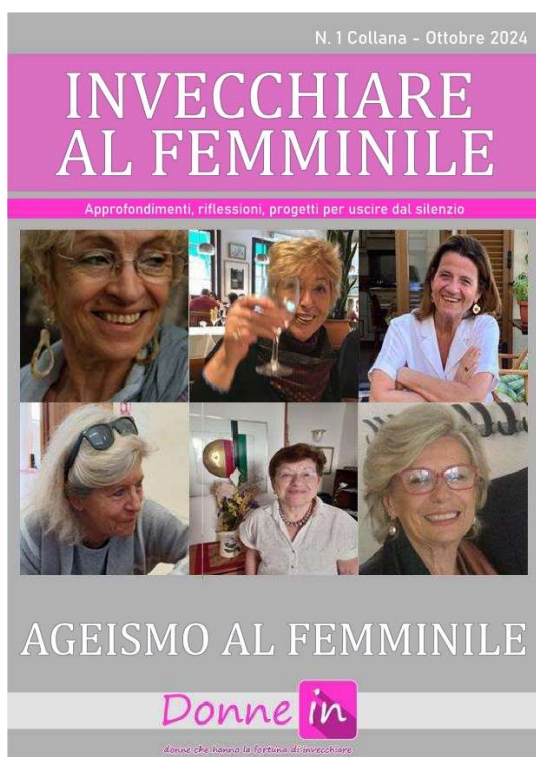
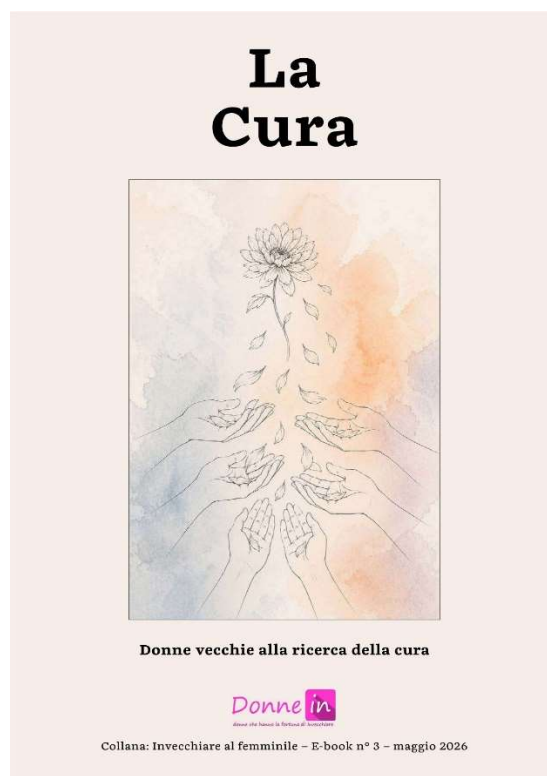




Collana "Invecchiare al femminile"



INVECCHIARE AL FEMMINILE

Approfondimenti, riflessioni, progetti per uscire dal silenzio



AGEISMO AL FEMMINILE

Donne in

donne che hanno la fortuna di invecchiare

Questo lavoro, che presentiamo sotto forma di e-book, il primo di una serie che andrà a comporre una collana sull'Invecchiamento al Femminile, è il risultato di un corso tenuto presso la ASST Santi Paolo e Carlo di Milano, rivolto ai dipendenti dell'Azienda, nell'ambito della formazione riguardante tematiche quali l'ageismo, in particolare verso la popolazione femminile.

*Questa richiesta ci ha dato l'opportunità di approfondire il concetto poco conosciuto di **ageismo** e delle modalità con cui questa forma discriminatoria si trasmette all'interno della nostra società e di quanto ancora sia necessario discutere e operare, soprattutto con riferimento al mondo femminile, affinché invecchiare sia davvero una fortuna e non solamente il fortunato slogan della nostra Associazione.*

DONNE IN VECCHIAIA - CORSO:

Milano, 20 ottobre 2023

L'Ageismo al femminile

- | | |
|--|----------------|
| - L'Associazione DONNE IN: presentazione | <i>pag. 2</i> |
| - Introduzione – MARINA CATTANEO | <i>pag. 3</i> |
| - Per una definizione di ageismo - MYRIAM BERGAMASCHI | <i>pag. 6</i> |
| - Differenze di genere nella promozione della salute fragilità e discriminazioni in vecchiaia - LUCILLA TEDESCHI | <i>pag. 11</i> |
| - Le difficoltà, le discriminazioni e gli stereotipi che accompagnano le donne nel periodo del prepensionamento – PAOLA BRIVIO | <i>pag. 16</i> |
| - L'empowerment delle donne sul tema dell'educazione finanziaria per una maggiore autonomia e come strumento di difesa dalla violenza economica e psicologica - MARI FESTARI | <i>pag. 20</i> |

Presentazione

L'Associazione **DONNE IN** nasce a Milano nel 1990 e si costituisce come Associazione apartitica, aconfessionale, senza scopo di lucro e tra le sue finalità prevede in sintesi

- la promozione ed il sostegno all'esercizio dell'autodeterminazione e della libertà delle donne in tutti gli ambiti;
- il contrasto alle discriminazioni dirette e indirette che limitano tale esercizio;

In questi anni sono stati realizzati incontri di gruppo, conferenze, convegni su diverse tematiche: tra cui "Donne in politica"; "Donne e Costituzione"; "Politiche e legislazioni di pari opportunità in Italia ed Europa" e organizzati seminari di studio con studiosi e studiose su "Donne illustri: matematiche, filosofe, fisiche"; "Quote di genere"; "Azioni positive"; "Lavoro e occupazione femminile"; "Generazioni di donne a confronto".

Dal 2014 Donne In si sta dedicando ad un progetto che si chiama **"Donne che hanno la fortuna di invecchiare"** perché anche l'invecchiare richiede una lettura di genere in considerazione delle significative differenze che caratterizzano la vecchiaia di donne e uomini e nell'ambito di questo progetto si colloca anche l'iniziativa odierna con voi.

Per diffondere questi temi e per una maggiore sensibilizzazione su di essi Donne In pubblica **una Newsletter e ha creato un sito www.donnein.net** che vi invitiamo a visitare e, se ne avrete voglia, a trasmetterci le vostre opinioni o contributi.

Attraverso la collaborazione con altre Associazioni o amministrazioni come il Comune di Milano, organizza iniziative di approfondimento e diffusione dei temi legati alla vecchiaia delle donne: differenze, urgenze, informazioni.

I principali aspetti del nostro Progetto "Donne che hanno la fortuna di invecchiare.... Perché invecchiare diventi davvero una fortuna" sono stati raccolti in un Manifesto, disponibile sul nostro sito, dove sono riassunte le principali riflessioni che accompagnano il nostro progetto: di seguito qualcuno fra i temi più significativi

- Per noi donne Baby Boomer abituate in gioventù ad un forte "protagonismo di genere", che ha prodotto grandi mutamenti nella società e nella nostra vita, rispetto alle donne che ci hanno

preceduto, la vecchiaia è da costruire con nuovi codici rispetto al passato.

- Abbiamo vissuto, lavorato, amato, educato in modo diverso dalle nostre mamme e dobbiamo quindi individuare un percorso originale e consapevole per allontanare la nostra vecchiaia dagli stereotipi e dai luoghi comuni che fino ad oggi hanno accompagnato l'invecchiamento di donne e uomini.
- Per le donne la vecchiaia è un'età da inventare, per affrontare la nostra realtà di donne over 65 più sole, più povere, con pochi figli, con figli lontani, più single e condannate dai media, dalla pubblicità, dallo spettacolo, dalla moda, dal mondo della seduzione all'invisibilità, anche se siamo più numerose dei coetanei maschi.
- Non siamo solo nonne anche se siamo uno dei pilastri del welfare familiare per la cura di nipoti e anziani e rivendichiamo il nostro diritto di invecchiare senza ricorrere al bisturi, ma di vedere valorizzata la nostra immagine di donne anziane e il nostro vissuto nel mondo del lavoro, della politica, della cultura dove tuttora siamo molto attive.

INTRODUZIONE: Marina Cattaneo

“Anche se invecchiamo in modi differenti e in tempi differenti, tutti ci svegliamo ogni giorno più vecchi. Invecchiare è difficile, ma per la maggioranza dei casi il passare del tempo ci porta benefici reali. Negando quei benefici e sottolineando le nostre paure, l’ageismo rende l’invecchiamento peggiore di quel che dovrebbe essere.”

Queste parole sono tratte dal libro *Il bello dell’età: Manifesto contro l’ageismo*, di Ashton Applewhite, giornalista e attivista americana che lavora e si batte per contrastare l’ageismo.

Il termine **ageismo** fu coniato da Robert Butler, geriatra e psichiatra, che lo definì come:

“la combinazione di attitudini pregiudiziali nei confronti delle persone più vecchie, della vecchiaia e dell’invecchiamento in sé, pratiche discriminatorie nei confronti dei più vecchi e pratiche politiche che perpetuano stereotipi su questo tema”.

Come si manifesta in concreto l’ageismo?

L’ageismo rinchiude le persone in categorie in base all’età, creando ingiustizie e ostacolando la solidarietà fra le diverse generazioni.

Sarà capitato quasi a tutti di ricevere complimenti come “*Non dimostri assolutamente i tuoi anni!*”, che in realtà manifestano un sentimento di avversione per l’età che avanza, come se avere un aspetto esteriore conforme alla propria età sia qualcosa di cui vergognarsi.

Le tipologie di discriminazioni si traducono in stereotipi e pregiudizi rivolti ad altri o a se stessi: gli stereotipi sono le idee e le conoscenze che condizionano il modo di pensare con semplificazioni o generalizzazioni che annullano la variabilità individuale e le peculiarità dell’individuo. Alcuni stereotipi nei confronti delle persone anziane, ad esempio, si riferiscono alle loro minori capacità fisiche, mentali e sociali, come l’essere incompetenti o fragili.

I pregiudizi legati all'anzianità riguardano in particolare la malattia (per cui si identifica l'anziano come malato), *l'impotenza, la perdita dell'avvenenza fisica, il declino delle abilità mentali.*

Le **discriminazioni** che riguardano il piano dell'azione: **decisioni, scelte e comportamenti** nei confronti di un certo gruppo di persone che si possono manifestare anche a livello istituzionale con leggi, norme sociali e pratiche istituzionali che ingiustamente restringono le opportunità con svantaggi individuali sistematici, a causa dell'età.

In questo rientra l'ageismo di genere trattato nella relazione della Dr.ssa Myriam Bergamaschi.

Tra le forme di ageismo si evidenzia la discriminazione messa in atto nei confronti delle **donne**, definita come ageismo di genere per indicare le specificità delle discriminazioni affrontate dalle donne rispetto agli uomini, a causa dell'intersezione di due fattori quali l'età e il genere.

L'ageismo di genere è doppiamente discriminante poiché alla componente dell'età anagrafica si somma la discriminazione legata al genere.

Così, ai pregiudizi dovuti all'essere donna si aggiungono quelli dovuti all'età e all'invecchiamento.

Le donne che invecchiano lo fanno in modo diverso rispetto agli uomini. Nella considerazione sociale comune, l'età migliora gli uomini mentre svaluta le donne.

E tutto ciò non è un caso...anche in vecchiaia si ripropone una discriminazione da sempre esistente nella società e in particolare nel mondo del lavoro: la **disoccupazione femminile** rappresenta 11,1% rispetto al 9,6% di quella maschile, il tasso di **totale inattività** femminile si aggira intorno al 46,3% mentre quello maschile si attesta al 27,6 % e il tasso di occupazione cambia con l'età e diminuisce in base al numero di figli infine generalmente le **retribuzioni** sono inferiori rispetto a quelle degli uomini a parità di mansione.

Con l'avanzare dell'età le donne incontrano sempre maggiore difficoltà a essere occupate ed è ancora largamente diffusa l'idea che le donne, anche quando anziane, si debbano occupare di assistenza informale per aiutare i familiari (figli, nipoti, coniugi, altri parenti anziani).

Per via di tutti questi fattori le donne arrivano all'età della pensione con un bagaglio contributivo più esiguo (per numero di anni lavorati e per entità di retribuzioni) che porta ad avere una pensione molto ridotta o addirittura assente.

Se esse, infatti, vivono sole (o rimangono sole dopo la perdita del loro partner) si trovano a sostenere costi assimilabili a quelli di una famiglia, con un reddito pensionistico molto più basso. Con l'ulteriore avanzamento dell'età, inoltre, nella fascia oltre i 75 anni la situazione si complica ulteriormente. In Italia, secondo le statistiche Istat del 2020, vi sono oltre 7 milioni di anziani e le donne rappresentano il 60%. Quasi la metà delle donne anziane (49,2%) di oltre 75 anni vive da sola e con una salute più cagionevole. Il 24,7% inoltre ha gravi limitazioni nelle attività quotidiane e il 48% ha tre o più malattie croniche (contro il 18% e il 33,7% negli uomini rispettivamente). Oggi quindi parliamo di tutto questo con le relatrici che seguiranno.

PER UNA DEFINIZIONE DI AGEISMO - Myriam Bergamaschi

L'ageismo non è un fenomeno recente; il termine ageismo non si riferisce esclusivamente alla vecchiaia, ma riguarda tutti i cicli di vita. Indica l'atteggiamento sprezzante e discriminatorio di soggetti appartenenti a una fascia d'età verso soggetti appartenenti a un'altra fascia d'età. Un esempio: nella ricerca di lavoro all'età 45-50 anni, pur essendo relativamente giovani, si è considerati già vecchi; trovare lavoro diventa molto difficile con conseguenze spesso devastanti. Un caso in cui, un gruppo giovane discrimina un altro meno giovane.

L'età è una categoria complicata e critica, specialmente negli studi sulle disuguaglianze ed esclusioni sociali. Il significato di età va molto oltre un mero numero. È una categoria costruita socialmente, con concetti stratificati e a livelli multipli, inclusi quello biologico, psicologico, sociale nonché la dimensione economica. L'ageismo, perciò, oltre ad essere individuale dipende dal contesto che contribuisce a intensificare le ineguaglianze.

Nelle società contemporanee, informate dal mito della giovinezza e dallo stigma della vecchiaia, con il termine ageismo ci si riferisce prevalentemente a chi è in là con gli anni. I vecchi sono considerati lenti, incapaci, inefficienti, mancanti.

L'ageismo si è imposto all'attenzione per molte ragioni, tra cui l'aumento della popolazione anziana, il diffondersi delle tecnologie informatiche (internet, intelligenza artificiale, i social, tutti potenti canali per diffondere messaggi di sottovalutazione e pregiudizi), la pandemia. Un periodo quest'ultimo in cui i soggetti anziani e fragili hanno subito le conseguenze peggiori accompagnate da forme di discriminazione. Secondo una ricerca del Censis, fatta durante il periodo del Covid, in Italia il 49,3% dei *millennials* (i nati tra il 1980 e il 1995) riteneva giusto dare priorità ai giovani nelle situazioni di emergenza, e il 35% era convinto che la quota di spesa pubblica dedicata alla terza età fosse troppo ampia.

Come è noto, in Italia circa un quarto della popolazione è nella fascia di età over 65. Da sottolineare, tuttavia che l'invecchiamento della popolazione è un fenomeno mondiale.

Come definire l'ageismo

L'immagine che si ha delle donne e degli uomini vecchi non è statica, subisce cambiamenti nel corso del tempo e delle epoche. Nell'immaginario collettivo ci si aspetta che gli individui di età avanzata siano differenti dagli adulti giovani e che abbiano comportamenti e interessi assai diversi. L'ageismo è questo: è la costruzione largamente accettata e indubitabile dello stereotipo secondo cui gli individui devano fare, pensare, provare dei sentimenti in base all'età. Quando si diventa vecchi si suppone che gli individui siano differenti da quando erano giovani o adulti, e abbiano differenti interessi e attitudini. L'ageismo lo si costruisce con stereotipi indiscutibile stabilendo cosa questo popolo dovrebbe fare, pensare e provare.

L'ageismo, dunque è una idea socialmente costruita e cambia nel corso dei periodi storici in base agli scopi sociali e a quelli economici.

Il termine ageismo fu coniato nel 1969 da Robert Butler; lo definì "una combinazione di attitudini pregiudiziali nei confronti delle persone più vecchie, della vecchiaia e dell'invecchiamento".

Sono passati molti anni da quella definizione, ci sono definizioni più complesse che cercano di abbracciare settori e ambiti prima poco conosciuti e di definire le discriminazioni.

L'ageismo è un pregiudizio che inevitabilmente tocca tutti senza riguardo di razza e genere. Nonostante la sua onnipresenza, esistono tipi di discriminazioni verso le persone anziane che non sono riconosciuti facilmente come lo è, invece, il sessismo e razzismo, perché l'ageismo opera in modo più subdolo e in maniera aggressiva.

L'ageismo si manifesta in tutte le sfere della vita pubblica e privata e assume molteplici forme ed espressioni. Ad essere più penalizzate sono le donne anziane, che accumulano alle discriminazioni in base alle età quelle di genere (gender ageism).

L' **ageismo di genere** indica le specificità delle discriminazioni affrontate dalle donne rispetto agli uomini, a causa dell'intersezione di due fattori quali l'età e il genere. L'ageismo di genere è doppiamente discriminante poiché alla componente dell'età anagrafica si somma la discriminazione legata al genere.

Così, ai pregiudizi dovuti all'essere donna si aggiungono quelli dovuti all'età e all'invecchiamento.

La definizione di ageismo è passata dalla formula di "processo di sistematico di stereotipi e di discriminazioni contro le persone in base all'età" (Butler 1969) a una concettualizzazione più elaborata e

multidimensionale che riflette la complessità dell'ageismo nelle sue diverse declinazioni e le discriminazioni verso il popolo anziano sulla base dell'età cronologica o sulla base della percezione che sono vecchi o anziani. L'ageismo viene definito come "la costruzione negativa dell'età e si verifica a livello personale, sociale e culturale". Questa definizione sottolinea che l'età non è solo biologica (il numero di anni trascorsi dalla nascita) ma è anche una costruzione sociale.

L'ageismo può essere negativo o positivo, implicito o esplicito e può esprimersi a livello micro o macro. Il pensionamento, per esempio, apparso durante l'industrializzazione e lo sviluppo del welfare state, si potrebbe argomentare che è certamente un sistema di politiche sociali basato sull'età, ma allo stesso tempo costituisce una discriminazione positiva verso il gruppo sociale degli anziani. Dall'altro lato questo sistema sociale espelle le persone anziane fuori dal mercato del lavoro e dalle posizioni di ruolo che ricoprivano. Ne consegue per le pensionate e per i pensionati un mutamento di loro ruolo nella società e nell'economia.

La difficoltà di accettare la vecchiaia si sedimenta fra l'altro in pratiche sociali, linguistiche, lavorative e dirigenziali. Si pensi alla difficoltà nel mercato e specie in ambito tecnologico dove il fattore età costituisce una discriminante significativa, alle pratiche di selezione con algoritmi, a espressioni come quella del "rottamare gli anziani", al fatto che sono le persone over 70 a subire di più truffe, abusi finanziari, fisici e psicologici, ai maltrattamenti perpetuati nelle case di riposo.

I comportamenti agisti hanno anche un'origine psicologica: l'ostilità verso la vecchiaia nasce dalla paura della finitudine, dal rifiuto di considerare la fine del ciclo vitale. Nelle nostre culture l'invecchiamento è visto come una cosa marginale, i vecchi specie se fragili e ammalati diventano invisibili.

L'ageismo è una pratica presente in moltissimi campi e settori, come abbiamo detto, tuttavia, nella crescente importanza delle tecnologie digitali, la spirale dell'ageismo viene rinforzata e assume forme e aspetti di palesi discriminazioni. Eppure, gli anziani non sono un gruppo marginale e le statistiche demografiche ne prevedono la crescita in tutto il mondo. L'esclusione di un gruppo sociale così numeroso non può più essere sottaciuta denunciano in molti. Le tecnologie digitali presenti e in espansione nella vita delle comunità continua purtroppo a ignorare gli anziani e le anziane, i loro bisogni e le loro caratteristiche con conseguenze che si riverberano nella perdita di autonomia e con l'esclusione da pratiche del viver quotidiano.

Molte ricerche sottolineano che c'è poca consapevolezza su come le tecnologie digitali riproducano comportamenti agisti discriminatori; in generale tali tecnologie sono orientate verso gli uomini penalizzando doppiamente le donne. In ambito digitale le analisi sull'ageismo avvengono o dovrebbero avvenire sia nella fase di progettazione (che include il prodotto, la dimensione del servizio e il processo decisionale) sia a livello simbolico (es. testi, immagini di persone anziane), nonché l'intersezione tra i due livelli.

Se passiamo a osservare le pratiche di esclusione verso gli individui considerati vecchi nell'Intelligenza Artificiale (AI), le modalità sono molteplici. Ecco alcuni esempi:

1. Dati discriminatori: Molte applicazioni di IA, come sistemi di selezione del personale, sono addestrati su dati storici. Se questi dati contengono *pregiudizi* contro le persone più anziane, l'IA può perpetuare tali pregiudizi. Ad esempio, se in passato c'è stata una discriminazione nell'assunzione dei lavoratori più anziani, un algoritmo di selezione del personale addestrato su questi dati potrebbe continuare a discriminare gli anziani.

2. Il *targeting* pubblicitario: Gli algoritmi di IA spesso utilizzati per il *targeting* pubblicitario online possono contribuire all'ageismo. Le pubblicità possono essere dirette in modo specifico a gruppi di età più giovani, trasmettendo implicitamente il messaggio che solo i giovani sono il pubblico target per determinati prodotti o servizi, escludendo gli anziani.

3. Sistemi di 'raccomandazione': I sistemi di raccomandazione, come quelli utilizzati da piattaforme di *streaming* e social media, possono perpetuare l'ageismo suggerendo contenuti o amicizie basate sull'età. Questo può portare a una maggiore segregazione sociale online.

4. Mancanza di pari opportunità nell'accesso alle nuove tecnologie: Se le applicazioni di IA non tengono conto delle esigenze degli anziani in termini di accessibilità, possono contribuire all'esclusione di questi. Ad esempio, sistemi complessi o poco intuitivi potrebbero scoraggiare gli anziani dall'utilizzare tecnologie digitali.

La crescente importanza delle tecnologie digitali nella nostra società rinforza lo spirito e la spirale dell'ageismo con l'esclusione degli adulti anziani da fette importanti della sfera sociale. Purtroppo, questi rischi sono ancora poco conosciuti e c'è poca consapevolezza delle discriminazioni sulla base dell'età nel progettare i sistemi digitali e i servizi connessi.

Studiosi e ricercatori hanno, invece, svelato che gli algoritmi sono spesso discriminatori rispetto al genere femminile e alle persone di colore.

Per mitigare questi effetti negativi, è importante promuovere ricerche sull'impatto discriminatorio dell'IA anche per quel che riguarda le discriminazioni in base all'età.

Inoltre, le politiche e le normative devono essere adattate per proteggere i diritti delle persone di tutte le età e garantire che le tecnologie siano utilizzate in modo equo e responsabile.

Concludo con una considerazione positiva; la dissertazione sulle discriminazioni rispetto al parametro età con l'ottica di analizzare i pregiudizi e le discriminazioni adottate verso le persone anziane pone la persona anziana non più vecchi uguali esseri da rendere invisibili, ma persone verso cui indirizzare politiche di uguaglianza. Significa ripensare ai cicli della vita nella loro interezza; non più solo infanzia e età adulta, ma anche alle fasi della vita che consideriamo 'terze'.

DIFFERENZE DI GENERE NELLA PROMOZIONE DELLA SALUTE. FRAGILITA' E DISCRIMINAZIONI IN VECCHIAIA - Lucilla Tedeschi

Sono passati quasi otto anni da quando il Ministero Della Salute ha pubblicato il numero 26 dei Quaderni su **"Il genere come determinante di salute"**. Nonostante già dagli anni 90 si parlasse dell'importanza di uno sguardo di genere nella medicina e non solo, questo è il primo atto ufficiale che poi sfocerà nel 2018 nella legge **Lorenzin**, dove, **all'articolo 3** (*Applicazione e diffusione della medicina di genere all'interno del Sistema Sanitario Nazionale*) viene disposta la produzione di un piano **volto alla diffusione della medicina attenta alle differenze per sesso e genere**. La legge prevede nuove norme sulle sperimentazioni cliniche, sulla medicina di genere, pene più severe all'abusivismo sanitario e contro chi commette abusi nelle strutture sanitarie per anziani e disabili. Il Piano, aggiornato nel maggio 2019, intende garantire la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni erogate dal SSN in modo omogeneo sul territorio nazionale, mediante divulgazione, formazione e indicazione di pratiche sanitarie inerenti alla ricerca, alla prevenzione, alla diagnosi e alla cura basate sulle differenze derivanti dal sesso e dal genere. Purtroppo, l'applicazione di questo riconoscimento a livello scientifico, medico, sociale è assai lenta e condizionata da questioni di ordine politico, economico ed organizzativo.

Medicina Di Genere

Gli studi di genere propongono una suddivisione, sul piano teorico-concettuale, tra due aspetti dell'identità umana:

Il sesso costituisce un corredo genetico, un insieme di caratteri biologici, fisici e anatomici che producono una dicotomia maschio / femmina;

Il genere rappresenta una costruzione culturale, la rappresentazione, definizione e incentivazione di comportamenti che rivestono il corredo biologico e danno vita allo status di uomo / donna.

Sesso e genere non costituiscono due dimensioni contrapposte ma interdipendenti: sui caratteri biologici si innesta il processo di produzione delle identità di genere.

La medicina di genere non è "la medicina delle donne" e neppure quella dell'uomo.

Include i determinanti di salute, come la povertà e in generale tutti gli aspetti psicologici, socio-economici, culturali, etici che incidono sulla salute. Possiamo pensarla come una medicina "olistica", perché prende in considerazione l'individuo con le sue caratteristiche e la sua posizione in questo mondo. È una medicina della complessità.

La necessità di sviluppare una visione di genere nasce dalla consapevolezza che esiste da sempre una sottovalutazione dei bisogni di salute delle donne all'interno di una ricerca medica che è centrata sull'uomo e sulla sua realtà biologica e sociale.

In primo luogo, è necessario abbattere un antico pregiudizio scientifico che considera i processi morbosi delle donne con una prevalente derivazione biologica-ormonale e quelli degli uomini con una prevalente derivazione socio-ambientale e lavorativa.

Anche in vecchiaia c'è un'importante questione di genere: le persone con >65 anni sono circa 7.5 milioni e gli >80 rappresentano 2/3 degli anziani e se si vuole lavorare per una concreta promozione della salute delle donne bisogna considerare non solo la prevalenza di malattie e disturbi nei due generi, ma anche le condizioni di lavoro e vita, i ruoli sociali e familiari, la natura e qualità delle relazioni, i vissuti di uomini e donne. La differente composizione della popolazione anziana determina la necessità di non vedere tale gruppo come un tutto indeterminato, di analizzare con più attenzione le profonde differenze di genere presenti in essa e anche i determinanti che producono una discriminazione ulteriore: donne e per di più vecchie.

È noto che le donne vivono più a lungo (età media 84 anni), ma anche che sono più malate per un alto tasso di malattie croniche, disabilità, isolamento. La prevenzione delle patologie specifiche delle donne va 'retrodatata' prendendo in considerazione le caratteristiche che accompagnano la loro vita, a volte molto differenti da quelle degli uomini:

stili di vita, maggiori stress, spesso doppio lavoro, pesante carico familiare, più eventi avversi, meno cura di sé, meno informazioni corrette sulla propria salute, molta pubblicità ingannevole. Un accumulo notevole di più fattori di rischio nel lungo periodo, che portano inevitabilmente ad una vecchiaia con peggiori condizioni di salute e malattie croniche.

Fragilità

Spesso si scambia la fragilità di una persona per depressione o per malattia. In campo medico è sinonimo di complessità, di difficoltà. Il non considerare la fragilità come un complesso di situazioni non soltanto dovute all'età o alla presenza di malattia, può portare a comportamenti discriminanti (da un lato il culto ipertrofico della giovinezza dall'altro l'isolamento e l'invisibilità della vecchiaia).

L'ageismo indica la discriminazione nei confronti di una persona in base alla sua età, in particolare verso gli anziani.

Un fenomeno sempre più diffuso e comune che, a differenza di sessismo e razzismo, non è punito dalla legge, ma ha portato alla diffusione di stereotipi nei confronti degli anziani, che li distrugge lentamente: uno studio riportato dalla Società francese di Gerontologia e Geriatria ha dimostrato che le persone esposte a un comportamento negativo nei riguardi dell'invecchiamento vivono in media 7,5 anni in meno rispetto alle altre.

Il paziente fragile è un paziente «vulnerabile», un paziente che molte volte è affetto da malattie croniche complesse, con presenza di comorbidità, instabilità clinica, politerapia e con ridotta autosufficienza, ma a cui si possono aggiungere problematiche sociali e familiari.

La fragilità è diversa dalla non autosufficienza, un evento avverso biologico, psichico o sociale può ridurre l'autonomia della persona e avvicinarla alla dipendenza.

La fragilità è un evento dinamico che riguarda una persona che vive perdite in uno o più domini delle funzioni umane (fisiche: nutrizione - perdita di peso, mobilità - lentezza, attività fisica, forza, resistenza; psicologiche: cognitività, umore, capacità di reazione ad eventi avversi della vita; **socio-economiche**: relazioni sociali, supporto sociale, capacità reddituale). Queste diverse dimensioni della fragilità spesso coesistono e si influenzano reciprocamente determinando un avvitamento di condizioni dalle quali, se non precocemente individuate e combattute, si sfocia verso la perdita di autonomia. La fragilità pertanto conduce ad una serie di esiti negativi, quali dipendenza, deterioramento cognitivo, aumento dei ricoveri ospedalieri, di ricoveri in strutture residenziali e di mortalità. La fragilità che precede la perdita dell'autonomia è, se precocemente intercettata, una condizione reversibile. Pertanto, l'individuazione precoce di uno stato di fragilità e la messa in atto di interventi in grado di ostacolarne la evoluzione verso uno stato di perdita dell'autonomia è considerato un obiettivo strategico per il miglioramento della qualità della vita in una popolazione che

continua ad invecchiare e per il contenimento della spesa in campo socio-sanitario dedicato alle condizioni di cronicità e dipendenza funzionale.

Abuso sugli anziani

È comunemente accettata l'idea che l'unica forma di violenza perpetrata contro l'anziano sia di natura fisica, trascurando le forme più sottili come mancanza di rispetto, uso di linguaggio infantile e altre forme di violenza psicologica.

In uno dei settori che riguarda gli aspetti principali della vita della persona anziana, ossia quello della sanità, il 30% degli over-60 ha dichiarato di essere trattato in modo ingiusto a causa dell'età.

Anche per questo, in occasione della celebrazione dei 20 anni della Carta Europea dei diritti fondamentali in UE, la SIGG e la SIGOT (Società Italiana di Geriatria e Gerontologia e la Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio), insieme a 42 organizzazioni di 29 Paesi, hanno lanciato una serie di iniziative, con audiovisivi multilingue, per sensibilizzare i cittadini, il mondo sanitario, le Istituzioni e i media. L'abuso sugli anziani può essere intenzionale, non solo fisico, ma anche psicologico ed emotivo, sessuale, finanziario, farmaceutico o per negligenza quali la discriminazione e i pregiudizi a causa dell'età avanzata. Diventa di importanza fondamentale porsi in una condizione di ascolto poiché gli anziani arrivano nei luoghi della cura, (Pronto soccorso, RSA, Degenza ospedaliera) già convinti che non saranno ascoltati.

Prendiamo ad esempio alcuni aspetti strutturali del pronto soccorso: architettura, logistica, rumore, luce.

Il PS è sempre al piano terra, spesso privo di finestre, per cui l'illuminazione è prevalentemente artificiale, cosa che favorisce il disorientamento spazio-temporale. Gli spazi sono organizzati per accelerare valutazione e turnover dei pazienti, a discapito della privacy. Talvolta i pazienti passano molte ore sdraiati su barelle strette e rigide con materassini sottili, con evidente disagio fisico e peggioramento dei dolori osteoarticolari, il rumore è pressoché costante, provocato da allarmi dei monitor, annunci vari, voci del personale, di altri pazienti e degli accompagnatori, tutto questo contribuisce ulteriormente al disorientamento spazio-temporale. (Hwang e Morrison, 2007).

Se poi queste condizioni strutturali le mettiamo accanto agli aspetti clinici del paziente anziano che vi afferisce, ad es. presentazioni cliniche atipiche, comorbidità, polifarmacoterapia, deficit cognitivi, difficoltà a riferire i propri sintomi, si può comprendere quali siano le plurime difficoltà che un anziano incontra se non trova una struttura e professionisti formati ad accoglierlo.

OMS e invecchiamento cosiddetto attivo

L'OMS (Organizzazione mondiale della Sanità) ha avviato nel 2002 il progetto per l'Invecchiamento attivo al fine di promuovere la partecipazione attiva sociale degli anziani, la prevenzione, il benessere fisico tramite cura del proprio corpo, l'attenzione agli stili di vita, le cui basi sono da porre ben prima dell'età anziana.

L'invecchiamento attivo è stato definito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel 2002 come "il processo di ottimizzazione delle opportunità di salute, partecipazione e sicurezza per migliorare la qualità della vita delle persone che invecchiano".

Tale concetto si è scontrato con una popolazione fragile, in cui, nella pandemia, la percentuale di mortalità è stata molto alta (a tutto il gennaio 2022 il 98,7 % dei deceduti per COVID aveva più di 50 anni) e ha addirittura posto inquietanti dilemmi etici su priorità d'aiuto e soccorso rispetto alla popolazione più giovane. L'esperienza pandemica ha sviluppato, da una diversa ottica e in senso preventivo, una visione culturalmente più articolata della vecchiaia, non classificabile come unica categoria, ma comprendente tante vecchie in situazioni differenti sociali, di salute, di attività.

Le difficoltà, le discriminazioni e gli stereotipi che accompagnano le donne nel periodo del prepensionamento – Paola Brivio

Per comprendere le difficoltà che incontrano le donne nel periodo del prepensionamento e durante tutto il periodo del pensionamento occorre ricondurre il tema del lavoro femminile alla sua origine o per lo meno agli inizi del '900 quando furono emanate le prime leggi sul lavoro femminile.

Il 19 giugno 1902 e il 28 febbraio 1903 furono emanate delle leggi nuove, unitamente ai regolamenti attuativi che regolamentavano il "Il lavoro delle donne e dei fanciulli".

Proprio così: le prime leggi paragonano le donne ai fanciulli, quindi i fanciulli in quanto minori, persone che non avendo ancora raggiunto un'età che prevede uno sviluppo muscolare essenziale, andavano protetti limitandone almeno gli orari giornalieri (a 9 ore anziché 13 o 14 giornaliere!!).

La stessa legge tutela anche il soggetto femminile considerando quindi le donne come una sorta di minorate, soggetti incapaci di poter scegliere.

In quel periodo, infatti, le donne non avevano diritto di voto, quindi, erano ritenute soggetti diversi dagli altri presenti nel mondo del lavoro: gli uomini.

Occorre precisare che tutto ciò che avveniva era anche in rapporto alla situazione sociale, dall'agricoltura, al lavoro nelle fabbriche che **richiedevano grandi** fatiche, non essendovi ancora l'introduzione di macchine che potessero alleggerire il lavoro.

Nella nostra cultura questo concetto di diversità delle donne nel senso di una diminuzione di valore rispetto al soggetto principale, l'uomo, è rimasto, anche se durante le guerre le donne presero il posto degli uomini nelle fabbriche sobbarcandosi tutti i lavori, anche quelli molto pesanti, con conseguenze gravose sulla propria salute.

In realtà questo concetto di diminuzione di valore, come soggetto, in quanto donne quindi e non solamente in quanto lavoratrici ha permeato di sé tutti gli ambiti sociali: basti pensare ai femminicidi.

Il lavoro femminile visto come integrazione al salario dell'uomo, tant'è che i primi asili per i bambini sorsero in ambito religioso proprio come assistenza alle famiglie e tenuti dalle suore e non come servizi sociali per l'infanzia, la mentalità del tempo voleva che in alcuni ambienti avere la moglie che lavora era considerato non appropriato.

Proprio durante i conflitti sul lavoro – anni '50 – '60 il quadro cambiò totalmente e le rivendicazioni portate avanti non riguardavano solamente l'ambito salariale ma tutta una serie di temi sociali, fra cui la pari dignità del lavoro fra Uomini e Donne.

E qui emerge una importante richiesta di protagonismo da parte delle donne che non concerne solamente i temi della tutela – messa fortemente in discussione – ma anche della pari dignità, sempre in coerenza con l'evoluzione sociale della famiglia, dell'aumento di scolarizzazione di tutti e anche delle donne che oggi sono più numerose nelle Università e si distinguono nei concorsi pubblici, sono quindi più studiose ed emergono come soggetto consapevole della propria condizione avanzando quindi una richiesta di nuova individualità e riconoscimento sociale.

Il lavoro a questo punto non viene più visto solamente come integrazione economica familiare ma come valore, interesse professionale di per sé; le donne inoltre progettano nuovi modelli di socialità intuendo che mettendosi insieme magari contano di più è l'inizio di quel fenomeno chiamato femminismo, visto all'inizio in modo negativo ma che poi subì un'evoluzione portando avanti concetti emancipatori ma anche di liberazione dagli stereotipi di genere.

Dagli anni '70 in poi le donne occupano nel lavoro settori e comparti ancora legati alla funzione familiare (insegnanti, ma anche nel settore medico ginecologhe, pediatri, ecc.) dando luogo a ciò che viene detto: SEGREGAZIONE OCCUPAZIONALE FEMMINILE e la prima legge di parità (903 del dicembre 1977) si volle occupare di ciò ma si dimostrò una buona legge ma inefficace in quanto non tenne in conto che i concetti discriminatori erano molto profondi e le resistenze ad acquisire nuovi modelli di lavoro in cui le donne fossero protagoniste a pieno titolo si estendevano non solamente alla parte imprenditoriale o istituzionale ma era veramente molto diffusa.

Si assiste quindi ad una forma discriminativa indiretta, detta soffitto di cristallo, ad opera della quale apparentemente non esistono motivi per non far avanzare le donne o per non inserirle in tutti gli ambiti lavorativi ma ciò non avveniva e ancor oggi si manifestano delle difficoltà.

Ne sono esempi: l'introduzione di operatrici ecologiche all'interno dell'AMSA, l'inserimento di nuovi macchinari nella produzione, l'inserimento di vigilesse o di donne guidatrici dei tram, ecc.

Occorreranno molti anni – 1993 – per acquisire una nuova legge, quella sulle pari opportunità dopo che si è posto il problema di affrontare tutte le discriminazioni, dirette e indirette, con un portafoglio economico che interviene presso aziende ed Enti al fine di rimuovere quelle

discriminazioni che non permettono alle donne di accedere a tutte le posizioni di lavoro, comprese quelle di apice, di fare carriera e quindi realizzare una vera parità.

Doppia presenza e doppia assenza: ma il mondo del lavoro è strutturato su presupposti di origine maschile quindi orari, servizi sociali, aiuti reclamano il tema della doppia presenza che si traduce in una doppia assenza; le donne sono richieste sul lavoro in ruoli di responsabilità e anche in famiglia per prendere decisioni riguardanti i figli, la casa, famigliari bisognosi di assistenza: questo lavoro affettivo e familiare pure va diviso e sostenuto da altri membri della famiglia, da servizi sociali pubblici e privati (condivisioni, baby sitter, aiuti famigliari, ecc.) per acquisire ruolo sul lavoro.

Tutto ciò ricade poi ricade in termini economici sulla pensione delle donne, ecco il motivo per cui oggi le donne hanno una pensione inferiore agli uomini del 30% mediamente, proprio in riferimento alla difficoltà di acquisizione di ruoli sul lavoro considerati di eguale valore anche economico.

Nel passaggio al pre-pensionamento e al pensionamento va considerato che una volta acquisito il ruolo sul lavoro la difficoltà, per Uomini e Donne diventa anche quella di lasciare il lavoro professionale a tempo pieno e passare ad un'altra fase della propria vita che comporta risorse diverse e qui possiamo assistere a delle crisi di ruolo ovvero, dopo aver acquisito con tanta fatica un ruolo interessante in azienda, come lasciarlo senza ricadere in vuoti depressionari.

Può certamente aiutare costruire un progetto di pensionamento che tenga conto delle risorse disponibili: tempo, denaro, salute, contatti con parenti/amici, famiglia; occorre prepararsi come in tutte le situazioni che ci riguardano per non farsi sorprendere dagli avvenimenti.

Il progetto di DONNE IN riguarda proprio una diversa cultura della vecchiaia, visto che viviamo 30 anni più delle generazioni precedenti, non abbiamo modelli da seguire e questo potrebbe anche essere positivo se pensiamo di costruire noi stessi un modello credibile che parta dalla consapevolezza di chi siamo, che cosa vogliamo, come ci sentiamo, combattendo l'ageismo e curandoci di tutti quegli aspetti che ci competono: la salute innanzi tutto, la parte finanziaria, un'abitazione e uno stile di vita adatti alla nuova situazione personale e familiare.

L'empowerment delle donne sul tema dell'educazione finanziaria - Maria Rosa Festari

Questo incontro è stato pensato per fornire alcune informazioni di base sull'**educazione finanziaria**, intesa come conoscenza della gestione economica, rivolte in particolare alle donne. Siamo tutte convinte che conoscere significa poter far valere i propri diritti e sviluppare le proprie possibilità.

Nelle famiglie italiane, la tradizionale suddivisione dei ruoli ha spesso tenuto le donne lontane dalla gestione dei soldi, dalle decisioni da prendere per affrontare le normali situazioni della vita, ma anche le eventuali difficoltà economiche.

Nella presentazione dell'evento di oggi al punto quattro, che riguarda appunto l'educazione finanziaria, si parla della necessità di un empowerment delle donne in questo campo, per una gestione autonoma della propria vita e come strumento di difesa dalla violenza economica e psicologica a cui spesso sono soggette le donne anziane. Ma cosa intendiamo con empowerment delle donne in questo campo? Intendiamo la possibilità di sentirsi maggiormente responsabili, valorizzate, emancipate, autodeterminate, con un incremento della stima di sé riguardo all'argomento dei soldi, del denaro, dell'economia.

Questa maggior conoscenza delle competenze che aiutano a comprendere come gestire il proprio denaro in modo responsabile, può rivelarsi un utile scudo, una difesa nei confronti delle violenze economiche e psicologiche a cui si può essere sottoposti all'interno di una famiglia o comunque dalla società stessa. Aggiungiamo come ultimo punto importante, che la longevità, il fatto di vivere molto più a lungo -e le donne più degli uomini- fa sì che sia importante imparare a gestirsi oggi e anche a programmare il proprio domani.

Proprio partendo dall'idea del gestire l'oggi, tratteremo come primo argomento l'importanza di tenere un Bilancio familiare, qualsiasi sia la tipologia del nucleo.

Noi italiani siamo poco inclini a tenere un **bilancio familiare**. Meno di un italiano su tre tiene una traccia scritta delle spese. Le donne sono più propense a tenere un controllo di quanto si spende in famiglia e in quali settori.

Si tratta molto semplicemente di tener conto delle entrate e delle uscite; probabilmente molte persone già lo fanno, senza chiamarlo in modo così tecnico. La finalità del bilancio familiare è la programmazione del futuro prossimo, la pianificazione delle spese.

È come guardare nel borsellino pieno a una certa data e vedere come si svuota durante un determinato periodo.

Ci sono molti modi, dai più semplici ai più tecnologici e ognuno di noi può scegliere quello che gli è più congeniale; si può usare un'agenda, un blocco, un foglio di calcolo Excel o addirittura esistono software specifici per la tenuta del bilancio familiare. L'importante è che si sia costanti nel segnare le spese. Vi fornirò eventualmente un foglio Excel già pronto molto semplice per questo scopo.

È chiaro che in cima al budget dovranno essere prima di tutto segnate le entrate; per prima quelle ordinarie quali stipendi, pensioni, eventuali affitti attivi e successivamente quelle straordinarie come, per esempio, rimborsi assicurativi vendite o regalie ricevute.

Dalla parte delle uscite dobbiamo considerare per prime le spese fisse ripetitive che potrebbero essere mensili o avere una cadenza più lunga. Normalmente sono spese ordinarie il cui ammontare può essere già determinato e sicuro. Nel caso l'ammontare fosse variabile andremo a segnare, tecnicamente diremmo stanziare, la somma il più possibile realistica. Facciamo qualche esempio: come spese fisse di importo determinato avremo l'affitto, il mutuo mentre come spese di importo indeterminato stanzieremo, sulla base di quanto pagato e speso nei mesi precedenti, le bollette per luce e gas, le utenze del telefono, del cellulare, i trasporti, se si ha una macchina la benzina, il bollo e le spese per gli acquisti degli alimentari. Per le spese come, ad esempio, l'assicurazione che paghiamo una volta all'anno ma sappiamo quale è l'importo, si può accantonare ogni mese una somma ripartendo il totale per i 12 mesi in modo da non trovarsi in difficoltà al momento del pagamento.

Vi suggerisco di raggruppare le spese in categorie come, per esempio,

- le spese e servizi per la casa -il mutuo, l'affitto. Le condominiali, le utenze-
- le spese per i servizi finanziari -imposte e tasse, le assicurazioni-
- le spese per gli alimentari e per la persona -abbigliamento cosmetici-
- le spese per il trasporto e per l'auto ed infine un generico
- altre spese. Tipicamente per le altre spese si tratta degli scontrini che ogni giorno raccogliamo e che riempiono le nostre tasche, le nostre borse. Mi direte, ma come si fa a registrare tutte queste

piccole spese? Una possibilità semplice è quella di mettere in ingresso o dove volete un contenitore e ogni sera metterci tutti gli scontrini che abbiamo in tasca o in borsa e solo a fine settimana, quando si è più comodi, sommarli per la registrazione.

Dopo le spese fisse ordinarie, bisogna segnare le spese importanti in rapporto al periodo che si sta vivendo che possono essere regali per importanti scadenze, spese sanitarie e solo per ultime si possono stanziare le spese superflue di cui, cioè, si può fare a meno. Purtroppo, spesso sono quelle per lo svago come i libri, i giornali, i film e le vacanze.

Sarebbe buona cosa riuscire a stanziare anche una piccola cifra di risparmio che nei mesi può costituire un fondo per affrontare eventuali spese straordinarie e quindi non programmate come per esempio l'acquisto di un elettrodomestico che si rompe, un regalo non previsto eccetera eccetera.

Ma se alla fine del mese il divario tra le entrate e le uscite è minimo o addirittura negativo cosa dovremo fare? Per prima cosa bisognerà cercare di intervenire sui costi; per esempio, analizzando i costi delle utenze che oggi sono diverse da un fornitore all'altro ed eliminando eventuali spese superflue che non ci possiamo permettere.

Non possiamo dimenticare che oggi ci sono altri strumenti di pagamento alternativi alle banconote quali bancomat, le carte di credito, satispay, paypal, altre carte virtuali e così via. Analizziamo la carta di credito che ha un'influenza forte sul nostro bilancio familiare. Si chiama carta di credito perché gli importi che si spendono vengono anticipati quindi dati a credito dalla banca che ha rilasciato la carta; mi permetto quindi di comprare qualcosa anche se non ho sul conto corrente il denaro necessario all'acquisto. Le somme spese vengono infatti addebitate sul conto corrente non oltre i 30 giorni; quindi, posso farne un uso intelligente se faccio un acquisto a novembre che mi sarà addebitato a dicembre quando riceverò la tredicesima, ma se la uso senza queste riflessioni rischio di indebitarmi più di quanto possa. Il problema è che non ho l'impressione dei soldi che escono materialmente dal portafoglio e quindi ho una percezione non corretta. Queste spese fatte con la carta di credito devono essere segnate nel nostro bilancio familiare alla data in cui saranno addebitate dalla banca senza dimenticare i costi relativi alla carta che sono il canone annuo e le commissioni per i prelievi allo sportello automatico se non è quello direttamente della banca di emissione della carta. Ci sarebbero da affrontare altri problemi quali le carte revolving, la tenuta del conto corrente bancario, ma oggi non

possiamo dilungarci troppo. Abbiamo fatto un excursus e ci fermiamo qui per parlare delle problematiche che sorgono quando ci sono **fragilità che ostacolano l'autonomia della gestione economica.**

Come l'esperienza ci insegna, la vita può mettersi di fronte a situazioni che rendono la nostra propria vita o quella dei nostri cari assolutamente incompatibile con una gestione autonoma quotidiana, cioè a non essere in grado di badare a sé stessi ed ai propri interessi anche patrimoniali. Questo tipo di fragilità, può essere anche solo temporanea, legata a situazioni di malattia che possono essere superate in un tempo contenuto, ma possono invece essere situazioni che perdurano e vanno anche peggiorando. Per affrontare queste situazioni il legislatore ha approntato un istituto giuridico che ha cercato di limitare il meno possibile la capacità di agire delle persone. Prima dell'introduzione dell'**Istituto giuridico dell'Amministratore di sostegno**, infatti, si parlava solo di interdizione e la persona non era più autorizzata a compiere alcuna delle attività gestionali della sua vita. Vediamo a chi è destinato l'amministratore di sostegno. Abbiamo detto che può essere nominato per accompagnare persone che hanno temporanee invalidità fisiche o psichiche, ma soprattutto per anziani disabili, malati terminali, persone colpite da ictus, soggetti dediti per esempio al gioco d'azzardo, alcolisti, tossicodipendenti, persone detenute. La legge a cui sto facendo riferimento è la legge numero n. 6 del 9/01/2004; Artt. 404 e ss.

Qual è il compito dell'amministratore di sostegno? È quello di sostenere e rappresentare la persona che gli è affidata, è scelto dal giudice tutelare preferibilmente nello stesso ambito familiare dell'assistito -per esempio il coniuge, il convivente, un parente, il padre, la madre, il fratello. La richiesta di nomina deve essere fatta o personalmente da chi si rende conto di non essere in grado per un certo periodo di svolgere appunto le proprie funzioni di gestione della vita quotidiana o da una persona che gli è vicina. Si chiama ricorso e va fatto al tribunale dove si risiede. Come abbiamo detto la persona nominata viene possibilmente scelta tra le persone che già sono vicine alla persona da assistere. Posso anche pensare di nominare il mio amministratore di sostegno per quando non sarò più in grado, se non sarò più in grado di svolgere come abbiamo detto le funzioni di gestione dei miei interessi e posso designarlo anche all'interno per esempio del testamento. Secondo la legge del dopo di me posso anche nominare chi sarà l'amministratore di sostegno dopo di me di un figlio o di una figlia che sono portatori di handicap. L'amministratore di sostegno può essere anche revocato; la revoca può essere chiesta sia

per incompatibilità con la persona nominata sia perché si ritiene che non sia necessaria la sua presenza.

Non può fare l'amministratore di sostegno l'operatore del servizio pubblico o privato che ha in cura il soggetto, per intenderci per esempio l'assistente sociale.

Ma cosa può fare e cosa non può fare una persona alla quale è stata affiancato un amministratore di sostegno?

Il decreto di nomina dell'amministratore di sostegno deve contenere l'indicazione dell'oggetto dell'incarico e degli atti che l'amministratore di sostegno ha il potere di compiere in nome e per conto del beneficiario; degli atti che il beneficiario può compiere solo con l'assistenza dell'amministratore di sostegno; dei limiti, anche periodici, delle spese che l'amministratore di sostegno può sostenere con utilizzo delle somme di cui il beneficiario ha o può avere la disponibilità; della periodicità con cui l'amministratore di sostegno deve riferire al giudice circa l'attività svolta e le condizioni di vita personale e sociale del beneficiario

Dal 28 febbraio anche i notai possono autorizzare gli atti per persone interdette, inabilite o beneficiarie dell'amministrazione di sostegno. È uno degli effetti della riforma Cartabia, ed in particolare dell'articolo 21 (Dlgs. 149/2022).

Ritratti di paure e perdite



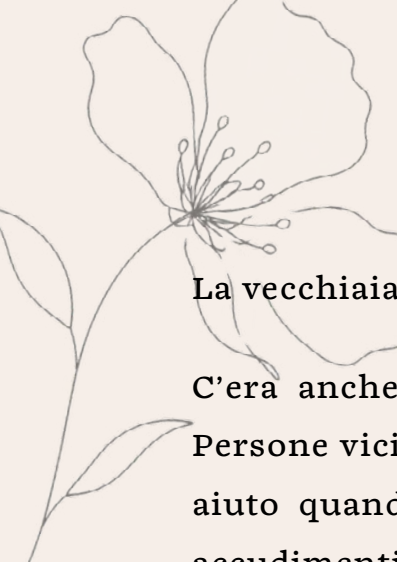
Un gruppo di donne anziane racconta

Donne in
donne che hanno la fortuna di invecchiare

Collana "Invecchiare al femminile" - E-book n° 2 - Maggio 2026

RITRATTI DI PAURE E DI PERDITE

Ritratti di paure e perdite è il secondo e-book della collana sull'invecchiamento al femminile di DonneIn, e raccoglie il lavoro fatto da un gruppo di donne che si sono incontrate regolarmente per lungo tempo per parlare della loro vecchiaia e del loro invecchiare. Crediamo che sia stato un lavoro utile scrutare questo tempo affollato da ombre e da luci.



La vecchiaia, all'improvviso.

C'era anche ieri, la vecchiaia, ma non ci turbava, riguardava altri. Persone vicine, su cui ci siamo chinate con comprensione per prestare aiuto quando si sono ammalate, scoprendoci capaci di organizzare accudimenti a distanza, correndo, tamponando, affidandoci alla medicina e alle badanti. Scoprendo con turbamento che a 50 anni ci toccava invertire i ruoli, divenire madri delle nostre madri minacciate da infermità, mentre eravamo ancora alle prese con i figli, e i primi nipoti. Di fronte ai mali e alle angosce dei nostri genitori, ci siamo applicate al compito e intanto il nostro corpo ci convocava sui cambiamenti indotti dalla fine della fertilità.

Due passaggi decisivi, legati all'età. In tutte le culture, ci assicura l'etnologo Marc Augé, "la questione dell'età, sotto ogni aspetto e in qualunque tempo, rappresenta l'esperienza umana essenziale" benché, secondo la filosofa Martha Nussbaum si tende "a pensare a noi stessi come esseri non sottoposti alle conseguenze del tempo". Perciò i cambiamenti – anche in perdita - sopraggiungono spesso inattesi e senza un'adeguata riflessione personale.

Sensibile al tema, un gruppo di DonneIn ha deciso di soffermarsi sull'età in cui il corpo fa sentire le sue fragilità, compaiono acciacchi e limitazioni e le domande sul futuro (ma si può parlare di futuro da vecchi?) si profilano all'orizzonte. Guardandoci intorno, scopriamo che non si invecchia tutti allo stesso modo e tempo, nel corpo come nella mente, e questo dipende da come hai vissuto fino a quel momento, dalla collocazione sociale, dal luogo dove vivi, dalle temperie che la società attraversa. Bisogna pensarci da giovani. Difficile rimediare a posteriori.

Questo libro accoglie le voci di un gruppo di donne fra i 68 e gli 85, che si è ritrovato per confrontarsi sulle esperienze vissute nel privato e nel sociale in anni cruciali: la giovinezza negli anni '60 '70, la pienezza degli anni '80 '90 e la velocità del nuovo millennio. I testi autobiografici non descrivono la vecchiaia come una passeggiata, tutt'altro. Offrono squarci di vita. Vi si prospetta all'orizzonte la nostra finitezza, il pensiero di un futuro dove troveranno posto più perdite che guadagni, avvolto dalle luci e dalle ombre di una società inquieta. Non si tace dei bisogni di amore, rispetto, contatto fisico, socialità che sono di tutti gli umani e si riconosce la compagnia inevitabile di una certa malinconia (non depressione, come vorrebbe certa vulgata) di fronte a limiti nuovi, contro cui si oppone comunque resistenza attiva.

Si guarda in faccia il limite. Non è coraggio, questo?



SCRUTARE LA VECCHIAIA

Myriam Bergamaschi

Come è iniziato il lavoro di gruppo.

Il gruppo di lavoro è nato per approfondire temi e aspetti dell'invecchiare, sfiorati dal dibattito corrente, che mette in un cono d'ombra gli interrogativi che più ci attanagliano: cosa succede alla persona nella sua esperienza e nel suo cammino verso il limite di vita.

La scelta del lavoro di gruppo è stata dettata da esigenze di mutualità e di sviluppo dei temi, essendo i piccoli gruppi aperti agli scambi, a dare significato a dubbi, angosce e mancanze che ci accompagnano nel percorrere la vecchiaia.

L'indagare sulla vecchiaia (sulle nostre vecchie e sulle condizioni di invecchiamento) è al centro del progetto di **Donne in** che ha come titolo "la fortuna di invecchiare". Di qui l'esigenza di rivisitare le attese, i nostri investimenti emotivi e immaginare nel vivere la vecchiaia percorsi diversi da quelli narrati e rappresentati.

Gli anziani e le anziane sono rappresentati per lo più come persone che mancano: mancano nella salute, nella mobilità e nelle funzioni cognitive e mentali. Certamente mancano di **ruolo sociale** (l'unico ancora riconosciuto è quello attribuitogli dal mercato come potenziali clienti), ed è quel ruolo sociale che vogliamo ripescare e riempire di pensieri, colori, affetti che ha avuto e continua ad avere. Questo a partire dal valorizzare il desiderio di continuare a "essere persone", ovvero di "essere autori attivi delle proprie azioni, dei propri pensieri e



del proprio carattere, invece che recettori passivi”.

Il lavoro che abbiamo fatto e che presentiamo non si limita a una critica della rappresentazione dell'invecchiamento nella cultura del presente, ma piuttosto vuole rimettere in circolo il sapere e le esperienze accumulate dalle donne anziane, testimoni delle mutate condizioni sociali e culturali.

Il tema e gli aspetti organizzativi dell'avvio del lavoro e del gruppo sono stati discussi all'interno di **Donne in**, e il progetto è stato poi presentato, insieme alle altre iniziative dell'Associazione, alla riunione allargata alle socie. La proposta iniziale è stata di avviare l'esperienza con un modulo breve (fatto di pochi incontri) per meglio selezionare il campo di discussione e come affrontare il tema. Il secondo ciclo di incontri ha avuto una fisionomia diversa.

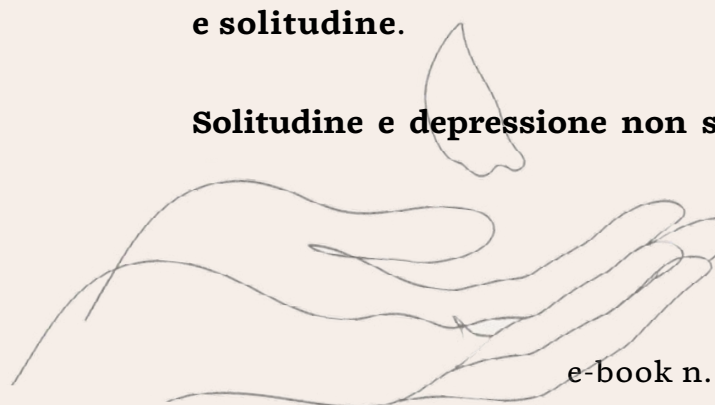
Il gruppo è composto da dieci donne tra i 68 e 85 anni: due fasce di età, le baby boomer e le appartenenti alla fascia delle ottantenni. Alcune vivono sole, altre con il partner o mariti.

I primi incontri sono avvenuti nel 2022 e dopo la conclusione di quel primo ciclo, come già ricordato, abbiamo continuato ad incontrarci nel 2023, anno in cui ci sono stati due nuovi ingressi a sostituzione di persone che non potevano più partecipare.

Depressione Tristezza e solitudine - Primo ciclo di incontri

L'approfondimento iniziale tra noi è avvenuto su **depressione, tristezza e solitudine**.

Solitudine e depressione non sono la naturale evoluzione del percorso





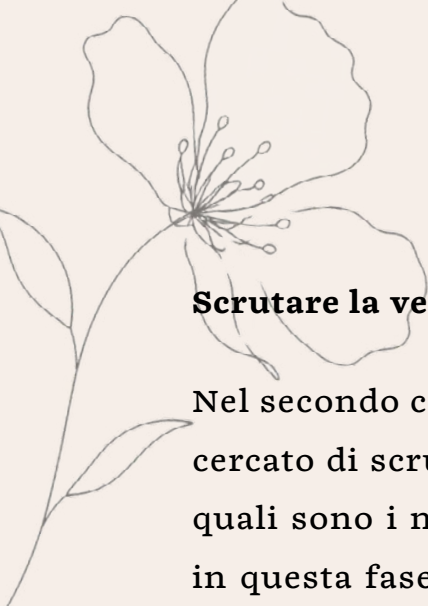
della vecchiaia. Nella vecchiaia è naturale confrontarsi con intensi sentimenti di solitudine, di paura, di depressione; tuttavia, questo non significa che da vecchi siamo affetti dalla “patologia depressiva”, come invece sembra che la cultura dominante sia incline a sostenere. La paura e l’angoscia per la perdita di persone molto vicine o per altre perdite sono vissuti dolorosi, che già ci sono capitati nel corso della vita, ma con l’andare avanti degli anni sono più presenti e noi più indifese. Sovente oggi anche il personale medico e sanitario interpreta le manifestazioni di comprensibile sofferenza umana come patologia.

Proprio per fornire una alternativa a questa visione patologizzante, il nostro gruppo di lavoro ha puntato a rompere le reticenze e i tabù su solitudine e depressione aprendoci agli scambi, alle esigenze di mutualità. I vissuti individuali delle partecipanti hanno trovato un luogo dove poterli esprimere e socializzare, rompendo l’isolamento, e “il disagio, la tristezza che derivano dal non avere luoghi per discutere e non sapere come fare”. “L’invecchiamento è esperienza e allora perché non parlarne insieme, non mettere in comune le difficoltà e cercare vie per superare, condividendo i vissuti a volte assai difficili delle persone anziane”?

La discussione è stata coinvolgente e ha riguardato diversi aspetti; l’interesse sulla solitudine si è concentrato sia sulla solitudine emozionale, che è legata alla perdita o all’assenza di persone molto vicine, sia sulla solitudine conseguenza dell’isolamento sociale, della carenza di relazioni con altre persone e gruppi. La solitudine è un fenomeno che capita in tutte le fasi della vita ed è un problema significativo nella vecchiaia essendo di frequente associato a problemi di salute e declino funzionale. Tuttavia, il focus è stata la **depressione**, le cui cause sono molteplici e non ultimo quelle legate alla dimensione

sociale come per esempio il non ascolto, la parola negata che lascia la persona sola con sé stessa.

La differenza tra depressione come patologia e i momenti di depressione e tristezza che accompagnano il vivere sono state al centro del lavoro collettivo. Il termine depressione viene generalmente esteso a significare tutte le forme, anche lievi, di tristezza che accadono nel corso della vita (notiamo infatti che la parola 'tristezza' è poco adoperata nel linguaggio corrente); avere conoscenza e coscienza di tale differenza ci è utile nel vivere la nostra vecchiaia. I dati ci dicono che nel mondo ci sono milioni di persone che soffrono di depressione ed affrontare questa situazione è una delle sfide più importanti del nostro tempo; tuttavia, non è una novità dei nostri giorni, medici, scienziati e filosofi se ne sono occupati sin dai tempi più remoti, chiamandola con un altro nome: malinconia o meglio melanconia. Se consideriamo la dimensione sociale di questo fenomeno e ci domandiamo quale posto la società riservi a questi stati d'animo, dobbiamo anche chiederci "(...) quanti aspetti depressivi siano ascrivibili a un fisiologico aspetto della vita in senso lato, o quanto siano, invece, poco accettati socialmente da un contesto che ci vorrebbe sempre brillanti e performanti e che poco tollera la tristezza". Nelle discussioni del nostro gruppo ci siamo quindi fermate a riflettere su come sia difficile stabilire dove inizi la depressione (come abbiamo constatato nei casi portati nella discussione di gruppo) e dove si abbia invece a che fare con fenomeni piuttosto naturali, come la tristezza o l'infelicità. Questo è stato importante anche per la ricerca delle strategie di incontri e rapporti che possono dare sollievo all'inevitabile avvicinarsi delle perdite e dell'invecchiamento.

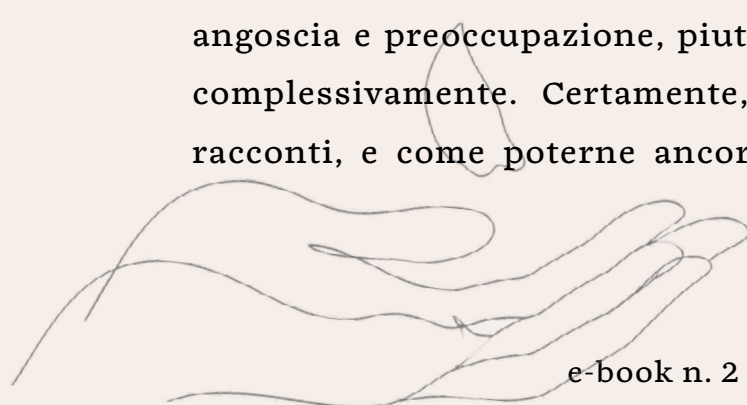


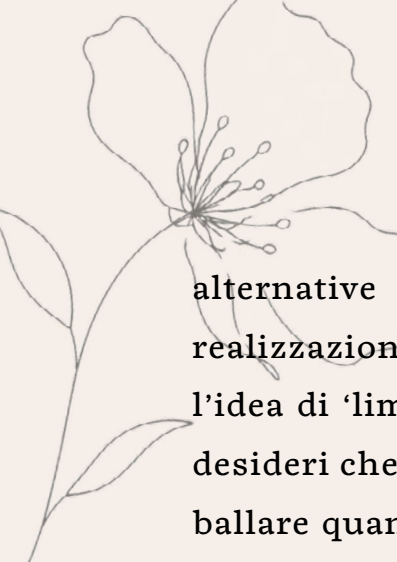
Scrutare la vecchiaia

Nel secondo ciclo di incontri ci siamo messe in primo piano e abbiamo cercato di scrutare le nostre ‘vecchiaie’, raccontando come le viviamo, quali sono i nostri progetti di vita, quale futuro immaginiamo; anche in questa fase della vita abbiamo un futuro e manteniamo il diritto a perseguire la nostra immagine, la nostra identità, i nostri desideri e pensieri.

Inizialmente avevamo pensato che dai racconti di ciascuna di noi sarebbero nati dei ritratti, delle tracce di biografie personali su come viviamo l'invecchiamento. Il lavoro del gruppo è iniziato con la narrazione di una di noi, una donna più che ottantenne; lavora ancora ed è impegnata nel sociale. Ci ha parlato di come viveva il suo invecchiamento, delle paure ricorrenti e quali erano stati i fatti che hanno contraddistinto il vivere questo tempo - la morte di un collega molto amico con il quale aveva condiviso il lavoro anche scientifico. Tale perdita sembra aver segnato il suo ingresso nella vecchiaia e nel timore di non riuscire a dominare il futuro ed affrontare i problemi quotidiani. Il suo conflitto è tra pensare al futuro, predisponendo come e chi può sopperire alle sue mancanze – a chi delegare - e dall'altro lasciar cadere questo impegno affidandosi alla sorte. La lontananza dalla famiglia che non vive a Milano, la mancanza di relazioni con il vicinato si sommano alle altre paure “queste sono le preoccupazioni e ciò è fonte di ansia”.

Negli incontri successivi le donne del gruppo hanno, invece, preferito parlare dei loro problemi imminenti e di ciò che vivevano con angoscia e preoccupazione, piuttosto che narrare della loro vecchiaia complessivamente. Certamente, anche i desideri sono entrati nei racconti, e come poterne ancora godere escogitando vie e modalità

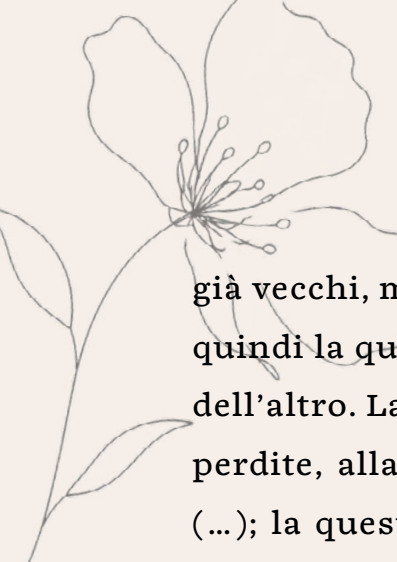




alternative se le limitazioni fisiche ne precludano parzialmente la realizzazione? Eppure, l'elemento principale della discussione è stata l'idea di 'limite' che genera angoscia: "Voglio condividere con voi due desideri che io non potrò realizzare, il primo è quello di ballare perché ballare quando ero giovane non era di sinistra e quindi non si andava in discoteca, tanto meno dopo le 11 come facevano i miei figli; e poi mio padre non me lo avrebbe permesso. Ora non mi è possibile fisicamente. Il secondo è andare a cavallo, ma anche per questa attività la mia situazione fisica non me lo permette. Dopo il Covid-19 però ho deciso di tornare a viaggiare cercando, come ho sempre fatto dal 2016, anno in cui è scoppiata la mia malattia. Faccio viaggi adeguati e organizzati in modo da non dover fare salite o trekking".

Il senso del limite, la percezione del limite è ciò che più ha occupato i nostri racconti: non è solo il limite dato dai deficit fisici o i limiti imposti dalle scarse risorse economiche, quanto il limite alla libertà, il limite della vita. Limite, è una parola che rimanda all'immagine del confine, della morte; ma ci siamo anche rese conto che il limite può suscitare anche la nostra creatività e inventiva per superare l'ostacolo; nei racconti dove c'è la consapevolezza del limite, traspare anche un senso di forza: "Per tutta la vita ho custodito la mia indipendenza e la capacità di fare quello che volevo, mentre in questo momento tutto questo non c'è più. Ecco il mio problema maggiore, non posso più fare quello che voglio e non sono più nemmeno a Milano dove magari i servizi sono migliori. Devo essere sempre accompagnata e ho bisogno di qualcuno che mi aiuti e a questo limite non so come rispondere".

"(...) il limite e la percezione del limite, della vecchiaia; io ho 70 anni e ricordo che quando i miei genitori avevano la mia età io li vivevo come molto vecchi, persone molto anziane. Credo già a 60 anni per me erano



già vecchi, ma quando io ho compiuto 60 anni non mi sentivo vecchia e quindi la questione della vecchiaia è anche percezione che si ha di sé e dell'altro. La percezione della mia vecchiaia è legata anche ai lutti e alle perdite, alla sensazione proprio di mollare e non farcela fisicamente (...); la questione per me non è solo del corpo che cambia (...). Il mio corpo reagisce ancora ma è una questione psichica, come se io volessi diventare vecchia prima del tempo”.

Collegata all'idea del limite, vi è la dimensione del tempo ... che si restringe e si allunga, e come viviamo il tempo. Il tempo sembra essere ancora una linea retta con un passato che prepara un futuro, seppure incerto. Questa concezione lineare del tempo è radicata nel nostro modo di pensare noi stesse e il mondo che ci circonda. Nel gruppo raccontiamo come si restringe il tempo e quali problemi ci causa, come lo viviamo. Per alcune di noi il tempo si è allungato e viene vissuto pacificamente: “(...) mi accorgo di avere tempo, che prima non c'era, ora il tempo c'è; dopo l'andata in pensione alcune cose le ho fatte, ad esempio cantare in un coro. Mi rendo conto che è una cosa gratuita, non devi dimostrare nulla, una parte del corpo era rimasta inattiva... ora la uso”. Un tempo, dunque, da dedicare a sé stesse e non in modo residuale.

In altri casi, invece, il tempo è stato interiorizzato come un vincolo; il tempo viene rincorso e, manca sempre. “Il discorso è difficile. Non so se rincorrere il tempo significa stare al passo con gli altri, con le innovazioni tecnologiche, e con gli strumenti di comunicazioni che cambiano velocemente. Non sempre c'è questa dicotomia tra i due tempi. È vero, io rincorro il tempo; il tempo non mi basta mai, vorrei averne di più. Tutto ciò mi affatica molto, con il terrore di perdere i colpi. Mi sento in colpa con gli altri perché non faccio, mi sento in colpa perché mi dimentico, ecc. La giornata sarebbe lunga da vivere se

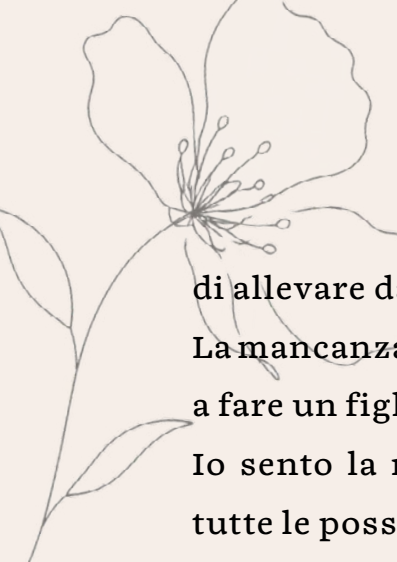


non la rincorressi minuto per minuto. Credo che ciò faccia parte della condizione particolare e riferita alla necessità di sentirsi viva. Nel fare mi sento viva”.

Il tempo segnala i limiti del nostro corpo. “Il tempo che io impiego nell’attraversare le strade si è allungato, ho difficoltà nei movimenti, difficoltà a camminare e impiego più tempo rispetto a quello stabilito dalle convenzioni – dai tempi dei semafori - e dal vivere comune, mentre si accorcia il tempo che mi separa dalla finitudine”.

La lentezza delle persone anziane richiama il concetto di tempo che abbiamo interiorizzato. Il tempo del vivere - nella vecchiaia - ha una specificità ed è diverso dal tempo della società, che è un tempo veloce influenzato anche dallo sviluppo della scienza e dalle nuove tecnologie che spingono a velocizzare il vivere. Mentre il tempo della vecchiaia è un tempo dettato da un corpo che corre meno, con pensieri più lenti ed esigenze di segno diverso. Questi concetti di tempo diverso non sono contemplati dalla cultura e sono ignorati nello sviluppo e nella progettazione delle tecnologie che segnano il viver sociale; come lo sono frequentemente a livello individuale anche per noi in questa fase della vita che potremmo vivere il tempo non come un vincolo del fare, del suo scadenzare dettato dai vincoli esterni.

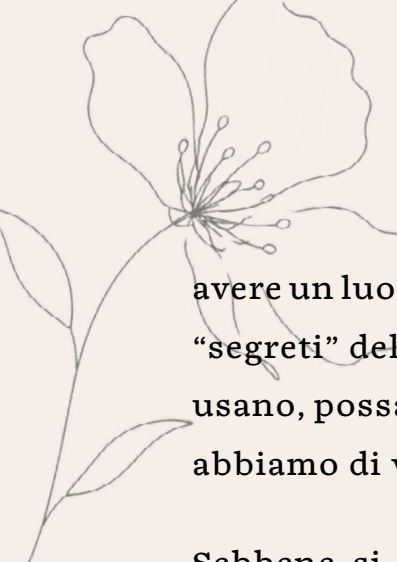
Infine, ‘mancanza’ è l’altra parola significativa dei nostri discorsi: la mancanza di affetto, la mancanza di figlie e figli o della loro presenza, così quella di nipoti perché lontani, perché non ci sono o per altre ragioni ancora. Nel raccontare questo vortice di sentimenti si è parlato della trasformazione della famiglia che si è sempre più assottigliata, che non esiste come l’ha conosciuta la nostra generazione o quella dei nostri genitori; la mancanza si allarga, poi a zone meno esplorate: “avevo paura



di allevare da sola questo figlio, pensavo di non sopravvivergli a lungo". La mancanza risuona anche in un altro racconto: "(...) quando ho provato a fare un figlio non è arrivato, però non abbiamo provato tutte le strade. Io sento la mancanza di non averci provato a fare i figli percorrendo tutte le possibilità. Ora sento questa sensazione di mancanza. Ora sento la mancanza di vicinanza dei figli". La mancanza richiama il dubbio e il senso di colpa per non aver dedicato tempo sufficiente ai figli, secondo il modello sociale dominante. Al di là della potenza dei modelli sociali e delle difficoltà a superarli, anche per quelle donne che hanno vissuto la rivoluzione sessuale la relazione con le figlie e i figli è ancora una relazione piena di inquietudine. Nel gruppo le donne raccontano casi in cui i figli e le figlie adulte rifiutano l'invecchiamento delle loro madri: non vogliono sentire parlare di una madre debole e con problemi, specie se di salute; e casi in cui i figli o le figlie si prendono cura della genitrice anziana, anche in questa circostanza le relazioni si complicano perché chi riceve le cure – la madre – le vive come riduzione del proprio ruolo. Non è più lei a prendersi cura di loro, ma l'opposto, e fa capolino la paura di essere infantilizzata. La tutela da parte della prole è vissuta anche come paura di essere scartati dalla società; la protezione è considerata dalla società come un valore ma anche un limite, sono le persone deboli ad averne bisogno.

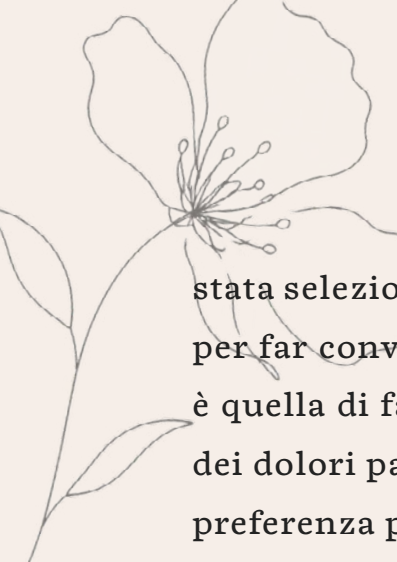
Alcune riflessioni

L'obiettivo di questo gruppo di lavoro era scrutare le nostre vecchiaie, come le viviamo e che cosa pensiamo delle nostre vite; quali sono i nostri progetti di vita, quale futuro immaginiamo. Condividere e parlare delle angosce che attraversiamo e di ciò che facciamo per far fronte alla solitudine a cui la vecchiaia ci porta. L'idea non era quella di poter "sconfiggere" la tristezza e la solitudine, ma la fiducia e la speranza che



avere un luogo di condivisione, di comprensione di cura di questi aspetti “segreti” della nostra vita, di confronto con le strategie che altre donne usano, possa portare sollievo e maggiore chiarezza sulle possibilità che abbiamo di vivere meglio questa stagione della vita.

Sebbene si dica che il futuro non ci sia, abbiamo un futuro, la cui lunghezza reale o immaginata è più breve. In questa fase della vita continuiamo a mantenere il diritto a perseguire la nostra immagine, la nostra identità, i nostri desideri e pensieri. Questa capacità e progettualità ci definiscono e ci distinguono dagli altri esseri viventi, rappresentando un valore chiave della nostra esistenza, a cui non vogliono rinunciare. Nel momento in cui rinunciamo a strutturare la nostra vita in base ai nostri sogni e desideri per ciò che sarà, viviamo solo per soddisfare esigenze che, benché importanti, sono di corto respiro. Al contrario, i sogni e desideri legati all’immaginare e al progettare rispondono a motivazioni profonde e richiamano “valori intrinseci” su cui fondiamo, e abbiamo fondato, le nostre identità di persone e di donne. Tali valori rispondono alle domande più intime e importanti delle nostre vite, sono ciò che ci ha rese libere e autonome, ciò che ha dato senso alle scelte più significative fatte nel passato. E per le donne anziane l’esigenza di farsi guidare da questi valori intimi e personali è viva e forte. Eppure, questa esigenza di senso rimane inattesa nella fase dell’invecchiamento, quando far progetti diventa sempre più difficile. Tali difficoltà sono sia oggettive, legate alla finitudine e alla biologia umana, sia costruite dalla società, che purtroppo giudica secondo stereotipi. Abbiamo dei pregiudizi sul futuro in questa fase della vita e c’è una logica su questo pregiudizio come afferma il filosofo Caspar Hare, (filosofo, Massachusetts Institute of Technology) “(...) Abbiamo un pregiudizio sul futuro quando si tratta di dolore. Questa caratteristica è

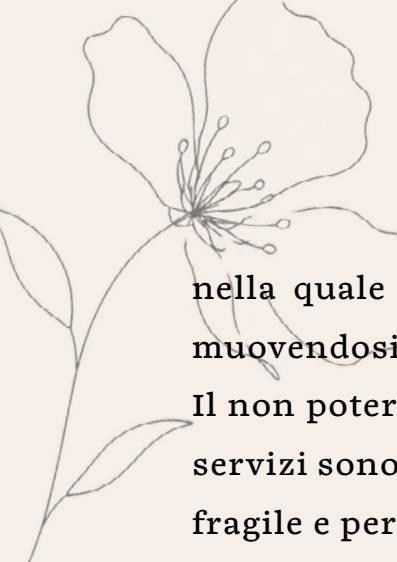


stata selezionata dall'evoluzione. (...) E una modalità cognitiva efficace, per far convergere l'attenzione pratica di un essere vivente sul futuro, è quella di far sì che ci si preoccupi molto dei dolori futuri e per nulla dei dolori passati. Uno schema di attenzione che produce una naturale preferenza per il dolore futuro piuttosto che per quello passato”.

Guardare al futuro nel corso dell'invecchiamento dove il limite è segnato produce smarrimento e dolore.

Inizialmente nel nostro gruppo sembrava che le differenti età anagrafiche costituissero uno spartiacque, non tanto perché i deficit fisici vengono associati in modo stereotipato con la “vecchiaia”, quanto piuttosto perché la mancanza di autonomia del corpo limita la libertà, limita la realizzazione dei desideri, dei sogni. Limita i nostri progetti. L'immagine del corpo della donna vecchia si associa – come confermano alcune ricerche - prevalentemente alla mancanza di salute che influenza il loro vivere e ne limita i movimenti. La priorità delle donne più vecchie presenti nel gruppo è la salute ed essere attive. Il declino biologico è narrato come mancanza di forze, difficoltà a camminare e ad alzarsi o facendo riferimento alle preoccupazioni per possibili ulteriori impedimenti. Inevitabile si fa il confronto con ciò che è stato, con il passato, con le scelte fatte e le difficoltà a farsi aiutare: “Penso che ognuna di noi abbia rifiutato il ruolo di donna debole, e ciò ha fatto parte della nostra identità. Il rifiuto della donna debole era un imperativo. Il ritrovarsi di fronte ad altri che si prendono cura di noi ci ferisce; ferisce il nostro orgoglio e il senso della nostra identità”.

Il corpo è diventato una barriera, un ostacolo ai bisogni, ai desideri; invece, un tempo con esso i luoghi erano attraversati e dominati e il corpo rafforzava il senso di indipendenza, l'appartenenza alla comunità

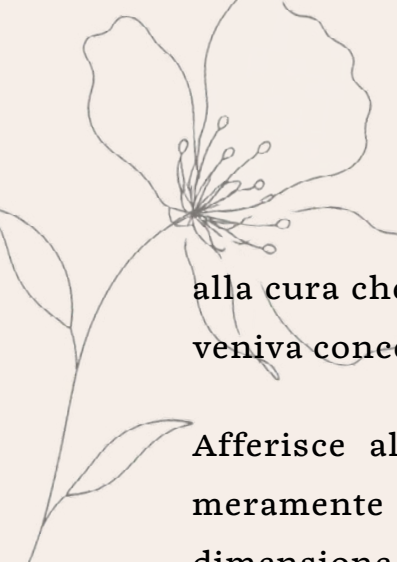


nella quale i propri bisogni erano considerati. Il corpo permetteva, muovendosi, l'interrelazione con il mondo esterno, il mondo circostante. Il non potersi muovere autonomamente segnala che le città, i pubblici servizi sono pensati e fatti per altre cittadine e cittadini e non per chi è fragile e perde funzionalità; sono progettati e fatti per i corpi abili.

Le limitazioni alla libertà di andare, fare ciò che si vuole sono dati reali e molto seri. Tuttavia, le donne fanno appello alle varie risorse e vi ricorrono per ripensare alla relazione con sé stesse e alle relazioni con gli altri, al significato delle loro vite. A questo punto, nel gruppo le differenze anagrafiche si attutiscono e assume valore e significato la continuità tra passato e presente, tra esperienze passate e il vissuto attuale. La storia e le storie passate sono raccontate quale elemento fondamentale per costituire l'esperienza del momento presente di ciascuna.

La militanza nei movimenti femministi, nel movimento sindacale, l'impegno politico per i diritti, le lotte per debellare le discriminazioni di genere sono un terreno comune che dà significato al loro vivere nel tempo; le accomuna e segna in modo vivo il loro vivere la vecchiaia.

Si intravede una sorta di contestazione del "modello sociale della terza età" che è quello di incoraggiare a lasciare andare le cose, "lasciar perdere", non a cercare una nuova vita e un nuovo ruolo. La mancanza di ruolo sociale lascia nell'incertezza e crea un vuoto che si aggiunge a quello per la perdita del ruolo esercitato nel lavoro e nella vita adulta. Nel corso della vita adulta l'identificazione con il ruolo è stata centrale e ci ha aiutato moltissimo a vivere e attraversare le difficoltà; tale mancanza non è certo sanata dal ruolo di nonne che socialmente è confinato esclusivamente nella sfera privata. "La perdita di ruolo è anche relativa



alla cura che abbiamo erogato, ma non l'abbiamo considerata. La cura veniva concepita come dono”.

Afferisce allo stesso modello, la critica del concetto di vecchiaia meramente individuale; la vecchiaia è nella nostra cultura una dimensione esclusivamente individuale. A questo concetto si ispirano, per esempio, la politica, le tecnologie, i mass media, ecc.; cercano di addomesticare l'età dell'invecchiamento con politiche e strumenti quasi esclusivamente individuali anche se hanno conoscenza che l'esperienza individuale non può essere isolata dai fattori socioculturali e dall'interrogarsi su quali sono gli effetti delle loro politiche sull'invecchiamento.

Tuttavia, la ricerca di nuove vie per vivere il tempo della vecchiaia che il gruppo esprime, segnala una discontinuità e una rottura rispetto ai modelli sociali proposti e a quelli praticati dalle generazioni passate; a quelli delle nostre mamme.

Queste donne non negano di essere vecchie, di avere un corpo che sia cambiato, di essere fragili, ma tutto ciò non limita la loro identità. Queste donne esercitano varie forme di resistenza contro la costruzione sociale di età. Invece di negare le realtà materiali come avere degli impedimenti, mancanze, difficoltà, usano le connessioni tra il loro corpo e la loro identità per resistere alla costruzione sociale della vecchiaia. Attraverso questa resistenza queste donne invitano a cambiare il focus: dal potente processo sociale e culturale segnato e regolato sul corpo delle donne, alla resistenza agita legando il corpo all'identità. Resistere per negoziare le contraddizioni tra costruzioni sociali e il sé. Come a sottolineare le affermazioni di Biggs che esiste una relazione “tra il sé interiore e il sé che è esibito socialmente”.

L'artista australiana – Dans Bain - per rigettare l'invisibilità di cui era oggetto nella vita quotidiana (al caffè, piuttosto che in altri luoghi pubblici) a causa della sua età, mise in scena un atto trasgressivo usando la street art. Indossò abiti molto sgargianti, occupò una zona di suolo pubblico della sua città e iniziò a dipingere donne anziane danzanti in tutù. L'iniziativa sorprese tutti, ma fu un primo segno di rottura. Anni dopo – Dans Bain - mise in piedi un'altra iniziativa a Melbourne, dove riunì tutte le artiste per protestare contro l'invisibilità e ottennero uno spazio pubblico in cui esibirono la loro street art all'insegna dell'umorismo e della gioia. Il messaggio era di diffondere l'idea che la visibilità e la gioia sono possibili a tutte le età.

Non è un percorso semplice, tutt'altro: i problemi, le difficoltà per il ceder del corpo non risparmiano, non cancellano i desideri, i sogni, il trasgredire; non cancellano il desiderio di continuare a vivere e praticare ciò che dà gioia e piacere, seppure le mancanze, le perdite vissute con molta intensità sono segnali che la finitudine è più presente e si fanno palesi le difficoltà enormi ad affrontare la tragicità della fine.

E colei che aveva aperto il secondo gruppo raccontando come vive il suo invecchiare, dice: "E' un lavoro faticoso e assorbe energie; di frequente ciò porta a lasciarsi andare, a farsi trascinare dall'inerzia, cadere nella tristezza. Occorre andare incontro alla finitudine scrutando la vecchiaia".



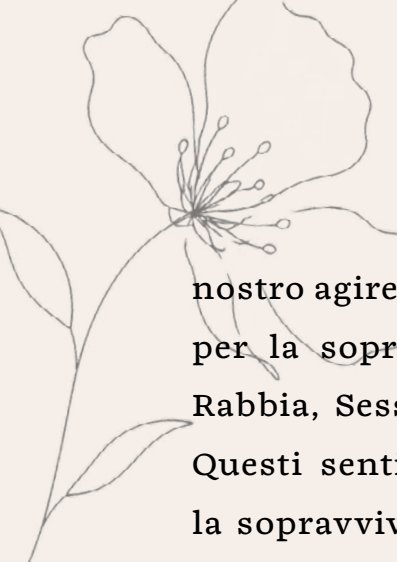
DISCORSO SULLA TRISTEZZA E SULLA DEPRESSIONE

Eugenia Omodei Zorini

Primo ciclo di incontri

L'argomento in discussione negli incontri è stato introdotto da un mio breve discorso sulla "tristezza" e sulla "depressione". L'avanzare dell'età ci pone di fronte alle paure della fine vita e ci confronta con molteplici perdite: più invecchiamo e più lutti e perdite vengono a far parte della nostra vita. La reazione umana nei confronti della perdita è di paura, spavento, angoscia, sconforto, impotenza: tristezza e depressione. Oggi troppo spesso queste reazioni sono considerate patologiche. Eppure, tali reazioni non sono presenti solo negli esseri umani, ma in tutti i mammiferi ed anche in esseri viventi con un cervello meno complesso. Sono reazioni vitali che spingono l'essere vivente alla ricerca di condizioni di sicurezza e vicinanza che calmino l'intenso impulso angosciato attivato.

1. Lo psicoanalista Mark Solms, fondatore della Neuropsicoanalisi, propone una revisione della teoria pulsionale freudiana, revisione necessaria a causa dello sviluppo delle conoscenze attuali sul funzionamento cerebrale. Egli trova particolarmente interessanti le ricerche e le intuizioni del neuroscienziato Jaak Panksepp (con cui ha collaborato) sull'origine e il potenziale dei **sentimenti**, poiché queste ricerche permettono la revisione e l'aggiornamento della teoria pulsionale. J.Panksepp, ha individuato sette nuclei cerebrali posizionati in una zona profonda del cervello umano e nel cervello dei mammiferi che costituiscono una specie di centro motivazionale del



nostro agire attivando “sentimenti emotivi” intensi, tutti fondamentali per la sopravvivenza dell’individuo e della specie (Ricerca, Paura, Rabbia, Sessualità, Panico da abbandono, Gioco, Cura-accudimento). Questi sentimenti emotivi inducono i comportamenti necessari per la sopravvivenza, difficilmente si presentano in modo “puro” poiché esistono infinite connessioni delle fibre cerebrali, compresi influssi inibitori, ecc., ecc.

I nuclei che ci interessano in modo specifico sono quelli del “Panico da abbandono” e “della cura”. Il panico da abbandono viene attivato da situazioni di perdita, quando viene a mancare la sicurezza di base: particolarmente evidente nel neonato se viene staccato dalle sue sicurezze, si attiva nell’adulto in situazioni di perdita e di lutto. “Il panico-sofferenza” si calma con la presenza di “oggetti” (oggetto in senso psichico) adeguati; tale “sentimento emotivo” (o pulsione) sostiene pertanto una ricerca di contatto affettivo profondo e fa sì che con l’urlo, col pianto, con la disperazione sollecitiamo relazioni sociali e condizioni che ripristinano lo stato di sicurezza. Se la ricerca è inefficace interviene un ritiro su se stessi per salvaguardare le energie vitali.

2. Un altro filone di ricerche e ipotesi teoriche è di stampo prettamente psicoanalitico. Melanie Klein nella sua ricerca sull’analisi dei bambini ha individuato due posizioni nello sviluppo umano precoce (successivamente ampliate a tre, da autori posteriori): la posizione schizo-paranoide e la posizione maniaco-depressiva (precedute dalla posizione contiguo-autistica, così denominata da Ogden). Provo a esemplificare cosa vuol dire questa affermazione. Per far fronte alle situazioni che provocano disagio e sofferenza, il primo movimento del piccolo umano è di dividere, catalogare il mondo e le esperienze

in “oggetti” buoni e “oggetti” cattivi, in modo netto: la fata e la strega. Questo ci permette un chiaro posizionamento: posizione schizoparanoide, che usa la scissione come meccanismo psichico principale, il male sta da una parte, il bene sta dalla parte opposta. In un secondo tempo ci rendiamo conto che chi ci ama e amiamo può essere fonte di dispiacere, dolore, aggressività e che noi stessi possiamo far male a chi amiamo e possiamo in certi momenti odiarlo e anche aggredirlo. Questa consapevolezza (che il bene e il male sono mischiati) procura una caduta del senso di onnipotenza e di invulnerabilità ed inevitabili sentimenti depressivi. Ma costituisce un importantissimo sviluppo della complessità umana ed è un importante elemento di crescita della nostra umanità e del principio di realtà.

Ambedue questi filoni di ricerca non pongono pertanto la depressione tra gli stati patologici, ma ne indicano la rilevanza nel processo di sviluppo dell’Umanità.

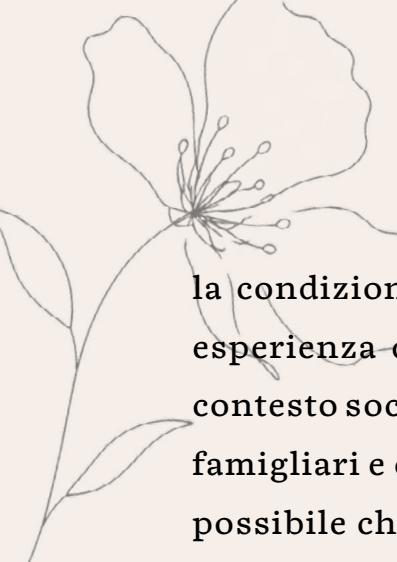
Certamente la depressione può diventare uno stato senza sbocco vitale e diventare un pozzo nero all’interno del quale ci chiudiamo e dal quale non siamo più capaci di uscire. Ma a me interessa proporvi una riflessione sul senso umano profondo dello stato depressivo, anche a causa di un fattore culturale: sembra essere molto forte e forse prevalente la tendenza a considerare e a considerarci malati se non siamo in forma e vincenti. In questo modo la nostra età anziana è indubbiamente penalizzata!! Qui allora ci sarebbe da considerare quanto il fattore culturale ci pone obiettivi irrealistici e che non possono che deprimerci, facendoci sentire inadeguati.

La tendenza culturale attuale per affrontare i complessi sentimenti di perdita, di solitudine, di isolamento che ci accompagnano



nell'invecchiamento si orienta al pensiero medico e a prescrizioni farmacologiche (Horwitz A.V., Wakefield J.C., 2007, **La perdita della tristezza. Come la psichiatria ha trasformato la tristezza in depressione.** Roma, L'asino d'Oro, 2015), non così distanti dalla... prescrizione controllata di droghe. Un pensiero medico che, diagnosticando come “patologico e malato”, cioè come “depressione clinica”, tanti dei nostri sentimenti e comportamenti trova una collocazione chiara e precisa al dolore psichico e ai tentativi di soluzione o ritiro che mettiamo in atto nei confronti della ineluttabilità del lutto per le perdite di competenze sia fisiche che psichiche, perdite di presenza nel sociale, perdite di amici e parenti: si tratta di “malattia”, di depressione clinica, che necessita di terapia farmacologica. Ma è realistica, accettabile e veramente risolutiva la soluzione farmacologica a questi aspetti tragici della nostra vita? Eppure, questa è la strada prevalente nella cultura occidentale odierna. Di fatto possiamo dire che assistiamo ad una mercificazione spudorata del disagio e della sofferenza.

Altro fattore rilevante è il ruolo sociale dell'anziano: è effettivamente realistico pensare che l'anziano avesse in epoche precedenti, in una diversa collocazione sociale, in altre culture, un ruolo più significativo e rilevante? Il “meccanismo di adattamento dell'identificazione col ruolo sociale” ha una grande funzione stabilizzatrice per la vita psichica. (vedi M. Bergamaschi, E. Omodei Zorini, K. Schweizer, **Un benessere insopportabile**, F. Angeli, 1995) “L'identificazione col ruolo” è un meccanismo di adattamento che rinforza la stabilità e l'equilibrio dell'Io anche nei confronti della paura e dell'angoscia di perdita. Oggi certamente sono carenti, o sono difficili da raggiungere e da organizzare, luoghi collettivi di incontro tra anziani o tra anziani e altre generazioni (...salvo nipotini e nonni baby-sitter). Non è detto che in epoche passate

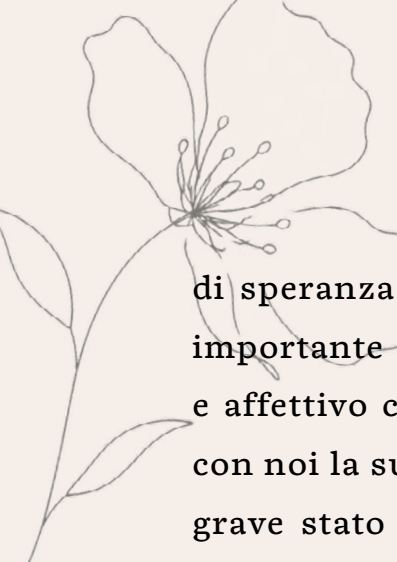


la condizione dei vecchi fosse migliore, ma la maggioranza di noi ha esperienza di diverse situazioni dove i nonni erano più integrati nel contesto sociale, o meglio esisteva un contesto sociale di dimensioni più familiari e di possibilità di vicinanza tra le diverse generazioni. E lì era possibile che l'anziano trovasse un proprio ruolo, e che dall'anziano ci si aspettasse una partecipazione specifica.

L'esperienza dell'invecchiamento è esperienza di tutti quelli che non muoiono giovani, allora perché non parlarne insieme, non dividerne le difficoltà, la ricerca, come si fece tanti anni fa rispetto al cambiamento culturale che stava rivoluzionando la vita sessuale, lavorativa e sociale delle donne? La nostra natura si ribella alla "fine", allo "scandalo della morte", alla fine di progetti ed ideali, si ribella alle molteplici perdite. È qualcosa che non vogliamo. Come e cosa fare per venire a patti con l'inaccettabilità della distruttività, della catastrofe della morte, con cui ci confrontiamo?

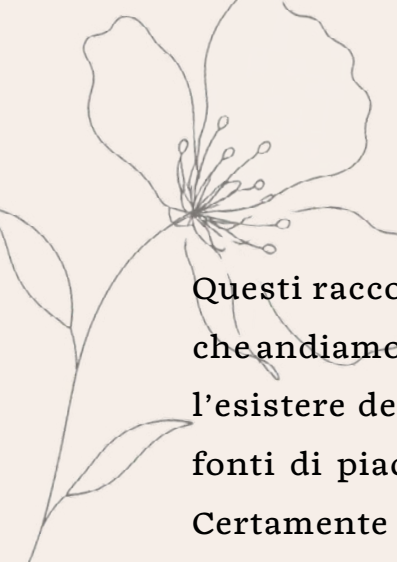
La nostra proposta è stata ed è quella di parlarne insieme, di confrontarci sui vissuti e i pensieri che attraversano ciascuna di noi, di condividere questa ricerca sul nostro modo di invecchiare. Quello che è successo è particolare. Si è immediatamente creato un clima di condivisione di propri periodi di vita estremamente critici che hanno confrontato alcune di noi con periodi drammatici di "depressione-tristezza", clima di condivisione che è proseguito durante molti incontri. Accenno a tre situazioni che ci hanno permesso di sviluppare alcune riflessioni.

a) Una partecipante ha raccontato la sua esperienza, a seguito della morte contemporanea della madre e della sorella, al momento della nascita di quest'ultima, quando lei aveva 13 anni. Ci ha raccontato del percorso fatto per uscire dal buco nero dello sconforto e assenza



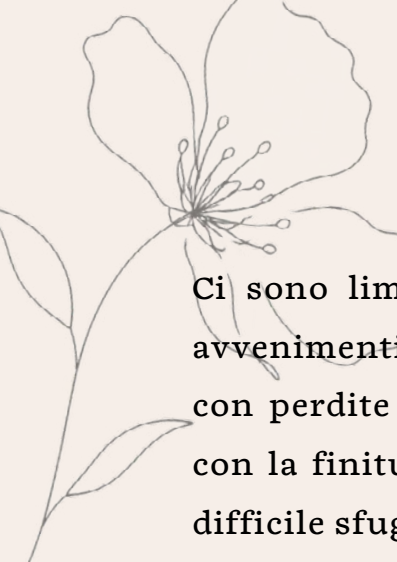
di speranza. Infine, sorridendo, ci ha detto di quanto è stata per lei importante e salvifica l'esperienza di ritrovare un contatto sensoriale e affettivo con le sue cagnette. **b)** Un'altra partecipante ha condiviso con noi la sua esperienza di accudimento alla madre che soffriva di un grave stato depressivo, esperienza che ha attraversato anni ed anni della sua giovinezza, confrontandola continuamente col buco nero della depressione. Ci racconta come, forse anche a causa di questa esperienza, ha sempre sentito un vivo e forte bisogno di circondarsi di rapporti ed esperienze coinvolgenti e affettivamente partecipati: è nella socializzazione che la sua vitalità e piacere di vivere trovano nutrimento, piacere, conforto. **c)** Un'altra partecipante ci racconta della sua esperienza attuale e sconvolgente di aver assistito al progressivo ritiro di una sua cara amica che nell'avvicinarsi alla soglia degli 80 anni ha iniziato a trascurare il suo corpo, le relazioni, ha smesso di suonare (era la sua passione). Nel lavoro di gruppo la partecipante ha cominciato a pensare che questi comportamenti non fossero solo espressione di negazione e distruzione di rapporti vitali, cioè di malattia depressiva, ma potevano significare anche altro, cioè la realizzazione di un progetto di vita perseguito e difeso sin dalla giovinezza: fare da sola, non dipendere da nessuno. Questa comprensione ha permesso che il rapporto con la sua amica si aprisse ad una nuova dimensione, meno angosciata, più incuriosita, più ricca e vitale.

Ho riportato, tra i tanti contributi, questi tre casi perché potrebbero essere indicativi di alcune considerazioni, emerse nel lavoro del gruppo e a mio parere molto interessanti, sulla nostra condizione di anziani e sulle complesse dinamiche sottostanti a momenti, a periodi di sconforto e di pena.



Questi racconti ci hanno immediatamente confrontato col “buco nero” che andiamo ad incontrare invecchiando: la morte, la perdita dei desideri, l’esistere dei desideri e l’impossibilità di realizzarli, la riduzione delle fonti di piacere, le malattie, l’invalidità, la chiusura nella solitudine. Certamente sono esperienze che attraversiamo anche in altri momenti della vita, ma nell’invecchiamento il confronto con queste angosce è ‘ravvicinato’. Il primo racconto ha dato voce alla paura della perdita di un nucleo relazionale primordiale (la madre) una rottura insanabile e inaccettabile, di relazioni affettive e corporee di protezione e scambio, e ci ha confrontato col bisogno che abbiamo che esista un contatto fisico di protezione e cura. Il secondo episodio ci ha confrontato con l’angoscia di dover accudire la madre malata (interna ed esterna!), mentre è vitale la relazione con un “fuori” sociale ricco di vita e relazioni. Il terzo col rischio di perdita dello spazio di autonomia, di iniziativa, di creatività del nostro Sé, dovendo dipendere sempre di più dall’accudimento degli altri.

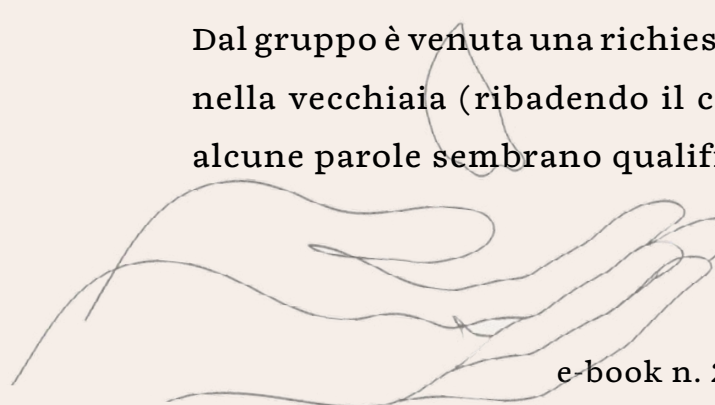
Il gruppo ha lavorato intensamente nei quattro incontri previsti, portando alla discussione diverse dimensioni dell’invecchiare. Nel corso dell’invecchiamento è frequente il viver svogliatamente e **senza desideri**, ravvisando proprio in queste mancanze una fonte della depressione che può diventare patologica. La coltivazione dei propri desideri, e la socialità sono modalità per uscirne. Tuttavia, la lettura della vecchiaia come periodo di assenza totale di gioia del vivere è fuorviante; abbiamo parlato di una “minore eccitazione” nel vivere, ma non mancano momenti di profonda partecipazione e gioia. Un esempio personale di Myriam: “quando è nata la nipotina io avevo 71 anni ed è stato un periodo felicissimo della mia vita, vissuto insieme a Gigi.”

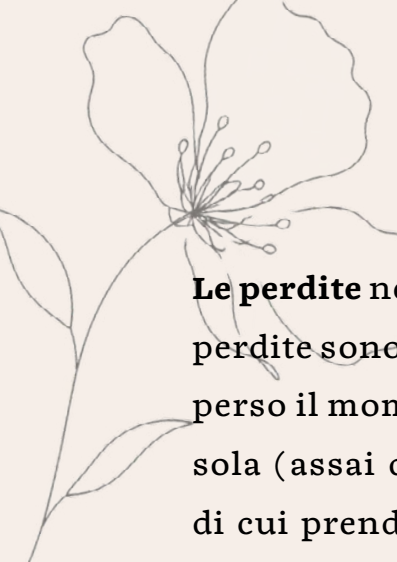


Ci sono limitazioni al gioire della vita anche per i cambiamenti e avvenimenti luttuosi che si verificano intorno a noi anziane e anziani, con perdite di amici e di persone care; un confronto con la morte e con la finitudine che non ha pari nelle altre fasi della vita. E a cui è difficile sfuggire. La fatica del vivere e il sopravvento della depressione vengono inoltre connessi agli “acciacchi fisici”, ai cambiamenti corporei, al venir meno delle forze, tutte sintomatologie più frequenti nell’avanzare dell’età. Altre cause scatenanti la depressione in questa fase riguardano la perdita di ruolo, il sentirsi inadeguate, la perdita del senso del vivere, e del piacere del vivere, fatti a cui si reagisce in modi diversi e con conseguenze assai differenti.

Nel lavoro del gruppo in effetti diversi interventi hanno portato ad approfondire la differenza che comporta considerare i sentimenti depressivi come conseguenza di “malattia psichica”, oppure come vicenda della complessità del vivere umano: come distinguere la depressione patologica dalla depressione che accompagna alcuni eventi umani? Ciò che rende patologica la depressione è il buttar la spugna, cadere in un buco nero, non accettare l’aiuto? “Sono persone che stanno male, ma non accettano di essere aiutate fino a giungere al suicidio?” Situazioni ben diverse da coloro che pur ritirandosi o soffrendo un disagio profondo e costante trovano un adattamento del vivere attraverso vie e modalità, seppure anomale, ma per loro accettabili. C’è chi ravvisa il discrimine tra depressione come malattia e depressione come difficoltà del vivere nella mancanza della speranza. La speranza accende delle luci!

Dal gruppo è venuta una richiesta di approfondimento della depressione nella vecchiaia (ribadendo il concetto che esistono molte vecchie) e alcune parole sembrano qualificarla: perdite.

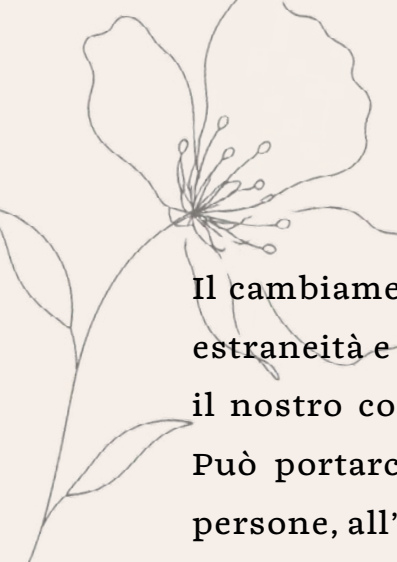




Le perdite nel corso dell'invecchiamento sono molte e sono dolorose. Le perdite sono anche da ravvisare nelle occasioni perse, nel sentire di aver perso il momento per costruire mondi affettivi intorno a noi. Il sentirsi sola (assai diverso dal viver sola) per non aver costruito quel mondo di cui prendersi cura, quel mondo che risveglia sentimenti e passioni è doloroso, un lutto che – come raccontava una persona del gruppo – si somma alle perdite di persone care. La perdita di persone care e la morte sono esperienze che ci accompagnano per lungo tempo; uscire dal dolore della perdita è un processo lungo e alcuni segni delle perdite rimangono. Anche questo può essere un percorso che può avviare ad accettare il limite, la cui non accettazione può divenire fonte della depressione. Il limite è intrinseco alla vita e la sua non accettazione diventa una inutile e patologica ribellione contro la realtà.

Ciascuno elabora le perdite attraverso percorsi propri che possono preparare ai cambiamenti che si verificano e all'accettazione di questa fase della vita. Una fase in cui si può scegliere di star sole, riconoscere i propri desideri, smettendo di ignorarli e rifiutando i modelli sociali di onnipotenza e narcisistici. La non accettazione dei cambiamenti e delle perdite può essere uno stato transitorio e un passaggio di elaborazione accompagnato da angoscia, rabbia, distruttività disperazione che accompagnano il confronto con la finitudine e la morte: avvicinandoci alla fine ciò che non accettiamo è **l'idea della morte**.

Non c'è, nella cultura del presente, l'idea di leggere la depressione come difficoltà di adattamento ai cambiamenti repentini che investono la persona; la società ci vuole attivi, efficienti e produttivi. Si è parlato **di estraniamento**. Un esempio l'estraniamento dalla pubblicità della moda: nelle foto della moda siamo rappresentate belle e stravaganti con la conseguente dissoluzione dei concetti estetici a cui si era usi.



Il cambiamento di codici in questa fase della vita provoca un senso di estraneità e passivizzazione. L'estraniamento può riferirsi a molte cose: il nostro corpo che cambia, i cambiamenti culturali, sociali, estetici. Può portarci a nascondere il corpo, a rifiutare il contatto con altre persone, all'isolamento. Il rischio, però, è quello di incamminarci verso un percorso di disumanità.

Si è sottolineato che nel massiccio trattamento della depressione con i farmaci si può intravedere il venir meno della capacità collettiva di analisi del vivere comune, dell'importanza della convivenza. Nel mondo presente le difficoltà a comunicare i sentimenti di tristezza, le malattie o la solitudine, superando gli stereotipi, è arduo, poiché è difficile trovare una umanità che accolga colei e colui che esce dai canoni dell'onnipotenza.

Mi sembra che nel corso dei 4 incontri siano stati sottolineati alcuni temi rilevanti su cui riflettere: 1) bisogno di contatto fisico; 2) bisogno di socializzazione, di partecipazione; 3) bisogno che venga capito, condiviso, rispettato e sostenuto ciò che resta del nostro progetto esistenziale, compresi i valori perseguiti in tutta la vita, ora più difficili da realizzare.

Termino le considerazioni finali dei primi 4 incontri riportando un breve intervento di Anna Tempia: Anna, da tempo malata è morta nell'estate 2022, dopo la chiusura degli incontri. Nel gruppo aveva parlato dell'incertezza e della paura che, con l'avanzare dell'età, ci coglie nel momento in cui dobbiamo semplicemente attraversare la strada, in quel momento siamo in contatto con la vulnerabilità e la fragilità del nostro essere. Ci ha anche esortato a non banalizzare con "pannicelli caldi" la tragicità della vita e dell'invecchiamento... poche settimane



dopo se ne è andata, ha attraversato l'ultima strada. Ha voluto regalare a noi tutti un toccante concerto, da lei organizzato affinché i suoi amici e parenti si incontrassero nel suo ricordo in un momento di arte e di musica, qualcosa che lei ha amato e le ha dato piacere, non nel funerale.

Secondo ciclo di incontri

Nel secondo ciclo, il tema degli incontri non è più stato focalizzato sulla “medicalizzazione” della tristezza nella nostra cultura. Abbiamo osservato come tale tendenza, ampia e diffusa in tutte le età, porta alla disumanizzazione dell'esperienza umana dell'invecchiamento. Le considerazioni fatte nel primo ciclo sono state il presupposto per l'esplorazione dei vissuti e delle difficoltà, relativi alla nostra personale esperienza nell'età dell'invecchiamento. In questa seconda fase anche il mio ruolo è parzialmente cambiato: non ero e non mi sentivo più l'esperta, bensì persona in viaggio e in ricerca con le altre compagne nel continente dell'invecchiamento, nel tentativo di comprendere meglio le caratteristiche dei sentimenti di paura e di perdita, che frequentemente incontriamo in età avanzata.

La riflessione è partita dalla condivisione dell'esperienza dell'invecchiamento per ciascuna di noi, su quello che ci succede in questa età della vita, su ciò che ci crea maggiore angoscia e sofferenza.

E' emerso con forza “il dolore” del corpo, la perdita della possibilità di muoversi liberamente, la perdita di autonomia. La necessità di dipendere dalla presenza di altri, lo sconforto per il bisogno costante di essere aiutate, per la perdita di libertà in noi donne che abbiamo lottato per tutta la vita contro la sudditanza, per la conquista di nuovi spazi e dignità. Siamo donne che hanno trovato il senso della vita nell'occuparsi

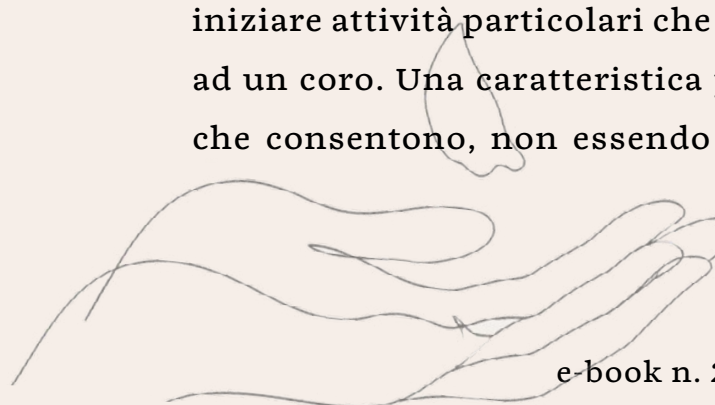


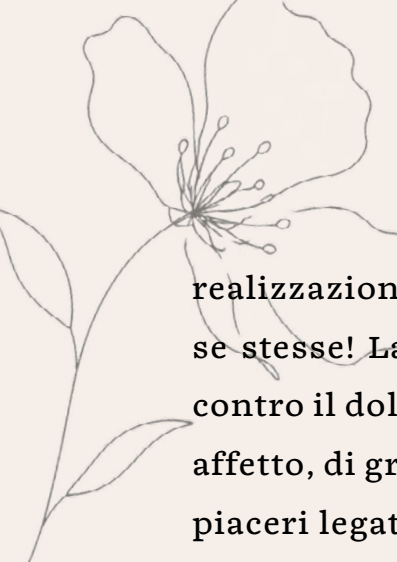
degli altri, “ma ora cosa potrei fare? potrei scrivere, ma ora viene meno anche la vista”.

I cambiamenti corporei diventano veloci... come in adolescenza, solo al contrario, verso la perdita di funzionalità, verso l'aumento di limiti e dolori. L'esperienza dolorosa del cambiamento corporeo diventa più frequente con l'avanzare dell'età e ha comportato per alcune di noi cambiamenti radicali di vita, per poter essere più vicine ai familiari, per avere più possibilità di essere aiutate ed ovviamente per alcune ha comportato l'interruzione di un flusso vitale di rapporti e consuetudini. Ma vengono riportati anche esempi di grande creatività, nell'escogitare soluzioni che consentano di proseguire in attività piacevoli, come il viaggiare, nonostante i limiti del corpo!

L'invecchiamento porta anche ad accentuare atteggiamenti, comportamenti, che già costituivano una caratteristica del funzionamento della persona e che con gli anni diventano più rigidi e ripetitivi, ma che talvolta risultano essere una risorsa fondamentale per affrontare i guai dell'invecchiamento.

Mi preme sottolineare anche il racconto e la sorpresa per alcune esperienze di sollievo e piacere: “il piacere intenso anche se fuggevole dell'abbraccio di un uomo forte che mi aiuta a rialzarmi”. Il piacere del contatto fisico affettuoso verrà sottolineato più volte anche in relazione al rapporto con i nipotini quando sono piccoli, piacere che poi si perde con la loro crescita e con il cambiamento dei loro interessi. In un altro contributo viene sottolineato come sia stato possibile iniziare attività particolari che portano piacere, come la partecipazione ad un coro. Una caratteristica particolare di queste attività è la libertà che consentono, non essendo legate ad un senso del dovere, ma alla



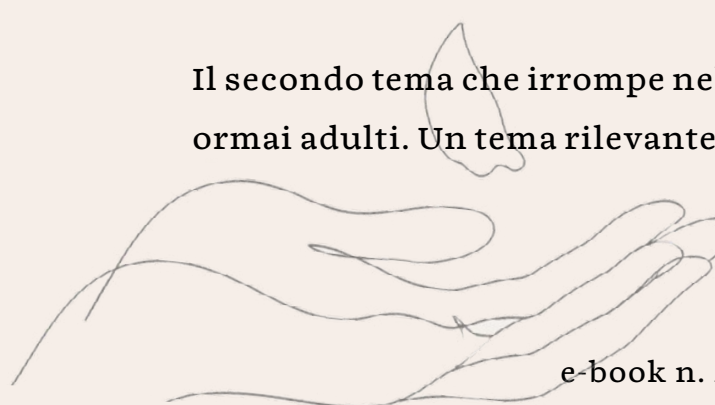


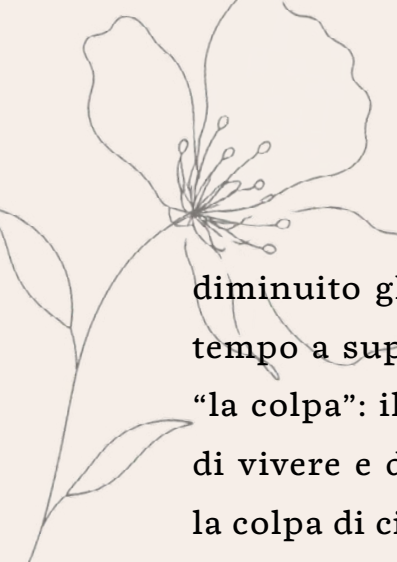
realizzazione di qualcosa che dà piacere: finalmente del tempo per se stesse! La presenza di queste oasi di piacere sembra un lenimento contro il dolore del corpo. Infatti, il bisogno di contatto, di sicurezza, di affetto, di gratificazione corporea, pare farsi più forte con la perdita dei piaceri legati all'efficienza e all'attività.

Un altro elemento che emerge è il piacere intenso che si prova nel momento in cui ci sentiamo ancora utili e apprezzate per la trasmissione di un sapere accumulato in anni e che viene apprezzato da alcuni giovani. Momenti che fanno sentire ancora il piacere di vivere; momenti che ci fanno sentire parte integrante e significativa di una collettività, proprio per l'esperienza accumulata negli anni.

Arriviamo all'età anziana senza preparazione: ci sono ampi cambiamenti nel mondo esterno e nella cultura, come la non preparazione al lutto, alla morte; piuttosto la negazione, il nascondimento, la vergogna, la mancanza di luoghi e di strumenti di riflessione laici. Si ritiene infatti che al di là dei nostri limiti ci siano cambiamenti rilevanti nella socializzazione, nella cultura e nell'organizzazione del nostro mondo che rendono difficile la presenza di luoghi ed occasioni di riflessione e confronto sul nostro diventare anziani, che permettano una condivisione di esperienze e di ricerca di strumenti per affrontare l'invecchiamento. Molte difficoltà ci accomunano: parlarne e condividere la tristezza e la ricerca di soluzioni, diventa un sollievo, anche se non cancella il dolore e il sentimento di perdita. Una partecipante dice "Per me è angoscia perché sono sola, senza marito né figli, non ho da chi dipendere. Solo le amiche, ma non puoi caricarle più di tanto"

Il secondo tema che irrompe nella conversazione è il rapporto con i figli, ormai adulti. Un tema rilevante: sono diverse le partecipanti che avendo





diminuito gli impegni lavorativi dedicano una maggior parte del loro tempo a supporto dei figli. È un tema complesso che coinvolge anche “la colpa”: il rapporto con le proprie madri, la ribellione al loro modo di vivere e di sottomettersi, la rivendicazione della libertà, la paura e la colpa di ciò che in questo modo si è sottratto alle figlie e ai figli. Una partecipante sottolinea anche il rifiuto che la figlia oppone al vedere la debolezza della propria madre, madre che è stata attiva e “combattente per tutta la vita” e allora l'impossibilità per lei di mostrare la propria debolezza e richiedere supporto: “Poi ho riflettuto che non ho parlato perché a lei in realtà non interessa assolutamente vedere sua madre debole, come se io non potessi avere bisogno di aiuto da lei, perché io sono ancora quella che l'aiuto lo dà, forse perché io sono una boomer e lei figli non ne vuole avere, lei è ancora profondamente figlia e anche l'altro è figlio”... “Non hanno figli, ma solo un cane lupo cecoslovacco a cui devo fare da dog sitter quando mia figlia lavora e la questione non so come evolverà”... “A un certo punto dovrò decidere se vivere per me o continuare a scontare un debito che io ho con questa ragazza”.

Un'altra partecipante: “Non so se per il tipo di storia nostra e di impegno lavorativo, ma i nostri figli sono eterni figli sia che abbiano nipoti o no, è come se avessero una specie di credito nei nostri confronti e pur amandoci e stimandoci... esigono da parte mia moltissimo e io faccio sempre più fatica a sopperire a questo bisogno”. Vedo che pur disturbata profondamente “faccio di tutto per parare e quindi negare ancora una volta... la mia fragilità, la mia limitatezza, il mio campo di spazio”

Un'altra voce: Forse perché sono più vecchia, “i miei figli sono loro protettivi nei miei confronti...vogliono solo essere loro ad avere in mano il manico del coltello, la mia relativa debolezza li fa forti.... E così vuol dire essere loro protagonisti e decidere cosa io devo fare o mangiare...”



Non c'è pariteticità nel rapporto, si passa da una modalità all'altra". Emerge anche l'offesa al proprio narcisismo e valore: la difficoltà nel riconoscere di non essere più la donna forte e doversi adattare ad aver bisogno dell'aiuto degli altri, ad aver bisogno di essere accudita dai figli.

Il rapporto coi figli o l'assenza di figli è stato argomento di discussione in diversi incontri, con la condivisione di ansie, di considerazioni. Ha chiamato in causa anche il rapporto con le proprie madri e famiglie di origine: noto un grande bisogno di confrontarsi e di parlarne, per poter trovare il proprio modo di porsi e di vivere la relazione tra il proprio ruolo sociale e quello familiare. Sono temi fortemente coinvolgenti nelle particolarità dei diversi casi: se ne è parlato insieme.

Sono temi che hanno trovato lo spazio per il confronto e la condivisione tra le partecipanti, ma che richiederebbero una più lunga elaborazione, anche perché sono state condivise esperienze particolarmente difficili come, ad esempio, quelle di figli o nipoti, ormai adulti, "non realizzati", che ci confrontano in maniera forte con sentimenti di mancanza e di colpa. "Un'altra questione è il rapporto con mio figlio; già è difficile più che conflittuale: lui cerca di sganciarsi da me e avere una sua autonomia che è immaginaria e non riesce ad essere autonomo perché non ha un lavoro e non lo cerca e non cerca di finire gli studi. È un blocco di fronte a cui mi sento impotente e non so come gestire questa situazione e da lì la percezione che nel giro di pochi anni io non ci sarò più e non so cosa succederà della sua vita".... "avrebbe bisogno di un sostegno, che non può essere solo il mio". Un'altra partecipante condivide una simile difficoltà con un nipote profondamente amato, parla della propria esperienza e della difficoltà a vivere il suo sentimento di impotenza.

Nel lavoro di gruppo c'è stata una condivisione di problemi, di paure, di angosce, ma non un tempo di elaborazione personale e collettivo sufficiente. Parte della nostra sofferenza viene attribuita all'isolamento sociale ed affettivo (con perdita di contatto fisico) e perdita di ruolo sociale dal momento in cui usciamo dal ciclo produttivo.

A conclusione, vorrei citare l'invito di Myriam alla fine di uno degli incontri: "Il progetto di DonneIn è di fare delle proposte. Questo richiede uno sforzo per capire le difficoltà dell'invecchiamento che derivano anche da un tessuto sociale che non accoglie. Nel passato facevamo riferimento alla famiglia, ma ora la famiglia è cambiata, non possiamo più affidarci e, contemporaneamente non abbiamo saputo creare un altro tessuto sociale".



CONTRIBUTI E COMMENTI DELLE DONNE DEL GRUPPO

IL TEMA È MOLTO COMPLESSO ma di grande attualità, non una descrizione teorica della depressione intesa come patologia, ma riguarda il chiederci/si quanto aspetti depressivi siano ascrivibili a un fisiologico aspetto della vita in senso lato o quanto siano invece poco accettati socialmente, da un contesto che ci vorrebbe sempre brillanti e performanti e che poco tollera la tristezza.

Credo che sia molto interessante e mi piacerebbe proseguire, mi pare sia utile definire se si vuole una condivisione più personale ed esperienziale (non però in senso psicoterapeutico) come ricchezza anche per tenere vivo il pensiero su questi temi. O se si cerca invece un ulteriore approfondimento teorico, per poi agganciarsi come negli incontri precedenti a esperienze private. In quest'ultimo caso a me sembra che vada definito e distinto dagli incontri fatti, un preciso tema teorico per non essere troppo vaghi.



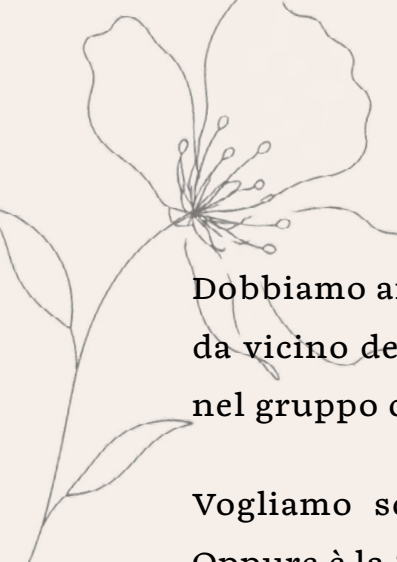
HO PENSATO E PENSO CHE: il ciclo dei 4 incontri abbia concluso una tappa del percorso. il percorso potrà auspicabilmente riprendere dopo la pausa estiva. si avverte che è una esigenza largamente condivisa. Attualmente siamo entrate nell'estate e credo sia bene fare una pausa anziché rischiare un incedere sfilacciato. C'è materiale per riflettere anche con l'aiuto delle sintesi che sono state scritte.

Non so esprimermi sull'ipotesi di organizzare un incontro intermedio allargato all'interno di DonneIn. Delego volentieri la decisione in proposito e faccio alcune ipotesi:

- a) presenza di "esperte" per continuare l'apporto professionale;
- b) sviluppare dei moduli brevi. Ho l'impressione che la brevità di ogni modulo porterebbe a selezionare meglio il campo di indagine e il taglio con cui affrontare il tema.

Non escludo che alla ripresa il gruppo potrebbe procedere anche con fisionomie diverse da quelle ipotizzate. Il fatto che abbia dimostrato di essere accogliente e capace di ascoltare chi raccontava qualcosa di personale mi fa pensare che potrebbe anche diventare un gruppo di auto mutuo aiuto, per quanto ho capito essere il significato di un gruppo così. Per esempio, per scambiare microprogetti di vita positivi nel corso dell'invecchiamento, o per sostenere situazioni critiche che potrebbero scivolare nella depressione.

Credo che non sia possibile per un gruppo come quello sperimentato nei 4 incontri, ripartire in autunno addentrandosi nella distinzione clinica tra il patologico (il buco nero da cui è difficile tornare) e la depressione non patologica.



Dobbiamo ammettere che, nonostante molte di noi abbiano conosciuto da vicino delle esperienze in famiglia di depressione patologica grave, nel gruppo ci siamo soffermate su casi in varie età della vita.

Vogliamo scegliere in modo decisamente mirato l'invecchiamento? Oppure è la "preparazione" all'invecchiamento che interessa? Secondo me ci sarebbe ancora molto da dire a proposito dell'età anziana. Per esempio, non abbiamo considerato quando, nel giro di pochissimo tempo, la persona si spegne perché entra in casa di riposo (anche dopo un breve periodo di permanenza) o cambia il suo contesto di vita. Per esempio, non abbiamo visto che cosa succede nella persona nella sua esperienza del limite o nel suo avvicinarsi alla morte.

Io ho avuto l'impressione che nel gruppo ci fossero sensibilità molto diverse rispetto alla percezione dell'esperienza del proprio limite di vita.

Per quello che ho capito finora, se l'elemento unificante del gruppo fosse l'invecchiamento, penso che sarebbe preferibile concentrarci sul fatto che la fatica del vivere assume varie connotazioni e si traduce in gradi di sofferenza e stati diversi, fino allo straniamento che vediamo nelle persone anziane istituzionalizzate anche per periodi brevi e nelle persone che si avvicinano alla fine.

Dal punto di vista teorico, in ogni caso, mi sembra che le coordinate utili siano quelle del primo incontro che è stato molto ricco e problematico e penso che si potrebbe scavare di più nei suoi contenuti.

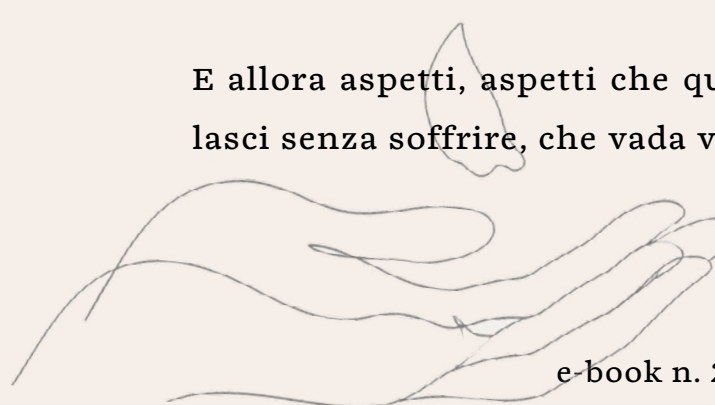


A VOLTE BASTA UNA CANZONE CHE TI FACCIA SORRIDERE oppure sommergere dai ricordi per scoppiare in un pianto liberatorio, o ti faccia venire voglia di ballare per casa... a volte basta, il più delle volte, la tua cagnetta che ti vede come la Madonna di Lourdes perché a lei non interessa se sei giovane, intelligente, carina, in forma, le basta che tu ci sia, le basta volerti bene. Oppure a volte basta la telefonata di un'amica, il racconto di un episodio spiritoso, un film che hai visto e rivisto ma ti commuove comunque... e a volte basta anche poco d'altro.

Ma a volte no, a volte arriva un'ondata che non sai fermare, non sai esattamente da cosa è scatenata o se lo sai non t'importa perché stai male con gli altri e con te stessa. Sei sopraffatta dalla tristezza, dal senso del lutto, dalle occasioni perdute e ancora di più da quelle rifiutate, dal senso di inutilità e qualsiasi cosa stia facendo non riesci a continuarla, non ti soddisfa, non riesci a godere di alcun momento non c'è cosa, neanche la cagnetta... non riesci ad ascoltare l'amica al telefono, ti muovi non sapendo cosa stai facendo, non hai voglia di lavarti, di vestirti, di rispettare te stessa, di soddisfare le aspettative di chi più o meno ti vuole bene. Le tue aspettative, d'altra parte, non le hai più perché non ti riconosci, non sai chi sei e non sai più vivere.

Meglio forse dire che ti trascini passando le giornate, cercando di fare quello che il mondo si aspetta da te ma che tu non aspetti da te stessa, non hai più voglia di mostrare sempre la stessa faccia aperta al mondo quando invece sei chiusa, immobile in te stessa, e in più ti senti in colpa con gli altri. Ti dimentichi di vivere e non hai voglia di farlo, perché vivere stanca (tanto per fare una citazione colta).

E allora aspetti, aspetti che qualcosa succeda, sperando che la vita ti lasci senza soffrire, che vada via con quella leggerezza che non sai più



ritrovare e non trovi niente di sbagliato in tutto questo perché in fondo hai già dato, visto, vissuto abbastanza.

Ma non importa aspetti, aspetti che, se tutto ciò che adesso desideri e non dovesse succedere, qualcosa o qualcuno ti ricordi di vivere.



HO PARTECIPATO VOLENTIERI A QUESTO GRUPPO sul tema della depressione anche motivata dal fatto che per i primi 23 anni della mia vita l'ho avuta davanti a me in senso patologico con la figura di mia madre, come ho detto.

In seguito, credo di aver superato la paura di ciò capitasse anche a me attraverso l'impegno lavorativo e sociale e cercando di prediligere ambiti e amicizie più portati all'ilarità che alla tristezza.

Ritengo quindi molto importante, come ho già detto, il contesto e le relazioni all'interno delle quali ci si muove onde evitare il perdurare dello stato depressivo in senso negativo e patologico.

Il tema della depressione e solitudine, come espresso all'interno del gruppo è stato visto in modo molto interessante cercando di comprendere i momenti di deprivazione, perdita di ruolo, cambiamento delle varie situazioni emotive che comporta l'avanzare dell'età collegate alle esigenze individuali come:

Necessità di diminuire o abbandonare un incarico a causa di situazioni di memoria scarsa o insufficiente;

Perdita di ruolo in conseguenza all'uscita dal proprio lavoro;

Cambiamento nella situazione sanitaria a causa di acciacchi/malattie degenerative;

Mutamenti nell'immagine del proprio corpo;

Consapevolezza di solitudine in conseguenza di eventi luttuosi;

A ciò si aggiunge il posizionamento dell'argomento anzianità/vecchiaia nella società odierna in generale, sia nei confronti delle generazioni più giovani (figli, nipoti).

Anche in questo caso si rimanda ad un cambiamento epocale per il quale l'anzianità spesso non è più vista come saggezza ma come necessità di aiuto nei confronti dell'avanzare della tecnologia e dell'assistenza prestata non più in famiglia ma attraverso servizi sociali pubblici e privati (case per anziani, badanti).



HO PARTECIPATO AGLI INCONTRI DI RIFLESSIONE SUL NOSTRO INVECCHIARE, mossa inizialmente da una sorta di ribellione all'esclusione dalla vita attiva che scatta con il pensionamento. Vedevo attorno a me molte donne ricche di esperienza e competenze alla ricerca di un modo per metterle a frutto. Non per denaro, piuttosto per rifiuto di un senso di spreco di sé. *“Da Aristotele alla tradizione repubblicana Americana, da Hegel all'insegnamento sociale cattolico, le teorie della giustizia contributiva ci insegnano che siamo compiutamente umani quando contribuiamo al bene comune e ci guadagniamo la stima dei nostri concittadini per i contributi che offriamo. Secondo questa tradizione, il desiderio umano fondamentale è quello di essere necessari a coloro con i quali condividiamo una vita in comune.”* Parole di M. Sander, citate da Gianrico Carofiglio nel libro *“La manomissione delle parole”*.

Mi riconosco, come molte, nel desiderio di essere socialmente utile. Ma dove, come? Il volontariato organizzato pare la strada principale. Ma non sempre è soddisfacente, perché ha molti riconoscimenti verbali ma sentiamo che in realtà conta poco. Inoltre, non basta, finché si sta bene fisicamente e mentalmente.

Per contro il mercato non vede utilità nell'impiego dei saperi e delle relazioni dei vecchi, anche se qualche eccezione c'è, ad esempio fra i professionisti: medici, avvocati, commercialisti, psicologi eccetera. Dagli altri, dal lavoro di noialtre, sembra non sia più interessante (conveniente?) ricavare valore sociale o denaro, salvo come clienti, con la vendita di beni, servizi e illusioni. Resta il lavoro di cura. La famiglia, ridotta spesso alla coppia, quando non ai singoli, usa il nostro lavoro finché può, pensiamo ai servizi offerti dai nonni. I famigliari adulti – figli e fratelli/sorelle – quando sono autonomi, si distanziano, simili a noi per problematiche, salvo ricomparire nell'emergenza.



Restano le reti amicali e le attività per mantenersi aggiornate e passare il tempo. Ma non bastano a riempire di senso gli anni che ci restano, dato che abbiamo alle spalle una vita attiva, contrassegnata da decenni entusiasmanti.

Il messaggio che oggi ci arriva è sgradevole e ingiusto: non ci servite. Questo è duro da accettare per coloro che hanno costruito sul lavoro e sull'impegno sociale l'architettura della loro vita.

Ho trovato nel gruppo di DonneIn delle signore molto indaffarate. Ciò mi ha consolato e fatto cambiare sguardo su me stessa e su chi, come me ottantenne, è alle prese con la consapevolezza della mancanza – o almeno della brevità- di futuro. Si può evitare di pensarci e procedere chine sul presente?

Non credo. Perché quando arrivano i malanni, propri o delle persone care, la spensieratezza se ne va e si cerca il cuore delle cose. Pensieri gravi maturano e chiedono spazio. Con le riflessioni, si fa strada il timore che ci toccherà far fatica, e sopportare mancanze sociali e sanitarie, per far fronte ai bisogni nuovi. E allora, si può pensare di accontentarsi dei resti del welfare e appoggiarsi al proprio privato nella speranza che regga? Sentiamo un po' confusamente che è rischioso – dati i tempi che ci portano ogni giorno venti carichi di guerra, violenza, insicurezza, odio – e che occorra trasformare i nostri modi di vivere, i servizi, i consumi, la comunicazione, la cultura. Anche i valori vanno rivisti, e presto, perché abbiamo poco tempo.

Nel gruppo, più che dell'età "ultima" o "grande", come la chiama Gabriella Caramore, abbiamo parlato delle vite che abbiamo vissuto. Dei debiti e dei crediti che ne derivano verso figli, figlie, nipoti, madri, società. Delle

esperienze vissute come singole e insieme ad altre donne e uomini. L'inflessibilità dello sguardo all'indietro ci ha riproposto le ingiustizie di marca patriarcale subite in quanto donne. E le contromisure che abbiamo adottato, le leggi giuste che abbiamo ottenuto. Tutto quel lavoro gratuito, di cura e relazione, che ci siamo accollate. Per amore, per destino.

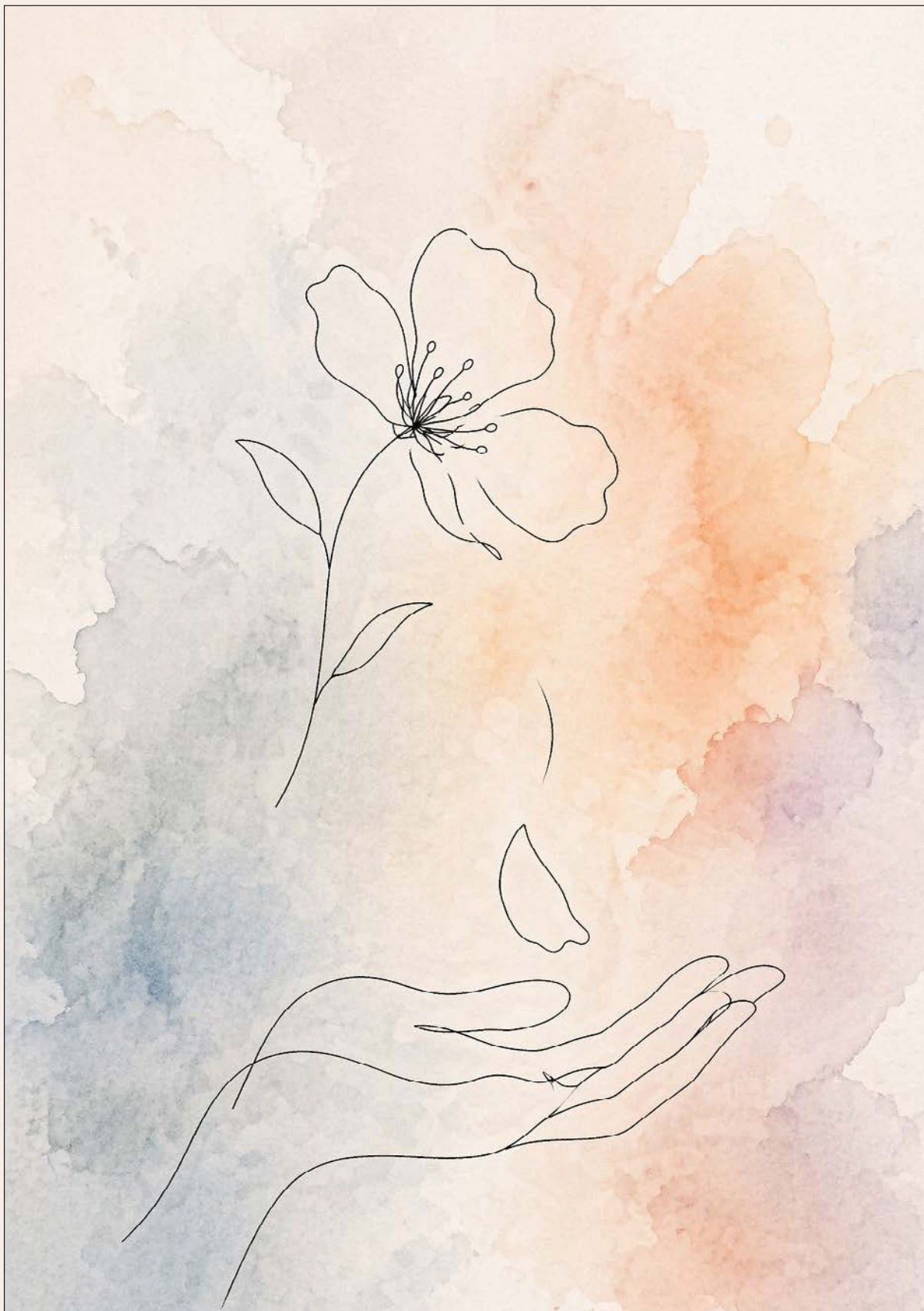
Inevitabilmente, il passato si prende molto spazio perché è lungo e largo, ricco di esperienze e di snodi. Tuttavia, è sul presente, e su una previsione di futuro, che ci tocca misurarci. Pavento un salto nel buio, dati i cambiamenti che annuncia l'Intelligenza artificiale. Tuttavia, dobbiamo esserci, a modo nostro.



A OTTANTAQUATTRO ANNI ESISTE UNA VECCHIAIA PIENA DI DESIDERI DI SPERANZE, di vedere musei e voglia di fare (aggiungerei viaggiare); desideri senza la possibilità di realizzazione perché è complesso. C'è una vecchiaia "arrapata". Esistono ottantaquattrenni con molte curiosità e sentimenti complessi, sembra curioso ma la vecchiaia può essere così.

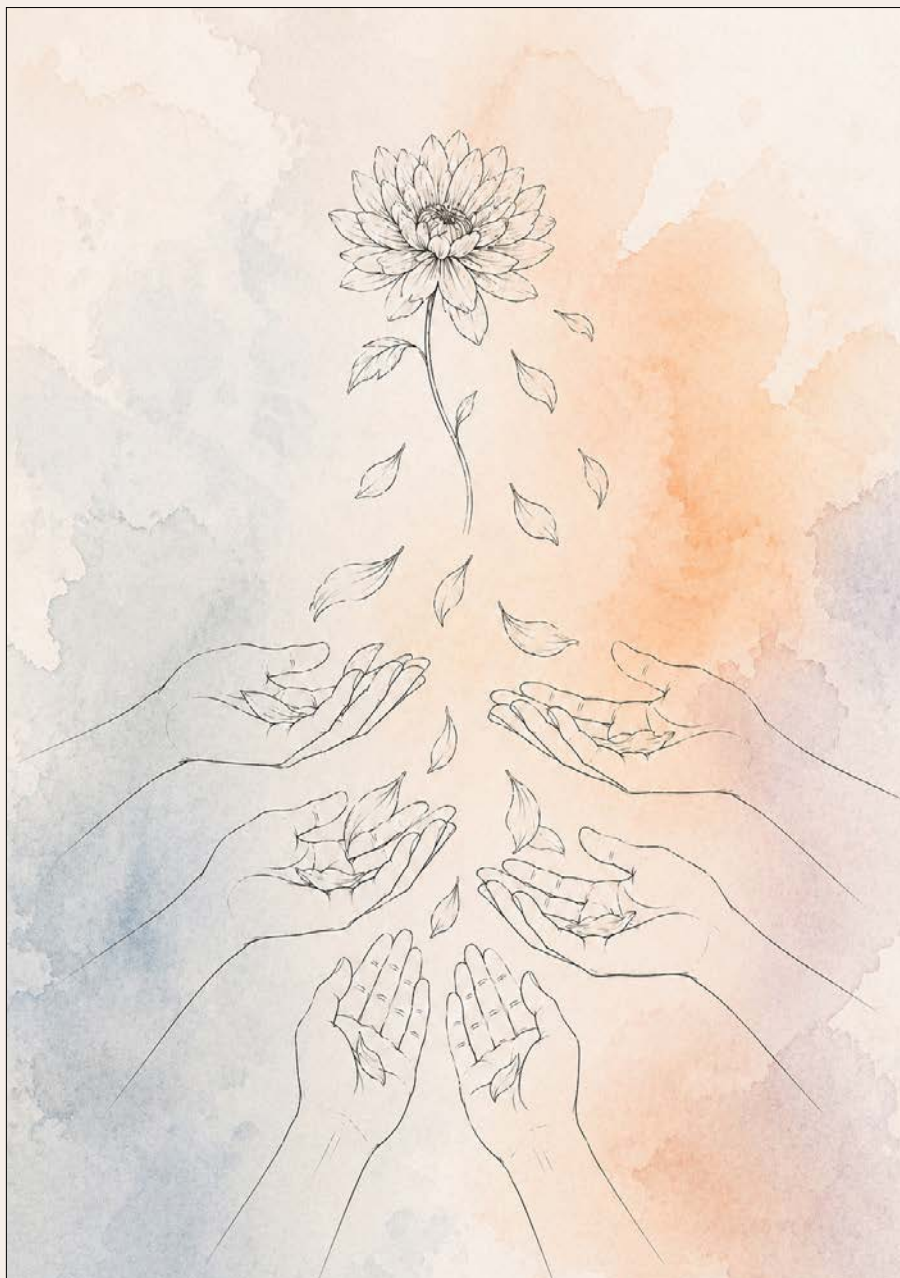
Aggiungo una piccola riflessione sul percorso che abbiamo fatto e che è stato molto interessante. Devo dire soprattutto che è stato illuminante le sottolineature sulla depressione, avendo messo molto in chiaro la differenza fra depressione come patologia ed i momenti possibili di tristezza.

Proprio per questo avendo appurato che la vecchiaia, in quanto tale, offre molti spunti sulla propria depressione a me sembra che la cosa più interessante sarebbe proprio, anche mettendosi in gioco soggettivamente, di parlare di vecchiaia e tristezza verso vecchiaia e depressione. Infatti, la depressione è sempre in agguato magari rispetto alle proprie debolezze, alle proprie difficoltà come ha sottolineato mi pare Anna che ha ricordato la "difficoltà ad attraversare la strada".



**Hanno collaborato: Myriam Bergamaschi, Flora Bocchio,
Paola Brivio, Marina Cattaneo, Glenda Garofalo, Pina Madami,
Eugenia Omodei Zorini, Anna Tempia.**

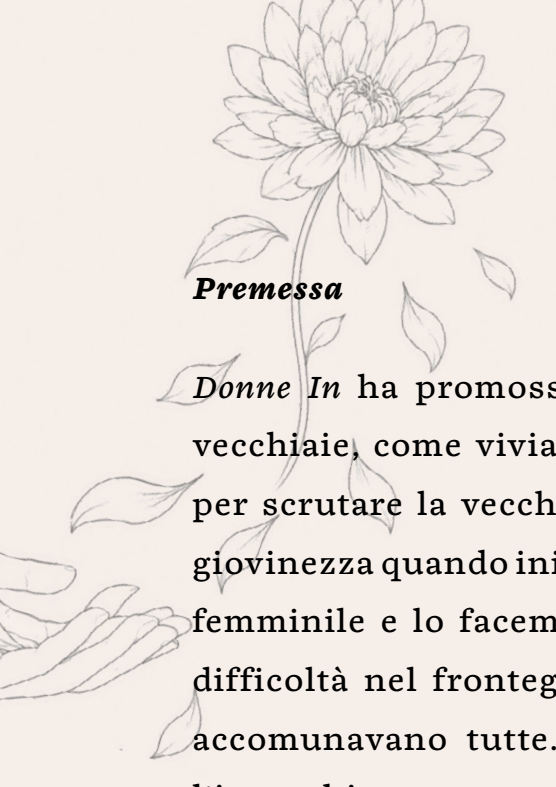
La Cura



Donne vecchie alla ricerca della cura

Donne in
donne che hanno la fortuna di invecchiare

Collana: Invecchiare al femminile – E-book n° 3 – maggio 2026



Premessa



Donne In ha promosso un lavoro di gruppo per parlare delle nostre vecchie, come viviamo, delle difficoltà, dei desideri che ci animano: per scrutare la vecchiaia. Ritorna alla mente una pratica della nostra giovinezza quando iniziammo a parlare delle esperienze sulla sessualità femminile e lo facemmo in gruppo. Soffrivamo per la solitudine e le difficoltà nel fronteggiare in modo solitario quegli aspetti vitali che accomunavano tutte. Oggi siamo ugualmente sole e soli nel vivere l'invecchiamento; un'altra stagione della vita che interessa il corpo, e nella quale sovrasta il silenzio, la vergogna, la paura di scoprirci bisognose di aiuto. Di nuovo il corpo e le relazioni sono prepotentemente centrali.

Parlando nel gruppo delle nostre esperienze abbiamo acquisito maggiore consapevolezza che, nel condividere i sentimenti e le situazioni, nell'esplicitare ad altre donne le difficoltà quotidiane, nell'ascolto di soluzioni trovate in alcuni casi, possiamo alleviare il sentimento di paura e di angoscia. Pur non cambiando la situazione materiale di vita sono pratiche importanti per mitigare la solitudine, avviare relazioni con altri, scoprire aspetti della vita sconosciuti. In questo contesto abbiamo incrociato il "concetto di cura", e collettivamente abbiamo deciso di indagare a partire da noi.

Cosa è "la cura"? Come si intreccia con la nostra vita, cosa ci manca affinché possa esserci quella cura che permette al nostro invecchiare di trovare un respiro più profondo, più ampio, meno angosciato?

Abbiamo allora deciso di vederci per un nuovo ciclo di lavoro di gruppo con al centro la ricerca del senso della "cura": cosa è, cosa significa,

come si intreccia con la nostra vita, come ci ha condizionato nelle nostre scelte. E inoltre quali i vincoli derivanti dai ruoli maschili e femminili? Quanto nella nostra organizzazione sociale “la cura” è snaturata e disumanizzata?



Secondo il nostro metodo di lavoro, concentrato sulle esperienze fatte nel corso della vita, condividendole e discutendole, ma nel tentativo di conservare costantemente l'unicità dell'esperienza soggettiva, pur avendo presente il quesito e la ricerca collettiva. Nella vita e nell'esperienza di ciascuna di noi, che rilevanza ha avuto “la cura”? cura e volontariato sono la stessa cosa? Il prendersi cura è una caratteristica solo femminile o anche maschile?

Questo e-book vuole essere un tentativo di trasmettere la ricchezza dei discorsi emersi nel lavoro di gruppo, pur sapendo che non rende sufficientemente merito all'intensità della partecipazione di ciascuna di noi e della elaborazione fatta insieme. E difficilmente possiamo rimediare alla mancanza della cura quale uno dei principi essenziali alla base del vivere umano; tuttavia, la nostra esperienza di donne ne ribadisce l'essenzialità.

**Cura - Esperienze e pensieri
del lavoro nel gruppo
Myriam Bergamaschi**

Avere consapevolezza

La cura è divenuta una parola fin troppo usata “(...) come succede a tutto ciò che non pensiamo più ma diamo per scontato, come se ci appellassimo a qualcosa che non si può non condividere, quasi una sorta di senso comune¹”.

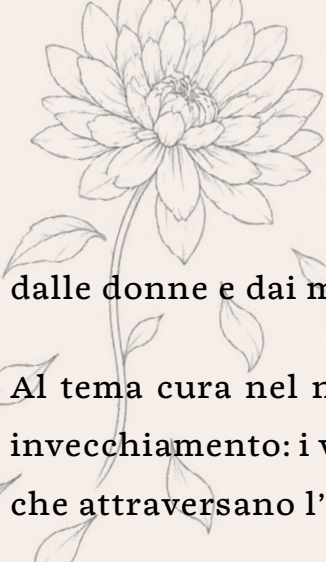
La citazione mi offre la possibilità di riferire il contenuto di un articolo apparso in un settimanale femminile dal titolo: “Prendersi cura degli altri fa bene al lavoro”. Nell’articolo si cita il libro di una imprenditrice, i propositi, gli impegni e i diversi programmi “per gestire le emozioni” e i molteplici significati di questa parola, tra cui la “cura non è solo un obiettivo produttivo ma un processo per raggiungerlo”.

La cura confinata nell’ambito domestico ora sbarca in ufficio. (sic)

Più in generale, l’uso “comune” della parola cura tende a oscurare le relazioni e le emozioni implicite, il lavoro connesso al prendersi cura, e la supposta naturalità del ruolo di accudimento delle donne.

La critica a questa narrazione della cura e sull’invisibilità di tale lavoro è iniziata circa mezzo secolo fa, e decisivo è stato il pensiero femminista elaborato negli anni Settanta e Ottanta del Novecento, che ha sottratto la cura alla riduzione naturalistica e sacrificale e alla sua identificazione con il solo soggetto femminile. Da attività relegata alla sfera privata e ritenuta improduttiva, la cura è stata ripensata come componente costitutiva della condizione umana: questo è il messaggio affermato

1 Romano Madera, Introduzione, in Nicole Janigro, Romano Madera, Cura. Per sé e per il mondo, Milano, Editrice Bibliografica, 2023, p. 17



dalle donne e dai movimenti femministi.

Al tema cura nel nostro gruppo siamo arrivate raccontando il nostro invecchiamento: i vissuti del presente e del passato, le paure e le perdite che attraversano l'età anziana.



Nel passato come nel presente la cura ha occupato e occupa uno spazio importante delle nostre vite. Ora ne avvertiamo l'assenza. Sentiamo profondamente la mancanza di quella relazione di cura (ricevuta e data) che "lenisca le angosce, sollevi dalle paure e dalle perdite" come ci ricorda E. durante uno dei nostri incontri (*incontro*, XI).

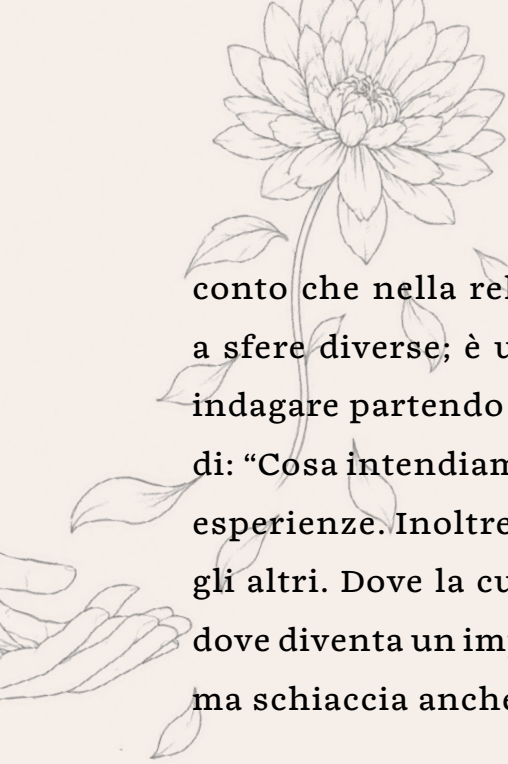
Abbiamo parlato di cura, quella che ci manca e di cui abbiamo bisogno in vecchiaia, quella che abbiamo data, quella che vorremmo.

I pensieri, i racconti hanno occupato spazi e orizzonti ampi. È stata una esplosione di ricordi, idee, di sentimenti e anche di sofferenze. "Per me il gruppo è stato una esperienza importante, però la cura è un argomento troppo vasto e ci siamo perse" (*incontro*, VI). "Penso che, la cura attiva e passiva che sia, crei angoscia (...); il dolore e l'angoscia è ciò che dobbiamo investigare partendo dal nostro personale" (*incontro*, VI).

Ci siamo domandate se la cura è solo un'attitudine individuale o anche un imperativo etico-morale che richiama responsabilità politiche. Per cura si intende non solo una disposizione d'animo, non solo l'idea di avere a cuore l'altra o l'altro, ma una serie di attività, l'attivo prendersi cura della persona con la presa in carico delle fragilità. "Prendersi cura necessariamente richiede attenzione e sensibilità nel comprendere e rispondere ai bisogni della persona²".

Abbiamo avvertito le difficoltà a definire cosa è la cura. Ci siamo rese

2 Paola Melchiori, L'etica della cura e i suoi sviluppi nel pensiero femminista, in P. Melchiori e S. Antoniazzi (a cura di), Cura e Democrazia. Il valore politico della cura, Roma Castelvecchi, 2023, pp. 18,19



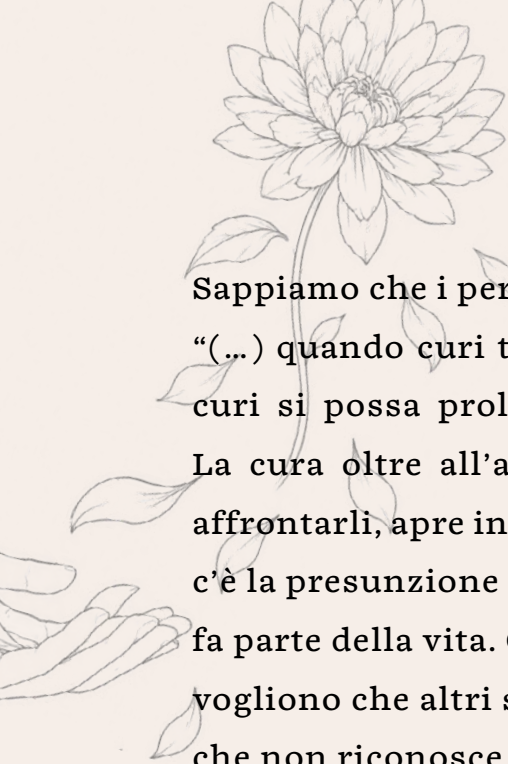
conto che nella relazione di cura confluiscono elementi appartenenti a sfere diverse; è un terreno molto complesso che abbiamo cercato di indagare partendo dalle nostre esperienze. Una di noi chiede di parlare di: “Cosa intendiamo per cura [come è stata vissuta] nelle nostre vite ed esperienze. Inoltre, che cosa è la cura per noi stesse e cosa è la cura per gli altri. Dove la cura è una spinta vitale e ricca anche per noi stesse e dove diventa un imperativo sacrificale che non permette una evoluzione ma schiaccia anche chi riceve la cura” (*incontro*, IX).

Riprendendo un’idea simile, interviene un’altra che esprime il suo stato d’animo e dice: “Di quali aspetti della cura vogliamo occuparci”? (...) “Di quella data ad altri o la cura di noi? (...) Io mi sono dedicata agli altri, non so perché lo abbia fatto, se per orgoglio, presunzione. Non volevo che si occupassero di me. (...) ora vado a mendicare una telefonata da loro [*nr. figli*]” (*incontri*, I, IV).

Gli interrogativi tra di noi non si sono esauriti qui: “Ci stiamo imbarcando in un grande oceano. (...) Io credo che per buttarsi in questo oceano, ognuna di noi racconti la storia del suo rapporto con la cura” (*incontro*, I), e un’altra del gruppo incalza: “Ci imbarchiamo in un compito molto difficile” (*incontro*, I).

Al di là delle propensioni individuali e delle vicissitudini biografiche, parlare delle difficoltà e dei vissuti (anche dolorosi) nelle esperienze di cura ha accresciuto la nostra **consapevolezza**, diventando un dato comune. I racconti delle nostre esperienze hanno sostanziato la comprensione. “Ogni cura passa per il corpo, la mente, i sentimenti, dunque i gesti e le parole dei singoli. Allora la questione essenziale diventa il percorso di consapevolezza e di responsabilizzazione di chi cura e di chi è curato³”.

3 R. Madera, op. cit., pp. 17, 18



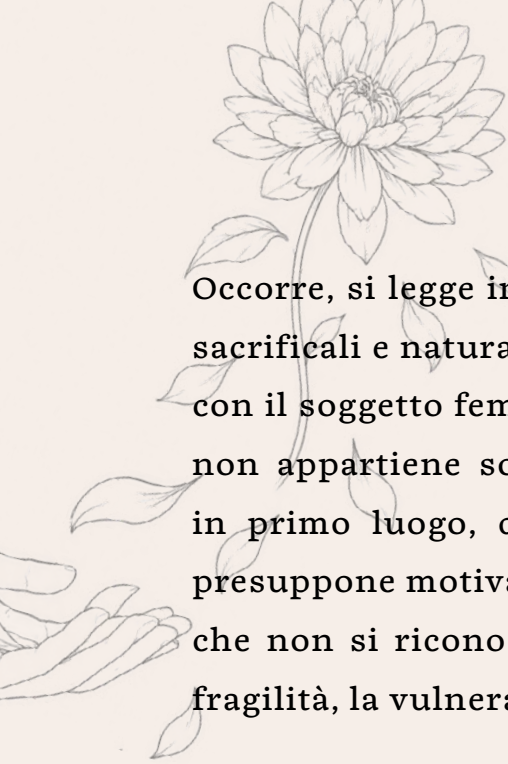
Sappiamo che i percorsi sono diversi e cambiano a seconda dei soggetti “(...) quando curi ti chiedi cosa fare affinché la vita della persona che curi si possa prolungare. Ti chiedi ‘ho fatto tutto per farlo vivere’? La cura oltre all’accudimento, ai problemi di assistenza e sul come affrontarli, apre interrogativi sulla vita e il morire” (*incontro*, III). E “(...) c’è la presunzione della non mortalità. Non si considera che la malattia fa parte della vita. Ci sono persone che non solo negano la cura ma non vogliono che altri sappiano che hanno bisogno di cura. C’è una cultura che non riconosce la cura e il bisogno di cura” (*incontro*, IV).

Tra l’altro occorre sfuggire al rischio di ridurre cura a puro altruismo.

Come avverte Elena Pulcini, occorre orientare lo sguardo verso le dinamiche cooperative in cui gli interessi di chi cura e di chi riceve risultano interdipendenti: “(...) la cura non è altruismo, ma un’attività cooperativa in cui gli interessi del caregiver e dei care-receiver sono interdipendenti⁴” e per questo, continua la studiosa, prendersi cura non significa annullarsi per l’altro, come una visione puramente altruistica e sacrificale indica di fare. La cura implica piuttosto una relazione reciproca, in cui chi dà e chi riceve si influenzano e si sostengono a vicenda: entrambi traggono qualcosa dal rapporto (benessere, riconoscimento, senso di sé, appartenenza).

Nell’andamento dei nostri incontri sono implicite le difficoltà personali nel rievocare i vissuti passati e quelli del presente, oltre alle difficoltà derivanti dalla situazione che viviamo per essere ed essere state coloro che praticano la cura. La cura non è tra i principi morali fondativi del viver collettivo.

4 Elena Pulcini, *Tra cura e giustizia. Le passioni come risorsa sociale*, Torino, Bollati Boringhieri, 2020, p. 33



Occorre, si legge in molte analisi, riabilitarla liberandola dagli aspetti sacrificali e naturalistici che hanno fatto sì che la cura si identificasse con il soggetto femminile. La dimensione naturale, viene sottolineato, non appartiene solo alle donne, ma ha una dimensione universale, in primo luogo, dal punto di vista antropologico. Inoltre, la cura presuppone motivazioni, moventi diversi da quelli dell'uomo moderno che non si riconosce in quella parte costitutiva dell'umano che è la fragilità, la vulnerabilità, la dipendenza nelle sue diverse dimensioni⁵.

La questione non ci è ignota.

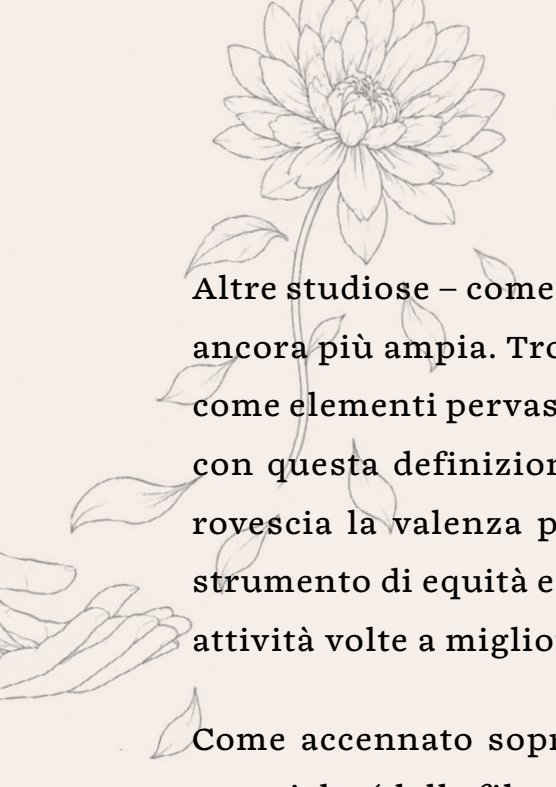
Navighiamo in “un mare magnum”, suggerisce nel suo racconto una persona del gruppo; eppure, è in quel mare che continuiamo a prenderci cura e lo facciamo senza perderci, anzi sopperiamo a richieste di cura che altri non danno. L'espressione “mare magnum” - richiamata nella discussione del gruppo - rimanda alla complessità della cura e al suo intersecarsi con valori, discipline diverse, esigenze di superare gerarchie valoriali.

Temi su cui si sono confrontate filosofe, antropologi, sociologhe, studiose e studiosi del diritto in modo serrato da quando Carol Gilligan nel suo libro “Con voce di donna”⁶ ha criticato la generalizzazione del modello fondato su criteri di scelta morale che sono solo peculiari del soggetto maschile (modello fondato sui criteri di autonomia, imparzialità/giustizia e rispetto formale dei diritti) con la svalutazione di una differente prospettiva morale femminile, la quale si fonda, invece, su criteri di tutela affettiva e relazionale, e un differente approccio alla moralità⁷.

⁵ E. Pulcini, op. cit., pp. 34-42

⁶ Carol Gilligan, Con voce di donna, Milano, Feltrinelli, 1991

⁷ E. Pulcini, nell'op. cit. partendo dall'analisi di C. Gilligan e J. Trento approfondisce il nesso tra cura e giustizia



Altre studiose – come Joan Tronto – pongono la cura in una dimensione ancora più ampia. Tronto ci invita a “Riconoscere la cura e i suoi valori come elementi pervasivi e costitutivi dell’esistenza umana”, collocando con questa definizione l’etica della cura su un piano universale, e ne rovescia la valenza politica: da strumento di controllo delle donne a strumento di equità e partecipazione democratica e la estende a tutte le attività volte a migliorare il mondo e la vita⁸.

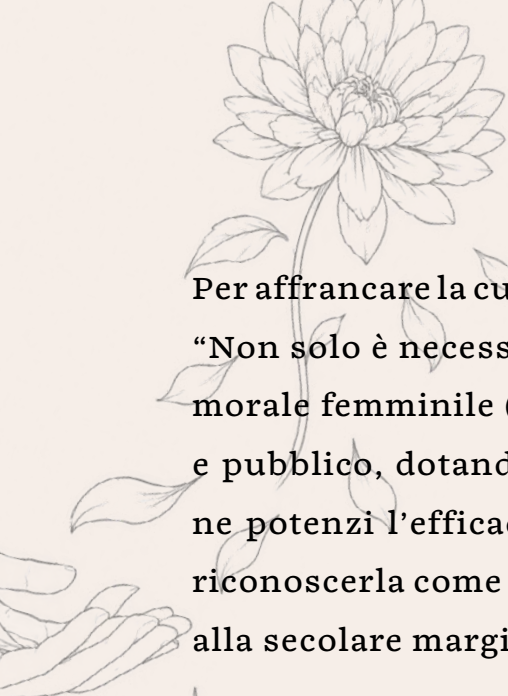
Come accennato sopra, le riflessioni sulla cura investono molte aree tematiche (dalla filosofia alla giustizia, dalle pratiche mediche alla vita politica, dall’organizzazione sociale all’antropologia e ad altro ancora), ma nella nostra cultura – sottolinea Pulcini - continua ad essere “un’ancella dei principi fondativi della nostra civiltà”. Definire la cura è complesso in quanto continua a non esserci accordo sui principi cardine del vivere comune. In questa analisi diviene fondamentale riconoscere che gli esseri umani sono dipendenti da altri e bisognosi di cura per molti anni della loro vita e che la natura morale di tale dipendenza e vulnerabilità è innegabile.

Il bisogno reciproco di cura

Perché al nostro gruppo interessa indagare e riflettere sulla cura?

Le ragioni sono molteplici: certamente per comprendere ciò che, sia emotivamente sia operativamente, occupa parte delle nostre vite, ma anche per motivi politici, come si comprende dalla definizione di Joan Tronto sopra riportata, la quale sostiene che la cura non è una dimensione da relegare alla sfera privata, quanto piuttosto una dimensione universale per uomini e donne che investe il sociale e la politica.

8 J. Tronto, *Caring Democracy. Markets Equality and Justice*, 2013, New York University Press



Per affrancare la cura dai confini nei quali è stata tradizionalmente posta “Non solo è necessario svincolare la cura da una identificazione con la morale femminile (...) ma è necessario infrangere il confine tra privato e pubblico, dotando la cura di una valenza squisitamente politica che ne potenzi l’efficacia. Estendere la cura alla sfera pubblica equivale a riconoscerla come un aspetto universale della vita umana, sottraendola alla secolare marginalizzazione e svalutazione⁹”.

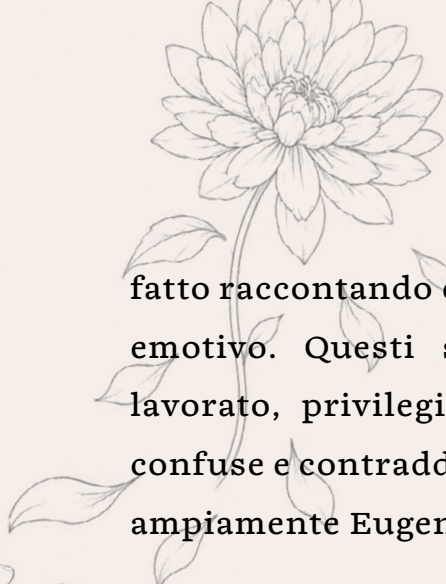
Di quale cura e di quali concetti di cura il gruppo ha parlato?

Nelle parole che seguono si possono intuire alcuni tratti del nostro lavoro. “Per me il gruppo è una ricerca – bella, affettuosa e divertente – su un tema complicato. Possiamo scrutare questa complessità e interrogarci, volgere lo sguardo e la mente all’infinito, e non calare il velo sugli occhi. (...). Il gruppo rispecchia in alcune sue dinamiche e manifestazioni come la cura sia stata esclusa dai rapporti che sostanziano il vivere (...) e rimarca la conosciuta pratica sociale verso la cura. (...) Il mio punto di vista è ricercare una comprensione maggiore della cura verso me stessa e verso gli altri. (...) Non come viene trasmessa culturalmente e come l’ho interiorizzata, ma esplorare nuove vie di conoscenza e di pensiero partendo dalle donne che della cura si sono fatte carico”. (*incontro*, VI)

I nostri racconti hanno testimoniato e rievocato che le forme e le pratiche di cura sono molto ampie ed è arduo ricondurle all’una o all’altra definizione poiché nella relazione di cura si intrecciano ambiti molteplici e si manifestano ambivalenze e contraddizioni.

Abbiamo parlato molto delle emozioni, talvolta conflittuali, che sono parte integrante della cura nelle sue diverse espressioni, e lo abbiamo

⁹ E. Pulcini, op. cit., p. 36



fatto raccontando episodi, l'impegno fisico investito, il coinvolgimento emotivo. Questi sono gli aspetti su cui abbiamo maggiormente lavorato, privilegiandoli rispetto ad altri. Riconoscere le emozioni confuse e contraddittorie per noi è stato molto importante e lo racconta ampiamente Eugenia Omodei Zorini nel suo scritto (infra).



Delle donne anziane e quindi di noi stesse abbiamo parlato rifiutando l'idea che la cura sia una questione esclusivamente individuale riconoscendo, invece, le nostre vulnerabilità che sono comuni e interconnesse¹⁰.

Nell'invecchiare occorre avere consapevolezza (sebbene non sia facile) della nostra vulnerabilità. Il venir meno delle forze e delle abilità crea ansietà, allarme, eppure in maggioranza le donne di questa generazione considerano "normale" affrontare le paure e le sofferenze da sole per non annoiare gli altri con i propri problemi e racconti.

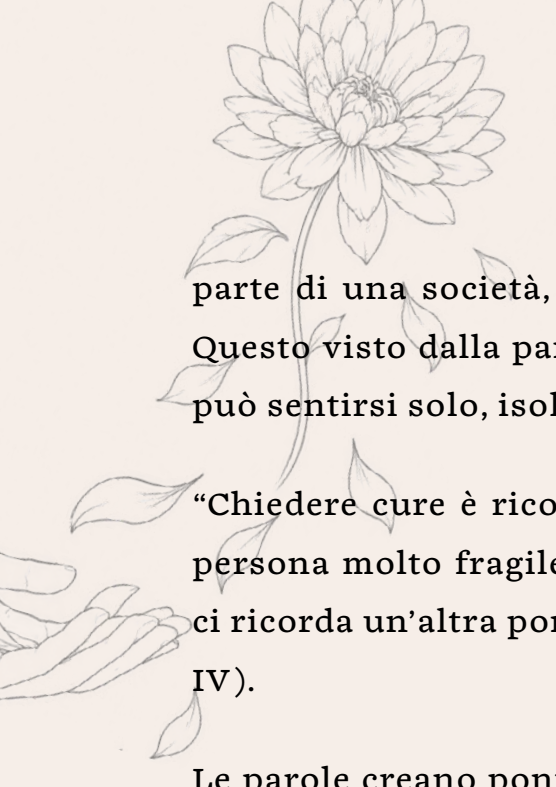
A questo agire, la studiosa inglese L. Segal replica con piglio critico, "il senso di questo isolamento è la testimonianza della grande miseria di tutti"¹¹, e contrappone un altro modello: "Il nostro obiettivo non deve essere quello di superare la dipendenza e raggiungere l'autosufficienza, ma piuttosto di riconoscere la nostra interdipendenza". Se vogliamo vivere una buona vita a tutte le età abbiamo bisogno che la cura sia reciproca "mutual care" e non "self care"¹².

Ripescando nei ricordi della sua vita di medico ospedaliero, una di noi nel gruppo racconta: "La mancanza del senso collettivo della cura ha condotto all'assistenzialismo; è il senso collettivo della cura che dà dignità e non lascia le persone sole. (...) Lo spirito collettivo fa sentire

10 The Care Collective (A. Chatzidakis, J. Akim, J. Litter, C. Rottemberg, L. Segal), *Manifesto della Cura*, Roma, Edizioni Algre, 2021, p. 27

11 Lynne Segal, *Lean on me. A politics of radical care*, London, Verso, 2023, p. 123

12 Ibidem, pp. 128-147



parte di una società, di una entità che sostiene ciò che stai facendo. Questo visto dalla parte di chi cura ma si riflette anche sul curato che può sentirsi solo, isolato, inutile” (incontro, IV).

“Chiedere cure è riconoscere la propria fragilità e non può farlo una persona molto fragile; la cura può scattare solo in modo automatico” ci ricorda un’altra portando nel gruppo la propria esperienza (incontro, IV).

Le parole creano ponti, e i ponti si creano quando sappiamo intuire le parole necessarie per entrare in contatto con la persona che abbiamo davanti. Sono tratti assai difficili ma fondamentali nel prendersi cura.

“Mia madre stava molto male ed era consapevole che anche noi soffrivamo e diceva che se ne voleva andare (...) così una mia amica molto ammalata pensava che andandosene cessava il dolore suo e delle persone vicine” e conclude “dobbiamo essere noi a capire coloro a noi vicini se sono in condizioni di bisogno” (incontro, IV).

Una partecipante sostiene che occorre avvicinarsi a coloro che hanno un atteggiamento titubante e di rifiuto all’aiuto capendo che “le perdite di capacità ci mettono di fronte alla morte. (...)” - E poi continua – “come nel caso di un amico che non voleva cure perché lo poneva di fronte alla perdita, all’incapacità di camminare” (incontro, V).

La cura cambia

Abbiamo parlato di come è cambiata la cura nel corso del tempo e delle molteplici ragioni: innanzitutto l’allungamento della vita, dato comune a tutti i paesi del globo, che pone la cura tra i problemi più impellenti per le implicazioni sociali ed economiche che ne consegue.



Tale tendenza colloca la cura su piani diversi facendola uscire dalla dimensione della sfera privata in cui era stata confinata per assumere una dimensione universale che riguarda non più solo le donne e investe il sociale e la politica.



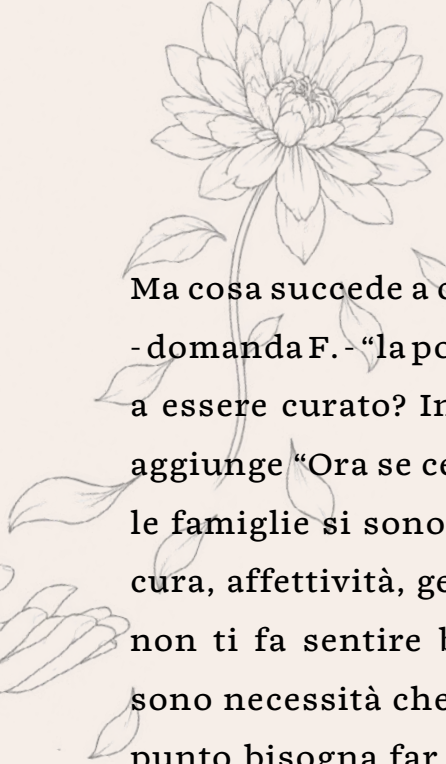
Nella visione privatistica era prevalentemente la famiglia a svolgere tale funzione, e non era necessario capire le implicazioni profonde poiché tutto veniva delegato alla famiglia e alle soluzioni prese nell'ambito familiare e della sfera privata. La cura non era un costo a carico delle istituzioni e neppure un tema etico morale su cui interrogarsi (sebbene lo fosse).

Nel corso del tempo anche la famiglia si è trasformata, diventando sempre più snella; ha perso la centralità nelle relazioni di cura tanto che “non può essere presupposta come unità di base della cura”¹³. La cura è stata esternalizzata nel mercato, terreno assai ricco per gli investitori privati.

L'esternalizzazione ha aperto molti problemi, tra cui appunto la privatizzazione con ricadute pesanti specie per coloro che non possono permettersi di pagare le cure private; il diminuito impegno dell'intervento pubblico fa sì che i poveri, le persone più bisognose siano abbandonate e isolate. Critiche severe sono indirizzate dagli analisti al sistema neoliberista che ha “sventrato le forme basilari dell'assistenza pubblica tra cui la sanità (...)”, e promosso il “cittadino ideale neoliberista: autonomo intraprendente e autosufficiente”. Ma questi analisti sottolineano che la morale costruita nell'immagine dell'autonomia dell'individuo razionale si lascia sfuggire la realtà della dipendenza umana¹⁴.

¹³ The Care Collective, op. cit., p. 31

¹⁴ Ibidem, pp. 26, 27

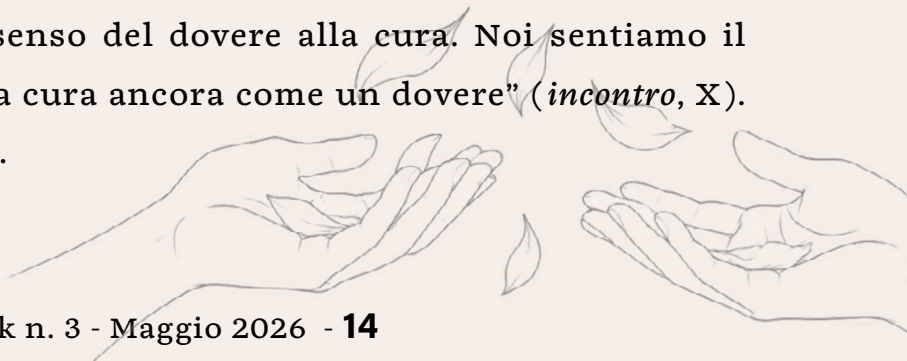


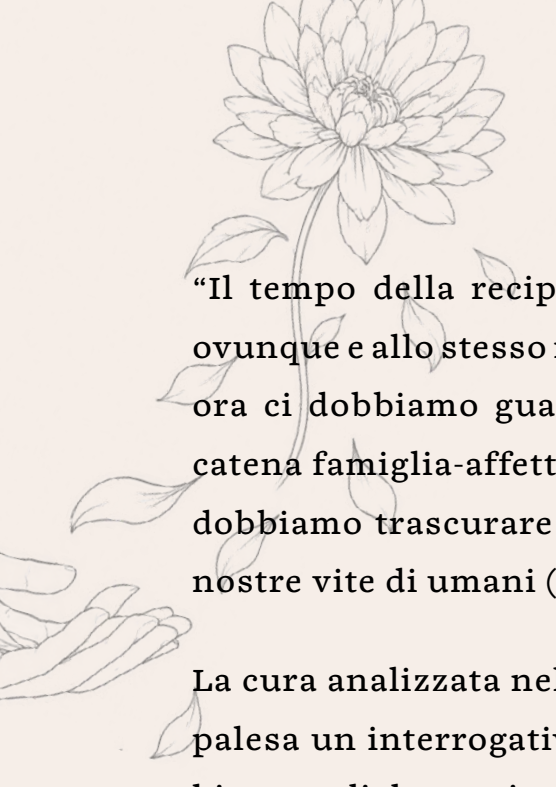
Ma cosa succede a chi non può permettersi l'assistenza privata? “Esiste” -domanda F. - “la possibilità di parlare di un diritto alla cura e di un dovere a essere curato? In capo a chi stanno questi diritti?” e nel raccontare aggiunge “Ora se cerchiamo la cura la troviamo solo nel mercato perché le famiglie si sono modificate (...). Per potersi garantire un servizio di cura, affettività, gentilezza la risposta più facile è sul mercato. Questo non ti fa sentire bene. D'altra parte, se le necessità ci sono, magari sono necessità che piombano sulle nostre vite all'improvviso a questo punto bisogna far fronte. Se i figli sono lontani o non ci sono, oppure hanno bisogno loro di essere aiutati e sorretti, ricorrere al mercato è inevitabile” (*incontro*, I).

Altre intervengono richiamando un altro fattore che ha profonde influenze su come sta cambiando la cura: il mercato del lavoro. Essendo sempre più frequente che per lavoro le figlie e i figli si spostano in paesi e luoghi lontani viene meno l'assistenza dei più prossimi, di coloro che in passato provvedevano.

Altri cambiamenti sociali hanno riguardato la cura nelle sue diverse manifestazioni: la disposizione generale alla cura, la solidarietà intergenerazionale, le norme di reciprocità, di solidarietà reciproca; un insieme di spinte emotive che si riferiscono al desiderio di mantenere uno scambio di supporto e di relazione. Tuttavia, questo insieme di forze che guidano le relazioni sappiamo non essere statiche, come non lo è la solidarietà normativa.

“Io penso – interviene M. - che sia cambiato il concetto di cura tra le diverse generazioni. E' un cambiamento non solo nell'agire la cura ma nel concetto di cura, nel senso del dovere alla cura. Noi sentiamo il dovere alla cura, viviamo la cura ancora come un dovere” (*incontro*, X). Cambiano i nostri pensieri.





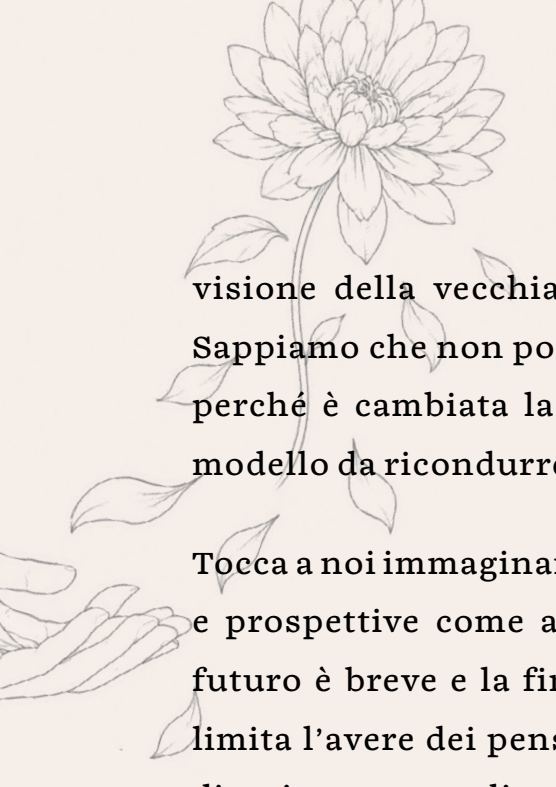
“Il tempo della reciprocità con le generazioni a venire è finito; non ovunque e allo stesso modo. Una volta era chiaro l’affidarsi alla famiglia, ora ci dobbiamo guardare fuori dalla famiglia e come sopperire alla catena famiglia-affettività”. (*incontro*, XI). In aggiunta va detto che non dobbiamo trascurare il ruolo sociale della cura che dà significato alle nostre vite di umani (*incontro*, III).

La cura analizzata nel corso del tempo appare tutt’altro che statica e si palesa un interrogativo ulteriore: i cambiamenti sociali influenzano il bisogno di dare e ricevere aiuto?

La cura è guidata da motivazioni e valori profondamente radicati nella socializzazione, nella cultura e nel contesto familiare. Il desiderio di aiutare gli altri può nascere, ad esempio, da un forte senso di responsabilità sociale o da convinzioni religiose. In questa prospettiva, prendersi cura dell’altro è anche una forma di restituzione: si offre attenzione e supporto perché in passato si è ricevuto molto nella relazione, e quindi si percepisce che essa merita di essere ricambiata. Questo tipo di cura si distingue dalla solidarietà etica, che si basa invece su un dovere o un obbligo di prestare aiuto. Mentre la cura può avere un significato affettivo e relazionale, la solidarietà etica può assumere connotazioni sia positive che negative, a seconda del modo in cui l’obbligo viene vissuto o interpretato.

Gli incontri sono terminati – come da calendario concordato - con l’impegno di scrivere i nostri pensieri e riflessioni sull’esperienza di questo lavoro collettivo.

Nel corso della mia vecchiaia e di questa esperienza insieme ad altre donne vecchie ho maturato talune considerazioni per uscire dalla



visione della vecchiaia che abbiamo ereditato e ci portiamo dentro. Sappiamo che non possiamo più affidarci alle figlie e ai figli, e non solo perché è cambiata la famiglia, ma per la rottura complessiva di quel modello da ricondurre tra gli altri a fattori economici globali e culturali.

Tocca a noi immaginare e investire su questo ciclo della vita con desideri e prospettive come abbiamo fatto nel corso delle altre fasi. Certo, il futuro è breve e la finitudine non ci appare lontanissima, ma ciò non limita l'avere dei pensieri, individuare a chi chiedere di prendersi cura di noi, e tentare di capire di quale cura abbiamo più bisogno perché i bisogni aumentano. Trovare forme, immaginare progetti al di fuori del pensiero dell'affidamento o del voler fare tutto da sola per arrivare a sperimentare forme e modalità di cura più collettive.

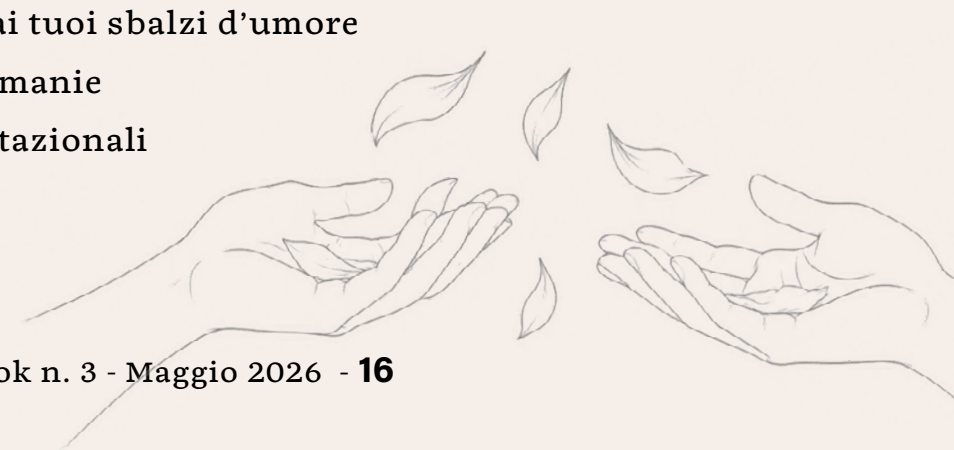
Ciò non ci strapperà dalla malinconia, dalla solitudine, dal dolore, ma è un percorso che restituisce alle vecchie e ai vecchi la dignità di essere persone e uscire dallo stereotipo che siamo solo un costo, un peso.

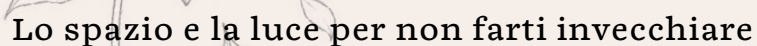
Chiudo con parole di Franco Battiato che invitano a prendersi cura di sé e degli altri con l'inno all'amore, alla protezione e alla dedizione

LA CURA di *Franco Battiato*

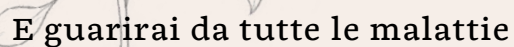
Ti proteggerò dalle paure delle ipocondrie
Dai turbamenti che da oggi incontrerai per la tua via
Dalle ingiustizie e dagli inganni del tuo tempo
Dai fallimenti che per tua natura normalmente attirerai

Ti solleverò dai dolori e dai tuoi sbalzi d'umore
Dalle ossessioni delle tue manie
Supererò le correnti gravitazionali



A detailed line drawing of a flower with many petals, possibly a dahlia, with a long stem and several leaves.

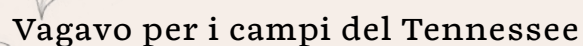
Lo spazio e la luce per non farti invecchiare

A line drawing of a hand holding a flower stem.

E guarirai da tutte le malattie

Perché sei un essere speciale

Ed io, avrò cura di te

A line drawing of a hand holding a flower stem.

Vagavo per i campi del Tennessee

Come vi ero arrivato, chissà

Non hai fiori bianchi per me?

Più veloci di aquile i miei sogni

Attraversano il mare

Ti porterò soprattutto il silenzio e la pazienza

Percorreremo assieme le vie che portano all'essenza

I profumi d'amore inebrieranno i nostri corpi

La bonaccia d'agosto non calmerà i nostri sensi

Tesserò i tuoi capelli come trame di un canto

Conosco le leggi del mondo, e te ne farò dono

Supererò le correnti gravitazionali

Lo spazio e la luce per non farti invecchiare

Ti salverò da ogni malinconia

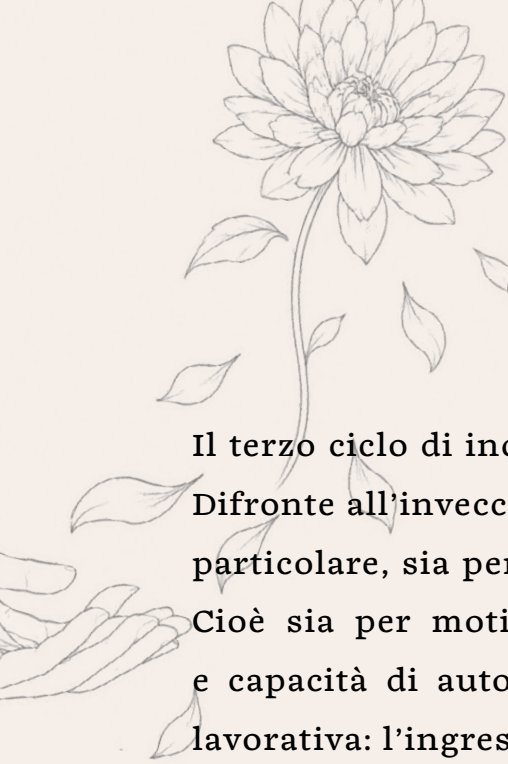
Perché sei un essere speciale

Ed io avrò cura di te

Io sì, che avrò cura di te

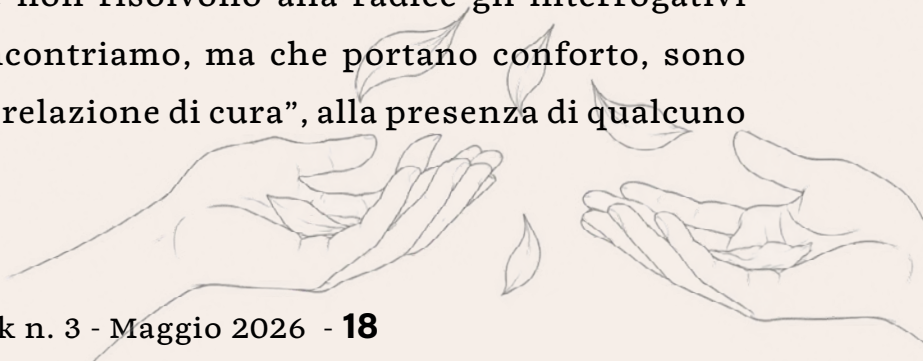
CURA TRA DOVERE E PULSIONE

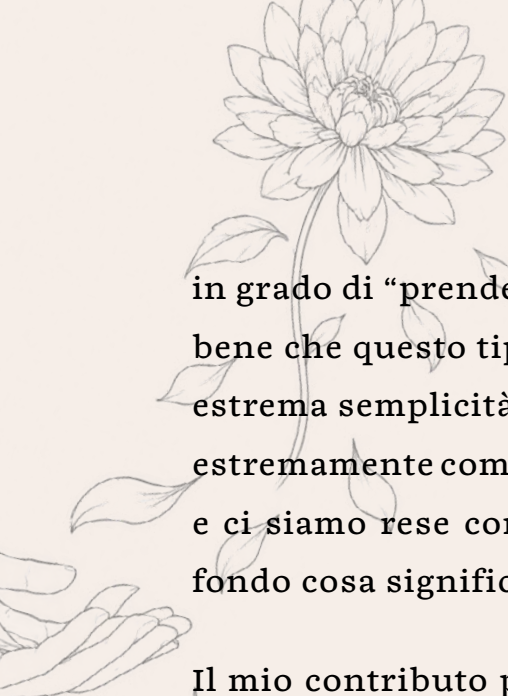
Eugenia Omodei Zorini



Il terzo ciclo di incontri ha avuto come argomento centrale “La cura”. Difronte all’invecchiamento la relazione di cura assume una rilevanza particolare, sia per le esigenze fisiche, sia per la maggiore solitudine. Cioè sia per motivi che riguardano il corpo, le perdite di energie e capacità di autonomia, sia per i cambiamenti della vita sociale e lavorativa: l’ingresso nell’età della pensione porta ad un cambiamento profondo nel ruolo sociale con una significativa diminuzione delle occasioni organizzate di contatto fino alla perdita del senso del proprio sé nella collettività. Inoltre, i cambiamenti profondi avvenuti nella struttura familiare e nelle condizioni abitative comportano un forte impoverimento delle condizioni strutturali che favoriscono la socialità all’interno del contesto familiare e del contesto sociale. D’altro lato la possibilità di un più lungo percorso di vita rende più pressanti i bisogni di affetto, socializzazione, partecipazione sociale adatta all’età, presenza di persone che si prendano cura di noi. Con l’avanzare dell’età diminuiscono anche i piaceri che derivano dal corpo, dalla sessualità, dalla capacità di muoversi, di avere un futuro davanti a sé. Rispetto al futuro ci troviamo inoltre nel passaggio da un tempo in cui il futuro era immaginato come un evolversi positivo, a un periodo in cui le vicende storico-politiche e l’ecologia ci portano pensieri e visioni di una evoluzione preoccupante.

Nei gruppi precedenti abbiamo dato spazio alle “paure e alle perdite”. E’ emerso nel corso degli incontri che un parziale sollievo oppure momenti di sollievo che certamente non risolvono alla radice gli interrogativi angoscianti che talvolta incontriamo, ma che portano conforto, sono legati alla presenza di una “relazione di cura”, alla presenza di qualcuno

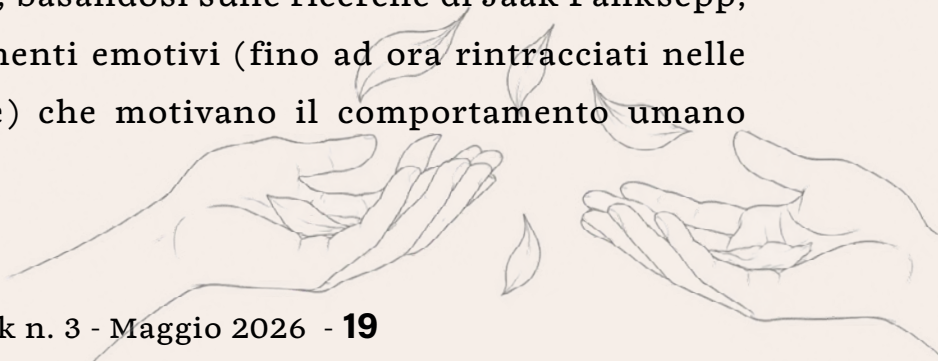


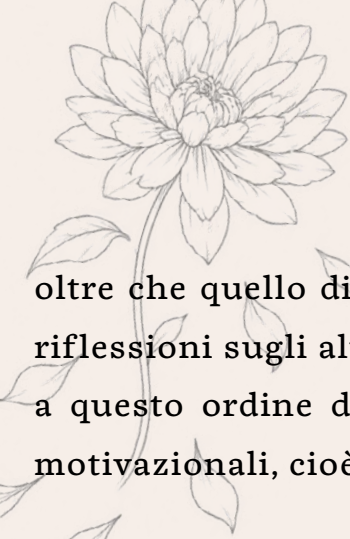


in grado di “prendersi cura” di noi e della nostra fragilità. Ma sappiamo bene che questo tipo di relazione è altamente complesso, pur nella sua estrema semplicità. Ci siamo rese conto di aver incontrato un concetto estremamente complesso specialmente per la nostra cultura occidentale e ci siamo rese conto che valeva la pena soffermarci e indagare più a fondo cosa significa una relazione di cura.

Il mio contributo professionale all’ascolto e alla discussione parte dal presupposto che la “cura” è una “pulsione” presente nell’essere umano, ed è presente anche negli animali e non solo nei mammiferi. E’ presente nelle femmine e nei maschi, ma il corpo femminile dei mammiferi ha una specializzazione particolare che si realizza nella gravidanza e nella cura del piccolo: nell’essere umano il periodo di crescita e di dipendenza ha una durata che non si riscontra in nessun altro essere vivente. Considerando la cura come “pulsione” introduciamo anche la considerazione che dare cura produce piacere e sollievo anche in colui che dà cura, come nella soddisfazione di qualunque altra pulsione. Non si tratta solo di limite od obbligo o dovere o sacrificio. La pulsione alla cura è presente negli esseri umani, *indipendentemente dal genere sessuale*; nel corpo femminile è presente un apparato specializzato alla “cura” del feto e del neonato, ma anche il maschio ha una pulsione a proteggere, a “prendersi cura” della madre e del piccolo e soffre di invidia o senso di inferiorità, per l’esclusione dall’esperienza corporea della maternità. Si tratta infatti di una “pulsione” che proviene dall’istinto, dal ‘cuore’, da un nucleo affettivo dentro di noi.

In questo approccio mi appoggio ad un particolare tipo di studi psicoanalitici: Mark Solms, basandosi sulle ricerche di Jaak Panksepp, pone la cura tra i 7 sentimenti emotivi (fino ad ora rintracciati nelle ricerche neurofisiologiche) che motivano il comportamento umano



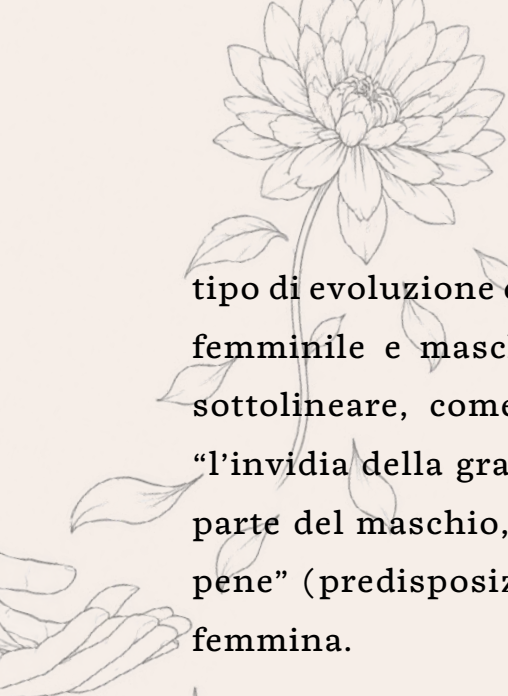


oltre che quello di altri animali, in particolare i mammiferi. Già nelle riflessioni sugli altri 2 cicli di incontri ho avuto occasione di riferirmi a questo ordine di pensiero, per quanto riguarda le spinte emotive motivazionali, cioè il nostro “mondo pulsionale”.



In particolare, sottolineo come comportamenti motivati dall'affetto della “cura” possano essere sollecitati dalla presenza di uno stato di bisogno, angoscia, fragilità, debolezza dell’ “altro soggetto” con cui veniamo in contatto. D’altro canto uno stato di fragilità, bisogno, ansia, angoscia, può venire lenito se è presente un altro vicino, protettivo, in grado almeno di capire, essere presente e disponibile profondamente cioè capace di “cura”; altrimenti è possibile che prenda il sopravvento una situazione di ansia e di angoscia, che spesso rende più difficile la ricerca di soluzioni o lenimenti per l’ansia e la sofferenza che avvertiamo; se perdura l’insuccesso nel trovare la sicurezza, facilmente arriviamo ad uno stato di rabbia, di disperazione e di solitudine e infine di passività, ritiro.

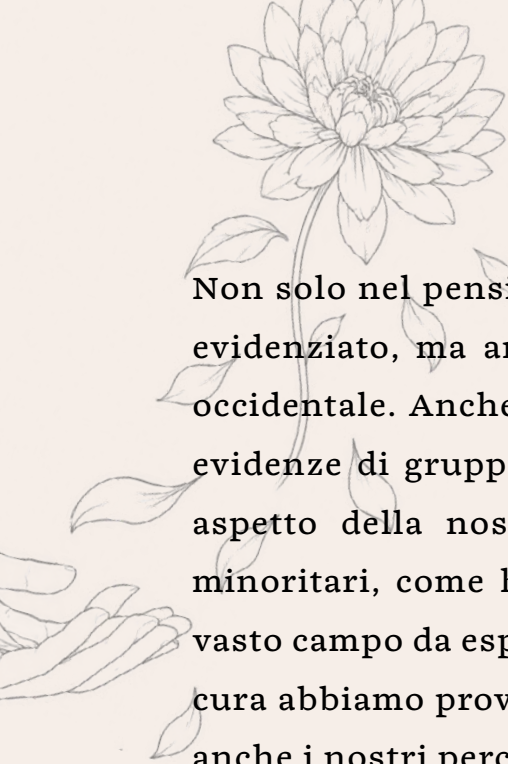
Possiamo pertanto considerare, sia “la spinta a dare cura” sia il “bisogno di cura”, come elementi pulsionali determinanti e importanti nell’assetto emotivo profondo dell’essere umano, sia maschio che femmina, alla pari del bisogno di affermazione, dell’aggressività, della sessualità, del bisogno di giocare, ecc.. Come abbiamo già detto, esiste una differenza nella pulsione alla “cura” tra un soggetto maschile ed uno femminile: in ambedue i generi sessuali è presente la spinta alla cura, sia nel darla che nel bisogno di riceverla. Ma nell’evoluzione degli esseri viventi, la natura ha creato e prodotto due corpi diversi e il corpo femminile ha una specializzazione particolare che garantisce un periodo di ‘erogazione’ di cura, di contenimento, di protezione, particolarmente prolungato per il piccolo umano. Certamente questo



tipo di evoluzione comporta una differenza significativa nei due generi, femminile e maschile; differenza che ha portato diverse studiose a sottolineare, come sia stata poco considerata nella nostra cultura “l’invidia della gravidanza” (predisposizione corporea a dare cura) da parte del maschio, mentre è stata data molta rilevanza all’”invidia del pene” (predisposizione corporea all’autoaffermazione) da parte della femmina.

Il mondo pulsionale, ci insegna S. Freud, è in stretto collegamento con i contenuti del Super-Io *che sono sempre influenzati dalla cultura nella quale cresciamo e viviamo*: l’interessante e sempre attuale “Con voce di donna” di Carol Gilligan, riporta la ricerca sulla differenza tra il Super-Io femminile e maschile. La differenza non sta assolutamente sulla maggiore debolezza o strutturazione del Super-Io (come Freud e altri ritenevano), bensì riguarda i contenuti: nell’uomo prevale un definito e chiaro concetto di ciò che è giusto o sbagliato per legge; nelle donne prevale una attenta considerazione di ciò che garantisce il maggior bene o il minor male collettivo. Possiamo allora pensare che l’elemento della cura abbia una valenza maggiore nella donna, rispetto all’uomo, anche nel determinare i contenuti del Super-Io e dell’Ideale dell’Io. Penso che le caratteristiche di questo particolare sviluppo siano articolate in modalità diverse nelle diverse culture: la mia esperienza e conoscenza riguarda ovviamente la nostra cultura occidentale.

Pertanto, teniamo presente che “la cura” assume sia una caratteristica di esigenza, spinta istintiva, la cui soddisfazione ci procura piacere, sia di dovere la cui inadempienza genera senso di colpa.

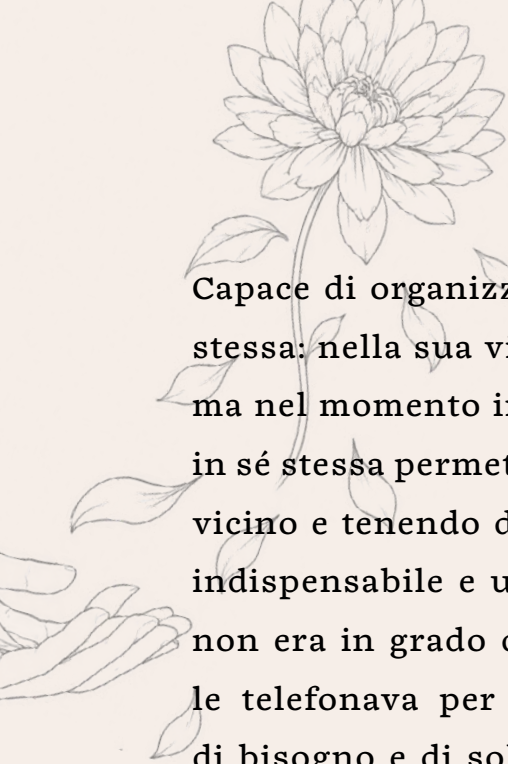


Non solo nel pensiero psicoanalitico il concetto di “cura” è stato poco evidenziato, ma anche in molte altre discipline della nostra cultura occidentale. Anche nei movimenti femministi ci sono soltanto alcune evidenze di gruppi di donne che hanno posto l’attenzione su questo aspetto della nostra vita personale e collettiva; ma sono rimasti minoritari, come ha sottolineato Flora Bocchio. Resta a tutt’oggi un vasto campo da esplorare in tutte le sue conseguenze. Nel Gruppo sulla cura abbiamo provato ad esplorare le nostre esperienze, considerando anche i nostri percorsi di vita.

Lavoro del gruppo

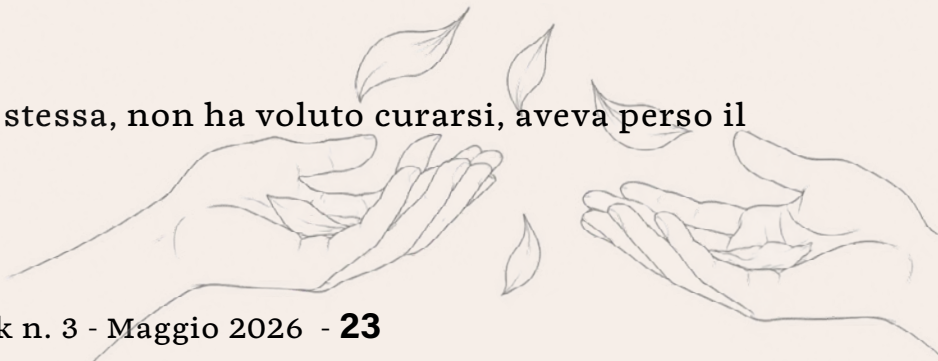
La discussione nel gruppo ha permesso un’analisi approfondita di diverse situazioni che portano a considerare la grande complessità della relazione di cura, sia da parte di colui/colei che la cura la dà, sia da parte di colui/colei che la cura la riceve o che avrebbe bisogno di ricevere cura. Non è pertanto semplice provare a sintetizzare i diversi aspetti che abbiamo affrontato o anche solo sfiorato.

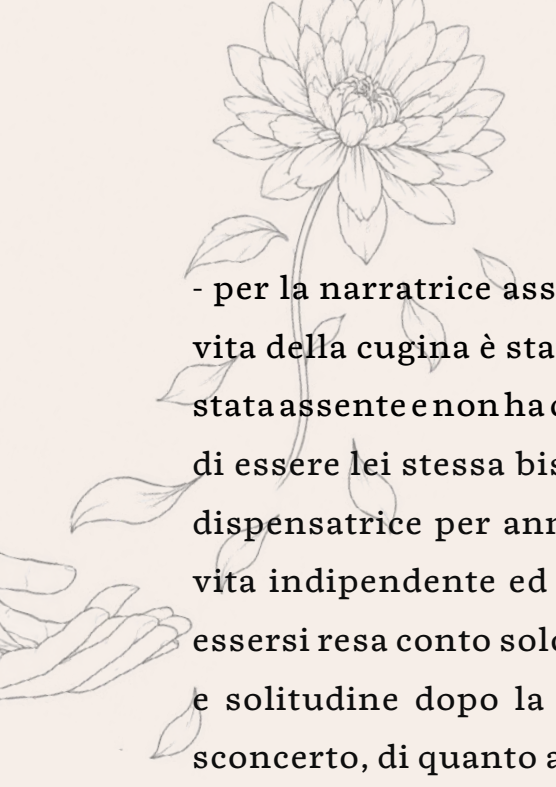
Una partecipante racconta della morte di una sua cugina, in solitudine disperata, senza le cure mediche necessarie: la cugina abitava in un paese di una valle non troppo distante dal suo luogo di abitazione: “Mia cugina è stata viva ed animata fino a quando era vivo il fratello da curare. Il fratello soffriva di Alzheimer ed è morto di Covid. Lei ha perso il suo ruolo sociale di custode del fratello, ha tenuto la badante ucraina, ma non sapeva più dove orientarsi”. Non ostante visse in un paese dove tutti si conoscevano, si era attivamente isolata. “L’ultimo periodo della sua vita è stato terribile, mi ha raccontato la badante” (*incontro, II*).



Capace di organizzare ogni cura per il fratello, non lo ha fatto per sé stessa: nella sua vita aveva svolto lavori complessi e di responsabilità ma nel momento in cui era lei stessa la persona bisognosa si è chiusa in sé stessa permettendo in qualche misura solo alla badante di esserle vicino e tenendo distanti vicini e parenti. Ma nel momento in cui era indispensabile e urgente l'attivazione dei servizi sanitari, la badante non era in grado di orientarsi. Nell'ultimo periodo la cugina talvolta le telefonava per bisogni marginali, senza mai esplicitare lo stato di bisogno e di solitudine in cui era precipitata. L'indipendenza e la capacità organizzativa della cugina l'hanno distolta dall'osservare i cambiamenti e il mutare della situazione; dopo la sua morte dal racconto della badante, persona molto affettiva, ne è venuta a conoscenza. "Era malata ed è morta sola, abbracciata alla badante, impotenti ambedue di fronte al malore sopraggiunto. Mi è sembrata una cosa così ingiusta. E mi sento in colpa per non aver capito! Bastava solo un poco più di attenzione e di sollecitudine nell'andare a trovarla, per poter capire." (incontro, II)

Già in questa testimonianza emerge la complessità della situazione:

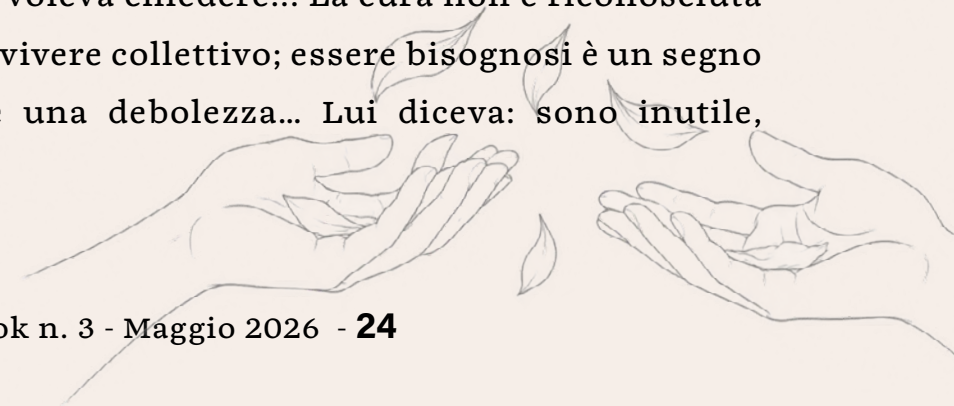
- la presenza di un profondo e dirompente stato affettivo di colpa per la cura non data, per non aver capito
 - da parte della cugina, la difficoltà a chiedere e a manifestare il bisogno di cura, anzi la chiusura
 - la complessità e la difficoltà nell'attivare il sistema sanitario in quella situazione; forse anche per la poca familiarità rispetto alle operazioni da compiere.
 - la cugina si è chiusa in se stessa, non ha voluto curarsi, aveva perso il senso della vita.
- 

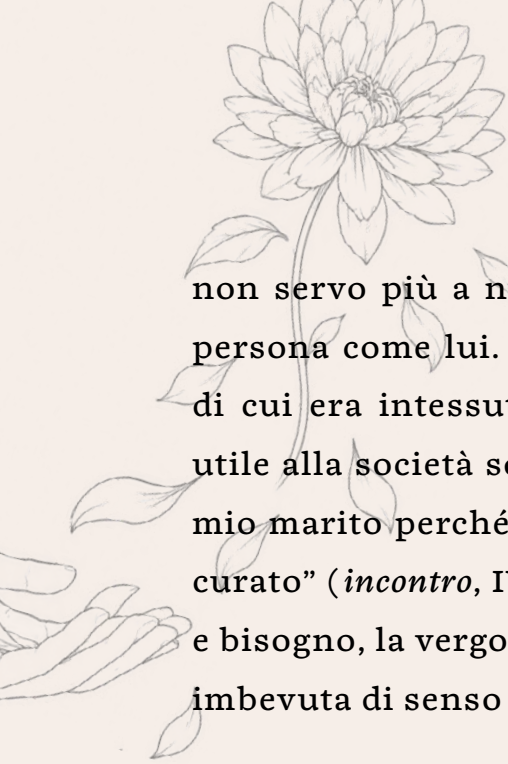


- per la narratrice assume grande valore il fatto che l'ultimo periodo di vita della cugina è stato terribile, come la badante le ha detto, e che lei è stata assente e non ha capito la difficoltà che la cugina aveva nell'accettare di essere lei stessa bisognosa di cura e vicinanza, dopo che ne era stata dispensatrice per anni verso il fratello; e dopo aver rinunciato ad una vita indipendente ed autonoma che pur aveva intrapreso. Racconta di essersi resa conto solo a posteriori della profondità della sua sofferenza e solitudine dopo la morte del fratello; si è resa conto, con dolore e sconcerto, di quanto avesse trascurato di riflettere e pensare al bisogno di questa persona, sempre così autonoma, indipendente e oblativa.

La relazione di cura è in un certo senso asimmetrica: colui che dà cura esercita un potere, colui che riceve cura dipende in qualche misura dall'altro. Ci siamo rese conto di quanto è difficile per tante e tanti di noi rendere manifesto il bisogno di cura, di accudimento e di vicinanza. Nella nostra infanzia il percorso verso la separazione e la formazione di un senso autonomo del proprio Sé è lungo e travagliato. Pertanto, quando ci troviamo in età adulta e ci troviamo in una situazione di debolezza e di bisogno di cura e di vicinanza dell'altro, riviviamo le esperienze del passato, gli stati di vulnerabilità, le situazioni traumatiche che pensavamo definitivamente risolte, l'autonomia finalmente conquistata. Facilmente ci opponiamo allora al nostro bisogno di essere curati, neghiamo l'evidenza della nostra fragilità, proviamo vergogna per il trovarci nuovamente in una condizione di dipendenza.

Un'altra partecipante dice "sono stata con una persona, mio marito, che non chiedeva la cura, non voleva chiedere... La cura non è riconosciuta come fatto costitutivo del vivere collettivo; essere bisognosi è un segno di debolezza, è mostrare una debolezza... Lui diceva: sono inutile,



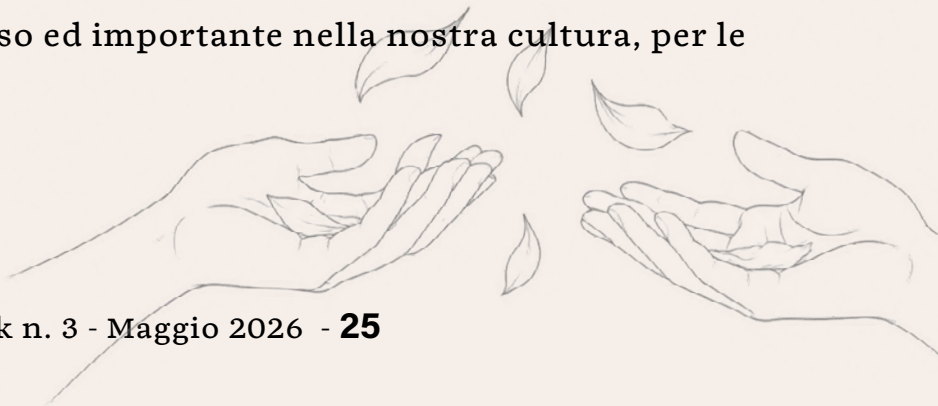


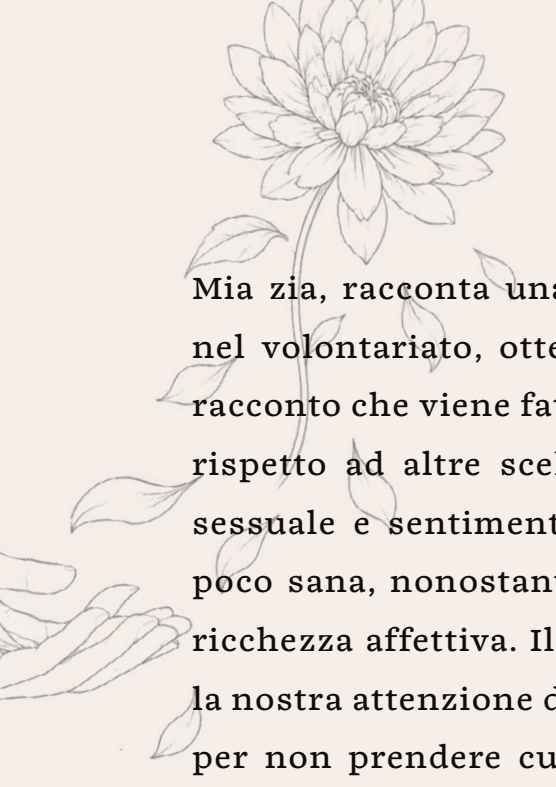
non servo più a nulla. Questa affermazione è pazzesca, detta da una persona come lui. Inutile rispetto a una cultura come questa, cultura di cui era intessuto profondamente. La sua idea era di poter essere utile alla società solo se era capace di essere produttivo... Io ho curato mio marito perché la pensavo diversamente, ma lui non voleva essere curato" (*incontro*, IV). La non accettazione personale del proprio limite e bisogno, la vergogna di un proprio limite, si sommano ad una cultura imbevuta di senso di colpa se non si è sempre produttivi.

Un'altra del gruppo sottolinea l'aspetto della mancanza di un "senso collettivo della cura" che le dia dignità e non lasci soli nel bisogno e nella risposta al bisogno di cura (*incontro*, IV). Questa mancanza alimenta l'associazione tra cura e sensi di colpa di fronte ai limiti che inevitabilmente si presentano, con i figli, il marito, i pazienti, i parenti. Manca il sostegno che viene dal sentirsi parte di una collettività. Resta la solitudine sia per colui che ha bisogno di cura, sia per chi la dà. "Dobbiamo lavorare su questa cultura e su questa società".

Il Volontariato

Proprio per questa disparità della posizione tra colui che dà cura e colui che ne ha bisogno, spesso possiamo trovare una profonda soddisfazione nell'esercizio del potere e nella soddisfazione narcisistica derivante dall'essere nella posizione di forza ed autoaffermazione di colui che sa e può dare cura. Tale gratificazione è indubbiamente naturale e necessaria, ma circola nella discussione la paura e il timore che l'esercizio di una relazione di cura porti a posizioni che vanno verso la prigionia della relazione sado-masochistica. Ed emerge il fenomeno del volontariato, così diffuso ed importante nella nostra cultura, per le funzioni di cui si fa carico.

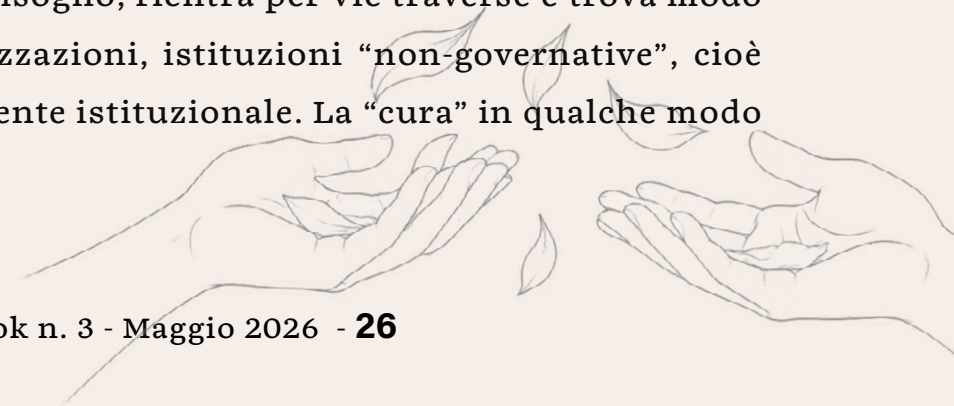


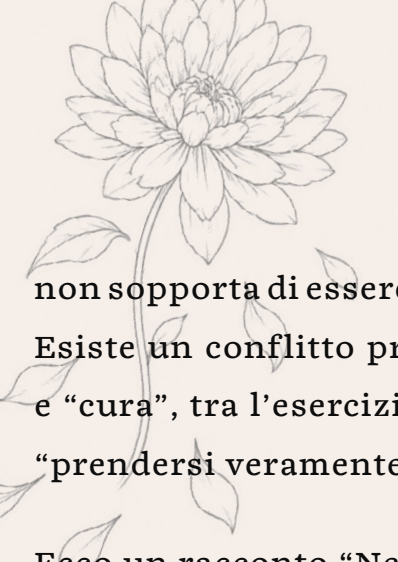


Mia zia, racconta una delle partecipanti ha realizzato la propria vita nel volontariato, ottenendo notorietà e indubbi successi; secondo il racconto che viene fatto si è trattato di una modalità di compensazione rispetto ad altre scelte di vita non praticate, come la realizzazione sessuale e sentimentale. Questa scelta le risulta incomprensibile e poco sana, nonostante i successi ottenuti dalla zia e la sua indubbia ricchezza affettiva. Il volontariato diventa allora un modo per deviare la nostra attenzione da strade che non riusciamo a realizzare, un modo per non prendere cura di noi stesse. In questa lettura, volontariato e cura di noi stessi si contrappongono, fino a dubitare che la via del volontariato diventi una “scelta nevrotica, in qualche modo patologica”, piuttosto che un modo che permette anche la realizzazione delle proprie potenzialità, della propria capacità di dare cura (*incontro*, IV).

Il volontariato diventa argomento di riflessioni interessanti e complesse; molte donne del gruppo hanno fatto esperienze di volontariato. “La prima volta la scelta era stata determinata da una vicenda affettiva: la malattia e la morte di una persona cara in quel reparto ospedaliero. E’ stata un’esperienza profonda e significativa”. La seconda volta mancava una motivazione affettiva personale e l’esperienza si è conclusa presto perché priva di valore e di partecipazione personale (*incontro*, V).

Una seconda interlocuisce osservando che il volontariato è nella nostra organizzazione sociale un elemento fondamentale: le ONG ne sono l’esempio più clamoroso. Emerge una considerazione generale rispetto alla “Cura”: la cura è profondamente marginalizzata nella nostra cultura, ma la necessità, l’urgenza di ricevere cura e di dare cura a causa della nostra debolezza e bisogno, rientra per vie traverse e trova modo di manifestarsi in organizzazioni, istituzioni “non-governative”, cioè fuori dall’ambito prettamente istituzionale. La “cura” in qualche modo





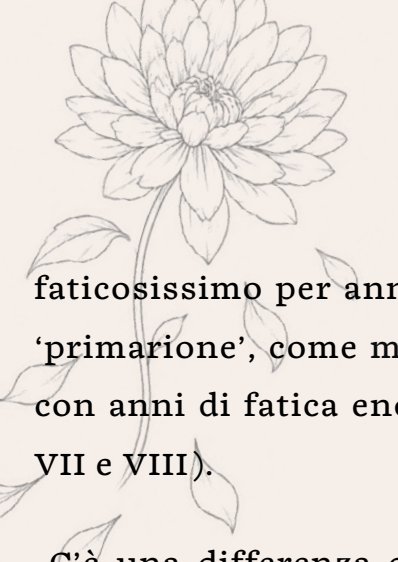
non sopporta di essere iscritta, incapsulata in rigide regole istituzionali. Esiste un conflitto profondo tra un'organizzazione sociale autoritaria e "cura", tra l'esercizio del potere che passa attraverso il dare cura e il "prendersi veramente cura di qualcuno".



Ecco un racconto "Nell'esperienza fatta nella mia vita professionale in ambito sanitario fu costituito un gruppo dal basso che preparò e presentò agli organi sanitari competenti un interessante ed elaborato progetto relativo alla cura, ma il gruppo e il progetto non sono stati neanche presi in considerazione ed analizzati, in quanto le iniziative in ambito sanitario sono di spettanza delle Istituzioni" (*incontri*, IV e V). Ma se la "cura" ha una origine pulsionale, non sopporta istituzionalizzazioni troppo rigide! Regole sono necessarie, ma deve esserci spazio per una soggettività creativa!

Prendersi cura e affermazione professionale e personale

Abbiamo analizzato alcune storie personali dove "prendersi cura" entra in conflitto con l'affermazione professionale. Come presto emergerà dalle storie di vita entriamo in un ambito cruciale della nostra cultura: la soluzione antica, (che la cura viene affidata alla femmina e la professione al maschio), non tiene più! Come sono state le nostre scelte? Ecco un racconto: "almeno due volte nella mia vita sono trovata a un punto di svolta dove la scelta tra il prendersi cura di qualcuno e una scelta di carriera e realizzazione di obiettivi professionali mi si sono presentati come un aut-aut, non conciliabili". La sua scelta, pur sofferta, è stata per il prendersi cura: unica strada per lei percorribile per mantenere un senso coeso del proprio Sé. In un altro racconto, invece, con un percorso estenuante sono state realizzare ambedue le strade, la carriera professionale e la cura richiesta dalla maternità. "Certamente è stato

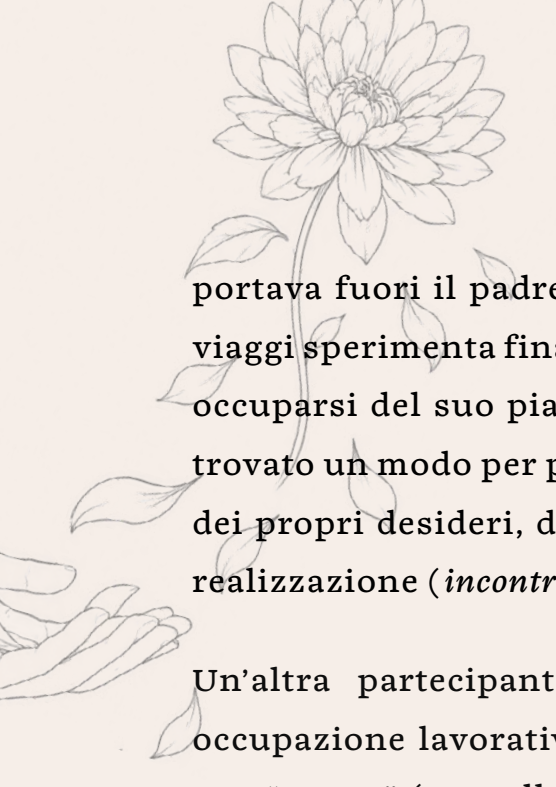


faticosissimo per anni, certamente sono diventata ‘primarietto’ e non ‘primarione’, come mio marito, ma sono riuscita, con soddisfazione e con anni di fatica enorme a diventare almeno “primarietto”! (*incontri*, VII e VIII).



C'è una differenza di età tra le due persone: per la più anziana, la realizzazione professionale, pur rilevante e centrale nella attuazione dei propri interessi profondi, non era parte indispensabile dei compiti della vita di una donna; forse era in parte un optional personale, ma non era una scommessa che riguardava gli obiettivi su cui misurare il successo della propria vita. Le aspirazioni profonde della più giovane prevedevano invece l'integrazione tra l'essere una brava professionista che contemporaneamente riesce a non trascurare la propria realizzazione come donna e come madre. In questo ha messo tutto il suo impegno talvolta fino ad una stanchezza estrema, fiera di essere riuscita: ci racconta dei pochi mesi presi per le maternità, ci racconta di come suo marito è rimasto a margine agli equilibrismi che lei ha dovuto affrontare, di come lei non è riuscita a contrapporsi al proprio primario. Aggiunge che oggi “se ne fregherebbe” di raggiungere alcuni obiettivi di carriera lavorativa. Ma forse anche questa non sarebbe una soluzione: gli interrogativi che riguardano il conflitto profondo tra il desiderio di dare (e ricevere cura) e la realizzazione nel ruolo lavorativo nella nostra organizzazione sociale sono tuttora aperti e dolorosi.

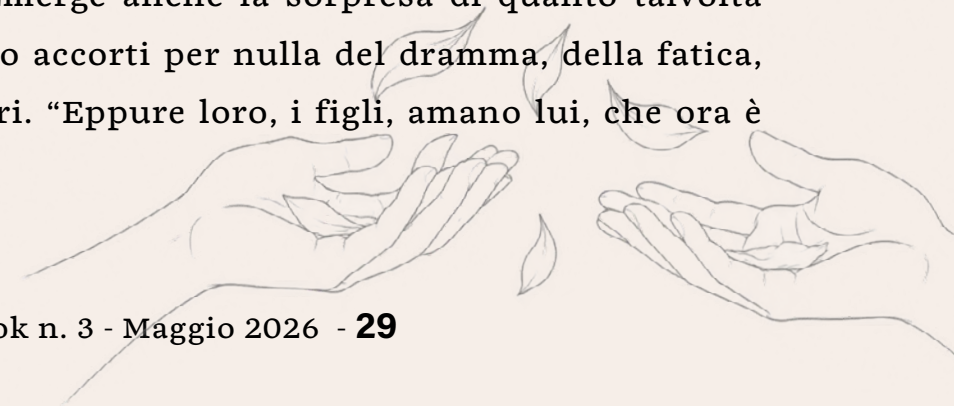
Il quadro si arricchisce dall'esperienza di chi, in qualche modo, ha cercato nel corso di tutta la vita di non farsi ingabbiare dal dover dare cura. Pur essendo persona che non si ritrae dal dare cura sia nella sua attività di lavoro sia come madre, racconta come sia per lei fondamentale mantenere uno spazio tutto per sé: sentirsi libera di viaggiare. Fin da piccola era lei a prendersi cura di sua madre: era lei, piccola, che

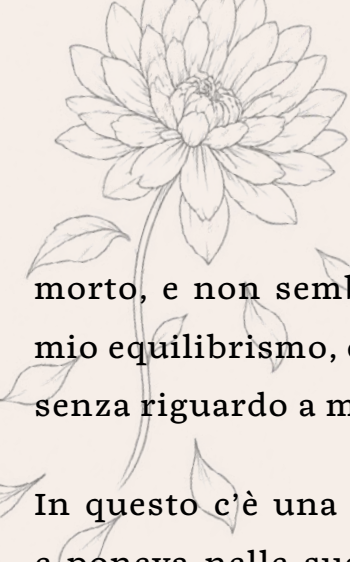


portava fuori il padre per proteggere la madre dalla sua violenza. Nei viaggi sperimenta finalmente uno spazio di libertà dove può finalmente occuparsi del suo piacere e interesse e prendersi cura di se stessa: ha trovato un modo per poter realizzare sia il prendersi cura degli altri, sia dei propri desideri, dando a tutte e due le parti un luogo differente di realizzazione (*incontro*, VII).

Un'altra partecipante racconta la sua rinuncia dolorosa ad una occupazione lavorativa, che rappresentava per lei la realizzazione del suo "sogno" (cancellate alcune parole): causa infortunio è obbligata a stare a casa per alcuni giorni e si rende conto delle serie e improrogabili difficoltà scolastiche della figlia; si rende conto che solo la sua presenza può essere di aiuto alla ragazza e rinuncia al suo lavoro di giornalista (*incontro*, VII).

Abbiamo condiviso ed analizzato diverse storie personali che mettono in luce l'impegno, la lotta, la ricerca di questo gruppo di donne, che ha posto al centro della propria vita la ricerca di un diverso senso del "ruolo femminile", di un diverso equilibrio nel rapporto col marito o compagno, di un cambiamento nel ruolo sociale e lavorativo e pertanto di un cambiamento nel rapporto con i figli e la maternità. La necessità di non rinunciare alla realizzazione e al riconoscimento della propria capacità di prendersi cura dei figli, della loro vita e delle loro necessità. Il trauma nel momento in cui una di loro si rende conto che la sua bimba chiamava "mamma" la baby-sitter. L'incomprensione e la solitudine nel rapporto di coppia, dove l'uomo non si rendeva conto della fatica della donna, non supportava per nulla e non comprendeva l'intensità del dramma femminile. Emerge anche la sorpresa di quanto talvolta i figli sembra non si siano accorti per nulla del dramma, della fatica, della lotta delle loro madri. "Eppure loro, i figli, amano lui, che ora è





morto, e non sembrano essersi accorti per nulla della mia fatica, del mio equilibrismo, di quanto ho pensato a loro, di quanto mi sono spesa senza riguardo a me stessa” (*incontro*, VII).



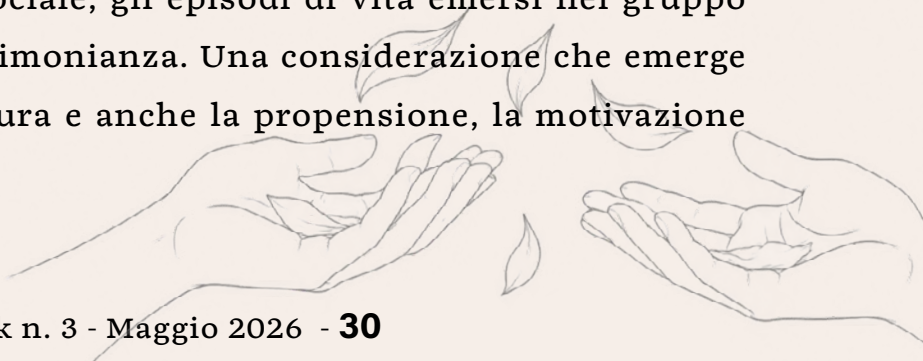
In questo c'è una voce dissonante: il marito di questa donna capiva e poneva nelle sue scelte di vita, la realizzazione della sua funzione paterna e la sua capacità di dare cura, alla pari con la realizzazione professionale. Padre e marito che ha rinunciato ad alcuni obiettivi di carriera privilegiando “la relazione di cura”. Ma è un'eccezione tra le diverse esperienze raccontate, di cui alcune si sono concluse con la rottura del progetto matrimoniale.

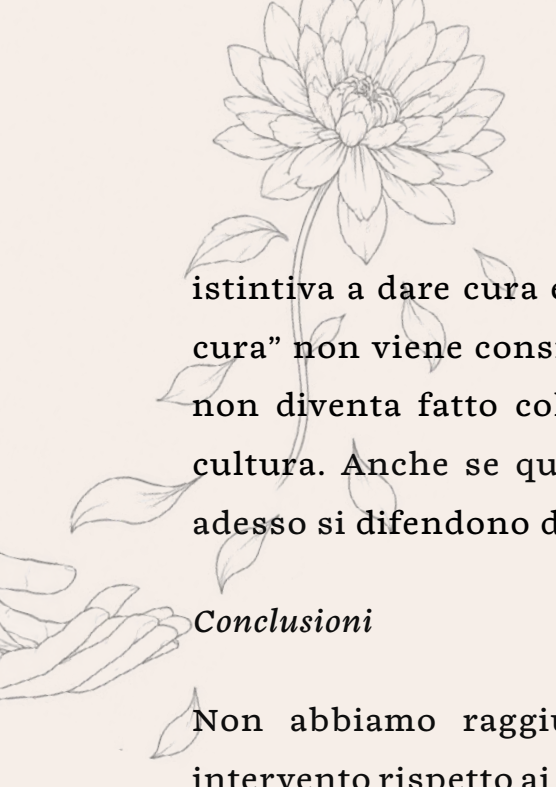
La conflittualità tra la relazione di cura e la realizzazione lavorativa e sociale, i sacrifici fatti, la frequente incomprensione del maschio restano un ambito di sofferenza, di sacrificio e di lotta per le donne che hanno vissuto questa stagione storica

Figli adulti e nipoti

Ed emerge un interrogativo: “Perché le nostre figlie non fanno bambini? Sono al limite dell'età, ma la loro scelta di vita non prevede la maternità” “Caso mai prevede un animale, un cane, un gatto... e anche per questo richiedono l'aiuto e l'assistenza materna”!!

Questo interrogativo è emerso sul finire degli incontri. Lo riporto perché mi sembra interessante sia il fatto che sia emerso, sia il fatto in se stesso. Certamente è anche indice di quanto sia di difficile integrazione una relazione che tenga conto del bisogno di dare e ricevere cura con l'attuale organizzazione sociale; gli episodi di vita emersi nel gruppo ne sono una profonda testimonianza. Una considerazione che emerge è la forza del bisogno di cura e anche la propensione, la motivazione





istintiva a dare cura e contemporaneamente la considerazione che “la cura” non viene considerata, resta marginale, lavora nel non esplicito, non diventa fatto collettivo, resta un fatto privato, non incide sulla cultura. Anche se qualcuno osserva in conclusione che “i giovani di adesso si difendono di più, si curano di più”.

Conclusioni

Non abbiamo raggiunto conclusioni e nemmeno un progetto di intervento rispetto ai problemi di cui abbiamo discusso e questo ci forse ci lascia con un sentimento di fallimento e di vuoto, come espresso da alcuni commenti sul finire degli incontri.

Desidero però riportare l'effetto che per me ha avuto e continua ad avere il lavoro fatto insieme: posso parlare con meno vergogna del mio bisogno di cura e posso io stessa confrontarmi con più confidenza e semplicità con la fragilità che accompagna l'invecchiamento, con le esigenze che emergono, man mano che tante facoltà e capacità diminuiscono e bisogni di dipendenza aumentano. Spero che questa possibilità e capacità di accettare forme di dipendenza, di bisogno di aiuto aumenti e mi accompagni nel tempo che verrà.

Resta invece completamente aperto l'interrogativo di quale lavoro collettivo possiamo fare per intervenire sull'isolamento che accompagna il processo di invecchiamento nella nostra organizzazione sociale e nella nostra cultura. Mi auguro che le riflessioni fatte sulla cura possano aiutarci in questa ricerca.

**CONTRIBUTI E COMMENTI
DELLE DONNE DEL GRUPPO**

Luciana Montagnani



Gli incontri del gruppo dedicato all'argomento "La cura" si sono rivelati per me un'esperienza molto importante a livello personale.

Avendo io fatto due lunghi percorsi analitici, fin dall'inizio ho dichiarato quanto per me fosse più significativo l'approccio psicanalitico che socio/politico. In particolare, l'aspetto della cura di noi stesse, non tanto del corpo o della salute, ma soprattutto una riflessione sulla nostra interiorità per come si è sviluppata negli anni della nostra vita in base alle scelte fatte. Su quanto queste scelte siano state consapevoli o meno, quanto siano state influenzate dalle istanze del Super-io e meno da quelle che provenivano dal nostro nucleo pulsionale, e abbiano contribuito o non contribuito a prenderci "cura" di noi stesse.

Via via che procedevamo nella riflessione, l'argomento ci si è presentato come un vero e proprio "mare magnum", nel quale stentavamo a trovare una linea comune, un filo di Arianna che ci guidasse nel labirinto delle suggestioni proposte in vari ambiti: socio-politico, personale, sanitario. Dalla cura, intesa sia come accudimento che, come partecipazione empatica, data a figli/nipoti, genitori/famigliari, malati, alla cura che, vista l'età, ci aspettiamo dagli altri; dalle esperienze di volontariato, alla cura di noi stesse; dai sensi di colpa ai sacrifici fatti (o non fatti), soprattutto a scapito della carriera professionale.

Le esperienze proposte e raccontate sono state moltissime, ma sempre senza individuare un percorso comune e soddisfacente per tutte.



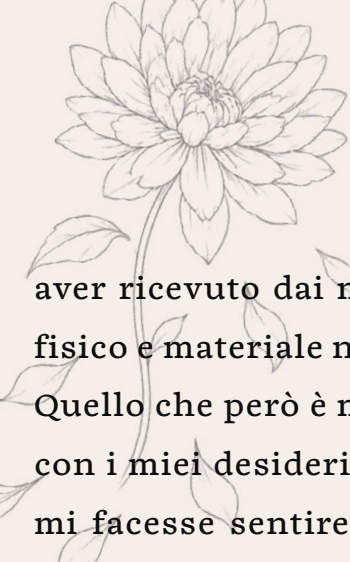
Questo mi ha creato un senso di confusione, credo comune anche alle altre partecipanti, ma per me anche di disagio e la netta sensazione di non-indagato fino in fondo.



Anch'io, come tutte, ho prestato cura ai miei genitori alla fine della loro vita, nel senso di un continuo accudimento, di una costante preoccupazione per gli aggravamenti della loro salute (in contemporanea purtroppo) e di un quotidiano impegno per tenere sotto controllo tutti gli aspetti della loro vita (finanziari, economici, assistenziali, domestici, ecc.). Eppure, non riuscivo a condividere con le altre le loro esperienze di cura dei figli/nipoti (che io non ho), ma soprattutto le loro aspettative di cura da ricevere, ora che siamo tutte in età avanzata. Via via si è creata in me una progressiva distanza da altre partecipanti, un certo disinteresse dal loro desiderio di ampliare la nostra riflessione alla dimensione sociale, allargandola anche ad altre donne di classi sociali molto diverse dalla nostra. E su questo mi sono molto interrogata, soprattutto sul mio apparente individualismo.

Durante una lunga pausa di riflessione che avevamo stabilito prima di decidere se questa esperienza dovesse essere conclusa e in che modo, la mia elaborazione interiore è continuata fino a portarmi a una consapevolezza nuova, che ho avuto modo di esporre anche alle altre durante l'incontro finale.

E' emersa in me chiara l'idea che non c'è altro modo di iniziare una riflessione sulla relazione di cura senza partire dalla cura che noi abbiamo ricevuto dalla nascita, che determina in maniera sostanziale la relazione con la cura degli altri che avremo per tutta la vita. Rimettendo insieme pensieri e fatti, già abbondantemente emersi con l'analisi, ma forse mai da questo specifico punto di vista, mi sono resa conto di



aver ricevuto dai miei genitori un accudimento che dal punto di vista fisico e materiale non ha fatto mai mancare niente alla loro figlia unica. Quello che però è mancata è stata la cura psicologica, una vera empatia con i miei desideri e bisogni interiori, con le mie diversità da loro, che mi facesse sentire parte di una vera e propria famiglia. Loro, la loro – strettissima – unione, i loro desideri, le loro scelte, sono sempre stati la priorità, quasi che io fossi una sorta di appendice che doveva seguirli e adeguarsi. Sicuramente una caratteristica molto diffusa tra i genitori di quella generazione, e questo è forse un elemento sociologico interessante da approfondire. Certo ha determinato il senso di vuoto e di solitudine che mi ha sempre accompagnato e che ancora adesso segna la mia vita. E' stato per compensare quella mancanza che ho sviluppato il mio individualismo e la mia attenzione a me stessa. Forse è questo che ha anche determinato il mio desiderio (frustrato da mio padre) di iscrivermi a psicologia per fare la psicanalista. E forse non è un caso che io abbia sviluppato, come precipua forma di cura mia verso gli altri – che fossero amici, parenti colleghi o persone appena conosciute – un'istintiva, e affettuosa, propensione all'ascolto e all'aiuto psicologico, per cercare di ovviare alla loro solitudine interiore nei momenti difficili.

Ho capito che per me, priva di famiglia, il concetto di cura è prima di tutto attenzione e sensibilità verso i bisogni e soprattutto i desideri delle persone che mi circondano e mi sono care, una telefonata per sapere come sta, un messaggio vocale, come quelli che ci scambiamo ogni settimana con la mia Tata quasi novantenne, un gesto di affetto, un regalino comprato pensando ai gusti dell'altra persona.

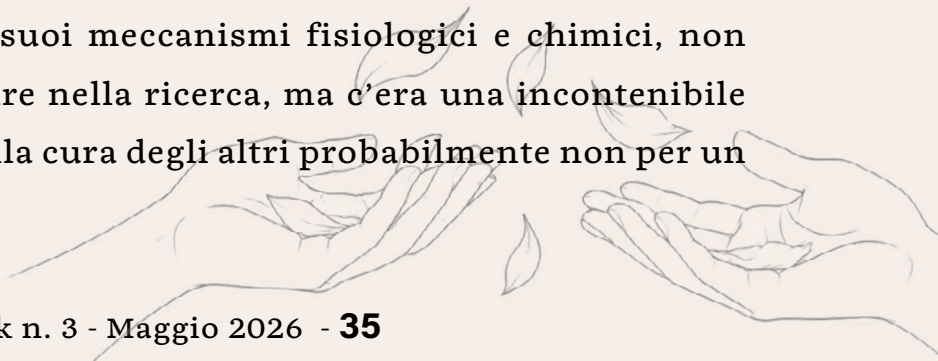
Ed è soprattutto questa la cura che ricevo e apprezzo, e che spero di continuare a ricevere, ora che la vecchiaia avanza e la solitudine si fa sempre più dolorosa e difficile da sopportare.

**Lucilla Tedeschi**

L'interesse per questo tema è per me enorme e poterlo svolgere insieme ad un gruppo di donne che conosco da tempo con storie diverse, professioni diverse, anche se omogenee per altri aspetti culturali, mi sembrava un lavoro molto interessante esplorativo ad ampio raggio. Ciò che è emerso subito è che l'approccio di ciascuna di noi a questo tema era molto legato alla nostra storia personale e professionale. Inizialmente non ci siamo date una linea uno schema, proprio per far fluire tra noi il concetto di cura a vari livelli. Addirittura, si è detto di non considerare la cura medica, cosa peraltro impossibile da escludere, soprattutto per le riflessioni di un gruppo di donne anziane che si cimentano, dopo decenni di cura agli altri a vari livelli pubblici e privati, col proprio bisogno di cura.

Questo aver deciso di far fluire le nostre considerazioni ci ha portato inevitabilmente di fronte ad un grande oceano dove abbiamo tentato più volte di tenere la barra, ma spesso non ci siamo riuscite. Ciononostante, rileggendo tutti gli appunti e risentendo le registrazioni, emerge una grande varietà di spunti, di idee che grazie ad Eugenia e a Myriam potrà essere testimonianza di come questo termine racchiuda in sé elementi culturali fondamentali sia per il proprio sé sia per la società intera (che è l'espressione dei tanti sé che decidono di trasporre collettivamente le esperienze).

Una volta andata in pensione dalla professione di medico mi sono chiesta il perché avessi dedicato la mia vita alla cura degli altri e sinceramente mi sono resa conto che non c'era solo un interesse per lo studio dell'uomo e dei suoi meccanismi fisiologici e chimici, non solo la volontà di progredire nella ricerca, ma c'era una incontenibile propensione a dedicarmi alla cura degli altri probabilmente non per un





riempimento di me ma per un vuoto che io avevo.

All'inizio dei nostri incontri più volte abbiamo tutte proposto di partire dalle nostre vite, dalle nostre esperienze, ma poi, anche se qualche tentativo è stato fatto, irrompeva sempre qualche altro aspetto e andare in un certo ordine era difficile e spesso non si realizzava.

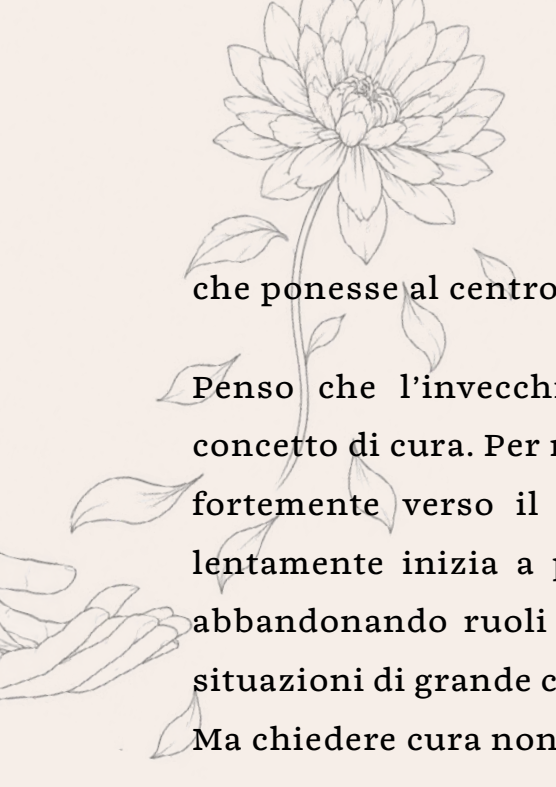


Un aspetto da considerare riguardo al tema della cura è strettamente personale, determinato dalla propria esperienza. Come ci siamo sentiti curati da piccolissimi, come abbiamo sentito questa cura da parte di chi si prendeva carico di noi. Di come ci siamo sentiti. Questo è un aspetto determinante poiché poi le scelte, le strade, il modo come ci poniamo nei confronti degli altri, dipende da questo nostro sentire.

La cura è un lavoro, richiede energie, non solo fisiche, richiede un distacco da sé e una capacità di ascolto, senza proiettare sé stessi nell'altro, senza aspettare soddisfazione, gratificazione. Quindi si può comprendere come sia non solo un lavoro, ma un lavoro duro e continuo. Si può intuire quanto sia importante la propria esperienza di 'curati' e di aver sentito di esserlo come noi avevamo bisogno, cioè è possibile che, pur curati da piccoli, i nostri reconditi bisogni di cura non siano stati soddisfatti.

Si aggiungono poi fattori sociali e culturali che nel tempo sono profondamente cambiati o, paradossalmente, sono invece rimasti immutati, nel corso delle nostre esistenze.

Basti pensare alla longevità della popolazione, al cambiamento delle famiglie sia nella composizione sia nelle attività delle donne, coinvolte nel mondo del lavoro, ma anche ad una società che non ha mai sviluppato sia individualmente sia politicamente una cultura collettiva



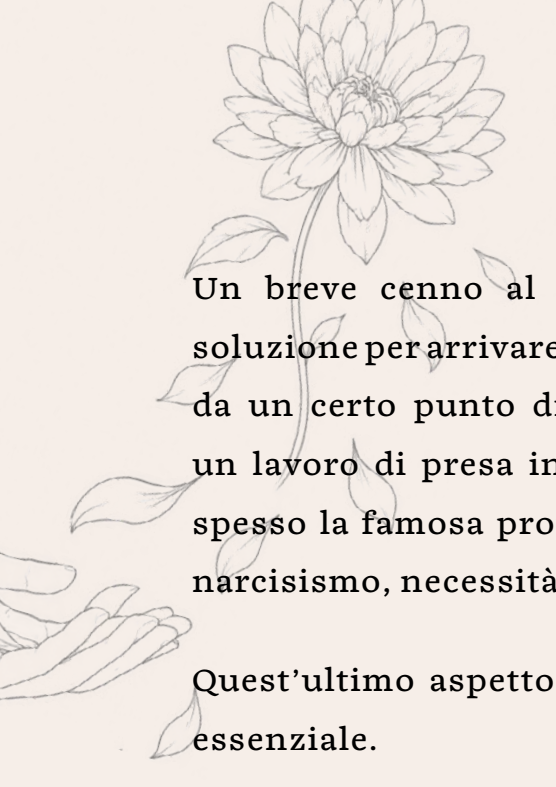
che ponesse al centro il benessere comune, la cura comune.

Penso che l'invecchiamento faccia emergere aspetti poliedrici del concetto di cura. Per noi donne è come una bilancia che prima pendeva fortemente verso il curare, il prendersi cura, mentre più o meno lentamente inizia a pendere verso il cercare la cura, il farsi curare abbandonando ruoli atavici ed esplorando in privato e nel pubblico situazioni di grande carenza, peggiorando un sentimento di solitudine. Ma chiedere cura non è sempre facile,

soprattutto per le aspettative che abbiamo, soprattutto in vecchiaia. Questo può portare a sofferenze e ulteriore solitudine e anche a mistificazione della realtà concentrando la nostra delusione su ciò che va male nella società, nella sanità, che sicuramente c'è e molto, ma trascurando il sé, la storia di cura di ciascuno di noi.

Durante i nostri incontri si è toccato poco il sé e ci si è concentrati su qualcosa di più evidente: la carenza della cura collettiva e delle istituzioni o reti sociali che dovrebbero occuparsi di cura. Per me la carenza deriva dalla cultura e dall'aumento progressivo di individualismo, senza però approfondimento della cura di sé, dell'amore per sé stessi.

Si ha vergogna di chiedere cura e nello stesso tempo si pensa di averne diritto, atteggiamento passivo e nello stesso tempo onnipotente. Pensiamo ai figli, pensiamo (nel senso della nostra cultura) che sia un nostro diritto essere curati da loro nel momento del bisogno ed è sicuramente molto bello e consolatorio, e se avviene non è per un diritto, ma perchè siamo riusciti da un lato a costruire un rapporto di scambio con loro, e dall'altro siamo riusciti a trasmettere un senso collettivo della cura. Quest'ultimo è ciò che dà dignità ad una società, solleva.



Un breve cenno al volontariato. Non considero il volontariato la soluzione per arrivare al concetto di cura collettiva. Ritengo encomiabili, da un certo punto di vista, le persone che danno il loro tempo per un lavoro di presa in cura, ma nella mia esperienza medica ho visto spesso la famosa proiezione di parti di sé, di cui parlavo prima, tanto narcisismo, necessità di gratificazione e anche esercizio di potere.

Quest'ultimo aspetto, nella mia professione, ha avuto un'importanza essenziale.

Ho riflettuto molto sullo sbilanciamento del rapporto tra curante e curato.

Si instaura un rapporto tra diseguali, un rapporto inevitabilmente squilibrato e asimmetrico in cui da una parte c'è il sapere e il potere dell'uno e dall'altra la dipendenza passiva dell'altro; il cimento è riequilibrare la relazione e diminuire la distanza, considerando che il rischio è che tale sbilanciamento si inverta e che il curato cerchi di avere potere sul curante per poter manipolare o più semplicemente far volgere la storia verso le sue necessità e desideri.

Nel corso del tempo è necessario un lavoro continuo di ascolto, di adattamento, di identificazione e di distanziamento, in una parola di continua modulazione attorno alla persona che si rivolge al medico chiedendo cura. E questo comprende il prendersi cura.

Se ci pensiamo questi aspetti di modulazione li dobbiamo attuare in tutti i casi di cura, non solo in quello medico-sanitario.

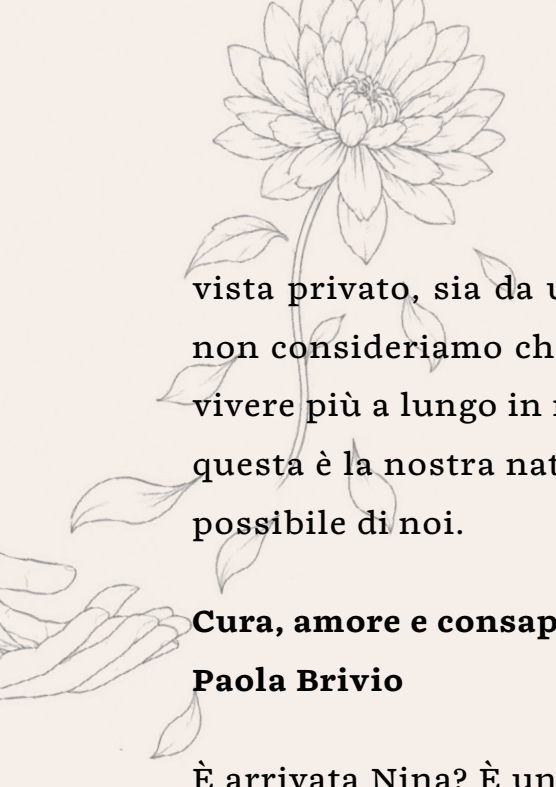
La difficoltà che abbiamo incontrato nel nostro gruppo è che ci siamo lasciate andare a parlare di tutto e di più, e sono emerse le differenze

di esperienze, di formazione. La domanda che ciascuna di noi faceva idealmente alla nostra ricerca era diversa in ciascuna di noi e la mancanza di un metodo inficia qualunque ricerca. Ciononostante, il libero fluire di osservazioni, esperienze e pensieri non è stato a mio avviso inutile perché sono emersi molti argomenti e sfumature psicologiche, esperienziali, pubbliche e private che possono essere la base di un futuro lavoro più circostanziato e mirato.

Inoltre, è emerso quanto un gruppo di donne anziane che ha cambiato radicalmente l'approccio femminile nel privato e nel pubblico, con tante conseguenze positive, ma anche impegnative, ha dovuto e deve fare i conti con una società, una cultura e una politica (qualunque sia l'orientamento) che a mio avviso non è andata alla stessa velocità di noi donne del dopoguerra. Sarebbe stato importante approfondire come ciascuna di noi ha vissuto la propria relazione di cura mettendola in collegamento col contesto attuale.

Alcune di noi, giustamente si sono poste il problema di cosa trasmettere alle altre donne, quali riflessioni condividere. Ci si è chiesto se gruppi diversi da noi per storia, formazione e cultura, avrebbero parlato delle stesse cose di cui abbiamo parlato noi, sinceramente non lo so, ma credo che noi abbiamo avuto il privilegio di poter fare delle scelte e di porci delle domande, mentre molte altre donne, pur della nostra stessa età, non ha avuto questa fortuna. Comunque, se riusciremo a mettere giù una testimonianza del lavoro fatto insieme, sarà una buona e onesta cosa.

Sono infine convinta che alla nostra età abbiamo il dovere (anche sociale) di prenderci cura di noi in molti modi. Che l'aspetto sanitario non può essere escluso da un'analisi di questo tipo, sia da un punto di



vista privato, sia da un punto di vista pubblico poiché troppo spesso non consideriamo che essere in discreta o buona salute ci permette di vivere più a lungo in maniera autonoma. Certamente moriremo perché questa è la nostra natura, cerchiamo di arrivarci prendendoci più cura possibile di noi.

Cura, amore e consapevolezza

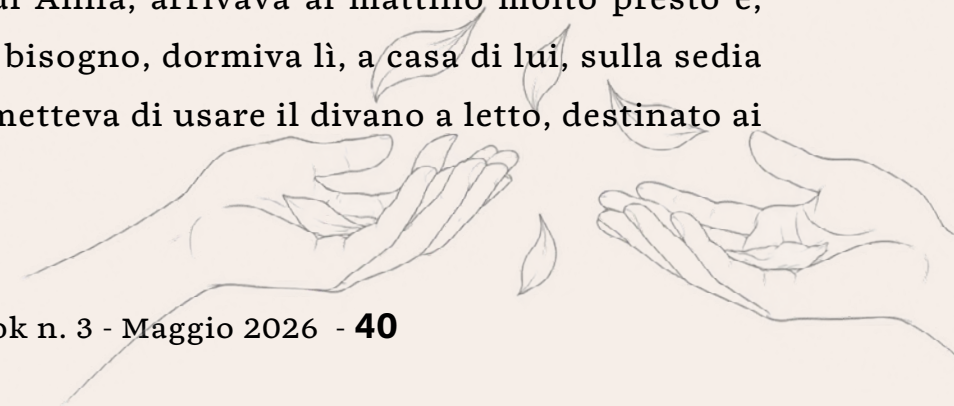
Paola Brivio

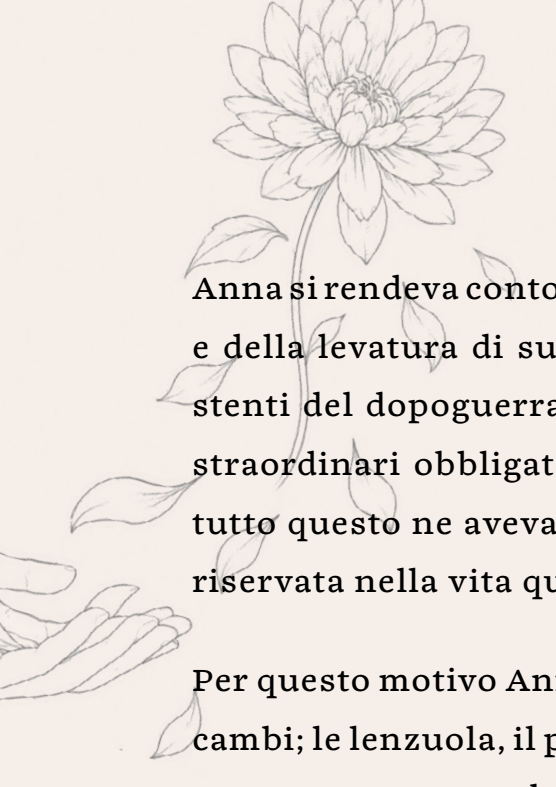
È arrivata Nina? È una dolce signora ucraina approdata dalla periferia di Kiev per curare il papà di Anna, rimasto solo dopo la morte della moglie e affetto da una noiosa malattia intestinale.

Proprio Anna mi raccontava il primo giorno dell'arrivo di Nina: una valigetta minuscola contenente poche, pochissime cose, dalla quale aveva tolto un paio di ciabatte nere e lise; quando Anna le aveva viste tolse subito cinquanta euro dal portafogli per fargliene comprare un paio adeguato e ha dovuto spiegarglielo per filo e per segno che quei soldi erano proprio per lei e che li poteva spendere subito.

Anna ha avuto un bel daffare a spiegare a Nina che, quando andava a fare la spesa, non doveva comperare: una zucchina, una patata, un'ala di pollo ma una quantità tale che potesse durare almeno una settimana nella dispensa del papà.

Nina era veramente brava, nel suo Paese faceva la maestra ed era approdata in Italia allo scopo di guadagnare qualcosa che poi subito spediva alla famiglia e che serviva per far studiare i suoi nipoti; si dedicava molto al padre di Anna, arrivava al mattino molto presto e, quando se ne ravvisava il bisogno, dormiva lì, a casa di lui, sulla sedia del soggiorno, non si permetteva di usare il divano a letto, destinato ai figli.





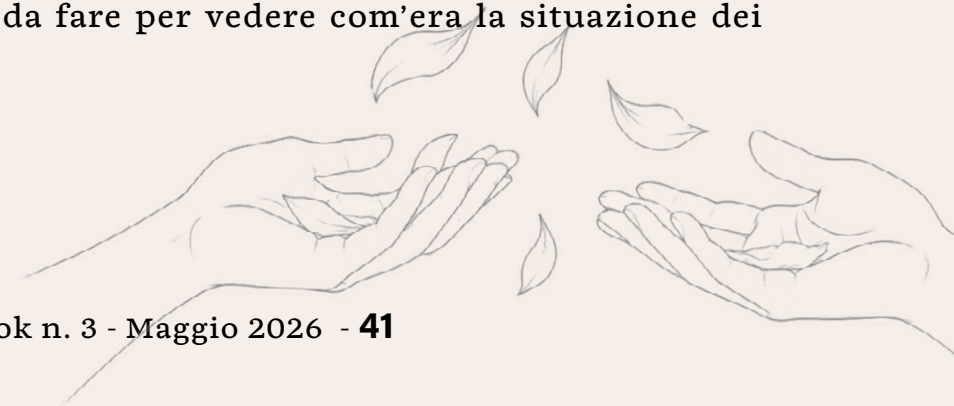
Anna si rendeva conto però che era difficile, per un uomo dell'esperienza e della levatura di suo padre: cinque figli, la guerra, le difficoltà e gli stenti del dopoguerra, il lavoro in fabbrica come magazziniere con gli straordinari obbligatori per poter mantenere una famiglia numerosa; tutto questo ne aveva fatto una persona volenterosa, tenace, ma anche riservata nella vita quotidiana e maggiormente nella malattia.

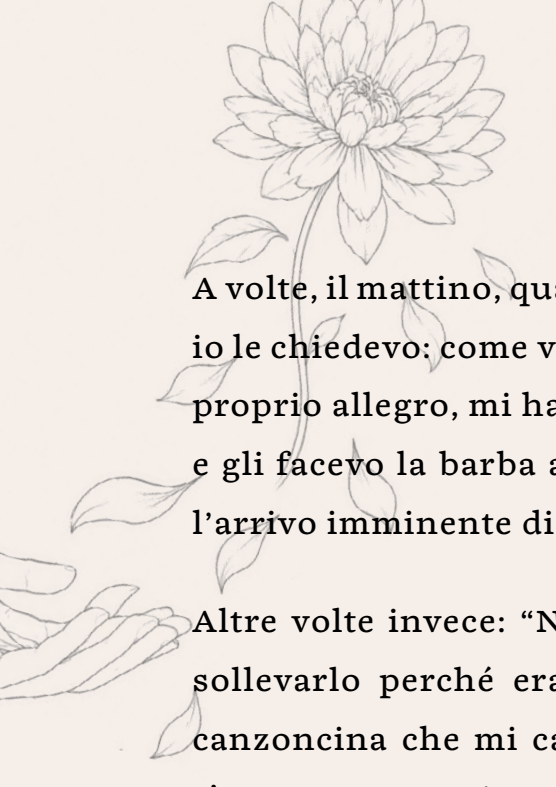
Per questo motivo Anna si era trovata a dover affrontare il problema dei cambi; le lenzuola, il pigiama e tutto ciò che si sporcava frequentemente non poteva essere lasciato alla badante, per un uomo come il papà sarebbe risultato umiliante farsi trovare in certe condizioni da una persona non proprio o non ancora di famiglia, allora, come fare?

Innanzitutto, Anna si rese conto che questo compito era suo, i quattro fratelli non avevano manifestato questa sensibilità quindi, pensiamoci e parliamone, magari con qualcuno che possa capire.

I nostri colloqui sull'argomento erano frequenti, le soluzioni non sempre facili. Una prima opzione: il papà voleva dormire nel letto matrimoniale ma, per evitare di cambiare tutti i giorni un lenzuolo grande si pensò di metterne due singoli rispettando i materassi divisi.

Poi il pigiama, le federe, ciabatte, tappeti e quant'altro si poteva sporcare doveva avere dei cambi adeguati, Nina e la lavatrice funzionavano davvero ma il rapporto confidenziale e intimo con il papà era di Anna e tutti i giorni, tutte le mattine, sia che ad Anna toccava il primo turno o meno, sabato, domenica e festività comprese, il primo pensiero era per lui: passava da casa del padre, scambiava due parole sulla nottata passata e intanto si dava da fare per vedere com'era la situazione dei cambi.





A volte, il mattino, quando c'era la riunione sindacale ci incontravamo e io le chiedevo: come va? Allora mi rispondeva: "Sì stamattina il papà era proprio allegro, mi ha raccontato i suoi sogni, intanto che lo sistemavo e gli facevo la barba abbiamo parlato della primavera ed era felice per l'arrivo imminente di uno dei nipoti!"

Altre volte invece: "No, stamane ho dovuto farmi aiutare da Nina per sollevarlo perché era proprio un po' giù, allora gli ho cantato una canzoncina che mi cantava sempre lui quando ero piccola e così si è rincuorato un po', anche se l'ho lasciato con un peso sul cuore."

Ho capito allora che il proposito di Anna era creare una complicità nel momento della cura, coinvolgendosi totalmente e questa era per lei l'unica strada per accettare una realtà con il minor grado di sofferenza, con umiltà, amore e quella dedizione che le sarebbero ritornati in termini di consapevolezza e di fiducia in se stessa.

Dopo poco tempo seppi che il papà di Anna era mancato e quando la chiamai per farle le condoglianze la sentii serena, non così Nina che in pochi mesi si era affezionata tantissimo al suo assistito e perdendolo si rendeva conto che gli mancava una persona in cui aveva imparato a fare affidamento, inoltre, attraverso il buon rapporto instaurato, le veniva più facile imparare l'italiano.

Anna, la sua dedizione e la sua umiltà mi sono rimaste in mente e ogni volta che cambio le lenzuola, i pigiami, risistemo una stanza da letto, è come se la vedessi davanti a me e mi è di esempio: una persona che ha saputo trarre, da una situazione delicata di cura, una serena consapevolezza per se stessa e per le persone che le stanno vicino.



Serena Bontempelli

Cara Myriam,

sono lenta, lo so, ma inesorabile ... non ti ho scritto prima perché gli eventi di questa primavera mi hanno sconvolto, e di niente avevo più voglia.

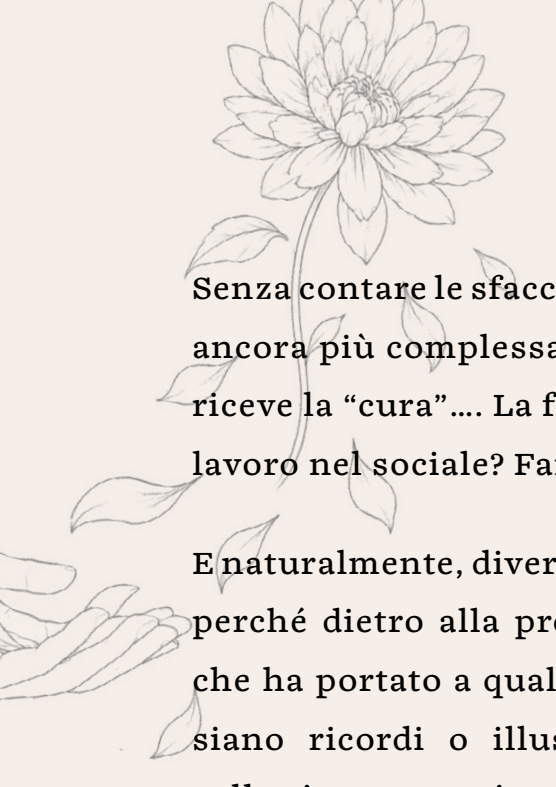
Ma ti devo questa lettera, per l'impegno che Eugenia e tu avete profuso nella gestione del nostro gruppo di lavoro sulla CURA, lavoro difficile e improbo, monumentale direi, un viaggio di cui fin dall'inizio sapevamo che la partenza era un luogo affascinante ma l'arrivo era incerto e irto di passaggi complessi.

La prima criticità che abbiamo incontrato (e credo mai risolto) è la definizione di CURA: ad ogni incontro affrontavamo un passaggio sul significato, perché ognuna di noi aveva/ha un proprio vissuto e una propria sensibilità rispetto alla CURA.

CURA ha quindi diverse chiavi di lettura, medica, psicologica, affettiva, familiare, sociologica, politica, e di volta in volta ci siamo immerse in un tentativo di definirne l'ambito, per noi, per le donne del gruppo, per poi farne un qualcosa di collettivo, di utile al di fuori di noi.

Ma, proprio perché – pur essendoci una certa omogeneità nel gruppo, culturale, generazionale, politica ... - ognuna ha poi riempito del suo significato il concetto di CURA, non ne siamo venute a capo, perché non era nei nostri obiettivi fare la TRECCANI del CONCETTO DI CURA.

Ho trovato questo fenomeno molto pirandelliano: abbiamo parlato per ore, ma ognuna riferendosi a sé (credo inconsapevolmente) e alla fine credo abbiamo chiuso con un "irrisolto".



Senza contare le sfaccettature del dare e del ricevere “cura”, che rendono ancora più complessa la questione, e i “pubblici” a cui si da o da cui si riceve la “cura”.... La famiglia di provenienza? La famiglia da adulte? Un lavoro nel sociale? Fare il medico o la sindacalista?

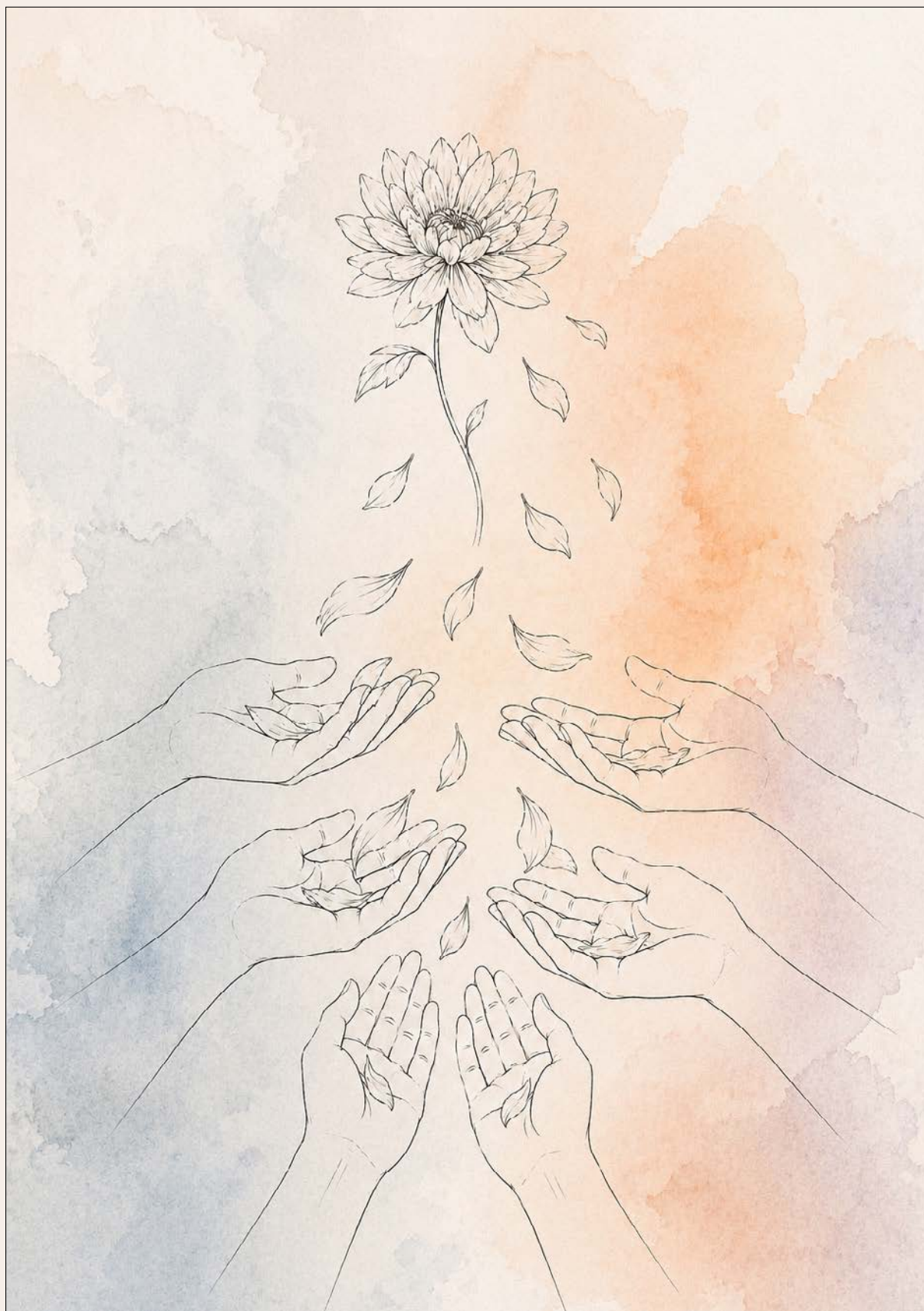
Enaturalmente, diversi vissuti, diverse esperienze, diversa sofferenza... perché dietro alla presenza o all'assenza della cura c'è il mal/essere, che ha portato a qualche abbandono (certe cose muovono la “pancia”, siano ricordi o illusioni, non si possono agevolmente affrontare collettivamente e in video conferenza).

La criticità più grande però che ho personalmente vissuto è relativa al senso, all'uso futuro ed eventuale del nostro lavoro: è proprio relativa al nostro essere un gruppo di donne piuttosto omogeneo. La domanda che mi facevo ad ogni incontro era: ma un gruppo di donne di estrazione sociale diversa, cultura diversa, condizione economica diversa dalla nostra, affronterebbe il tema con lo stesso approccio? Un gruppo di ragazze? Un gruppo di donne adulte, acrobate del doppio ruolo, professionale e domestico? Si può veramente definire un paradigma?

Se fossimo giunte, se giungerai con Eugenia, ad una sintesi dei nostri incontri, valuta la possibilità di avere – magari brevi – riscontri con persone diverse da noi, a cui sottoporre magari un questionario sulle opinioni (secondo Lei, è vero o falso che ...), oppure sulla misura degli atteggiamenti (p.es.: La cura è una caratteristica soprattutto delle donne – sono completamente d'accordo/sono abbastanza d'accordo/non ho una opinione/non sono d'accordo/non sono assolutamente d'accordo).

Cara Myriam, è stato un piacere e un privilegio lavorare con te e con tutte le persone meravigliose e sensibili del nostro gruppo, ti abbraccio forte e spero di incontrarti presto

Serena



**Hanno collaborato: Hanno collaborato: Myriam Bergamasci, Serena
Bontempelli, Paola Brivio, Luciana Montagnani,
Eugenia Omodei Zorini, Lucilla Tedeschi**