

IL CORPO CHE CAMBIA

La salute delle donne

Un'indagine sulla salute delle donne adulte ed anziane



CGIL
SPI
TORINO

Associazione
ires
Iniziative di Ricerca e Sviluppo

Ricerca promossa dal Coordinamento Donne SPI CGIL Torino
Con la collaborazione di Vicky Franzinetti e Gioia Montanari

A cura di
Giovanna Spolti
ricercatrice Ires CGIL “Lucia Morosini”

Febbraio 2009

Indice

Prefazione a cura di Vicky Franzinetti	4
Introduzione	7
Metodologia	8
Descrizione del campione	8
Le risorse economiche disponibili	11
Il lavoro di cura	17
Invecchiamento e salute	22
Il ricorso ai servizi sanitari	26
Appendice di approfondimento su invecchiamento e sessualità	29
Conclusioni	40

Prefazione a cura di Vicky Franzinetti

Nella presentazione del progetto allo SPI, Gioia Montanari ed io scrivevamo:

il corpo della donna nel tempo è un'immagine o un concetto assente nell'immaginario sociale o politico: una donna giovane che viene vista come donna oggetto diventa un oggetto donna quando il suo corpo non viene considerato degno del piacere maschile (...).

Per anni abbiamo lottato perché il nostro corpo di donna non fosse considerato un mero oggetto, ma parte di noi, conosciuto e curato da noi. Abbiamo detto (ed in parte ottenuto) che la sua proprietà ci fosse ridata, ri-attribuita, che fossimo noi a decidere se e quando riprodurci (leggi sulla contraccezione e aborto), ad imparare a goderne (leggi sul divorzio e nuovo diritto di famiglia), abbiamo cercato il diritto all'indipendenza (leggi sul lavoro, leggi di parità e pari opportunità) e che non fosse un oggetto di morale pubblica (legge sulla violenza sessuale e le molestie sul luogo di lavoro). Col tempo sono nati dei servizi, quali i consultori, che si occupano della salute riproduttiva delle donne. Proprio per questo però né i consultori né altri servizi si occupano della salute anche quando la donna non è fertile, così come spesso i servizi non si sono occupati di donne di diverso orientamento sessuale. L'interesse è stato legato alla riproduzione, alla fertilità, prevalentemente di chi voleva figli (potendoli concepire o non potendoli concepire) e chi non li voleva. Basti pensare al battage pubblicitario mondiale che ha avuto il Viagra per capire che invece la potenza sessuale maschile è un argomento che interessa più della loro fertilità – che spesso viene data per scontata.

La sessualità ed il benessere delle donne in età adulta ed avanzata invece sembrano quasi un argomento vergognoso, mentre fosse solo per il fatto che viviamo più a lungo, che siamo quindi molte di più degli uomini in età avanzata e che possiamo avere una vita sessuale attiva, dovremmo tener la scena invece di sparire. L'interesse per il corpo diventa un interesse per la malattia e gli organi sessuali sono visti come potenziali problemi oncologici e non per le altre funzioni o per piacere.

Nella preparazione dei questionari ed anche dopo è stato importante lo scambio di esperienze, qualunque siano le scelte, terapia sostitutiva ginnastica, o semplicemente parlare con altre dei cambiamenti di corpo e desiderio. Di certo è anche interessante notare come la discussione sulla pillola anticoncezionale e sulla terapia sostitutiva, fondamentalmente le stesse sostanze, abbia impatti sociali, morali e psicologici diversi.

La ricerca è iniziata molto centrata su temi di salute e dall'idea di Gioia Montanari di promuovere consultori per donne adulte ed anziane raccolta con entusiasmo dallo SPI di Torino, ma con il tempo si è aggiunto il dibattito sul il carico del lavoro di cura, per i nipoti e per gli anziani di casa, le condizioni di vita e di lavoro, i servizi. Un questionario nato inizialmente come indagine ha avuto una tal risposta da essere la base per una ricerca completa.

Saranno però le donne, ed in particolare le donne dello SPI a trasformare le parole e le sensazioni scambiate, la scoperta di somiglianze e differenze tra di noi, in politica delle donne, ovvero nella capacità di diventare un'immagine sociale e politica, di imporre nel dibattito pubblico non solo i bisogni ma la varietà dei modi di essere: si può esser sposate, conviventi, sole ma accompagnate, sole e con tante amiche, sole e con uno o più amici, attive. Anche lo svolgere attività di cura sostitutive di servizi per i nipoti e gli anziani va portato nel campo della contrattazione sociale. Abbiamo utilizzato strumenti sviluppatissimi negli ultimi anni, come i bilanci di genere, le idee di un collettivo sociale di genere, la creazione di un sé collettivo tramite la condivisione di esperienze.

Le donne che nel 1970 scrissero "Noi e il Nostro Corpo", oggi hanno scritto un libro sulla menopausa che nell'introduzione recita: *"Noi e il Nostro corpo rifiuta la medicalizzazione della naturale transizione di vita delle donne..."* Poiché la menopausa arriva grossomodo a metà della vita è spesso associata ad altre questioni relative all'età di mezzo, all'invecchiamento (...). Il passaggio è sempre quello dal 'me' al 'noi'. Il 'Noi' si riferisce a tutte le donne, di qualunque razza, etnia o classe, origine ed orientamento sessuale o identità di genere. La decisione fin dall'inizio è che fossimo 'noi' e non 'loro'. (...)

E dal primo capitolo parla di esperienze personali:

Le donne più giovani che conoscevo pensavano che a loro non sarebbe mai successo mentre quelle più vecchie dicevano 'Non è nulla. Così non avevo nessuno con cui parlarne....'

Non devo più preoccuparmi di rimanere incinta ma ho secchezza vaginale. Tuttavia uso lubrificanti vaginali quindi non è un gran problema, il sesso è cambiato ma non in senso negativo. A volte mi dà grande piacere altre volte meno, ma la vita è così, no?

Non dimentichiamoci che fino a 200 anni fa a 35 anni una donna era considerata vecchia, cosa che adesso fa un po' ridere: in altre parole si mescolano immagini sociali, situazioni biologiche e ruoli sociali e molte immagini sono dominate dalle credenze sociali e morali. Alcuni uomini, seppur pochi, godono in tarda età del fascino del brizzolato o del tinto di potere, ed alcuni ci credono anche circondandosi di ragazzine nel caso se ne dimenticassero per l'età. In altre parole l'età pare non pesare nei maschi con potere, mentre le donne (tutte) e gli uomini privi di potere paiono decadere piuttosto che sviluppare un certo fascino. Per comprovare questa situazione evidentemente falsa, molti uomini si circondano di donne più giovani, spesso anche straniere proponendo un 'baratto' di italianità contro età.

Le donne dello SPI non sono quello che si chiama un campione casuale, sono un gruppo di donne molto attive, che in maggioranza ha lavorato per molti anni, che ha dato valore alla propria autonomia e alla propria persona. Sono, siamo, donne di una generazione che non ha dato per scontata né la propria cultura né i ruoli che le erano stati attribuiti alla nascita, che si è pensata uguale e che ha cercato equilibri del e nel tempo, che ha lottato per ottenere servizi e lavoro e con questo modellare un po' l'ambito in cui vive.

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 .*

La preparazione di questa ricerca è stata molto piacevole e non sempre semplice – cosa che l'ha resa interessante. Ringrazio tutte quelle con cui ho lavorato e tutte quelle che vorranno parlarne. In tempi difficili come sono quelli attuali, molto sarà richiesto alle donne di tutte le età: ciò che noi riusciremo a salvare sarà ciò che lasceremo alle donne che ci seguiranno, e sono le donne come quelle dello Spi-Cgil che più di altre potranno contribuire a trasformare le storie della loro vita in Storia.

Introduzione

L'idea è nata dalla riflessione sul rapporto con il corpo ed il senso di sé nelle varie fasi dell'età matura fino a quella anziana, oltre i 75 anni, idea proposta all'attenzione dello Spi CGIL da Vicky Franzinetti (ricercatrice, esperta di politiche di genere) e da Gioia Montanari (ginecologa e patologa conosciuta per il suo impegno nel movimento delle donne).

In particolare Gioia Montanari grazie alla possibilità di osservare e interagire con le donne sulle dinamiche del rapporto con “il corpo che cambia”, ha sviluppato alcune riflessioni, che di seguito riportiamo, e che sono state la base per l'avvio di questo lavoro di indagine:

“Come ginecologa ho avvertito la sensazione della necessità da parte delle donne mature, adulte e anziane di un luogo-momento di incontro, non solo per salute, ma anche per esigenze più allargate. Definirei queste esigenze come comunicative, di narrazione, di problemi che non vengono, ma dovrebbero essere normalmente esplicitati nelle strutture sanitarie. Ho notato la necessità di confrontarsi con me, donna di una certa età e considerata “esperta”, su problemi che riguardano l'invecchiamento e alcune problematiche sanitarie considerate “naturali”, come la sessualità (compresa la masturbazione), vissuta per lo più con un senso di inadeguatezza, i conflitti familiari, la fatica e spesso, ma non sempre, il piacere di accudire i nipoti in sostituzione dei servizi talvolta inesistenti e/o costosi.

Dal punto di vista sanitario, molte di queste problematiche vengono date per scontate e si vivono con rassegnazione, altre vengono espresse chiaramente e per esse si richiede un rimedio, altre ancora infine, emergono solo attraverso il colloquio.”

Gioia Montanari

Il coordinamento donne dello Spi Cgil attento alle tematiche del rapporto tra le donne e i servizi territoriali, coglie le sollecitazioni emerse dalle testimonianze che considera molto importanti e avvia un processo di confronto, prima con le donne più attive nel coordinamento, poi allargato alle Leghe SPI Cgil di Torino e provincia.

L'obiettivo iniziale di questa prima fase di confronto è stato quello di indagare l'interesse e la partecipazione delle pensionate verso il tema e successivamente visti i risultati sorprendenti ottenuti si è pensato di allargare il confronto con tutte le donne iscritte allo Spi Cgil di Torino. Lo strumento progettato per raggiungere il maggior numero di testimonianza è stato il questionario che come descritto nella nota metodologica è stato ampiamente diffuso.

I temi trattati coinvolgono diverse dimensioni sociali e personali: reddito, consumi, relazioni sociali, atteggiamento verso l'invecchiamento, la salute, la sessualità e il corpo che cambia. L'obiettivo è stato quello osservare come i servizi sanitari presenti sul territorio rispondano alle necessità che emergono da alcune di queste dimensioni e rilevare le spesso latenti richieste di servizi territoriali che rispondano a nuovi modelli organizzativi; nuovi luoghi dove sia possibile imparare a prevenire i disturbi e le problematiche legate all'invecchiamento, avere indicazioni serie su come affrontarle quando sopraggiungono, ma anche un luogo in cui le donne possano ritrovarsi, raccontarsi ed ascoltarsi, reciprocamente sostenersi, prendersi in giro sulle paure ed ansie di ciascuna e magari scoprire gli aspetti positivi dell'età matura e dell'invecchiamento.

Metodologia

La ricerca, promossa dal Sindacato Pensionati della Cgil (SPI) di Torino, ha coinvolto le donne iscritte al sindacato pensionati residenti sul territorio torinese. Lo strumento principale di indagine è un questionario semi strutturato che nel corso della primavera-estate 2008 è stato distribuito sia nelle leghe di appartenenza sia in allegato ad una rivista di categoria: *“Il pensionato”* distribuita a tutti gli iscritti e iscritte allo SPI della provincia di Torino (quasi 90.000 iscritti di cui più di 40.000 donne)¹. Difficilmente è possibile quantificare il numero delle donne raggiunte dal questionario, quello che possiamo quantificare sono le donne che hanno risposto all’iniziativa: sono stati compilati 1020 questionari e per motivi tecnici ne abbiamo validati 937². Visto il target di popolazione (donne con più di 50 anni) e il metodo di intervista adottato dell’auto-compilazione, riteniamo questa risposta molto positiva e consideriamo il risultato dell’iniziativa come un grande indicatore di interesse verso il tema della salute delle donne anziane, e il loro rapporto con i servizi sanitari territoriali.

Parallelamente in alcune sedi sindacali dello SPI ad un campione ridotto di donne, è stato distribuito un questionario di approfondimento su alcuni aspetti, tra questi la salute sessuale e l’invecchiamento. In questo caso i questionari raccolti sono stati 157 e i risultati elaborati sono inseriti in appendice.

La struttura della seguente relazione, frutto dell’elaborazione dei dati raccolti e della loro interpretazione condivisa con l’intero gruppo di lavoro rimanda ad una analisi prevalentemente di tipo descrittivo di alcune caratteristiche di un campione che come vedremo risulta essere rappresentativo non dell’intero universo della popolazione anziana femminile, ma di una parte di esso. Le donne intervistate, come vedremo dall’analisi successiva, in maggioranza hanno lavorato in passato anche per un numero di anni molto elevato, esse sono la proiezione di ciò che le lavoratrici di oggi saranno in futuro, per questo le loro risposte e i loro atteggiamenti verso le dimensioni rilevate assumono un’importanza particolare ai fini della programmazione delle politiche sanitarie future.

I temi trattati dalla ricerca sono la percezione di reddito e l’atteggiamento ai consumi, il lavoro di cura familiare, la salute, anche quella sessuale, l’invecchiamento e il rapporto con i servizi sanitari territoriali. Le variabili indipendenti utilizzate per la descrizione dei vari profili tematici sono essenzialmente: la classe di età, la tipologia familiare, lo stato civile, il titolo di studio e il numero di anni di lavoro.

Descrizione del campione

L’età media del campione è 68 anni, le **donne adulte** (50-65 anni) sono il 41%, le **donne mature** (65-75 anni) sono il 37%, le donne **anziane** (sopra i 75 anni) sono il 22%. Riguardo alla stato civile il 50% è coniugata o convivente, è interessante osservare che nel nostro campione, rispetto all’universo della popolazione provinciale a parità di età, abbiamo una percentuale di vedove più alto (34,6% contro 29% dell’universo³).

Il 36% ha un titolo di studio elementare, la laurea il 5% le restanti hanno un titolo di studio medio.

Analizzando la provenienza (luogo di nascita) anche nella nostra indagine ritroviamo le dinamiche dei flussi migratori che hanno investito e investono tutt’oggi il territorio locale.

¹ Tratto da “il pensionato” ottobre 2008

² Alcuni questionari risultavano compilati da donne con meno di 50 anni, età non pertinente ai fini dell’indagine, altri sono risultati parzialmente compilati e quindi cestinati.

³ Fonte: Banca dati demografica evolutiva della regione Piemonte

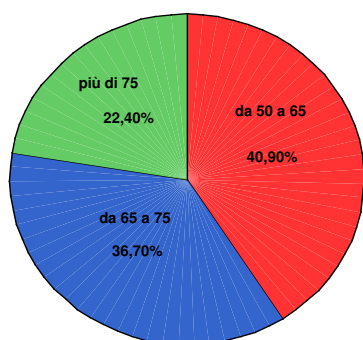
La percentuale di immigrate è molto alta, più della metà provengono dalle regioni del sud d'Italia, inoltre ritroviamo immigrate dal Veneto e alcune donne immigrate da paesi stranieri, meta nei decenni scorsi di emigrati italiani, presumibilmente si tratta di donne nate da genitori italiani emigrati all'estero (Colombia, Etiopia ecc...) ritornati in seguito in Italia.

Riguardo alle **tipologie familiari** più presenti il 44% vive in coppia con il marito-compagno, e il 39% vive sola. L'84% ha figli. L'analisi del numero di figli ci descrive una situazione simile all'universo della popolazione italiana⁴ infatti l'85% delle donne intervistate ha 1 o 2 figli, l'11% ne ha 3 e solo il 3% ne ha più di tre. Il 20% dichiara che i figli vivono con loro;

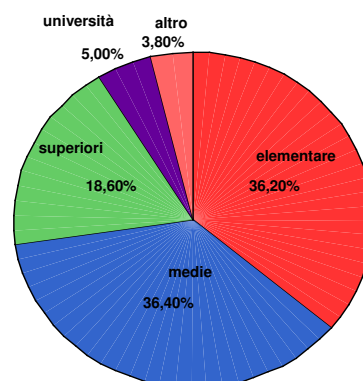
Le donne che vivono sole sono per la maggior parte donne mature (42%) e anziane (40%, 143 casi che corrispondono al 70% delle donne anziane presenti nel campione), per il 75% sono vedove e circa il 78% ha un titolo di studio pari alla scuola dell'obbligo, il 36% ha figli.

Il campione

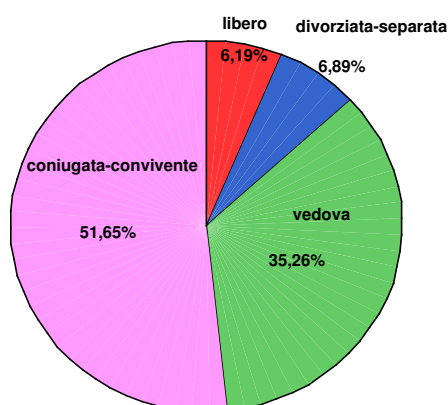
classe di età



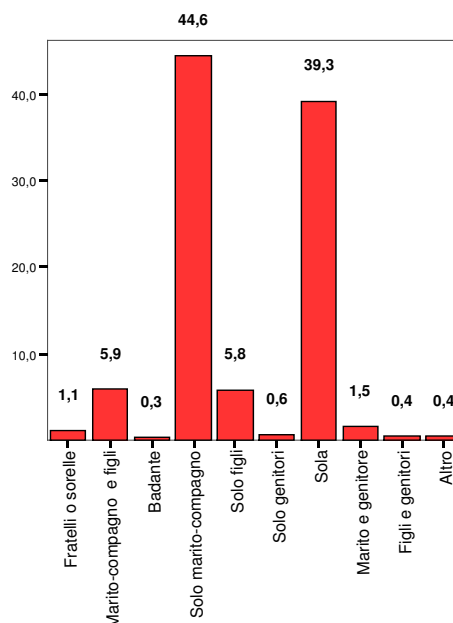
istruzione



Stato civile

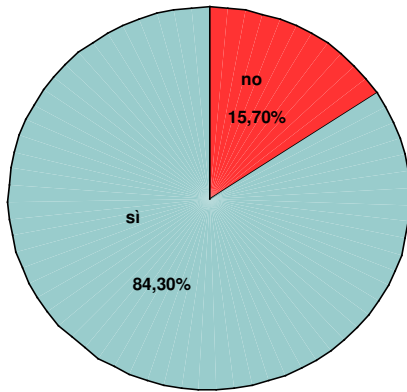


Con chi vivi?

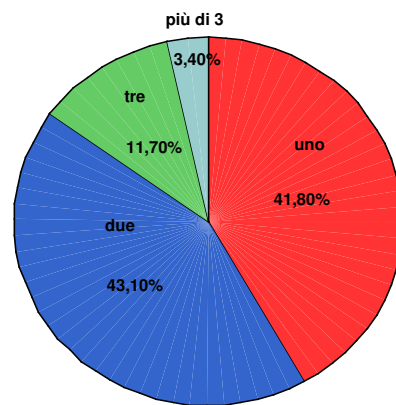


⁴ Fonte istat: "Strutture familiari e opinioni su famiglia e figli" anno 2003

hai figli?



se si quanti?



Le risorse economiche disponibili

Per ciò che riguarda la condizione economica e gli stili di consumo i dati confermano che il campione raggiunto dall'indagine è un campione peculiare. **Il 78% delle donne presenti nel nostro campione in passato hanno lavorato.** Considerando che oggi il tasso di occupazione femminile si aggira intorno al 40% e che per le donne più anziane il tasso di popolazione inattiva è molto alto⁵, riteniamo questo dato peculiare della popolazione di riferimento dell'indagine e indicativo al fine di interpretare i risultati che scaturiranno dall'analisi successiva su stili di consumo e ricorso ai servizi.

Il 22 % delle donne che non ha lavorato sono per la maggior parte donne con titolo di studio basso (licenza elementare 45%), mentre non ci sono differenze significative per classi di età.

In media le intervistate **hanno lavorato per circa 28 anni.**

se hai lavorato in passato per quanti anni?

	Valid Percent
meno di 15	15,7
da 15 a 30	36,0
da 30 a 35	20,4
più di 35	27,9
Total	100,0

Oggi l'89% delle donne dell'intero campione afferma di essere in pensione, sono più di quelle che affermano di aver lavorato in passato, si tratta di 832 donne contro 734 donne che dicono di aver lavorato in passato, va da sé che la differenza la fanno le donne che usufruiscono di una pensione diversa da quella di vecchiaia o anzianità da lavoro, più della metà (55%) sono vedove, quindi presumibilmente percepiscono una pensione di reversibilità.

Chi è in pensione lo è mediamente da 13 anni, ma il 20% lo è già da lungo tempo, più di 20 anni.

se sei in pensione da quanti anni

	Valid Percent
meno di 5	23,7
da 5 a 10	17,5
da 10 a 20	38,4
più di 20	20,4
Total	100,0

La maggioranza delle intervistate vive la propria anzianità attivamente, il 30% fa volontariato per associazioni di vario genere e per il sindacato, il 4,3% presta volontariato per l'ausser e il 14% lavora per lo SPI. Inoltre una percentuale residuale (3,4%) svolge ancora lavoro pagato anche se è in pensione.

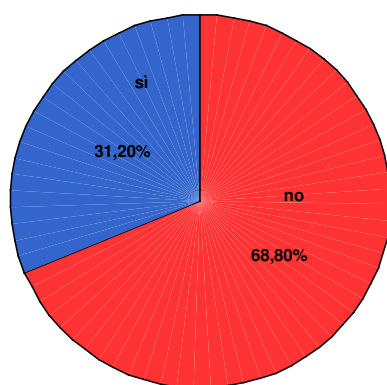
⁵ La popolazione inattiva per definizione è quella considerata *non forza lavoro*, ad esempio la casalinga.

Una recente indagine sulla qualità della vita degli anziani afferma che il 48% degli ultra sessantacinquenni italiani considera il proprio reddito sufficiente⁶.

Il profilo socio-professionale che abbiamo appena descritto lascia supporre che tra le donne del nostro campione si ritrovi una minore vulnerabilità economica, ci si aspetta infatti che una vita di lavoro e una pensione percepita da diversi anni proteggano dai rischi di impoverimento, o almeno determinino una consapevolezza ed una percezione di benessere più marcata, ma i dati ci suggeriscono atteggiamenti che non vanno in questa direzione.

In questa indagine è stato appositamente omesso di registrare il valore oggettivo del reddito percepito per evitare di incappare in resistenze alla compilazione e toccare sensibilità che potessero inficiare il buon risultato della ricerca. Ci si è semplicemente limitati a chiedere un giudizio sull'adeguatezza del proprio reddito. Con un po' di sorpresa per i motivi che abbiamo poc'anzi accennato constatiamo che il reddito viene considerato adeguato solo per il 31% del campione, il restante 69% lo considera inadeguato.

hai un reddito che consideri adeguato alle tue necessità?



Chi sostiene l'inadeguatezza del proprio reddito sono la maggior parte delle donne più anziane (71%), delle donne che convivono con marito-convivente e figli, o solo con marito-convivente (72%) e di coloro che ha un titolo di studio elementare (78%).

Non abbiamo elementi oggettivi per poter giudicare quanto questo giudizio sia condizionato da reali difficoltà economiche o semplicemente sia frutto di un atteggiamento negativo e pessimista, certo che, confidando nella prima ipotesi, la sollecitazione che ci rimanda il dato è quella relativa all'inadeguatezza del reddito da pensione rispetto al reale costo della vita; i dati lo confermano. Attraverso un approfondimento dell'analisi⁷ scopriamo che al primo posto, ad influenzare il giudizio sull'adeguatezza del proprio reddito sono il numero di anni che si è lavorato in passato. Il 38% di chi ha lavorato per un numero di anni superiore a 30 afferma di avere un reddito adeguato alle proprie esigenze, contro il 18% di coloro che affermano la stessa cosa ma avendo lavorato meno di 30 anni. La seconda variabile che influenza l'adeguatezza del reddito risulta essere **l'età**; dalla tecnica di analisi scopriamo che il 50% di chi ha lavorato meno di 30 anni, ma è ancora giovane, con un'età inferiore a 64 anni, quindi con minori bisogni e maggiori strategie considera il proprio reddito adeguato, ma se l'età aumenta (più di 65 anni) a parità di anni di lavoro, il reddito è considerato adeguato solo per il 29% del campione.

Il dato ci fa riflettere sulle dinamiche esistenti tra reddito e pensione; il reddito dei pensionati e la sua adeguatezza alle necessità e ai bisogni degli anziani dipende molto dalle condizioni di partenza esistenti

⁶ Ricerca realizzata da Codres per l'Istituto di Igiene dell'Università Cattolica e l'Istituto per gli Affari Sociali nei mesi di giugno-luglio 2008. <http://www.istitutoaffarisociali.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/2164>

⁷ Per questo approfondimento è stata utilizzata la tecnica della classification tree.

al momento della pensione. Se la pensione è alta dall'inizio, perché gli anni di lavoro sono stati sufficienti per maturare la classica pensione "piena" (pensione di anzianità conseguita dopo 30 –35 anni di lavoro), allora le pensionate riescono meglio a far fronte alle necessità e all'aumento del costo della vita. Ma se l'ingresso nella condizione di pensionato avviene attraverso criteri diversi dall'aver maturato una pensione di anzianità, e quindi con decurtazioni rispetto al livello di reddito percepito come lavoratrici, il reddito non viene giudicato più così adeguato.

Hai un reddito che consideri adeguato alle tue necessità?	si	no
Dato complessivo	31%	69%
Chi ha lavorato più di 30 anni	39%	61%
Chi ha lavorato meno di 30 anni	18%	82%
Chi ha meno di 65 anni	34%	66%
Chi ha più di 65 anni	29%	71%
Chi è in pensione da meno di 10 anni	35%	65%
Chi è in pensione da più di 10 anni	31%	69%

Ci si domanda come, per le donne che più spesso sono soggette a pensionamento anticipato e percepiscono una pensione di vecchiaia o altro tipo di pensione, quali la reversibilità della pensione del marito defunto, si possa intervenire per far sì che il reddito anche per loro possa essere adeguato alle necessità e ai bisogni di vita. Questo lavoro non può dare delle risposte di macro sistema ma può sicuramente testimoniare ancora una volta come lo svantaggio retributivo delle donne, che inizia nell'età lavorativa, continui anche nel periodo di pensionamento, portando con sé insidie e difficoltà di vita quotidiana.

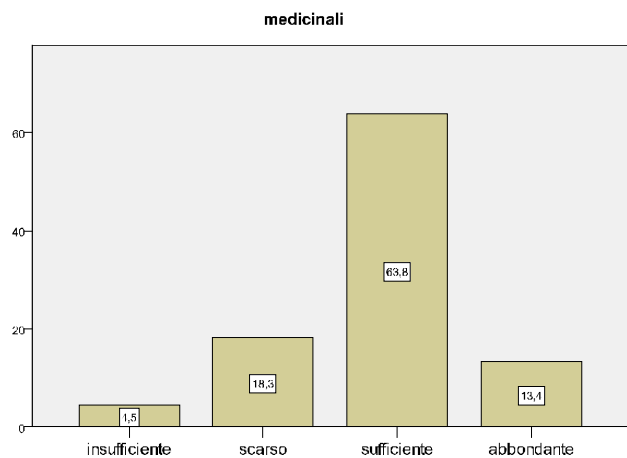
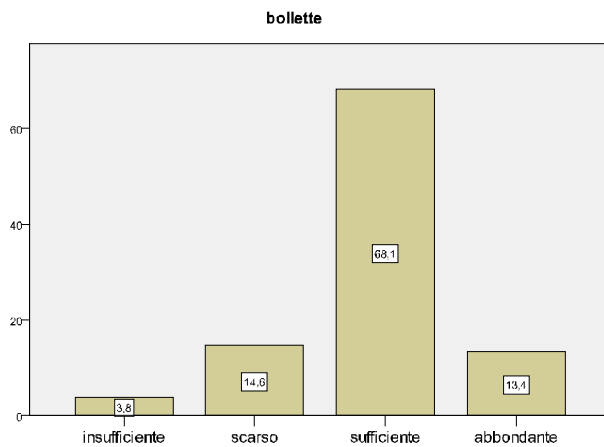
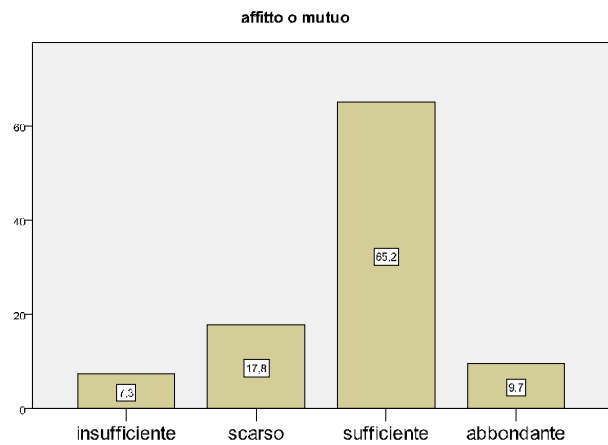
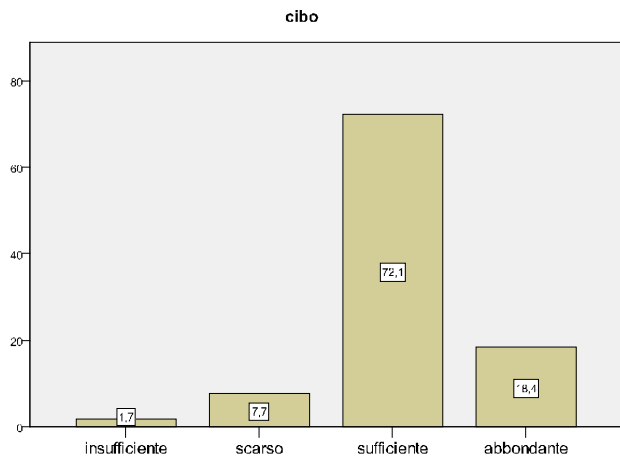
Di fronte un reddito che di fatto viene considerato inadeguato dalla maggioranza del campione vediamo quali sono gli atteggiamenti verso i consumi. E' stato chiesto di esprimere un giudizio sull'adeguatezza delle risorse disponibili per 4 necessità primarie: cibo, affitto-mutuo, bollette e medicinali.

I dati pur essendo nel complesso confortanti dimostrano che nonostante una vita di lavoro e una pensione percepita dalla quasi totalità del campione, esiste una minoranza di donne che non riesce a soddisfare pienamente le proprie esigenze primarie.

Il cibo ha un valore prioritario, per il cibo le risorse sono mediamente più che sufficienti mentre per il pagamento delle utenze mediamente le risorse sono considerate più scarse. Il dato più negativo lo riscontriamo a proposito delle risorse disponibili per pagare affitto o mutuo. Circa un terzo delle anziane intervistate vive in affitto o ha un mutuo da pagare, mediamente per questa onerosa incombenza le risorse sono considerate non-sufficienti.

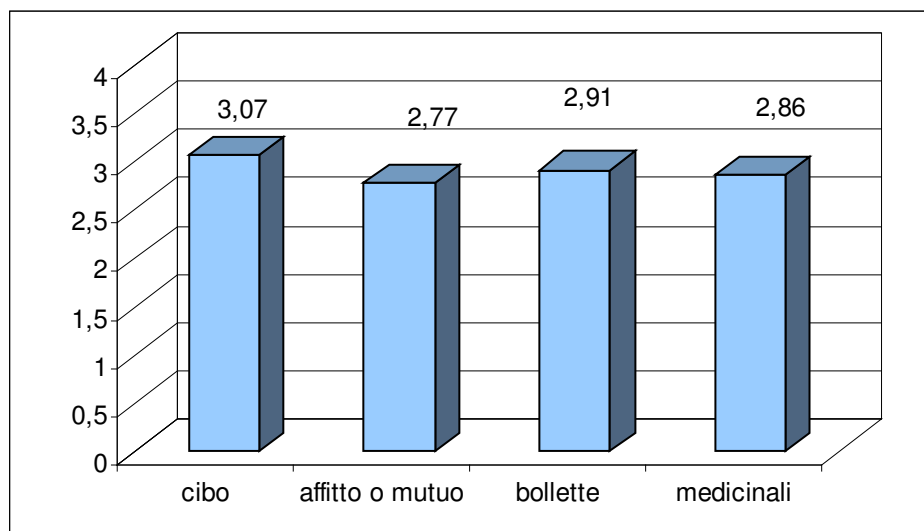
Il dato che in questa sede riteniamo particolarmente allarmante è quello relativo alle risorse per i medicinali che in media sono considerate non sufficienti: il 20% del campione le reputa insufficienti o scarse.

Come consideri le risorse del nucleo familiare per le seguenti necessità? :



Come consideri le risorse del nucleo familiare per le seguenti necessità.
Scala: 1 insufficienti- 2 scarse- 3 sufficienti - 4 abbondanti

Valori medi



Anche se per i **valori medi** non si registrano grandi differenze tra i gruppi, segnaliamo quali sono le donne che considerano particolarmente scarse le risorse a loro disposizione per l'acquisto dei medicinali: rispetto alle classi di età le risorse per i farmaci sono considerate non-sufficienti soprattutto tra le donne più anziane (2,70), rispetto alla tipologia familiare segnaliamo le donne che vivono sole (2,78), tra chi ha lavorato spiccano coloro che lo hanno fatto per meno di 15 anni (2,77) infine tra coloro che percepiscono la pensione le risorse per i farmaci sono non-sufficienti soprattutto per le donne in pensione da più di 20 anni (2,80). Parlando dello stato di salute si osserva che le risorse per i medicinali sono considerate non-sufficienti per tutte coloro che soffrono di almeno un disturbo/patologia, il punteggio medio più negativo è registrato per le donne che hanno un indice di patologia-disturbo medio alto (2,78)⁸

Sempre parlando di consumi e risorse è stato chiesto a cosa rinunciavano in caso di tagli al bilancio: le risposte riguardano soprattutto l'abbigliamento(36%), i consumi di tipo "culturali" (27%) e le vacanze (21%).

Si è parlato fin'ora di consumi e di esigenze di prima necessità (cibo, medicinali, bollette ecc...) come indicatore delle priorità e delle emergenze economiche.

Adesso indaghiamo invece la sfera dei beni meno necessari, quelli che in caso di surplus di reddito vanno ad incontrare le necessità più secondarie e se vogliamo più edonistiche.

Abbiamo chiesto alle donne intervistate come spendono/spenderebbero i soldi in più a loro disposizione. Le risposte dovevano essere fornite con un ordine di priorità da 3 a 0 in cui 3 significa più importante e 0 per nulla importante. Le possibilità riguardavano i seguenti consumi:

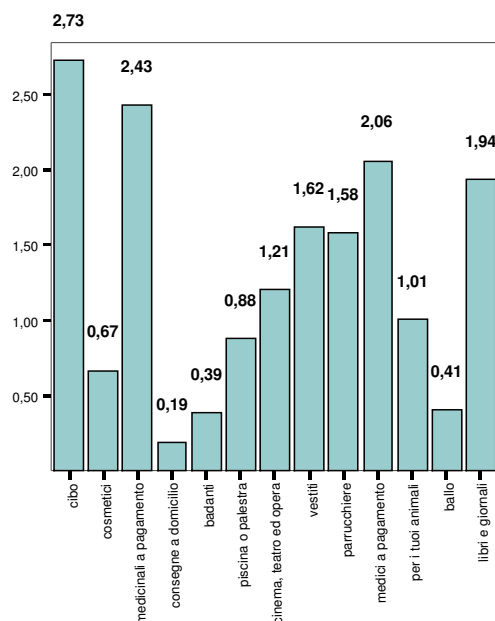
- cibo
- cosmetici
- medicinali a pagamento
- consegne a domicilio
- badanti
- piscina o palestra
- cinema, teatro ed opera
- vestiti
- parrucchiere
- medici a pagamento
- animali
- ballo
- libri e giornali
- altro

Il valore di importanza medio assegnato a ciascun consumo è rappresentato dal seguente grafico:

Se hai soldi disponibili come li spendi?

⁸ Per una descrizione dell'indice di patologia/ disturbo si veda pag.25

Scala: 0 -per nulla importante - 1 poco importante- 2 mediamente importanti- 3 importante
Valori medi



Spicca l'importanza attribuita ai consumi di cibo, seguita da **medicinali a pagamento e medici a pagamento**.

Per il cibo spenderebbero più soldi della media le donne con un livello di istruzione più basso (2,82), le donne che vivono sole con i figli (3,00) e le donne con un indice di disturbo-patologia basso (2,80).

Per i medicinali a pagamento spenderebbero più risorse della media le donne più anziane (2,60), le donne sole e quelle che vivono con il marito-compagno e un genitore (2,55). Per i medici a pagamento invece spenderebbero più risorse rispetto alla media le donne più anziane (2,17), le donne con un titolo di studio medio alto (2,27) e con sorpresa si osservano le donne con un indice di disturbo-patologia basso (2,26). Questo ultimo dato sembra indicare come anche in questo campione emerga un atteggiamento diffuso verso l'uso-abuso di medicinali, spesso a pagamento, anche quando le condizioni di salute reali non siano particolarmente patologiche.

Il lavoro di cura

Il binomio donna-lavoro di cura è un concetto sedimentato e analizzato in tutti i suoi versanti dalle numerosissime ricerche che in ambito di pari opportunità si ritrovano nella letteratura italiana.

Questa nostra indagine assume però un aspetto peculiare perché, sia pur nella sua limitatezza legata alla non rappresentatività dell'universo femminile, abbiamo cercato di mettere in evidenza come il lavoro di cura per le donne anziane possa essere considerato sotto 2 aspetti: quello del donare e quello del ricevere, nello specifico: il lavoro di cura come offerta di prestazione verso chi ne ha bisogno (figli, nipoti, genitori, marito ecc...) e come bisogno di aiuto per sé da terzi (figli, nipoti, marito, servizi). La somma dei due può fornirci un quadro della quantità di lavoro di cura scambiato. Cominciamo con l'analizzare il primo degli aspetti: la **cura offerta**.

Una delle incombenze più frequenti presenti nella vita delle donne anziane italiane ma non solo è quella di prendersi **cura dei nipoti**; dai dati della recente indagine SHARE (survey of health, ageing and retirement in Europe) osserviamo che un terzo degli intervistati oltre i 65 anni di età fornisce aiuto quotidiano o si prende cura dei nipoti - in media per 4 ore e mezzo al giorno. In Italia la percentuale di nonne che aiutano a crescere i nipoti sono circa il 45%.

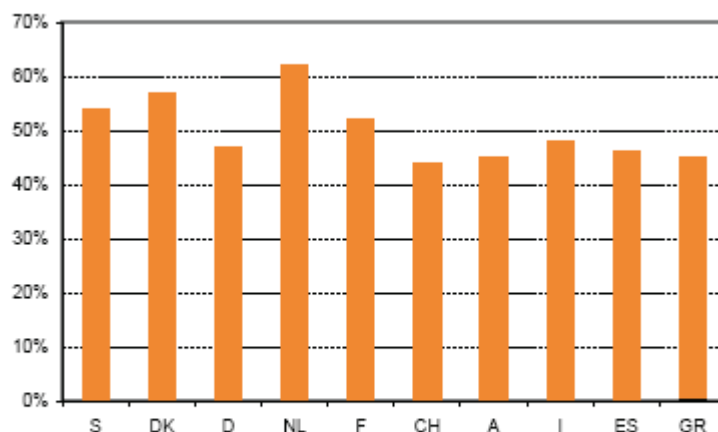


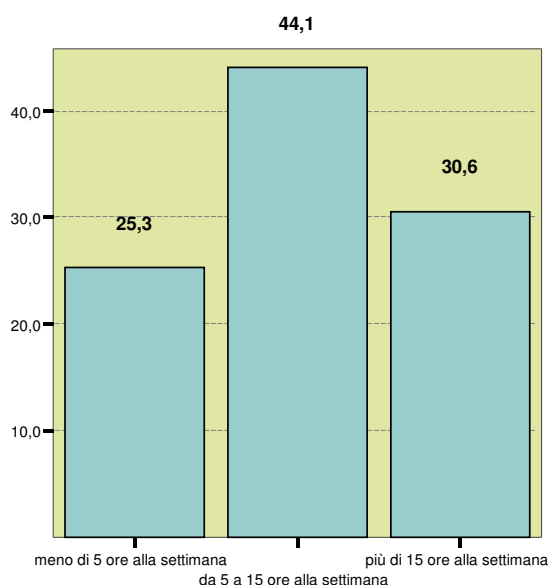
Figura: Proportione di nonne che si sono occupate dei nipoti negli ultimi 12 mesi
Le nonne aiutano a crescere i nipoti in tutta Europa

Fonte: SHARE (survey of health, ageing and retirement in Europe) anno 2008

I dati raccolti dalla nostra indagine non si discostano molto, a dimostrazione del fatto che, indipendentemente dalle condizioni di partenza, e dal fatto che in passato si sia lavorato molto, poco, o per nulla, per le nonne il lavoro di cura verso i nipoti rimane una costante.

In particolare il 70% delle donne intervistate ha nipoti e tra queste il 54% se ne prende cura. Il concetto di cura è certamente di tipo soggettivo, difficile dare una dimensione della cura, quali sono i confini tra il prendersi cura e il non farlo? L'indagine offre una risposta di tipo quantitativo cercando di far quantificare alle interessate il numero di ore dedicate alla cura dei nipoti nell'arco della settimana. Togliendo dal campione le nonne che vivono con i propri nipoti (2%) e che presumibilmente dedicano ad essi un numero di ore alto e continuo, osserviamo che mediamente le altre nonne si occupano dei nipoti circa 13 ore alla settimana, il 31% se ne occupa per più di 15 ore alla settimana.

Numero di ore settimanali dedicate alla cura dei nipoti



Al crescere dell'età delle nonne il numero di ore dedicate alla cura dei nipoti diminuisce. La maggioranza (56%) si prende cura dei nipoti da sola, mentre il 42% condivide con altri familiari il carico e in casi rari la condivisione è con i servizi sociali (1%). La condivisione con i familiari è maggiore nei per chi accudisce i nipoti per più di 15 ore alla settimana,, osserviamo però che tra queste un terzo lo fa senza condividere l'incombenza con nessuno.

Ci sono tra le intervistate donne che si occupano di altre **persone della famiglia con particolari problemi**, sono il 22% del nostro campione, il 77% di esse se ne occupa direttamente, per un numero di ore che va da 1 a 24 e mediamente per circa 10 ore al giorno; in generale la media delle ore sale con il crescere dell'età delle donne intervistate: in media le donne adulte se ne occupano per 8,2 ore al giorno, le donne mature e le donne anziane per circa 15 ore al giorno.

Tra le donne intervistate 1 su 3 si **occupa di anziani che hanno bisogno** di aiuto per il disbrigo delle pratiche, accompagnamenti a visite mediche ecc. Per il 10% dei casi si tratta di prendersi cura del marito-compagno, per il resto invece si tratta di genitori parenti o conoscenti anziani; la persona di cui si prendono cura per il 68% vive solo, solo il 22% vive insieme a loro, il resto (10%) vive in una struttura o presso parenti.

L'82% delle intervistate che vive con questi anziani bisognosi di cura definisce l'impegno di tipo costante, la percentuale scende negli altri casi

Impegno richiesto per la cura-accompagnamento di anziani

		se sì, come definiresti il tuo impegno?	
		occasionale	costante
vivono a casa con te?	sì	17,8%	82,2%
vivono con altri parenti?	sì	64,7%	35,3%
vivono da soli?	sì	59,1%	40,9%
vivono in una struttura?	sì	61,3%	38,7%

Sono le donne adulte quelle ad avere una percentuale di impegno costante più alta (72,4%), seguite dalle donne che vivono sole con il marito –compagno (52%).

Le tabelle successive descrivono come l'impegno in termini di tempo dedicato alla cura dei nipoti, dei familiari con problemi, e degli anziani bisognosi non sempre ricade sulle donne che abbiamo definito adulte, le più giovani del nostro campione quelle con un'età inferiore ai 65 anni, infatti se questo è vero per l'impegno dedicato alla cura dei nipoti, non lo è per l'impegno dedicato alla cura di persone adulte con particolari problemi o anziani bisognosi, in questi casi, infatti, sono le donne mature e anziane a supportare un maggior carico di impegno.

Descrizione degli impegni di cura per classe di età

Ore dedicate ai nipoti

Ore dedicate mediamente a persone in famiglia con particolari problemi

Impegno medio nei confronti di anziani "bisognosi" di cura: scala da 0 a 1 in cui

classe di età	se si quante ore a settimana in media?
da 50 a 65	15,75
da 65 a 75	12,83
più di 75	10,45
Total	13,76

classe di età	se si per quante ore al giorno?
da 50 a 65	8,27
da 65 a 75	15,79
più di 75	15,20
Total	10,88

0=OCCASIONALE 1= COSTANTE

classe di età	se sì, come definiresti il tuo impegno?
da 50 a 65	,54
da 65 a 75	,38
più di 75	,69
Total	,50

Di seguito si è provato a verificare se ci fossero donne che supportano più di un impegno di cura contemporaneamente; a tal proposito è stato creato un semplice **indice di cumulo degli impegni di cura offerta** che va da 0 a 3 e che tiene conto della somma dei tre tipi di cura erogata: a nipoti, persone con problemi e anziani bisognosi.⁹

Quasi la metà del campione (48,20%) afferma di non avere alcun "carico" di cura, le donne di questo gruppo si distribuiscono abbastanza uniformemente per classe di età, per la maggior parte sono donne che hanno figli e nipoti, non offrono cura ma dichiarano anche di non riceverne (80%). Sul versante

⁹ *Indice di cumulo degli impegni di cura offerta:*

0 =nulla (nessun tipo di cura offerta)

1=basso (1 tipo di cura offerta)

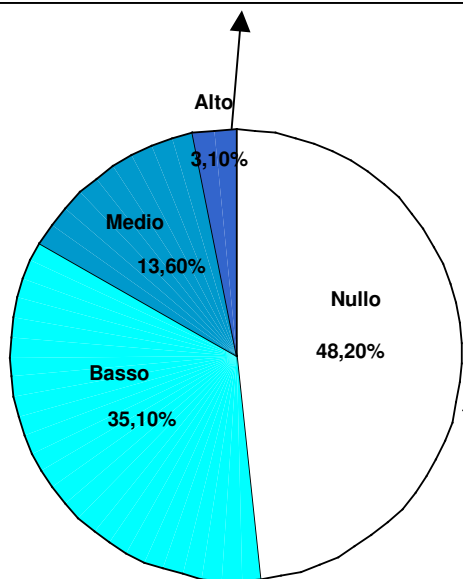
2=medio (2 tipi di cura offerta contemporaneamente)

3= alto (3 tipi di cura offerta contemporaneamente)

opposto per il 17% circa delle donne intervistate si registra un indice di cumulo medio o alto, In particolare le donne con un indice di cumulo alto (3,6%) sono soprattutto le donne più giovani, le quali presumibilmente hanno maggiori risorse per farsi carico della cura offerta..

Indice di cumulo degli impegni di cura

- Il 72% sono donne adulte
- Il 70% vive sola con il marito-convivente
- L'97% ha figli
- Il 100% ha nipoti
- Il 54% ha lavorato più di 30 anni
- L'82% afferma di non ricevere cura
- Il 52% ha un indice di patologia medio-alto o alto (segnala come importanti più di tre disturbi-patologie)



- Il 50% sono donne che vivono sole
- L'80% ha figli
- Il 62% ha nipoti
- Il 50% ha lavorato per meno di 30 anni
- L'80% afferma di non ricevere cura
- Il 50% ha un indice di patologia medio-alto o alto (segnala come importanti più di tre disturbi-patologie)

Indice di cumulo per classe di età

classe di età	Indice di cumulo degli impegni di cura				Total
	Nullo	Basso	Medio	Alto	
da 50 a 64	141	151	70	21	383
	31,2%	45,9%	55,1%	72,4%	40,9%
da 65 a 74	159	135	43	7	344
	35,2%	41,0%	33,9%	24,1%	36,7%
più di 75	152	43	14	1	210
	33,6%	13,1%	11,0%	3,4%	22,4%
Total	452	329	127	29	937
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

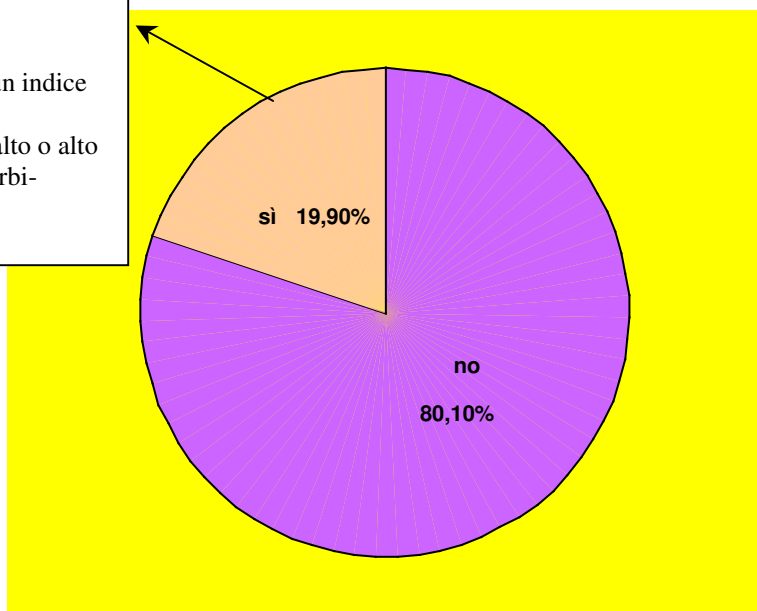
Indice di cumulo per tipologia familiare

	Indice di cumulo degli impegni di cura				Total
	Nullo	Basso	Medio	Alto	
Con chi vivi?					
Fratelli o sorelle	5	3	2	0	10
	1,1%	,9%	1,6%	,0%	1,1%
Marito-compagno e	29	13	10	2	54
	6,6%	4,1%	8,0%	6,9%	5,9%
Badante	2	1	0	0	3
	,5%	,3%	,0%	,0%	,3%
Solo marito-compag	157	174	54	20	405
	35,8%	54,9%	43,2%	69,0%	44,6%
Solo figli	24	19	10	0	53
	5,5%	6,0%	8,0%	,0%	5,8%
Solo genitori	0	3	2	0	5
	,0%	,9%	1,6%	,0%	,6%
Sola	218	100	37	2	357
	49,8%	31,5%	29,6%	6,9%	39,3%
Marito e genitore	1	4	7	2	14
	,2%	1,3%	5,6%	6,9%	1,5%
Figli e genitori	0	0	2	2	4
	,0%	,0%	1,6%	6,9%	,4%
Altro	2	0	1	1	4
	,5%	,0%	,8%	3,4%	,4%
Total	438	317	125	29	909
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Dai dati dell'analisi emerge che le donne presenti nel nostro campione sono maggiormente coinvolte sul versante della cura offerta e meno su quello della **cura ricevuta**. Alla domanda “*qualcuno si occupa di te*” solo il 20% afferma di sì: la percentuale cresce con il crescere dell'età: il 18% sono donne adulte, il 34% donne mature e il 48% sono donne anziane.

La cura ricevuta: “qualcuno si occupa di te?”

- Il 48% ha più di 75 anni
- Il 51% vive da sola
- Il 51% non offre cura e solo il 2,7% ha un indice di cumulo della cura offerta alto
- Il 65% ha un indice di patologia medio-alto o alto (segnala come importanti più di tre disturbi-patologie)



Il 51% di queste donne vivono sole ed per questo è immaginabile che le necessità si facciano più urgenti anche nelle piccole cose della vita quotidiana con esigenze di accompagnamento/trasporto, di aiuto nel disbrigo pratiche e quant'altro.

Per quali esigenza qualcuno si occupa di te?

	Frequency	% su base =136
Trasporto_accompagnamento	42	30,9
Aiuto faccende domestiche	35	25,7
Aiuto morale, psicologico, compagnia	10	7,4
Emergenze e-o malattie	27	19,9
Disbrigo pratiche e commissioni	13	9,6
Altro	9	6,6
Total	136	100,0
Missing System	801	
Total	937	

Importante segnalare in questo contesto che il 20% delle donne che dichiara di ricevere aiuto lo riceve per urgenze legate alla salute, emergenze e malattie varie; di queste più della metà (52%) sono donne che vivono sole. Sono donne che non offrono o non possono offrire cura: l'82% ha un indice di cumulo della cura offerta nullo o basso; il 70% ha un indice di patologia medio-alto o alto.

Tipo di aiuto ricevuto per classe di età

		classe di età			Total
		da 50 a 65	da 65 a 75	più di 75	
se si specificare per quali necessità?	Trasporto_accompagnamento	2 4,8%	18 42,9%	22 52,4%	42 100,0%
	Aiuto faccende domestiche	10 28,6%	11 31,4%	14 40,0%	35 100,0%
	Aiuto morale, psicologico, compagnia	2 20,0%	6 60,0%	2 20,0%	10 100,0%
	Emergenze e-o malattie	8 29,6%	7 25,9%	12 44,4%	27 100,0%
	Disbrigo pratiche e commissioni	1 7,7%	4 30,8%	8 61,5%	13 100,0%
	Altro	0 ,0%	2 22,2%	7 77,8%	9 100,0%
	Total	23 16,9%	48 35,3%	65 47,8%	136 100,0%

Tipo di aiuto ricevuto per tipologia familiare

		Con chi vivi?							Total
		Fratelli o sorelle	Marito-compagno e figli	Badante	Solo marito-compagno	Solo figli	Sola	Marito e genitore	
se si specificare per quali necessità?	Trasporto_accompagnamento	0 ,0%	1 2,4%	0 ,0%	10 24,4%	1 2,4%	29 70,7%	0 ,0%	41 100,0%
	Aiuto faccende domestiche	0 ,0%	0 ,0%	1 2,9%	14 40,0%	3 8,6%	15 42,9%	2 5,7%	35 100,0%
	Aiuto morale, psicologico, compagnia	1 10,0%	1 10,0%	0 ,0%	5 50,0%	1 10,0%	2 20,0%	0 ,0%	10 100,0%
	Emergenze e-o malattie	1 3,7%	0 ,0%	0 ,0%	10 37,0%	2 7,4%	14 51,9%	0 ,0%	27 100,0%
	Disbrigo pratiche e commissioni	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	3 23,1%	3 23,1%	7 53,8%	0 ,0%	13 100,0%
	Altro	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	3 33,3%	4 44,4%	2 22,2%	0 ,0%	9 100,0%
	Total	2 1,5%	2 1,5%	1 ,7%	45 33,3%	14 10,4%	69 51,1%	2 1,5%	135 100,0%

L'invecchiamento e salute

L'età media del campione (68 anni) porta con sé insidie e processi che lentamente ma inesorabilmente portano alla degenerazione del corpo e della mente e spesso questo processo che si chiama invecchiamento porta all'insorgenza di patologie cronicizzanti più frequentemente che in fasce di popolazioni più giovani. Non sappiamo con esattezza quale sia lo stato di salute delle donne presenti nel nostro campione ma abbiamo rilevato che l'emergenza legata alle cure sanitarie e assistenziali è molto presente.

Parlando di consumi abbiamo visto come emerge tra le donne intervistate la necessità di orientare le proprie risorse verso i consumi sanitari e/o di tipo farmaceutico: un quarto considera le proprie risorse scarse per questo tipo di "necessità" e, in generale, anche quando potrebbero spendere soldi per cose diverse si orientano verso consumi di tipo sanitario-farmaceutico. Il principio che muove questo

approccio verso questo tipo di consumi è sicuramente lo stato di salute e in generale il livello di benessere fisico-psicologico in cui ci si trova.

Applicando la teoria del benessere divulgata da A.Sen e M. Nussbaum¹⁰ secondo la quale il benessere derivi essenzialmente da funzionamenti di meccanismi oggettivi e dalle capacità soggettive come abilità sostanziali di fare qualcosa e di essere qualcuno, l'analisi del nostro campione dovrebbe rilevare un contesto "che gode di benessere": un passato da lavoratrici, una pensione, una vita da pensionate impegnate e la possibilità di esprimersi anche attraverso, ma non solo, l'appartenenza sindacale e l'attività di volontariato.

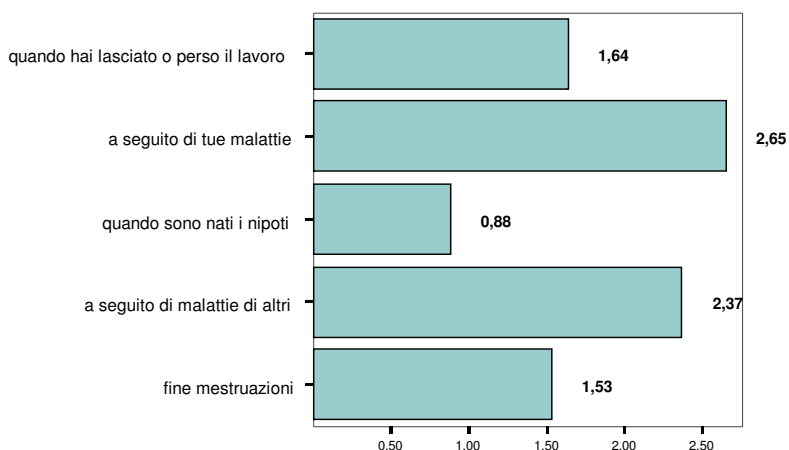
Nei fatti è un campione che tutto sommato si percepisce ancora pieno di risorse e strategie, solo il 37% delle intervistate si percepisce vecchia, si sentono più vecchie le donne mature (39%) rispetto alle donne anziane (32,5%) segno che l'età di mezzo contraddistingue una fase delicata di passaggio e accettazione delle nuovo status sociale e psico-fisico.

Si sentono vecchie le vedove 45%, e in generale le donne che vivono sole 49%. Ancora una volta ritroviamo un concetto di vecchiaia che prende le distanze dall'età anagrafica e sia avvicina maggiormente alla condizione psico-sociale.

Quando hai cominciato a sentirti vecchia?

Scala: 3 voce importante- 2 mediamente importante- 1 poco importanti – 0 per nulla importante

Valori medi



Ancora una volta le questioni di salute determinano atteggiamenti, percezioni di sé e modi per affrontare la vita e il futuro. Osserviamo che il passaggio dall'età giovane/adulta all'età della vecchiaia è contrassegnato dalle malattie proprie o dei propri cari, senza grandi distinzioni di età e di tipologia familiare, anche se notiamo in particolare come siano le donne più sole e fragili (le vedove e le donne che vivono sole o con badanti) ad aver maggiormente segnalato l'inizio dell'invecchiamento in concomitanza con le malattie proprie e dei propri cari.

Qualche spunto sullo stato di salute ci viene dall'analisi circa i timori percepiti verso alcuni disturbi patologici di cui le donne intervistate soffrono o temono di soffrire in futuro.

Osservando la tabella seguente in cui vengono riportati i valori medi di importanza associati a ciascuna patologia, osserviamo che il valore medio più alto si registra in corrispondenza dei cosiddetti "dolori" (1,99) che contemplano sintomatologie di diverso tipo, reumatiche, infiammatorie, ecc; seguono i dolori alle ossa e alle giunture (1,92); questa ultima patologia è particolarmente avvertita dalle donne anziane,

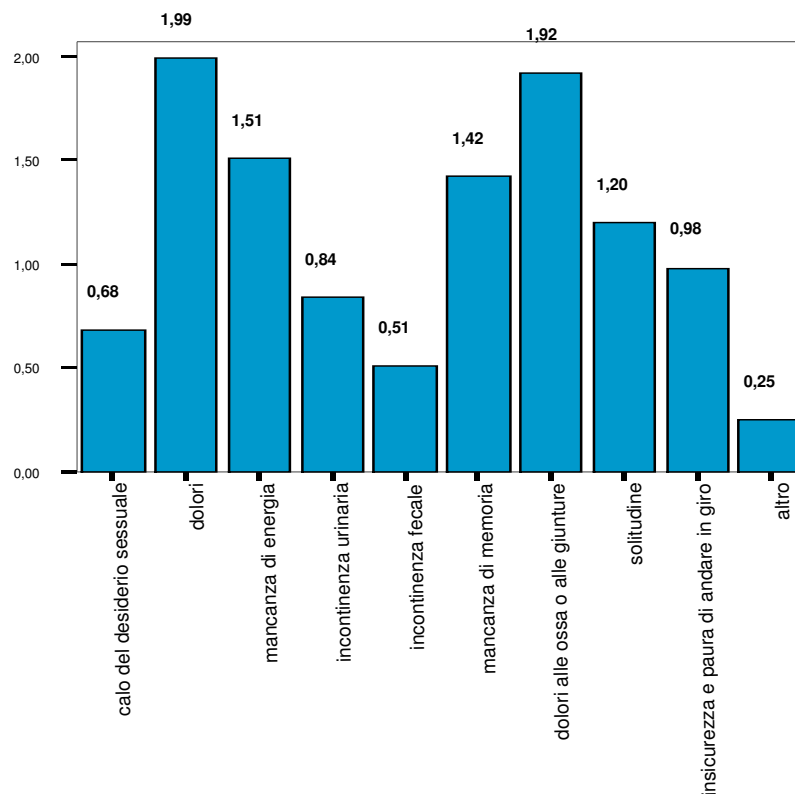
¹⁰ Cfr. A.Sen, Capability and well-being, in A. Sen e M.Nussbaum, *The quality of life*

mentre la patologia dei “dolori” è avvertita nello stesso modo da donne anziane e donne adulte, le quali in particolare risentono presumibilmente della sintomatologia post-menopausale. Per contro le patologie/disturbi di tipo più psicologico, meno diffuse e temute, sono avvertite dalle donne più fragili, da coloro che vivono sole, o sole con figli e genitori, o con le badanti.

Problemi che hai o che pensi di avere in vecchiaia

Scala: 3 voce importante- 2 mediamente importante- 1 poco importanti – 0 per nulla importante

Valori medi



Problemi che hai o che pensi di avere in vecchiaia

Per classe di età

Valori medi

Mean	classe di età			Valore medio totale
	da 50 a 65	da 65 a 75	più di 75	
calo del desiderio sessuale	,99	,59	,24	,68
dolori	2,02	1,94	2,02	1,99
mancanza di energia	1,57	1,44	1,53	1,51
incontinenza urinaria	,95	,77	,76	,84
incontinenza fecale	,73	,41	,29	,51
mancanza di memoria	1,69	1,31	1,10	1,42
dolori alle ossa o alle giunture	1,85	1,91	2,08	1,92
solitudine	1,18	1,16	1,33	1,20
insicurezza e paura di andare in giro	1,01	,83	1,19	,98
altro	,29	,21	,23	,25

Problemi che hai o che pensi di avere in vecchiaia Per tipologia familiare

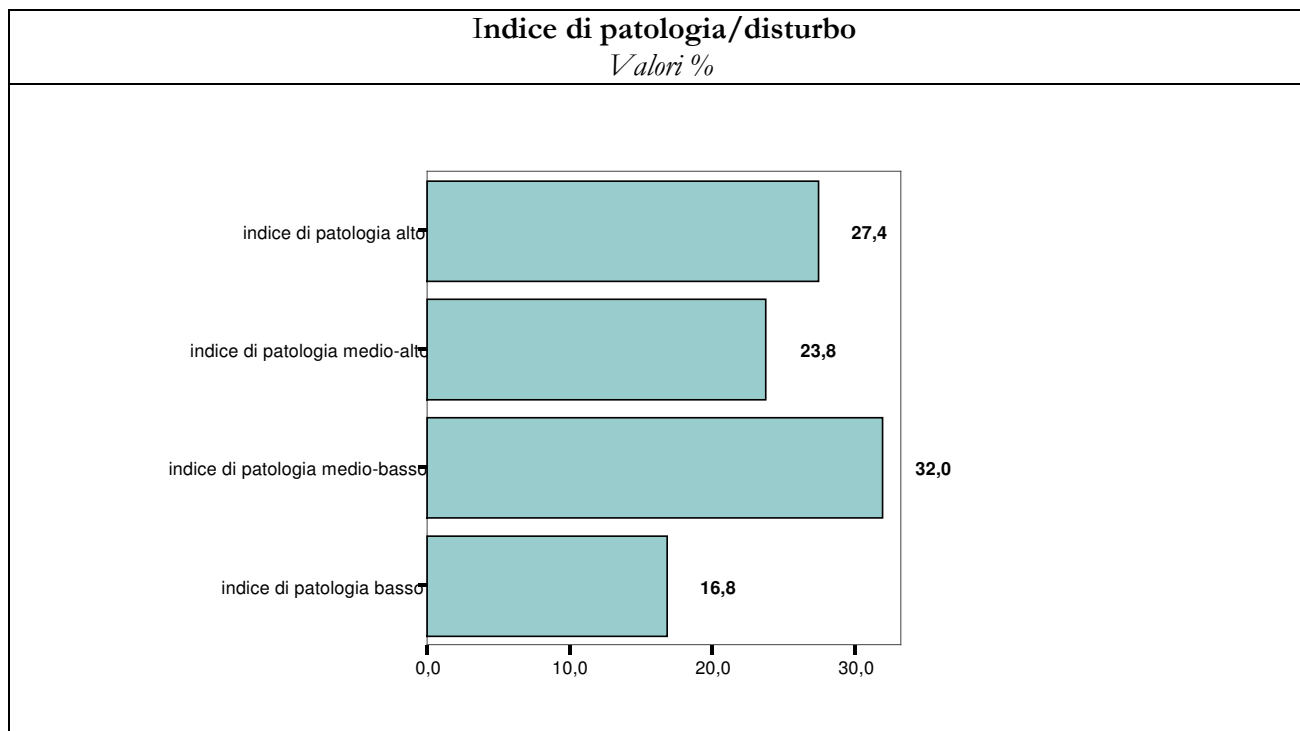
Valori medi

Mean	Con chi vivi?										Valore medio totale
	Fratelli o sorelle	Marito-compagno e figli	Badante	Solo marito-compagno	Solo figli	Solo genitori	Sola	Marito e genitore	Figli e genitori	Altro	
calo del desiderio sessuale	,50	,89	,33	1,01	,55	,60	,29	1,00	,75	1,50	,68
dolori	2,30	2,04	2,67	2,06	2,00	1,80	1,92	2,14	2,00	1,25	2,00
mancanza di energia	1,30	1,56	3,00	1,51	1,64	2,00	1,46	2,14	2,50	1,75	1,52
incontinenza urinaria	,60	1,07	1,33	,88	1,28	1,00	,68	1,14	1,00	,00	,84
incontinenza fecale	,40	,78	,33	,61	,79	1,20	,33	,79	,50	,00	,52
mancanza di memoria	2,10	1,80	2,00	1,52	1,55	2,20	1,21	1,64	2,00	1,25	1,43
dolori alle ossa o alle giunture	2,00	1,98	2,67	1,88	1,98	2,40	1,99	2,00	1,75	,75	1,94
solitudine	,40	1,20	1,33	,98	1,19	1,20	1,53	1,29	1,50	,00	1,22
insicurezza e paura di andare in giro	,80	,93	2,67	,96	1,06	1,80	1,05	1,00	,50	,00	1,00
altro	,30	,30	,00	,24	,43	,00	,24	,21	,00	1,25	,26

Sommando il valore che è stato assegnato a ciascuna patologia abbiamo associato a ciascuna donna del nostro campione un **indice di patologia/disturbo**.

L'indice può assumere 4 valori.

- 1-basso: *quando al massimo si rileva 1 patologia considerata come importante*
- 2- medio-basso: *quando si rilevano da 2 a 3 patologie considerate come importanti*
- 3- medio-alto: *quando si rilevano da 4 a 5 patologie considerate come importanti*
- 4- alto: *quando si rilevano più di 5 patologie considerate come importanti*



Come il concetto di vecchiaia, anche quello di patologia spesso sfugge alle dinamiche demografiche, osserviamo infatti che il 52% delle donne con un indice di patologia/disturbo alto sono soprattutto quelle più giovani, le donne adulte, mentre quelle anziane sono solo il 19%. Di fronte a questo stato patologico solo il 24% di queste donne dichiara di ricevere cura.

Il ricorso ai servizi sanitari

In caso di malattia le reti familiari e parentali sono quelle a cui il nostro campione fa affidamento per ricevere assistenza, il marito o il convivente (37,4%), altri parenti (37,4%), meno gli amici e i vicini (rispettivamente 10% e 9%).

Sul territorio tra i servizi sanitari presenti a parte il ricorso al medico di famiglia, che è generalizzato (97%), osserviamo l'alta percentuale di ricorso al medico specialista (56%). In particolare chi ricorre a quest'ultimo sono soprattutto le donne adulte (58%), le donne con un titolo di studio più alto (superiore 62%, università 66%), le donne che ricevono cura (71%). Rispetto al reddito le donne che considerano il proprio reddito adeguato per il 65% si rivolge al medico specialista, contro il 52% di chi invece ritiene che il proprio reddito sia inadeguato.

Utilizzi i seguenti servizi sanitari presenti sul territorio?

servizi:medico generico	no		27
			2,9%
	sì		910
			97,1%
servizi:medico specialista	no		408
			43,5%
	sì		529
			56,5%
servizi:ostetrica	no		868
			92,6%
	sì		69
			7,4%
servizi:infermiera	no		914
			97,5%
	sì		23
			2,5%
servizi:assistente sociale di comune, quartiere Asl	no		896
			95,6%
	sì		41
			4,4%
servizi:consultorio ginecologico	no		758
			80,9%
	sì		179
			19,1%
servizi:consultorio psicologico	no		917
			97,9%
	sì		20
			2,1%
servizi:servizi di salute mentale	no		915
			97,7%
	sì		21
			2,3%
servizi:servizi di geriatria	no		905
			96,6%
	sì		32
			3,4%
servizi:altro	no		877
			93,6%
	sì		60
			6,4%

Per gli altri servizi elencati si registra una percentuale di ricorso molto bassa. Dai dati ci sembra che emerga in modo particolare una tendenza a ricorrere allo specialista presumibilmente anche quando le esigenze non richiedono trattamenti medicali, infatti anche chi ha un indice di patologia basso afferma di ricorrere allo specialista (34% tra chi ha un indice basso; 54% tra coloro che hanno un indice medio basso).

Per ciò che concerne i servizi cosiddetti “territoriali”, quali i consultori, il servizio di assistenza sociale, e i servizi di salute mentale, il ricorso va dal 4% al 2%, fatta eccezione per il consultorio ginecologico a cui ricorre il 19% del campione; ipotizziamo che un tasso di ricorso così alto sia da attribuirsi probabilmente ad una maggiore conoscenza del servizio ed oggettivamente perché le prestazioni che eroga sono quelle necessarie ad una popolazione femminile della coorte di età interessata dalla nostra ricerca, ad esempio per l’accompagnamento alla fase post-menopausale.

Il livello di soddisfazione rispetto ai servizi elencati è alto, mediamente l’83% è contenta dei servizi che utilizza. La percentuale media di soddisfazione non è uguale per tutti i servizi: diminuisce leggermente per i servizi quali infermiera e ostetrica (80%), mentre aumenta decisamente per i servizi territoriali “a basso costo” come l’assistente sociale comunale o di quartiere (88%) il consultorio ginecologico (87%), e il servizio di geriatria (85%) per tutti gli altri il consenso medio raccolto è identico al consenso medio complessivo (83%).

Ripensare ai servizi sanitari presenti sul territorio e provare ad implementare ipotesi di servizi che rispondano alle esigenze degli anziani e in particolare delle donne anziane è tra gli obiettivi di questa indagine, per questo è stato chiesto alle intervistate di quali servizi sentono il bisogno; l’ esigenza maggiore è rivolta ad un servizio che si occupi del disbrigo delle pratiche (36,6%), un luogo dove poter affidare a terzi le incombenze burocratiche di ogni tipo che coinvolgono sempre di più anche la vita degli anziani, pratiche sanitarie, per esenzione dai ticket, pratiche di prenotazione di esami e visite, pratiche fiscali, ecc. E’ richiesto soprattutto dalle donne mature 40% e meno dalle anziane 22%, ed è richiesto dalle donne che non ricevono cura (78%) e alle quali un’ agevolazione in tal senso potrebbe quindi essere molto utile.

Segue il luogo di incontro richiesto dal 28,4% del campione. Sulla definizione di luogo di incontro, l’ambiguità è latente. Il concetto di luogo di incontro si presta bene sia come luogo di socialità, dove stare insieme ad altre persone a divertirsi, scambiare due chiacchiere e confrontarsi, sia come luogo di ascolto dove poter raccontare ed essere ascoltate, un luogo dove raccontare e raccontarsi.

Non possiamo sapere con precisione cosa abbiano interpretato nella definizione di luogo di incontro le rispondenti, ci piace immaginare però che si possa trovare un mix tra le due accezioni: luogo di socialità e spazio di ascolto. Osserviamo che il luogo di incontro viene richiesto maggiormente dalle donne adulte (45%) e meno dalle anziane (14%), più dalle donne che vivono con marito o compagno (43%). Il fatto che venga richiesto di più da chi dice di sentirsi vecchia (62%) lascia intravedere un indicatore di richiesta di aiuto a trovare luoghi dove confrontarsi e ridimensionare lo spazio che la socialità ha all’interno della loro vita. Nella medesima direzione va il dato che vede richiedere un luogo di incontro in quota maggiore dalle donne che sono in pensione da un numero di anni alto da 10 a 20 (43,3%) che presumibilmente si trovano isolate da più tempo e con meno occasioni di confronto e di scambio tra coetanee.

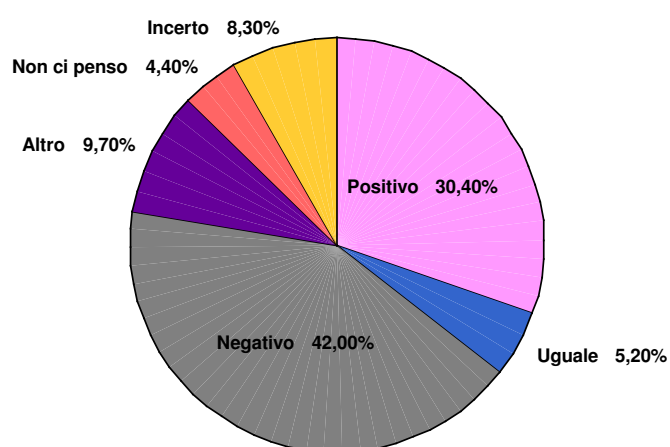
Il consultorio lo vorrebbe il 16% del campione, soprattutto lo vorrebbero le donne che lo usano (55%). Lo chiedono le donne con un livello di istruzione medio basso (35%) e che, immaginiamo, abbiano redditi più bassi, e che quindi vedono in questo servizio una opportunità e una risorsa territoriale che fornisce una risposta gratuita alle esigenze di cura (ginecologica) che invece spesso vengono veicolate verso visite specialistiche e a pagamento.

Per concludere le riflessioni sulle esigenze di servizi territoriali, tenendo conto dei risultati emersi dall’analisi, proviamo a tracciare un profilo di come potrebbe essere un servizio territoriale pensato ad hoc per le donne anziane. Un servizio territoriale di prossimità, con una diffusione capillare sul

territorio, che eroghi prestazioni sanitarie, ma non solo, più vicine alle patologie/disturbi tipiche dell'età matura, le prestazioni dedicate sono quelle che fanno registrare maggiore visibilità e maggiore consenso. Ad esempio abbiamo appena osservato che, nel caso del consultorio ginecologico, il servizio è voluto soprattutto da chi lo usa. Di fronte a tale atteggiamento di consenso si prospetta l'ipotesi che servizi dedicati alla prevenzione o alla diagnostica delle patologie/femminili non solo ginecologiche, e in particolare delle donne anziane, possano rappresentare un buon modo per rispondere ad una necessità in modo alternativo rispetto ai consueti servizi sanitari (medico e specialista).

Riflettiamo quindi sulla possibilità di pensare ad un servizio che, oltre alle esigenze di tipo più sanitario, possa anche rispondere alle esigenze di incontro, di ascolto e di accoglienza delle donne anziane che cercano luoghi di confronto, spazi di discussione per trovare strumenti, risposte e sicurezze per affrontare il loro futuro, che il 42% vede in modo negativo.

Come vedi il tuo futuro?



Rispetto al loro futuro le più pessimiste sono le donne mature (39,9%), quelle che appartengono alla famosa e critica età di mezzo, le più ottimiste sono le donne adulte (50%). Pensando a dove vorrebbero vivere in futuro primeggia la stabilità e la concretezza, cioè dove “vivo adesso” (57%), vogliono vivere con il marito-compagno (41%), con i figli (21%) o sole (22,2%). In futuro vorrebbero soprattutto viaggiare (31,5%) o dedicarsi ad attività creative e culturali (19%).

Per concludere al termine dell'intervista abbiamo lasciato la possibilità di esprimere opinioni, osservazioni, cose che non abbiamo chiesto ma che ci vogliono raccontare.

E' impressionante come rileggendo le loro frasi libere, scritte come su un grande “free space”, ritroviamo oltre alle rivendicazione di reddito e di sicurezza sociale, soprattutto sfoghi, testimonianze e richieste di ascolto, timori e insicurezze per un futuro incerto, solitudine e angoscia.

Parole come paure, vulnerabilità e fragilità non ci devono stupire, parliamo di donne mature, forti nelle sembianze e nel “curriculum vitae”, ma fragili dentro bisognose di aiuto, di confronto e in cerca di punti di riferimento forti. Urgenze ed esigenze a cui non si può non tentare di dare risposta in luoghi pensati e programmati appositamente sul territorio.

Appendice di approfondimento su invecchiamento e sessualità

In concomitanza con la diffusione dei questionari allegati alla rivista “Il Pensionato”, il gruppo di ricerca promosso dalla SPI torinese ne ha distribuito un altro simile, ma più approfondito in alcuni aspetti, ad un campione di 157 donne, contattate attraverso le varie leghe ubicate sul territorio provinciale. Si tratta di un campione peculiare e sicuramente lontano dalle caratteristiche dell’ universo della popolazione anziana femminile: è un campione di donne particolarmente attivo, il 35% svolge attività con lo SPI e il 43% svolge attività di volontariato. L’età media è di 65,4 anni, il 61% vive con il compagno o con il marito e il 22 % vive sola.

Il campione parallelo– variabili socio demografiche

classe di età	da 50 a 65	89
		56,7%
	da 65 a 75	52
		33,1%
istruzione	più di 75	16
		10,2%
	elementare	45
		28,8%
stato civile attuale	media	47
		30,1%
	superiore	53
		34,0%
con chi vivi?	università	11
		7,1%
	coniugata	94
		61,8%
	divorziata	16
		10,5%
con chi vivi?	nubile	5
		3,3%
	separata	2
		1,3%
	vedova	35
		23,0%
	con chi vivi?	Fratelli o sorelle
		1,4%
Marito-compagno e figli		9
		6,4%
Solo marito-compagno		86
		61,4%
Solo figli		9
	6,4%	
con chi vivi?	Sola	31
		22,1%
	Marito e genitore	3
	2,1%	

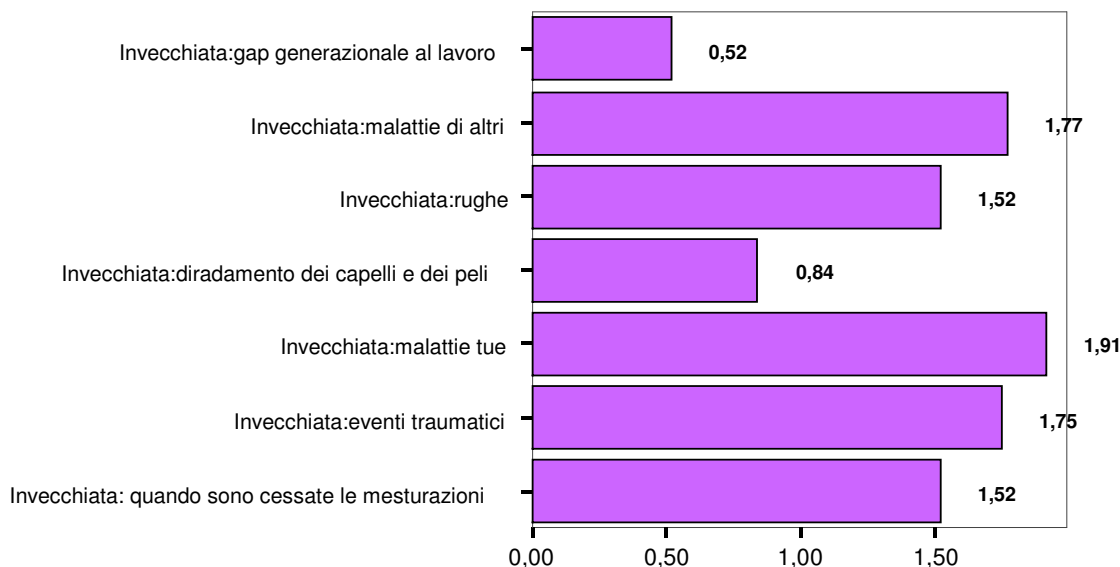
L’approfondimento che qui andiamo ad analizzare attraverso i dati raccolti da questo secondo tipo di rilevazione riguarda essenzialmente gli aspetti legati all’invecchiamento e alla vita sessuale, aspetti che per la loro delicatezza sono stati approfonditi con domande supplementari rispetto a quelli previsti dal questionario distribuito a larga diffusione che abbiamo fin’ora analizzato.

L'invvecchiamento

Quando hai cominciato a sentirti vecchia?

Scala: 3 voce importante- 2 mediamente importante- 1 poco importanti – 0 per nulla importante

Valori medi



Anche in questo campione le malattie segnano il confine tra il sentirsi giovani e il sentirsi vecchia, questa percezione è più diffusa tra le donne mature e meno tra le donne anziane, che forse alle malattie ormai si sono abituate e con esse ci convivono, con l'accettazione portata dal passare del tempo.

Quando hai cominciato a sentirti vecchia per classe di età

Scala: 3 voce importante- 2 mediamente importante- 1 poco importanti – 0 per nulla importante

Valori medi

	classe di età			Media generale totale
	da 50 a 65	da 65 a 75	più di 75	
quando sono cessate le mesturazioni	1,63	1,18	1,80	1,52
eventi traumatici	1,51	2,00	2,33	1,75
malattie tue	1,80	2,12	1,75	1,91
diradamento dei capelli e dei peli	,73	,68	2,50	,84
rughe	1,68	1,26	1,67	1,52
malattie di altri	1,68	1,90	1,50	1,77
gap generazionale al lavoro	,59	,21	1,50	,52

Rispetto alle malattie è stato chiesto per che tipo di disturbo/patologia avessero sofferto nell'ultimo anno. Guardando le percentuali relative all'importanza di ciascun sintomo e sommando i valori in

corrispondenza del punteggio 2 e 3 (importante-mediamente importante) registriamo che le malattie più diffuse sono quelle legate ai dolori alle ossa (28,6%), seguite dai disturbi del sonno (23,7%) e dalla fragilità emotiva.(20,4%).

Nell'ultimo anno hai sofferto di uno dei seguenti sintomi?

Scala: 3 voce importante- 2 mediamente importante- 1 poco importanti – 0 per nulla importante

Valori %

sintomi:pianto e maggiore fragilità emotiva	,00	90
		57,3%
	1,00	35
		22,3%
	2,00	16
10,2%		
3,00	16	
		10,2%
sintomi:disturbi del sonno	,00	69
		43,9%
	1,00	51
		32,5%
	2,00	32
20,4%		
3,00	5	
		3,2%
sintomi:aumento di peso	,00	80
		51,0%
	1,00	50
		31,8%
	2,00	18
11,5%		
3,00	9	
		5,7%
sintomi:difficoltà urinarie	,00	142
		90,4%
	1,00	10
		6,4%
	2,00	3
1,9%		
3,00	2	
		1,3%
sintomi:incontinenza urinaria o fecale	,00	133
		84,7%
	1,00	12
		7,6%
	2,00	7
4,5%		
3,00	5	
		3,2%
sintomi:dolori alle ossa	,00	48
		30,6%
	1,00	64
		40,8%
	2,00	36
22,9%		
3,00	9	
		5,7%

Mediamente la frequenza dei dolori alle ossa cresce con il crescere dell'età, mentre i disturbi del sonno e la fragilità emotiva sono importanti per le donne adulte ma decrescono con il crescere dell'età.

Nell'ultimo anno hai sofferto di uno dei seguenti sintomi per classe di età
 Scala: 3 voce importante- 2 mediamente importante- 1 poco importanti – 0 per nulla importante
Valori medi per classe di età

	classe di età			Media generale totale
	da 50 a 65	da 65 a 75	più di 75	
pianto e maggiore fragilità emotiva	,7640	,7115	,6250	,7325
disturbi del sonno	,8315	,8269	,8125	,8280
aumento di peso	,8202	,7308	,1250	,7197
difficoltà urinarie	,1236	,1538	,1875	,1401
incontinenza urinaria o fecale	,2921	,1923	,3125	,2611
dolori alle ossa	,9888	1,0962	1,1250	1,0382

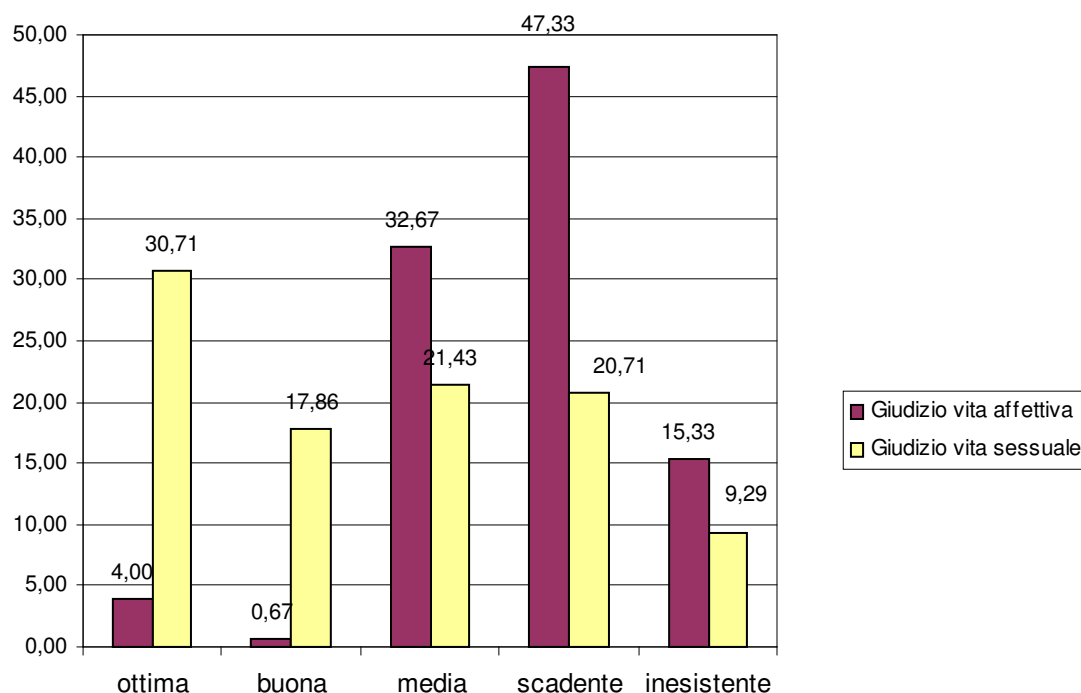
La vita sessuale

Nel luglio 2008 il British Medical Journal ha pubblicato una ricerca sulla vita sessuale dei settantenni, svoltasi in Svezia. Un gruppo di ricercatori dell'Università di Gothenburg (Svezia), guidati da Nils Beckman, hanno intervistato 1500 persone di settanta anni; la notizia più importante che emerge dallo studio è che **le donne settantenni che hanno una vita sessuale attiva sono sempre più numerose**. Una tendenza simile la ritroviamo in una recente ricerca dell'istituto internazionale di sessuologia¹¹ dalla quale emerge che il 75% delle donne di età compresa tra il 60 e i 75 anni fanno l'amore regolarmente (30% spesso, 45% qualche volta) e solo il 20% di esse ha notato nell'ultimo anno un calo di desiderio sessuale.

Il campione raggiunto dalla nostra ricerca rispecchia anch'esso le tendenze rilevate dalle due ricerche appena citate: le donne intervistate mediamente sono soddisfatte della loro **vita sessuale**, e lo sono maggiormente rispetto a quella **affettiva**; in una scala da 1 a 5 in cui 1 significa inesistente e 5 ottimo, la vita sessuale riceve un giudizio medio pari a 3,4 (medio-buona) mentre quella affettiva un giudizio pari a 2,3 (scadente –media). Il dato è sicuramente interessante, ma riteniamo che, oltre a ridare un'ulteriore conferma del fatto che le donne anziane sono donne sessualmente attive e consapevoli della loro sessualità, il giudizio sia anche influenzato dalle aspettative che le donne hanno nei confronti dei due aspetti: la vita affettiva occupa nella scala delle priorità un posto importante e quindi ogni carenza e criticità viene maggiormente amplificata e porta ad un giudizio di soddisfazione più negativo; la vita sessuale invece, pur occupando un posto importante nella scala dei valori delle donne anziane, presumibilmente lascia spazio ad aspettative più contenute e a giudizi sul proprio vissuto sessuale più positivi.

¹¹ Cfr. *Gli anziani il sesso e l'amore in "Terza età: un mondo da scoprire, una risorsa da valorizzare"* di R.Giommi anno 2007

Com'è la tua vita affettiva? – Com'è la tua vita sessuale?

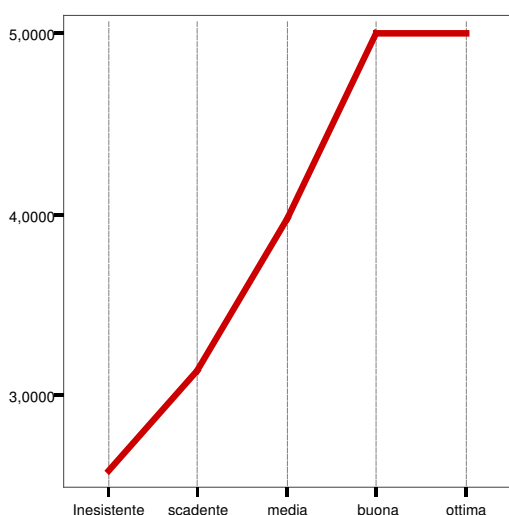


Com'è la tua vita sessuale?

Scala: 1-inesistente – 2 scadente – 3 Media – 4 buona – 5 ottima

Valori medi per livello di soddisfazione medio della vita affettiva

Com'è la tua vita sessuale?



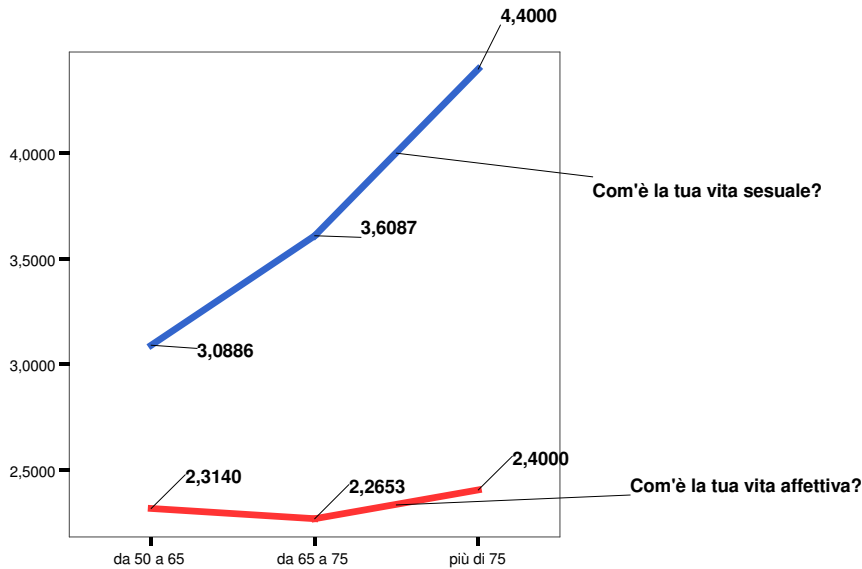
Com'è la tua vita affettiva?

In generale le due dimensioni sono correlate: chi giudica la propria vita affettiva ottima o buona esprime un giudizio ottimo (5) della propria vita sessuale, e al crescere della soddisfazione della vita affettiva cresce la soddisfazione della vita sessuale.

Com'è la tua vita affettiva? – Com'è la tua vita sessuale?

Scala: 1-inesistente – 2 scadente – 3 Media – 4 buona – 5 ottima

Valori medi per classe di età

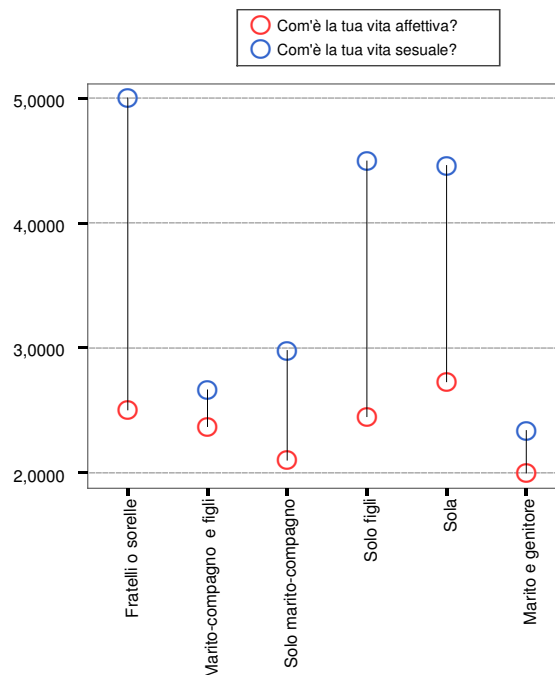


Interessante notare che il livello di soddisfazione della propria vita sessuale cresce con il crescere dell'età, mentre quello attribuito alla vita affettiva rimane quasi stabile. Osserviamo inoltre che per entrambi gli aspetti il giudizio delle donne sole è mediamente migliore di quello delle donne che vivono con il marito-convivente.

Com'è la tua vita affettiva? – Com'è la tua vita sessuale?

Scala: 1-inesistente – 2 scadente – 3 Media – 4 buona – 5 ottima

Valori medi tipologia familiare



Fermo restando la soddisfazione della propria vita sessuale, segnaliamo che con il passare degli anni il 51% delle donne ha notato in lei un **calo di desiderio sessuale**¹², il 2,5% ha notato un calo del desiderio nel partner e il 10,5% afferma di non avere notato alcun calo del desiderio. Segnaliamo che il 35% non ha risposto alla domanda. Le donne più giovani sono la maggioranza sia tra che dice di aver notato un proprio calo del desiderio, sia tra chi afferma di non aver notato alcun calo.

Lo stesso per le donne che vivono solo con il marito-convivente.

Con il passare degli anni hai notato un calo del desiderio? distribuzione per classe di età

		classe di età			Total
		da 50 a 65	da 65 a 75	più di 75	
Hai notato un calo o un aumento di desiderio?	no	11 64,7%	5 29,4%	1 5,9%	17 100,0%
	in te	51 63,0%	25 30,9%	5 6,2%	81 100,0%
	nel partner	2 50,0%	2 50,0%	0 ,0%	4 100,0%
	non risponde	25 45,5%	20 36,4%	10 18,2%	55 100,0%
Total		89 56,7%	52 33,1%	16 10,2%	157 100,0%

Con il passare degli anni hai notato un calo del desiderio? distribuzione per tipologia familiare

		con chi vivi?						Total
		Fratelli o sorelle	Marito-compagno e figli	Solo marito-compagno	Solo figli	Sola	Marito e genitore	
Hai notato un calo o un aumento di desiderio?	no	0 ,0%	0 ,0%	11 73,3%	2 13,3%	2 13,3%	0 ,0%	15 100,0%
	in te	0 ,0%	5 6,8%	57 77,0%	1 1,4%	8 10,8%	3 4,1%	74 100,0%
	nel partner	0 ,0%	1 25,0%	3 75,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	4 100,0%
	non risponde	2 4,3%	3 6,4%	15 31,9%	6 12,8%	21 44,7%	0 ,0%	47 100,0%
Total		2 1,4%	9 6,4%	86 61,4%	9 6,4%	31 22,1%	3 2,1%	140 100,0%

Il 47% di coloro che ha rilevato un calo del desiderio sessuale ha una vita affettiva ritenuta scadente tuttavia il 74% dà un giudizio della propria vita sessuale da medio ad ottimo.

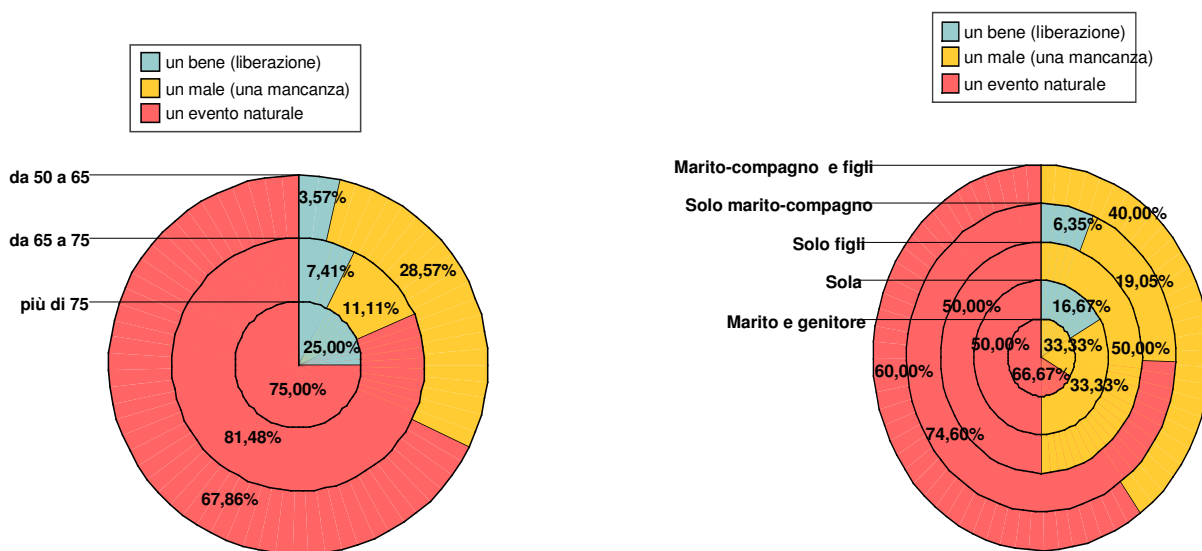
Il calo del desiderio, e quindi la ridotta attività sessuale viene considerato un evento naturale dal 72% delle donne.

¹² La domanda chiedeva di accorgimenti di calo o aumento del desiderio, le rispondenti riferiscono esclusivamente di aver notato il calo.

Le donne più giovani sono quelle che considerano maggiormente questo calo come mancanza (28,5%) al crescere dell'età questa dimensione di carenza si attenua fino a scomparire totalmente nelle donne anziane.

La considerazione che la ridotta attività sessuale è soprattutto un evento naturale è omogenea e trasversale anche a prescindere dalla tipologia familiare.

Come consideri la riduzione dell'attività sessuale per classe di età e tipologia familiare



Il calo del desiderio e la ridotta attività sessuale, seppure considerati un evento naturale dalla maggioranza delle donne intervistate, è sicuramente influenzata dalle sintomatologie connesse al rapporto sessuale: il 64% delle donne afferma di aver notato **secchezza vaginale** durante il rapporto sessuale e tra queste l'80% afferma di aver notato in loro un calo del desiderio. E' evidente quindi che anche per le donne anziane le patologie psico-fisiche legate alla sfera sessuale influenzano la qualità della vita sessuale della stessa. Il 40% considera questi disturbi come problemi fisici, il 28% li considera psicologici, il 31% afferma che sono sia fisici che psicologici. Il 70% delle donne che dichiara di soffrire di secchezza vaginale ha meno di 65 anni; per ovviare al problema il 47% compere dei farmaci a pagamento, cercando quindi di attenuare farmacologicamente quel processo considerato da loro stesse come naturale.

Per quanto riguarda i problemi sessuali del partner solo il 20% (32 casi) dichiara che i problemi sessuali sono imputabili a lui (il 64% non risponde alla domanda mentre il 16% dichiara che non ci sono problemi imputabili al partner). Il 70% di queste imputa i problemi sessuali del partner alla sua età, e solo 1 caso (3,1%) afferma che il partner prende farmaci tipo "viagra" per ovviare al problema

I servizi

A fronte del quadro delineato sulle problematiche della vita sessuale delle donne intervistate, solo il 20% si rivolge ad un consultorio. Delle donne che hanno accusato un calo del desiderio sessuale il 26% afferma di rivolgersi ad un consultorio, così come il 25% di coloro che soffrono di secchezza vaginale.

Utilizzo del consultorio e problemi legati alla sfera sessuale

	Hai notato un calo o un aumento di desiderio?				Total
	no	in te	nel partner	non risponde	
Frequenti un consultorio?	14 82,4%	57 74,0%	1 25,0%	13 68,4%	85 72,6%
si	3 17,6%	20 26,0%	3 75,0%	6 31,6%	32 27,4%
Total	17 14,5%	77 65,8%	4 3,4%	19 16,2%	117 100,0%

	Hai notato secchezza vaginale durante il rapporto sessuale?		Total
	no	si	
Frequenti un consultorio?	21 61,8%	46 75,4%	67 70,5%
si	13 38,2%	15 24,6%	28 29,5%
Total	34 35,8%	61 64,2%	95 100,0%

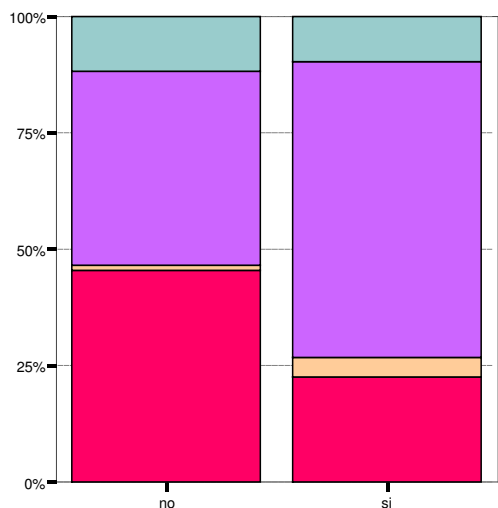
Anche se il ricorso ad esso non è pratica così diffusa, il 45% delle donne afferma di desiderare servizi come il consultorio ginecologico e il consultorio psicologico. Solo il 24% vorrebbe servizi come gruppi di accoglienza e discussione.

Il dato sicuramente utile che emerge da questa possibilità di approfondimento è la relazione che esiste tra il desiderare un servizio territoriale come il un consultorio ginecologico e/o psicologico e l' accusare problemi della sfera sessuale.

Richiesta di consultorio e disturbi della sfera sessuale

Hai notato un calo o un aumento di desiderio?

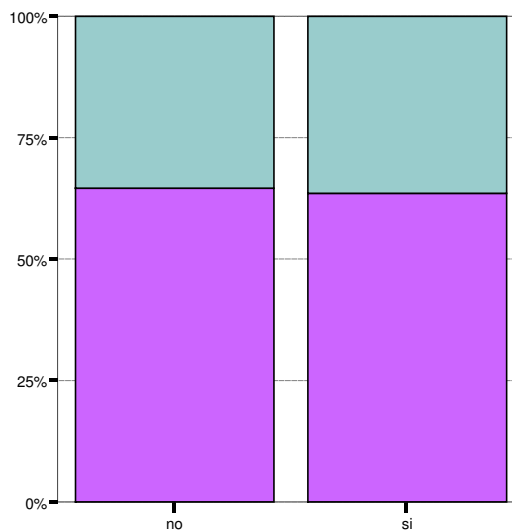
- no
- in te
- nel partner
- non risponde



Che servizi vorresti: consultorio ginecologico

Hai notato secchezza vaginale durante il rapporto sessuale?

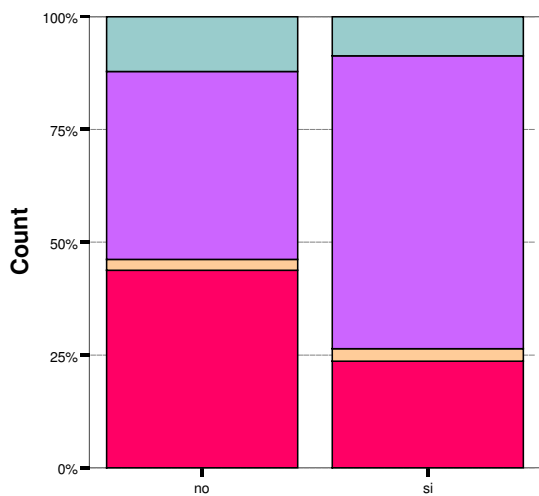
- no
- si



Che servizi vorresti: consultorio ginecologico

Hai notato un calo o un aumento di desiderio?

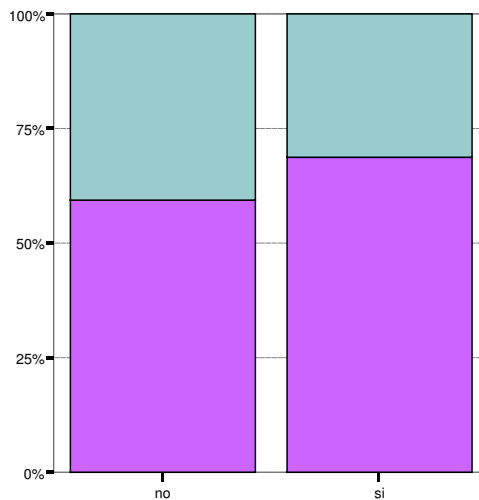
- no
- in te
- nel partner
- non risponde



Che servizi vorresti: consultorio psicologico

Hai notato secchezza vaginale durante il rapporto sessuale?

- no
- si



Che servizi vorresti: consultorio psicologico

Conclusioni a cura di Eufemia Ribichini (SPI CGIL)

L'obiettivo che le pensionate della Cgil si sono poste con questo progetto è quello di ottenere degli spazi e dei servizi nelle strutture pubbliche dedicati alle donne non più giovani, dove potersi incontrare e confrontarsi e dove trovare informazioni e risposte adeguate ai loro bisogni fisici e psicologici.

Nella società odierna la cultura dominante esalta tutto ciò che è giovane e bello, la pubblicità è un bombardamento continuo di suggerimenti e proposte per mantenersi attraenti e seducenti quasi come se fosse vietato invecchiare.

I cambiamenti fisici e psicofisici che, comunque, intervengono con la menopausa e con il passare degli anni non sono presi in considerazione per favorire un reale ben-essere delle donne; non esiste, se non in casi sporadici, la possibilità di avere una informazione corretta e approfondita sulle problematiche di ordine medico e scientifico e tanto meno sulla relazione che vi è tra queste e gli aspetti psicologici che il cambiamento del corpo comporta. Il tempo della menopausa è spesso concomitante con altri mutamenti nel modo di vivere: il pensionamento, l'uscita di casa dei figli, le malattie proprie e di familiari ed amici, la perdita dei genitori, sono tutti fattori che incidono sul modo di vivere questa fase della propria vita e sulla percezione di sé rispetto al tempo che passa.

Le donne più attive dello SPI si sono immediatamente entusiasmata all'idea di realizzare il progetto sulla salute, ed hanno partecipato con interesse a due giornate di informazione/formazione in cui si è affrontato il rapporto con l'invecchiamento sul piano socio culturale per poi focalizzarsi di più sulle nozioni di carattere medico scientifico. In un secondo tempo si è individuato un gruppo più piccolo che doveva ragionare ed individuare i punti e le domande utili a costruire due questionari: uno snello, da distribuire su larga scala, ed un altro più complesso, da somministrare nelle sedi sindacali, eventualmente anche con il supporto di qualche donna del Coordinamento pensionate.

I questionari dunque sono nati per coinvolgere e sensibilizzare le iscritte sui temi che vogliamo far diventare oggetto di confronto con gli enti preposti, e verificare nel contempo se l'interesse suscitato dal progetto nelle donne del Coordinamento, trovasse riscontro anche tra una platea più larga, meno sindacalizzata e abituata a parlare di sé, del corpo, di malattie e di sessualità.

La quantità dei questionari ritornati, circa 1200 tra brevi e lunghi, ci ha indotto ad approfondire le risposte e a produrre questa indagine la cui lettura, a mio avviso, deve tenere conto che l'obiettivo del progetto è costruire le condizioni per realizzare un risultato concreto a favore delle donne meno giovani.

In tal senso alcuni dati dell'elaborazione acquistano particolare importanza; se si sentono vecchie le donne che vivono sole e la fascia di età in cui ci si percepisce vecchie è quella delle donne mature piuttosto che delle anziane, si conferma la difficoltà dell'età di mezzo, quella in cui si fatica ad accettare il cambiamento. E ancora assume più importanza il dato che sono le donne con un livello di istruzione medio-basso, probabilmente con redditi bassi, a vedere nel consultorio una opportunità piuttosto del dato che solo il 16% del campione lo vorrebbe. Del resto i consultori sempre di più si sono caratterizzati in questi anni come servizio rivolto al materno infantile piuttosto che luogo che risponde ai bisogni di salute e soprattutto di prevenzione per tutte le età. In molti casi non è proprio contemplato occuparsi di menopausa: la stessa prevenzione per il cancro al seno e al collo dell'utero si interrompe dopo i 65-69 anni.

L'alta percentuale di soldi spesi per visite e medicinali a pagamento da un lato e il 23% di intervistate che ritiene insufficienti le risorse per i medicinali è un altro aspetto sul quale riflettere.

Quanto di questa spesa è dovuta a bisogni effettivi o a scarsa informazione ed educazione sanitaria? Come intervenire con la contrattazione quando il reddito non permette di comprare i farmaci?

Molto interessante è l'alta richiesta di un servizio per il disbrigo delle pratiche. In particolare lo vorrebbero le donne mature piuttosto che le anziane. Se si confronta questo dato con il fatto che una su tre delle intervistate si occupa di genitori o familiari per il disbrigo delle pratiche, accompagnamento a visite mediche, si comprende che quelle intervistate pongono una richiesta di aiuto per semplificare il loro impegno di cura che è molto presente nella loro vita come in quella di molte donne più giovani. Dalle risposte emerge che in presenza di una persona non autosufficiente il lavoro di cura dell'intervistata è praticamente totalizzante. Faticano quindi molto le intervistate che erogano lavoro di cura, in particolare quando è rivolto verso gli anziani, nonostante debbano confrontarsi con l'emergere di problematiche legate alla loro stessa salute. Per quanto riguarda questo aspetto, molti dei problemi denunciati, o che temono possano manifestarsi in futuro, potrebbero essere evitati o ridotti se vi fosse una buona educazione alla prevenzione. Se è vero che la salute è determinata dalle condizioni economiche, sociali e culturali in cui si vive, le donne sono quelle più a rischio. Dispongono di minor reddito ed hanno avuto, per la maggior parte delle pensionate di oggi, meno possibilità di studiare e vivono spesso una condizione di solitudine. Una ragione in più perché si dedichino risorse a sostenere la popolazione femminile più svantaggiata.

Allo Spi sono ormai arrivate donne che hanno vissuto la straordinaria stagione delle conquiste dei consultori e delle 150 ore sulla salute delle donne.

Erano spazi in cui, attraverso il confronto, si scopriva che spesso quel che ciascuna viveva in solitudine, per proprio conto, era simile al vissuto di molte altre donne. Ciò che sembrava una difficoltà insuperabile, così, si ridimensionava e magari si risolveva. Quelle stesse donne insieme ad altre si propongono con questo progetto di sperimentare ancora una volta un altro modo di guardare e far guardare il corpo che cambia e che invecchia. Un modo forse anche per ripensare e rilanciare in grande i consultori.