altri servizi sono utilizzati in maniera molto modesta con valori intorno al 5-10%, e quindi troppo poco rappresentati per esprimere giudizi.



Dei tre servizi che abbiamo visto essere maggiormente impiegati, l'80% circa delle donne dichiarano di essere soddisfatte. Le donne adulte hanno la maggiore quota di impiego dei tre servizi, mentre le donne anziane la minore, con un valore estremamente ridotto per l'impiego del servizio del consultorio ginecologico. Queste ultime hanno un valore di impiego dei servizi di geriatria di circa il 10%, di loro la metà si dichiara soddisfatta e l'altra no.

I servizi da potenziare sono un po' tutti: quelli relativi alle problematiche della terza età (50%), gli spazi di formazione e informazione (31%), i servizi per le pratiche (29%), quelli di confronto col medico (27%) e quelli del consultorio (20%). Questi ultimi sono più richiesti dalle donne adulte, mentre quelli di informazione molto poco dalle donne anziane.



Relativamente ai trasporti circa la metà delle donne non si è espressa. Ci si potrebbe chiedere in proposito se la ragione di così tante mancate risposte non possa essere dovuta anche alla non disponibilità, alla complessità e/o al mancato impiego dei mezzi di trasporto pubblico, che ne impedirebbero quindi l'uso e conseguentemente l'espressione di un giudizio.

Le maggiori informazioni in tema di trasporti sono disponibili per il servizi urbani e ferroviari. Per questi ultimi parrebbe esserci una sostanziale parità fra coloro che li giudicano adeguati e quelle che li giudicano inadeguati. Più sfavorevole invece è il rapporto per l'uso degli altri mezzi che vede invece prevalentemente un giudizio di non adeguatezza dei servizi. Nei giudizi non sembrano sussistere differenze significative legate all'età, solo per l'impiego del treno si nota un evidente giudizio negativo da parte delle donne anziane, che non solo lo usano meno delle altre ma ne sono anche per buona parte insoddisfatte.

2.9 L'impiego del tempo libero

Sono poche le donne che dichiarano di non disporre di tempo libero (6%). Si tratta in prevalenza di donne adulte o mature coniugate, divorziate o nubili, che vivono in prevalenza anche con i genitori o figli in casa. Sono altrettanto poche anche quelle che dichiarano di disporne di molto (8%), con una forte concentrazione nella fascia di età anziana, specie se vedove e senza altri componenti nel nucleo familiare.

Le altre donne invece dichiarano di disporre di "poco" o "abbastanza" tempo libero circa in egual misura (39% "abbastanza" e 45% "poco"), con le stesse situazioni viste in precedenza e cioè di maggiore disponibilità di tempo per le anziane che vivono sole e minore per le adulte e mature che vivono in famiglia.

Tavola 5. Distribuzione percentuale della disponibilità di tempo libero per profilo della famiglia convivente, classe d'età e stato civile

Profilo della donna	Hai tempo libero?					Totale
	Molto	Abbastanza	Poco	Non ce l'ho	Non risponde	
Profilo della famiglia convivente						
1 Sola	15,6	45,0	29,4	4,8	5,2	100,0
2 Solo partner	4,4	38,1	49,7	6,0	1,8	100,0
3 Partner e altri	4,9	33,7	52,1	8,6	0,7	100,0
4 Altra composizione	7,9	43,3	42,7	3,4	2,8	100,0
Classe d'età						
Adulte	4,1	37,7	49,4	6,7	2,1	100,0
Mature	6,3	40,4	45,1	6,3	1,9	100,0
Anziane	21,6	43,3	27,3	2,6	5,2	100,0
Stato civile						
Coniugata	4,4	37,3	50,7	6,1	1,5	100,0
Convivente	8,8	26,5	44,1	20,6	-	100,0
Divorziata	11,1	28,9	51,1	8,9	-	100,0
Nubile	12,9	41,9	37,1	6,5	1,6	100,0
Separata	4,4	53,3	40,0	2,2	-	100,0
Vedova	13,2	44,4	32,6	4,1	5,6	100,0
Totale	**7,8**	**39,6**	**44,2**	**5,9**	**2,5**	**100,0**

Fra le attività che arricchiscono il loro tempo libero ci sono nell'ordine le attività manuali (34%), quelle sportive (26%), quelle dei circoli ricreativi (16%) e dei centri sociali per anziani (13%) ed infine quelle dell'Università della terza età (8%). Le attività sportive e quelle dell'Università della terza età sono maggiormente svolte da donne adulte e mature, mentre quelle dei circoli sociali o per anziani delle donne mature o anziane.

Tavola 6. Distribuzione percentuale dell'impiego del tempo libero per profilo della famiglia convivente, classe d'età e stato civile

Profilo della donna	Impiego del tempo libero						Totale
	Disponibile e impiegato sia per attività che personali di volontariato	Disponibile e impiegato solo per attività di volontariato	Disponibile e impiegato solo per attività personali	Disponibile, ma non impiegato	Non disponibile	Non specificato	
Profilo della famiglia convivente							
1 Sola	39,1	8,3	23,2	19,4	4,8	5,2	100,0
2 Solo partner	38,8	8,6	25,9	18,8	6,0	1,8	100,0
3 Partner e altri	33,7	10,5	29,2	17,2	8,6	0,7	100,0
4 Altra composizione	34,3	11,8	29,8	18,0	3,4	2,8	100,0
Classe d'età							
Adulte	39,5	9,2	25,1	17,3	6,7	2,1	100,0
Mature	38,5	11,7	25,1	16,4	6,3	1,9	100,0
Anziane	26,8	5,2	34,0	26,3	2,6	5,2	100,0
Stato civile							
Coniugata	37,0	9,4	27,3	18,7	6,1	1,5	100,0
Convivente	32,4	8,8	23,5	14,7	20,6	-	100,0
Divorziata	46,7	8,9	20,0	15,6	8,9	-	100,0
Nubile	46,8	11,3	19,4	14,5	6,5	1,6	100,0
Separata	37,8	8,9	31,1	20,0	2,2	-	100,0
Vedova	34,4	9,4	27,1	19,4	4,1	5,6	100,0
Totale	**37,0**	**9,5**	**26,6**	**18,5**	**5,9**	**2,5**	**100,0**

Fra le attività che le donne desidererebbero svolgere troviamo al primo posto l'Università della terza età (18%) seguito dalle attività sportive (10%) ed a seguire ed in misura molto più contenuta dalle altre attività. Dichiarano un maggior desiderio di svolgere un'attività le donne adulte rispetto alle altre.

In termini di localizzazione delle attività circa un 60% delle donne dichiara di trovare già vicino alla propria abitazione l'attività svolta o desiderata. Unica eccezione è costituita dall'Università della terza età che invece viene prevalentemente percepita come distante dal luogo di residenza.

Alcune attività di volontariato caratterizzano anche l'impiego del tempo personale, come per esempio quelle del Sindacato Pensionati Italiani (Spi) della Cgil, dell'Auser (Associazione per l'autogestione del servizi e la solidarietà) o di altre organizzazioni di volontariato.

Il 31% delle donne dichiara di svolgere attività per lo Spi, il 13% all'Auser e il 32% altre attività di volontariato, con una netta prevalenza di quelle in ambito sociale. Il 26% delle donne ha dichiarato di svolgere attività tanto per lo Spi quanto per l'Auser, ed addirittura il 18% ha dichiarato si svolgere tutte

le attività fra quelle in elenco (Spi, Auser e altre attività di volontariato).

Le attività per lo Spi e le altre attività di volontariato sono maggiormente legate alle donne adulte e mature, mentre quelle dell'Auser coinvolgono le donne un po'di tutte le età. Le donne nubili e le divorziate si dedicano con particolare frequenza nelle tre attività.

2.10 Il futuro

Le poche domande che riguardano il futuro cercano di fissare in una sintetica dichiarazione della donna la loro percezione della situazione attuale e prospettica sia in termini di aspettative che di effettive possibilità. La domanda è effettivamente molto spigolosa e per alcune donne infatti non è stato facile esprimere in una risposta sintetica la propria condizione futura, tanto che il 13% delle donne l'ha omessa.

Le donne che hanno invece risposto hanno percezioni prevalentemente positive. Per il 36% di loro il futuro sarà "normale", ovvero sarà un futuro che riserverà più o meno situazioni analoghe di quelle attuali, mentre per un 13% sarà "sereno", quindi con una prevalenza di aspetti favorevoli. Sarà "pessimo" soltanto per l'1% delle donne, "problematico" per il 13% delle donne ed "incerto" per il 24%. In sostanza per circa metà delle donne (49%) ci sono previsioni di normalità o serenità del futuro, per un 14% di loro un futuro problematico o pessimo, mentre per le altre sarà incerto (24%) o non specificabile (13%).

Tavola 7. Distribuzione percentuale dell'aggettivo per descrivere il futuro per profilo della famiglia convivente e classe d'età

Profilo della donna	Aggettivo per descrivere il tuo futuro						Totale
	Sereno	Normale	Incerto	Problematico	Pessimo	Non specificato	
Profilo della famiglia convivente							
1 Sola	7,8	31	27,6	13,9	2	17,7	100
2 Solo partner	15,5	38,1	21,4	11,6	0,7	12,7	100
3 Partner e altri	15,6	41,3	21,9	8,9	1,5	10,8	100
4 Altra composizione	8,2	34,6	26,9	18,7	1,6	9,9	100
Classe d'età							
Adulte	15,8	40	23,2	8,9	1,1	11,1	100
Mature	11	34,3	23	15,9	1,4	14,5	100
Anziane	6,6	31,5	27,9	16,2	2	15,7	100
Totale	**12,6**	**36,5**	**23,9**	**12,6**	**1,3**	**13,1**	**100**

Le donne adulte sono più ottimiste rispetto al futuro (56% hanno risposto "normale" o "sereno") delle altre, anche probabilmente in considerazione di una aspettativa di condizione di vita più favorevole negli anni a venire rispetto alle altre. Per le donne mature infatti la percentuale relativa agli stessi item di risposta scende al 45% e per le donne anziane al 38%.

Fra le aspettative di vita nelle relazioni risulta fortemente desiderata quella con il partner, indicata dal 52% delle donne, seguita da quella con parenti stretti

o da sola (23% ciascuna delle due). Molto meno attraenti le soluzioni in una struttura per anziani (8%) o con amici (4%).

Fra quelle che dichiarano il desiderio di trascorrere il futuro con il partner ovviamente ci sono prevalentemente donne coniugate o conviventi, ma anche una buona quota delle altre, con l'unica eccezione delle vedove, che invece dichiarano di preferire i parenti stretti.

La percezione su con chi vivere in futuro sembra essere più chiara per chi non vive con partner o figli. In questi casi la soluzione della struttura per anziani o la vita in casa da sola è quella più focalizzata. La struttura per anziani sembra essere una soluzione per donne che vivono da sole con i genitori, generalmente nubili, e per le donne che vivono con la badante. La vita in casa da sola invece sembra più probabile per coloro che non vivono col partner o che lo hanno perduto.

3. Le attività associative

La rilevazione, sebbene collocata da un punto logistico nella rete Spi Cgil, aveva come obiettivo di rilevazione sia le donne attive nella rete, quanto quelle simpatizzanti o semplicemente conosciute. Grazie a questa modalità di raccolta dei dati è adesso possibile delineare fra le donne osservate due profili: uno di quelle attivamente impegnate in attività sociali o di volontariato, che tradotto nei termini del questionario corrisponde alle donne che hanno risposto "Sì" ad una delle relative domande (C.6, C.7 o C.8) e l'altro complementare di coloro che hanno dichiarato di non esserlo. Il gruppo delle donne attive in attività sociali e di volontariato è distinto dall'altro per molteplici aspetti che senza dubbio hanno forti caratteristiche personali e motivazionali e che quindi riguardano la singola donna confrontata con le proprie scelte. Nondimeno dall'osservazione dei dati sembrano emergere alcuni aspetti ricorrenti nelle donne di ciascun gruppo, sia in termini descrittivi che di aspettative future, che sono degni di attenzione.

3.1 Donne e attività associative

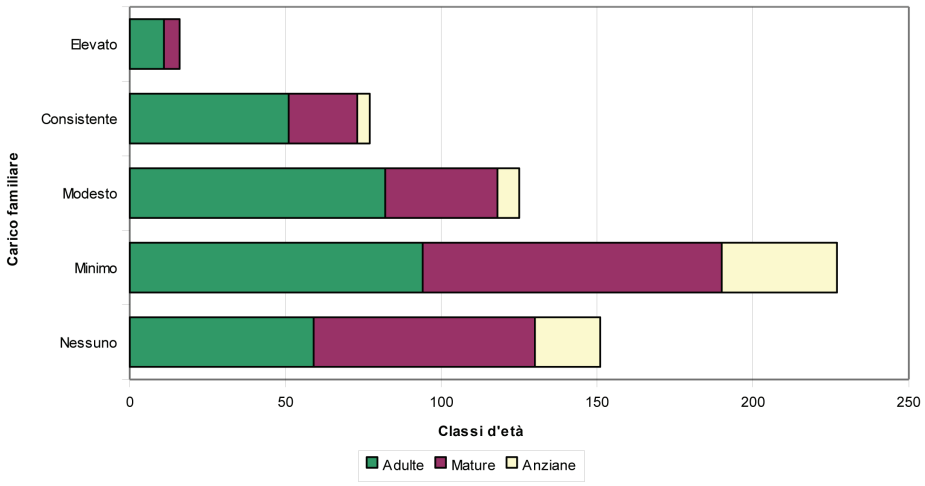
Le donne che hanno dichiarato di svolgere attività sociali o di volontariato sono circa la metà di quelle osservate: 600 le donne attive e 626 le altre, con una proporzione rispettivamente del 49% e del 51%, quindi consistenti ad un confronto.

Le donne attive sono maggiormente presenti nelle fasce d'età adulta e matura, con valori rispettivamente del 52% e 53%, mentre la loro presenza è molto più contenuta nell'età anziana con una presenza del 35%. Il loro livello di istruzione è prevalentemente elevato e raggiunge il 63% per le donne laureate.

La loro condizione familiare sembra non essere determinante nell'allocazione in uno dei due gruppi, almeno fino a quando non siano presenti carichi familiari significativi. Le donne sole e quelle coniugate si discostano poco me-

diamente une dalle altre, mentre si discostano in maniera evidente quando le prime siano divorziate o nubili e le seconde abbiano figli e magari nipoti da seguire e dividano l'alloggio con i genitori. Infatti il carico familiare complessivo della donna agisce in maniera significativa sulla sua propensione ad impegnarsi in attività sociali: la relazione fra i due impegni è inversa nel senso che al crescere dei carichi familiari è decrescente il numero di donne che si impegna nelle attività. Per carichi "minimi" infatti la percentuale di impegno in attività sociali è del 53%, che scende al 50% per impegni "modesti" e "consistenti" e che scende ulteriormente al 42% per i carichi "elevati".

Grafico 18. Donne impegnate in attività associative per carico familiare e classe d'età



Distingue in maniera considerevole l'appartenenza ad uno dei due gruppi anche lo svolgimento di un'attività retribuita o il collocamento a riposo, per le donne di quest'ultimo gruppo infatti la presenza in attività sociali è decisamente più frequente.

In generale l'autonomia economica è un fattore rilevante: sono le donne che hanno un sistema di entrate adeguate alle necessità e che possono permettersi l'acquisto non solo dei beni necessari quelle che si dedicano maggiormente alle attività sociali e di volontariato, quasi a significare che l'impiego del tempo in queste attività abbia anche il significato economico di un minor guadagno o di una maggiore spesa.

L'attività della donna sembra andare di pari passo con la salute, che è quanto dire a livello generale con l'età e con la capacità di confrontarsi anche con i servizi di base e non, offerti dalle strutture pubbliche.

Riepilogando quindi il profilo prevalente della donna attiva è quello di una donna adulta o matura, in discreta salute, con un buon livello di istruzione, che vive in composizioni di famiglia varie (da sola o in famiglia con coniuge e figli) ma caratterizzata da carichi familiari mai troppo elevati, che ha discrete

entrate generalmente da pensione che le consentono di sentirsi relativamente libera nei consumi. È una donna che sa anche rivolgersi ai servizi pubblici sia di base che avanzati per le proprie necessità.

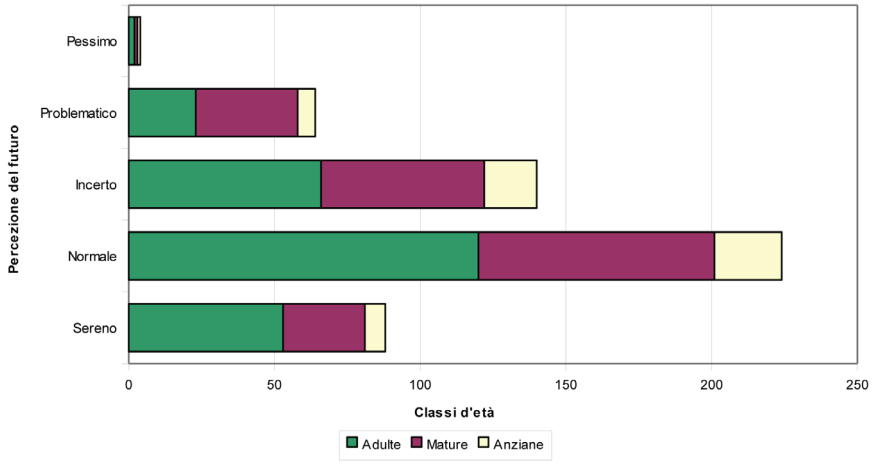
Questo profilo ovviamente non vuole descrivere in maniera sistematica le donne attive, rappresentandone un identikit, ma costituisce una sintesi di quei caratteri generalmente ricorrenti nelle donne osservate, cui ogni donna aggiunge le varianti del caso dovute a fattori motivazionali e di contesto personali, non sintetizzabili con le informazioni disponibili.

3.2 Attività associative e futuro

Un modo per misurare la percezione della vita di queste donne e le aspettative future è quello di confrontarle con la risposta fornita alla domanda "I.1 Con quale aggettivo descriveresti il tuo futuro?".

Qualunque età si consideri, le donne impegnate in attività sociali e di volontariato rispondono sempre in termini più positivi delle altre: alla modalità "Normale" rispondono infatti per il 51% donne attive (il 49% per le non attive, quindi), mentre per la modalità "Sereno" sono per il 58% donne attive (42% non attive). L'inverso accade ovviamente per la percezione negativa dove la modalità "Incerto" e "Problematico" sono state indicate rispettivamente dal 48% e dal 42% delle donne attive.

Grafico 19. Donne impegnate in attività associative per percezione del futuro e classe d'età



Le affermazioni fin qui espresse non devono però essere lette in termini causali, ovvero come se l'impegno associativo fosse di per se un fattore determinante una percezione positiva della vita. Si devono semmai associare i due caratteri, ovvero considerare che l'impegno in queste attività sia generalmente collegato ad una visione positiva delle proprie aspettative personali.

Note

Definizione degli indicatori di carico

Gli indicatori di carico familiare sono stati calcolati assegnando un valore di carico convenzionale a ciascuna situazione ritenuta eccedente il normale carico di una vita autonoma, considerata per definizione come origine del calcolo e quindi di valore nullo.

Il carico familiare complessivo è ottenuto dalla sintesi di quattro indicatori di carico, che vengono di specificati nella tavola che segue. Per ogni ambito viene assegnato un valore o sommati i fattori di carico in base alle condizioni dettate dalla "situazione"

Tavola N1. Specifiche di costruzione degli indicatori di carico

Ambito	Situazione	Punti di carico
Carico dovuto alla famiglia convivente	Donne che vivono con il partner che hanno sia figli che genitori conviventi	2
	Donne che vivono senza partner ma con figli e/o genitori conviventi	
	Donne che vivono con il partner e hanno solo figli o solo genitori conviventi	1
	Donne che vivono senza partner ma con figli conviventi Tutti gli altri casi	0
Carico dovuto alla cura dei nipoti	Donne che convivono o si occupano di nipoti fino ad un anno	+1
	Donne che convivono o si occupano di nipoti fino da 2 a 6 anni	+0,5
	Donne che convivono o si occupano dei nipoti fino a 3 ore al giorno	+0,5
	Donne che convivono o si occupano dei nipoti da 4 a 10 ore al giorno	+1
	Donne che convivono o si occupano dei nipoti oltre 10 ore al giorno	+1,5
	Donne che convivono o si occupano dei nipoti che non condividono l'impegno con altri	+0,5
Carico dovuto alla cura di familiari problematici	Donne che si occupano di un familiare problematico fino a 1 ora	1
	Donne che si occupano di un familiare problematico da 2 a 3 ore	2
	Donne che si occupano di un familiare problematico da 4 a 6 ore	3
	Donne che si occupano di un familiare problematico da 7 a 10 ore	4
	Donne che si occupano di un familiare problematico oltre 10 ore	5
Carico dovuto alla cura di anziani	Donne che si occupano di almeno un anziano. Per ciascun anziano	1 per ciascun anziano
	Donne che si occupano di almeno un anziano in maniera quotidiana	+1
	Donne che si occupano di almeno un anziano in maniera costante	+0,5
	Donne che si occupano di almeno un anziano in casa o fuori casa ma da solo	+0,5

I punti di carico indicati senza segno si intendono direttamente assegnati alla situazione, quelli preceduti dal segno "+" vengono invece sommati a quelli delineati dalle altre situazioni dell'ambito.

Una volta ottenuto l'indicatore per ciascun ambito, ne viene fatta la somma di ciascuno per ottenere l'"indicatore di carico familiare complessivo". A ciascuna classe di punteggio di carico ottenuto per ciascun ambito viene assegnata in maniera convenzionale la valutazione, secondo la tavola che segue.

Tavola N2. Associazione del valore degli indicatori alle valutazioni di carico

Ambito	**Punteggio di carico**	**Valutazione di carico**
Carico dovuto alla famiglia convivente	0	Nessuno
	1	Medio
	2	Consistente
Carico dovuto alla cura dei nipoti	0	Nessuno
	0.1-1	Minimo
	1.1-2	Modesto
	2.1-	Elevato
Carico dovuto alla cura di familiari problematici	0	Nessuno
	0.1-1	Minimo
	1.1-2.5	Modesto
	2.6-4	Consistente
	4.1-	Elevato
Carico dovuto alla cura di anziani	0	Nessuno
	0.1-1	Minimo
	1.1-2.5	Modesto
	2.6-3.5	Consistente
	3.6-	Elevato
Carico familiare complessivo	0	Nessuno
	0.1-2	Minimo
	2.1-4.5	Modesto
	4.6-8	Consistente
	8.1-	Elevato

Conclusioni

Nella nostra analisi, raggruppando molte risposte per fasce di età, abbiamo avuto modo di constatare che ci sono comportamenti e desideri diversi. La differenza maggiore è fra le donne adulte e quelle anziane. Il gruppo delle donne mature risulta essere di transizione, con alcune ancora legate agli orientamenti dell'età precedente e altre, invece, già più simili alla fascia successiva.

Questa differenziazione per età ci consente, pertanto, di fare alcune riflessioni sia su alcuni ruoli, istanze, bisogni e desideri che su alcuni rischi dal punto di vista della salute.

Dall'indagine risulta che la maggioranza delle intervistate ha un ruolo centrale all'interno di una rete di affetti e sostegni familiari. Soprattutto le donne adulte risultano essere, in qualità di tessitrici di relazioni e generatrici di sostegni, estremamente attive e produttive all'interno dei loro contesti. Col passare del tempo a questa relazione, centrata in buona parte sulle cure agli altri, se ne sostituisce in genere una più giocata sull'interscambio con gli altri soggetti della famiglia. Segnale, questo, di una rete di scambi simmetrica in cui chi ha bisogno di aiuto viene supportato da chi può offrire un sostegno.

Dal gruppo di donne intervistate emerge anche che molte di loro, quelle non eccessivamente impegnate nei servizi familiari, sono inserite anche in un universo "altro" rispetto alla rete familiare, composto, a secondo delle età, di relazioni lavorative e impegno sociale, di crescita e sostegno reciproco. Dato questo che attesta anche che i territori offrono con la loro rete di associazioni una possibilità di partecipazione ulteriore a quello familiare e lavorativo.

L'appartenenza a una rete di relazioni, sia essa familiare o sociale, combinate con un adeguato livello di autonomia generale - salute fisica, garanzie economiche, accesso ai servizi, … - vengono ad attestare, dunque, condizioni di stili di vita sana, equilibrata e attiva.

Per verificare se nel gruppo osservato vi fossero situazioni che presentassero dei rischi per la salute delle donne, sono state approfondite alcune relazioni fra le risposte del questionario.

In primo luogo abbiamo voluto quantificare la presenza di situazioni eccessivamente generatrici di stress negativo, come quelle provocate dall'isolamento, dalla perdita di radicamento in una qualche rete familiare, culturale o sociale e dall'impossibilità di reagire per via di scarse risorse personali legate

alla condizione fisica, economica ...

Vivere in casa da sola non è necessariamente un fattore di rischio, ma lo diventa quando vengono a mancare reti familiari e sociali di cui far parte e in cui bilanciare quel senso di perdita che inevitabilmente si viene ad avere con l'allontanamento dei figli da casa, la scomparsa del coniuge, di amici e familiari o di alcune autonomie.

La carenza di contatti, di stimoli è una delle possibili cause di distress, il così detto stress negativo, che spesso ha come sintomi: "sonnolenza, distrazione, pensieri sfuocati, perdita del senso del pericolo, decisioni lente, mediocri, inefficienti. (M. Farnè, 1999, pag. 24). Sintomi che spesso vengono associati all'invecchiamento, ma che di fatto possono essere determinati più dal distress che dall'età e che nel tempo provocano vere e proprie malattie.

Le notizie, che provengono dalle risposte al questionario, sembrano essere confortanti. Un quarto delle donne intervistate (circa 300) vive da sola e quindi senza i legami affettivi quotidiani legati alla coabitazione. Ma molte di queste stesse donne appartengono a reti familiari che le possono supportare in caso di bisogno o a reti sociali che le coinvolgono attivamente in attività del tempo libero e per la promozione e lo sviluppo sociale. Per molte di loro le risorse economiche sono generalmente adeguate e la condizione di salute è compatibile con la loro età.

Per queste donne, la cui chiave dell'empowerment è collocata in un corretto e consapevole riconoscimento e impiego delle proprie risorse, uno dei fattori determinanti, quindi, per stabilire le effettive possibilità e scenari di vita futura sarà *"la propria capacità di scelta, autodeterminazione e autoregolazione"* (Claudia Piccardo, 1992, pag. 23). La capacità, cioè, per quanto possibile e a secondo del proprio modo di essere, di equilibrare la sensazione di perdita di ruoli, persone, condizioni fisiche, ecc, con relazioni, stimoli, attività che consentano di rapportarsi ancora con qualcuno, di non sentirsi completamente impotenti rispetto ai propri desideri, di poter fare qualcosa di interessante, se non di utile.

Un orientamento verso il proprio benessere che può essere implementato o meno dal coinvolgimento in reti associative territoriali e dalla presenza di servizi che alleggeriscono da quelle mansioni che con l'età spesso risultano fonte di disagio: il disbrigo di pratiche burocratiche, fiscali, prenotazioni di visite, ecc.

Abbiamo indagato, quindi, quale altro possibile fattore di distress, l'eccessivo carico di lavoro di cura familiare.

Dall'analisi del gruppo di donne intervistate emerge che il carico di cura è presente soprattutto fra le donne adulte e in parte fra quelle mature. Fra loro c'è, infatti, la prevalenza di quante dichiarano di non disporre di tempo libero o di averne poco. Donne che, in genere, vivono dentro una rete familiare in cui forniscono servizi di cura in modo continuativo a nipoti, anziani e altri familiari con problemi, come avviene in buona parte del mondo occidentale e non solo d'Italia.

"Nelle società sviluppate in cui gli anziani hanno di solito un reddito adeguato, il flusso degli aiuti economici va dalle generazioni più anziane a quelle più giovani, mentre il flusso degli aiuti in termini di prestazioni di cura e di sostegno nelle attività di vita quotidiana, va dalla generazione di mezzo verso sia quella più anziana che quella più giovane."(C. Saraceno, M. Naldini, 2001, pag. 74)

La cura dei nipoti coinvolge molte di queste donne con un impegno continuativo che va anche oltre le dieci ore al giorno e che molte portano avanti da sole.

Una forma di aiuto, questa, che è destinata ad aumentare, se con i tagli ai servizi per l'infanzia e la difficoltà per molte coppie di rivolgersi agli asili privati, la famiglia e in particolare la madre/nonna vengono a essere le uniche risorse possibili.

L'altro impegno, che occupa quasi la metà delle donne di queste fasce di età, è quello con i familiari che necessitano di assistenza. In particolare la cura degli anziani occupa più di un quarto delle donne con una frequenza regolare se non quotidiana.

Un carico destinato ad aumentare anche per il crescente aumento di alcune malattie degenerative legate proprio all'allungamento della vita. Ad esempio, a tutt'oggi, *"la malattia di Alzheimer colpisce circa una persona su venti tra quelle che hanno superato i sessantacinque anni di età e meno di una persona su mille al di sotto di tale età."* (C. Grano, F. Lucidi, 2005, pag 103). Siamo destinati, pertanto, e fino a che la ricerca scientifica non troverà una qualche soluzione, a un aumento delle persone non autosufficienti.

Sommando i carichi – quello per i nipoti, gli anziani o altri familiari - vediamo che ne sono coinvolte quasi tre quarti delle donne intervistate, soprattutto adulte e in parte mature.

Di queste solo la metà circa svolge un ruolo nella rete familiare con cura dei nipoti e anziani, senza un eccessivo carico e quindi con la possibilità di occupare anche il suo tempo in altre attività e relazioni. L'altra metà si trova, invece, con un impegno ulteriore, come quello richiesto da un parente con problematiche o perché impegnate contemporaneamente e costantemente nella cura dei nipoti piccoli e di un anziano. Un 3% è coinvolto, addirittura, con tutte le tipologie del lavoro di cura.

Se il darsi da fare per le persone della propria rete familiare può essere anche fonte di stress positivo, perché fa sentire di essere utili, produttive, coerenti con alcuni valori, può rinsaldare rapporti e generare sensi di gratificazione e di benessere, quando il carico diventa eccessivo, rischia, invece, di essere fonte di stress negativo e può portare a conseguenze, quali *"ansia e rabbia, attenzione che salta da una cosa all'altra, pensieri catastrofici, coscienza agitata del pericolo, decisioni affrettate."* (Farnè, 1999, pag. 24).

Per non far ricadere tutto il carico del lavoro di cura sulle donne over cinquanta con gli inevitabili effetti negativi sulla loro salute, occorre affrontare

il problema in modo globale, con il coinvolgimento di tutti i soggetti coinvolti e con l'ascolto delle dirette interessate. Un lavoro che porti a riflettere su come rendere i servizi sanitari, pur nei limiti di budget, sempre più orientati alla persona e ai suoi bisogni.

Un confronto teso a trovare soluzioni concrete per diffondere una cultura della solidarietà nelle comunità di appartenenza e all'interno delle varie reti familiari, nel rapporto fra generazioni e fra donne e uomini.

La condivisione del lavoro di cura dentro le coppie di queste fasce di età può diventare, infatti, una grande risorsa per entrambi: per le donne che possono alleggerire il loro carico e per gli uomini che possono vivere nuovi ruoli utili dentro la famiglia.

"La parentela più <efficiente> è quella in cui sono presenti competenze sia <maschili> che <femminili>, così come sono definite e allocate nella nostra società. Ciò che poi corrisponda concretamente alla disponibilità effettiva (oggettiva e soggettiva) dei singoli, è un'altra questione." (C. Saraceno, M. Naldini, 2001, pag. 83).

Altrettanto significativo, in un'ottica di promozione della salute, viene ad essere la riflessione sul rapporto fra generazioni e su quei comportamenti che sono orientati verso il benessere di tutti i suoi membri.

Ci auspichiamo a questo proposito, che l'indagine stimoli un confronto in collettivi femminili, come quelli presenti nello Spi Cgil. Occasioni per ascoltarsi nelle difficoltà così come nei bisogni e nei desideri, per riflettere sui possibili condizionamenti che possono bloccare delle energie vitali, zittire dei desideri. Opportunità per contaminarsi con le proprie parti e storie diverse nella ricerca dei possibili modi per stare al meglio nelle varie condizioni di vita.

Per quanto riguarda la sfera della vita affettiva e sessuale, dall'indagine emerge che il 65% delle donne intervistate dichiara di avere un partner, siano esse conviventi o meno, coniugate, separate, divorziate, nubili e che convivano o meno con il compagno.

Emerge una buona percezione del rapporto affettivo, inferiore a livello sessuale. La caduta del desiderio, quando compare, viene attribuita a cause di salute o psicologiche.

Sarebbe molto interessante approfondire questi due aspetti. Cosa si intende per salute e quali sono le cause psicologiche? Da cosa dipende la perdita di desiderio sessuale in sé e nella coppia? E' la conseguenza di un problema non risolto? O di qualcosa che manca?

Molti problemi, in queste età, sono legati alla secchezza vaginale per alcune e ad alcune difficoltà erettive per altri e al fatto che molte donne e uomini, per una sorta di vergogna, di disagio, non ne parlano, non affrontano il problema, non vanno, ad esempio, al Consultorio.

Altre volte il rapporto sessuale è spento più del dovuto per la mancanza di quella cura reciproca che è fatta di momenti piacevoli insieme, di tenerezza, di intimità.

Il desiderio sessuale non scompare necessariamente con l'età. Può cambiare modalità e forme, ma può essere in qualche modo alimentato attraverso un'attenzione reciproca e dei momenti di intimità sessuale, di tenerezza reciproca. Momenti che, talvolta, si riducono per eccessivi impegni, oneri o perché se ne sottovaluta il valore. L'attenzione dei medici di base a questi temi e azioni di educazione alla salute da parte dei Consultori, ad esempio, possono essere risorse significative per aiutare le persone a viversi una comunicazione sessuale desiderata ma che in qualche modo incontra delle difficoltà a esprimersi. Per questo motivo potrebbe essere interessante anche conoscere le buone pratiche in merito ad esperienze fatte nei Consultori per la promozione delle donne over cinquanta e sperimentarle nei vari territori.

Solo un terzo delle donne afferma di sentirsi *"vecchia"*. Un dato, questo, molto interessante perché ci dice che per tante, nonostante il passare degli anni, rimane vivo il senso della vitalità. Il futuro appare positivo, invece, solo per metà delle donne intervistate. Per le altre risulta incerto, problematico e solo in minima parte pessimo.

Per quante vivono il senso dell'invecchiare i segnali di cambiamento sono legati al senso di perdita (perdita dell'efficienza fisica, di persone care, del partner, delle mestruazioni, del lavoro per quelle con meno anni, della mancanza di autonomia fisica per quelle con più anni) e alla comparsa di un qualcosa di sgradevole (i dolori fisici, l'incontinenza, i vuoti di memoria, la solitudine, il calo del desiderio sessuale).

Non possiamo non domandarci perché, a parità di età, alcune percepiscono il senso dell'invecchiamento e altre no. Da cosa dipende? Da cause oggettive e/o da convinzioni e atteggiamenti personali?

Nella nostra analisi abbiamo raggruppato le risposte delle donne che fanno volontariato, vita sociale, per osservare, a livello di tendenza, se ci sono percezioni diverse o meno dalle altre rispetto al loro vissuto e al loro futuro.

Fra le donne, che non sono impegnate in attività sociali, sono presenti quelle che hanno minore autonomia economica, che fruiscono meno dei servizi, che hanno il maggiore carico familiare. Sarebbe interessare approfondire queste variabili e vedere se sono immodificabili o se, seguendo la logica dell'equilibrio, sia possibile compensare alcuni sensi di perdita con nuovi stimoli e migliorare così la qualità di vita.

Qualunque età si consideri, le donne impegnate in attività sociali e di volontariato rispondono sempre in termini più positivi delle altre.

Molte sono le donne attive, impegnate in attività manuali, sportive, culturali e che partecipano alla vita associativa di organizzazioni come lo Spi Cgil, di circoli ricreativi, centri sociali per anziani e dell'Università della terza età. Espressione di quell'invecchiamento attivo e produttivo (Butler, Gleason, 1985) che coniuga un orientamento di vita in cui la persona è attiva verso il suo benessere con la partecipazione alla vita sociale, a cui dà un suo contributo.

Appendice

Il questionario

Il corpo che cambia
La salute delle donne

Questionario sulla salute delle donne adulte e anziane

Le chiediamo di partecipare ad una ricerca organizzata da ……, per approfondire la conoscenza della salute delle donne adulte e anziane. La ricerca ha esclusivamente finalità statistiche e dunque le interviste saranno trattate in forma aggregata e anonima, ai sensi delle leggi vigenti sulla privacy.
La preghiamo di collaborare con noi dedicandoci qualche minuto del suo tempo, barrando con una crocetta la risposta che meglio descrive la sua condizione o atteggiamento.

_____

Sezione A. Dati anagrafici

A.1 Età _____

A.2 Titolo di Istruzione
❒ nessuno, ❒ elementare, ❒ medie, ❒ superiori, ❒ università,
❒ altro ……

A.3 Stato civile attuale
❒ nubile, ❒ divorziata, ❒ separata, ❒ vedova, ❒ coniugata, ❒ convivente

A.4 Provincia di nascita _____

A.5 Comune di residenza _____

Sezione B. Situazione familiare

B.1 Vivi da sola?
❒ sì ❒ no
Se non vivi da sola,
B.1.1 Con chi? (risposta multipla)
❒ coniuge/compagno, ❒ figli, ❒ genitori, ❒ altri parenti, ❒ badanti,
❒ altri non parenti

B.2 Hai figli?

❒ sì ❒ no

Se sì,

B.2.1 quanti maschi _____ quante femmine _____

B.2.2 Qualcuno vive con te? ❒ si ❒ no

B.2.3 Qualcuno vive da solo? ❒ si ❒ no

B.2.4 Qualcuno vive vicino a te? ❒ si ❒ no

B.3 Hai nipoti?

❒ sì ❒ no

Se sì,

B.3.1 In che fascia d'età? (risposta multipla)

❒ 0-3, ❒ 4-6, ❒ 7-11, ❒ 12-17, ❒ maggiorenni

B.3.2 Qualcuno vive con te? ❒ sì ❒ no

B.3.3 Qualcuno vive vicino a te? ❒ sì ❒ no

B.3.4 Ti occupi di qualcuno di loro? ❒ sì ❒ no

Se sì,

B.3.4.1 Quante ore a settimana in media?

❒ 0-5, ❒ 6-10, ❒ 10-15, ❒ 15-20, ❒ oltre 20

B.3.4.2 Condividi questo impegno con altri/e?

❒ sì ❒ no

Se sì,

B.3.4.2.1 Con chi? (risposta multipla)

❒ altri familiari, ❒ altri non familiari, ❒ servizi sociali,

❒ altro .....

B.4 Ci sono persone con particolari problemi nella tua famiglia?

❒ sì ❒ no

Se sì,

B.4.1 Di che tipo

❒ Psicologico, ❒ Economico, ❒ Sanitario, ❒ Altro .....

B.4.2 Te ne occupi?

❒ sì ❒ no

Se sì,

B.4.2.1 Per quante ore al giorno? (risposta multipla)

❒ 0-1, ❒ 2-3, ❒ 4-6, ❒ 7-10, ❒ oltre 10

B.5 Ci sono parenti anziani che dipendono da te per pratiche, accompagnamenti, bollette, visite mediche o altro?

❒ sì ❒ no

Se sì,

B.5.1 Quante persone? _____

B.5.2 Con quale parentela? (risposta multipla)
❒ genitori, ❒ zii, ❒ fratelli, ❒ altri parenti
B.5.3 Come definiresti il tuo impegno?
❒ quotidiano, ❒ costante, ❒ occasionale
B.5.4 Qualcuno vive a casa con te? ❒ si ❒ no
B.5.5 Qualcuno vive con altri parenti? ❒ si ❒ no
B.5.6 Qualcuno vive da solo? ❒ si ❒ no
B.5.7 Qualcuno vive in una struttura? ❒ si ❒ no

B.6 Nel caso tu abbia necessità, qualcuno si occupa di te?
❒ sì ❒ no
Se sì,
B.6.1 Chi? (risposta multipla)
❒ un familiare, ❒ altri non parenti
B.6.2 Per quali esigenze? (risposta multipla)
❒ Psicologiche, ❒ Economiche, ❒ Sanitarie e mediche,
❒ Altro .....

Sezione C. Situazione economica

C.1 Sei in pensione?
❒ sì ❒ no
Se sì,
C.1.1 Da quanti anni? _____

C.2 Svolgi un'attività retribuita?
❒ sì ❒ no
C.3 Se hai lavorato in passato, per quanti anni? _____
C.4 Usufruisci di aiuti dai servizi sociali?
❒ sì ❒ no
Se sì,
C.4.1 Di che tipo? (risposta multipla)
❒ Economici, ❒ Sanitari, ❒ Sociali, ❒ Altro .....
C.5 Consideri adeguate le tue entrate?
❒ sì ❒ no
C.6 Svolgi attività per lo SPI?
❒ sì ❒ no
C.7 Presti volontariato all'Auser?
❒ sì ❒ no
C.8 Fai altre attività di volontariato?
❒ sì ❒ no
Se sì,
C.8.1 In quale ambito?
❒ Sanitario, ❒ Culturale, ❒ Sociale (sindacato, ...),
❒ Altro .....

Sezione D. Consumi

D.1 Le risorse economiche del nucleo familiare sono adeguate per? (scegliere per ogni voce tra: molto, abbastanza, poco, insufficiente)

	molto	abbastanza	poco	insufficienti
Cibo	❒	❒	❒	❒
Affitto o mutuo	❒	❒	❒	❒
Bollette	❒	❒	❒	❒
Medicinali	❒	❒	❒	❒

D.2 Se hai una variazione di risorse cosa acquisti di più o di meno? (barrare solo le voci di interesse)

	Se hai più soldi disponibili spendi di più per:	Se hai meno soldi disponibili spendi di meno per:
Cibo	❒	❒
Abbigliamento	❒	❒
Cosmetici	❒	❒
Parrucchiere	❒	❒
Medicinali a pagamento	❒	❒
Medici a pagamento	❒	❒
Consegne a domicilio	❒	❒
Prodotti per i tuoi animali	❒	❒
Aiuti per la cura della casa	❒	❒
Badanti	❒	❒
Ballo	❒	❒
Piscina o palestra	❒	❒
Libri e giornali	❒	❒
Cinema, teatro, opera, …	❒	❒
Altro ……	❒	❒

D.3 Se stai male, a chi ti rivolgi per l'assistenza? (risposta multipla)

❒ Partner, ❒ Vicini, ❒ Parenti, ❒ Amici, ❒ Medico,

❒ Altro ……

Sezione E. Vita affettiva e sessuale

E.1 Hai un partner in questo momento?

❒ sì ❒ no

Se sì,

E.1.1 Com'è la tua vita affettiva?

❒ Ottima, ❒ Buona, ❒ Discreta, ❒ Insufficiente

E.2 Come è la tua vita sessuale?

❒ Ottima, ❒ Buona, ❒ Discreta, ❒ Insufficiente, ❒ Inesistente

E.3 Con il passare degli anni hai notato in te un calo di desiderio?
❒ sì ❒ no
Se sì,
E.3.1 Per quali motivi? (risposta multipla)
❒ Salute, ❒ Psicologici, ❒ Altro .....

E.4 Se hai un partner, con il passare degli anni hai notato in lui un calo di desiderio?
❒ sì ❒ no
Se sì,
E.4.2 Per quali motivi? (risposta multipla)
❒ Salute, ❒ Psicologici, ❒ Altro .....

Sezione F. Invecchiamento

F1 Ti senti vecchia?
❒ sì ❒ no
Se sì,
quando hai cominciato a sentirti invecchiata? (risposta multipla)
❒ Quando hai perduto persone significative e amici
❒ Quando non ti sei sentita più ammirata dagli uomini
❒ Quando i figli hanno lasciato la casa
❒ Quando non ce l'hai fatta più a tenere gli stessi ritmi (casa, lavoro, interessi, ecc)
❒ Quando sei rimasta sola
❒ Quando ti sei sentita meno sicura di spostarti da sola
❒ Quando sono terminate le mestruazioni
❒ A seguito di tue malattie
❒ A seguito di malattie di altri
❒ Quando hai lasciato o perso il lavoro
❒ Quando sono nati i nipoti
❒ Altro .....

F.2 Quali tipologie di problema hai da almeno un anno o pensi di poter avere in futuro? (barrare solo le voci di interesse)

Problema	L'hai avuto da almeno un anno	Pensi di poterlo avere in futuro
Calo del desiderio sessuale	❒	❒
Dolori (testa, schiena, gambe, braccia ecc.)	❒	❒
Mancanza di energia	❒	❒
Incontinenza urinaria o fecale	❒	❒
Mancanza di memoria	❒	❒
Solitudine	❒	❒
Insicurezza e paura di andare fuori casa	❒	❒
Non autosufficienza	❒	❒
Problemi economici	❒	❒
Altro	❒	❒

Sezione G. Servizi

G.1 Quali servizi sociali e medici usi e come li valuti? (barrare tutte le voci, indicando la valutazione per i servizi utilizzati)

Servizi	Non lo usi	Lo usi e ne sei soddisfatta	Lo usi, ma non ne sei soddisfatta
Medico Specialista	❒	❒	❒
Infermiere	❒	❒	❒
Medico generico	❒	❒	❒
Assistente sociale di comune, quartiere o ASL	❒	❒	❒
Consultorio ginecologico	❒	❒	❒
Consultorio psicologico	❒	❒	❒
Servizi di salute mentale	❒	❒	❒
Servizi di geriatria (per anziani)	❒	❒	❒
Altro	❒	❒	❒

G.2 Quali altri servizi vorresti potenziare? (risposta multipla)
❒ Consultorio
❒ Prevenzione alle problematiche della terza età
❒ Luogo d'incontro per risposte soddisfacenti di ordine medico
❒ Servizio per le pratiche burocratiche
❒ Spazi collettivi di formazione e informazione
❒ Altro .....

G.3 Credi che il servizio dei trasporti sia adeguato alla tua persona e alle tue esigenze? (barrare la casella in corrispondenza della valutazione per tutti i servizi)

Servizi	Adeguato	Non adeguato
Tram o autobus	❒	❒
Treno	❒	❒
Corriera	❒	❒
Taxi	❒	❒
Altro	❒	❒

Sezione H. Tempo libero

H.1 Hai tempo libero?
❒ molto, ❒ abbastanza, ❒ poco, ❒ non ho tempo libero

H.2 Se hai tempo libero cosa fai, cosa vorresti fare, e dove? (barrare le voci di interesse, indicando l'eventuale localizzazione)

	Lo fai	Vorresti farlo	Lo trovi vicino casa	Vorresti trovarlo vicino casa
Frequenti l'università della terza età	❒	❒	❒	❒
Frequenti centri sociali o per anziani	❒	❒	❒	❒
Frequenti circoli ricreativi	❒	❒	❒	❒
Frequenti palestre o piscine	❒	❒	❒	❒
Svolgi attività manuali	❒	❒	❒	❒
Altro	❒	❒	❒	❒

Sezione I. Futuro

I.1 Con quale aggettivo descriveresti il tuo futuro?

❒ Pessimo, ❒ Incerto, ❒ Problematico, ❒ Normale, ❒ Sereno

I.2 Con chi ti piacerebbe vivere in futuro e con chi credi di andare a vivere? (barrare tutte le voci di interesse)

	Ti piacerebbe vivere	Andrai a vivere
Partner	❒	❒
Parenti stretti (figli, fratelli, …)	❒	❒
Altri parenti	❒	❒
Amici	❒	❒
Una struttura per anziani	❒	❒
Da sola	❒	❒
Altro ……	❒	❒

Il questionario è concluso. Ti ringraziamo per la collaborazione.

Bibliografia

Abrham G., *La vita sessuale nell'età avanzata*, in G. Abraham, W. Pasini, *Introduzione alla sessuologia medica*, Feltrinelli, Milano 1975

Barbagli M., Saraceno C., *Separarsi in Italia*, Il Mulino, 1998

Braibanti P., Strappa V., Zunino A., *Psicologia sociale e promozione della salute. Volume I: Fondamenti psicologici e riflessioni critiche*, FrancoAngeli, Milano, 2011

Brizendine L., *Il cervello delle donne*, BUR Saggi, Milano, 2007

Brizendine L., *Il cervello dei maschi*, Rizzoli, Milano, 2010

Butler R. N., Schecter M., *Productive Aging*, in G. Maddox, (ed.), *The Encyclopedia of Aging*, Springer, New York, 1995, pag. 763-4, 2° ed.

Cesa Bianchi M., *Giovani per sempre? L'arte di invecchiare*, Laterza, Roma-Bari, 1998

Cesa – Bianchi M., Cattaneo M. Teresa, *L'anziano e la paura del sesso*, in *Le paure del sesso*, a cura di Giommi R. e Perrotta M., Edizioni del Cerro, Firenze, 1995

Cheli E., *Olismo la scienza del futuro. Verso una civiltà ecologica, pacifica e consapevole*, Xenia edizioni, Milano, 2010

Chiappi F., *Oltre la tela di Penelope. Uno sguardo di genere sulla comunicazione*, Aida edizioni, Firenze, 2008

Farnè M., *Lo stress*, Il Mulino, Bologna, 1999

Francescato D., *Stare meglio insieme*, Mondadori, Milano, 1995

Freedman M., How Baby Boomers, *Will Revolutionize retirement and Transform America*, Public Affairs, New York, 1999

Giommi R., Perrotta M., *Menopausa. La terza stagione del cambiamento femminile* in *Le paure del sesso*, a cura di Giommi R. e Perrotta M., Edizioni del Cerro, Firenze, 1995

Goleman D. *Intelligenza emotiva*, Rizzoli, Milano 1995

Grano G. *Psicologia dell'invecchiamento e promozione della salute*, Carocci, Roma, 2005 Lazarus R. S. & Folkman, S., *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer, 1984

Majani G., *Introduzione alla psicologia della salute*, 1999, Trento

Naldini M. Saraceno C., *Vecchi e nuovi patti tra i sessi e generazioni*, Il Mulino, 2011

Paris G., *La grazia pagana*, Moretti & Vitali, Bergamo 2002

Paris G., *La rinascita di Afrodite*, Moretti & Vitali, Bergamo 1997
Pasini W., *Intimità. Al di là dell'amore e del sesso*, Mondadori, 1995
Piccardo C. *Empowerment*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1995
Slepoj V., *Le ferite degli uomini*, Oscar Mondadori, 2004
Slepoj V., *Le ferite delle donne*, Oscar Mondadori, 2002
Saraceno C., *Pluralità e mutamento. Riflessioni sull'identità al femminile*, FrancoAngeli, 1988
Saraceno C., *Mutamenti della famiglia e politiche sociali in Italia*, Il Mulino, 2003
Saraceno C., Naldini M,. *Sociologia della famiglia*, Il Mulino, 2001
Tartarotti L. *Psicologia della Salute. Un'introduzione*, FrancoAngeli, Milano, 2010

Finito di stampare nel novembre 2011
per conto di SICREA srl, Firenze
presso la Nuova Grafica Fiorentina, Firenze