

Quaderno n.25 / 2015 Supplemento: La grande vecchiaia

di Aurora Minetti e Antonio Censi | 11 Settembre 2015

Introduzione: La vera vecchiaia

di Aurora Minetti e Antonio Censi | 05 Settembre 2015 | In: [Quaderno n.25 / 2015 Supplemento](#)

Il discorso sulla vecchiaia è da sempre caratterizzato da una profonda incertezza terminologica. Termini quali persone anziane, vecchi, terza età, quarta età, pensionati, senior, si confondono, si sovrappongono o si oppongono (Caradec,2008). Nel corso del tempo può accadere che un termine assuma un significato opposto a quello originario. E' il caso di "terza età" che, adottato negli anni 60, in alternativa al termine "pensionato", per proporre una concezione ottimistica e attivistica della vecchiaia, ha assunto nel giro di pochi decenni una connotazione negativa, soprattutto fra le generazioni più giovani (Laslett,1994). Anche la difficoltà di stabilire una soglia di accesso condivisa alla vecchiaia, che alcune categorizzazioni statistiche fissano a 60 anni, mentre altre la elevano a 65, conferma questa incertezza. La varietà e la vaghezza terminologica denotano un'esitazione ed un'ambivalenza simile a quella che circonda i discorsi sulla morte. Il ricorso a circonlocuzioni o a espressioni eccessivamente ottimistiche o pessimistiche sembra rivelare sia il disagio che proviamo di fronte a una condizione che non abbiamo ancora imparato a padroneggiare (Laslett,1994), sia la rimozione di una condizione caratterizzata da aspetti prevalentemente indesiderabili e poco inclini a soddisfare un'immagine di sé fortemente incentrata sulla piacevolezza. Un'analisi più approfondita della storia plurisecolare della vecchiaia ci mostra come la società, al di sotto dell'incertezza che caratterizza il discorso attuale, ha sempre operato una chiara distinzione tra i due aspetti principali che configurano questa fase della vita.

Già nel XVII secolo i manuali sanitari e i dizionari distinguevano due stagioni nella vecchiaia: la vecchiaia "verde" e "l'età decrepita".

Le rappresentazioni contemporanee della vecchiaia sono ancora organizzate intorno a questi due poli. Il primo rinvia all'immagine del "pensionato attivo", il secondo a quello della "persona anziana dipendente". Queste due rappresentazioni propongono un'ulteriore ripartizione della vecchiaia: quella della "terza età" o, come viene definita oggi, dei "senior" e quella della "quarta età" o della "dipendenza".

Essendosi andata configurando la prima di queste due fasi come una negazione della vecchiaia, in quanto rappresenta una sorta di prolungamento della vita adulta e di tempo dedicato all'arricchimento di sé, è logicamente la seconda ad essere oggi considerata la vera vecchiaia. E' solo in quest'ultima fase della vita che si manifesta la rapida e inarrestabile espansione delle malattie e delle disabilità.

Le rappresentazioni danno spesso un'immagine parziale e deformata della realtà. Convergenndo su due tipologie particolari di persone anziane la rappresentazione bipolare tende a lasciare in ombra le differenze che esistono al loro interno. Così come fa credere che tutti i giovani pensionati rispondano all'immagine dei senior impegnati nella vita associativa, così fa credere che i grandi anziani, le persone ultraottantenni, siano tutte dipendenti e pongano problemi di "presa in carico". E' vero che le persone anziane dipendenti si concentrano soprattutto fra la popolazione ultraottantenne, ma una certa quota di persone dipendenti è presente anche nella fascia di età fra i 65 e gli 80 anni.

Per quanto difettosa la rappresentazione dicotomica si presta bene a descrivere lo scenario sociale e le conseguenze contraddittorie che l'invecchiamento demografico ha prodotto all'interno dei paesi occidentali.

Dall'inizio del novecento a oggi nei paesi ricchi la speranza di vita è aumentata di 40 anni, passando nel breve giro di un secolo da 40 a 80 anni, dilatando notevolmente la durata della vecchiaia (Livi-Bacci,2009). Insieme all'allungamento del tempo di vita a disposizione di ogni persona è cresciuta la porzione di tempo che ogni individuo può vivere in condizioni di buona salute. Non si è invece ridotto il periodo di tempo che si vive in condizioni di grave disabilità nella fase finale della vita. L'ipotesi ottimistica di una "compressione della morbilità", elaborata negli anni ottanta da James Fries, che prevedeva la possibilità di condurre un vita in piena salute fino a pochi mesi prima di morire, è stata smentita dai risultati di ricerche recenti che hanno dimostrato un allungamento del periodo di sopravvivenza in condizioni di disabilità¹. Secondo questi studi i fattori comportamentali e ambientali in grado di ridurre i rischi di malattie mortali non modificano l'insorgenza o lo sviluppo di molte patologie associate all'invecchiamento. Un ulteriore aumento dei tassi di sopravvivenza in età avanzata potrebbe determinare perciò un incremento delle malattie invalidanti legate all'invecchiamento. Ciò significa che sul piano individuale la longevità comporta un costo poiché si è costretti ad accettare una salute peggiore in cambio di una vita più lunga. Lo stesso avviene sul piano sociale dove il compiacimento per lo straordinario incremento della longevità è parallelamente accompagnato dalla preoccupazione derivante dalla lievitazione dei costi necessari a produrre servizi e a garantire i farmaci necessari, destinati a una quota crescente di popolazione in condizioni di disabilità. Fenomeno che rappresenta un potenziale fattore di destabilizzazione economica e sociale, nella misura in cui mette a dura prova i sistemi di solidarietà

pubblica e privata.

Quest'allarmante prospettiva pone la nostra società di fronte a un dilemma etico che nasce dalla constatazione sempre più evidente che l'obiettivo di ritardare la morte attraverso nuove tecnologie e nuove terapie può avere l'effetto indesiderato di accelerare l'invecchiamento della popolazione, estendendo la frequenza e la durata dei periodi di infermità, senza poter contribuire a una riduzione delle sofferenze e al miglioramento della qualità della vita.

Se si può realisticamente prevedere che i progressi della biologia molecolare consentiranno di allungare ulteriormente la durata della vita², la possibilità di rallentare i processi di senescenza rimane argomento di congetture e discussioni.

Risulta perciò sempre più evidente che il principale avversario delle nostre società non è più la morte ma la minaccia costituita dalle malattie invalidanti.

Proiezioni recenti prevedono che le donne delle società occidentali possano attendersi di passare anche un quarto della loro vita in condizioni di invalidità³.

I due problemi più importanti che deve fronteggiare una società fortemente invecchiata sono la solidità finanziaria dei programmi di previdenza sociale e di assistenza sanitaria per gli anziani e il finanziamento del servizio sanitario pubblico. In tutti i paesi occidentali i programmi di previdenza sociale sono stati impostati in un'epoca in cui esisteva un basso tasso di invecchiamento. La struttura per età della popolazione aveva un andamento piramidale e la speranza di vita era inferiore a 60 anni. Oggi i beneficiari di quei programmi sono molto più numerosi e longevi di quanto si prevedesse in origine. Essendo l'aumento della popolazione in età molto avanzata e in condizioni di disabilità divenuto da prospettiva a dato di fatto, è assai probabile che questi programmi siano destinati ad essere rivisti entro il 2020 (Olshansky, Carnes, Cassel, 1993). Analoghe considerazioni valgono per la Sanità Pubblica. Una più lunga sopravvivenza in età avanzata inciderà sia sulla spesa sanitaria riguardante la cura delle malattie acute sia sulla spesa relativa ai servizi di lungodegenza per persone affette da malattie croniche e degenerative.

Questo preoccupante scenario spiega perché il dibattito internazionale intorno ai temi della vecchiaia dipendente sia quasi interamente assorbito dal problema di elaborare previsioni attendibili intorno alla quantità di servizi sanitari e sociali necessari a rispondere ai bisogni di questa fascia di popolazione, a valutarne i costi e a definire i criteri della loro ripartizione tra i soggetti pubblici e privati tenuti a sostenerne la spesa. Quest'orientamento ha lasciato in ombra un aspetto del problema di non trascurabile importanza. Le persone anziane dipendenti hanno ormai raggiunto una consistenza numerica ragguardevole. In Italia gli anziani dipendenti che nel 2005 erano 2.349.210 saliranno a 3.569.210 del 2025⁴.

Si tratta di un gruppo sociale che non può essere considerato esclusivamente come destinatario di servizi socio sanitari, ma che, al pari di tutti gli altri gruppi sociali, è titolare di diritti di partecipazione, cittadinanza, inclusione. Diritti che una visione economicistica della vecchiaia dipendente tende a comprimere o negare. Su questo terreno si manifesta il ritardo della ricerca sociologica. A fronte di una mole notevole di studi sulle condizioni di salute e sulla domanda di servizi sanitari, scarseggiano le ricerche sociali volte a analizzare le condizioni di vita e a rilevare la molteplicità dei bisogni e delle aspettative espressi da una fascia di popolazione che, come abbiamo visto, ha ormai assunto dimensioni socialmente rilevanti. Mancano soprattutto gli studi sull'esperienza della non autosufficienza affrontata dal punto di vista della persona che invecchia, sia che viva a domicilio sia che viva in un'istituzione. Sul ritardo della ricerca sociale pesa la scarsa propensione a condurre indagini di tipo qualitativo o di taglio etnografico, che potrebbero dare invece un contributo importante alla conoscenza di coloro che abitano e agiscono all'interno dei contesti di vita e di cura in cui sono inserite le persone anziane dipendenti. E' un peccato perché le poche ricerche finora condotte mettono in evidenza che fra gli anziani non autosufficienti è largamente diffusa l'aspettativa di continuare ad essere considerati, indipendentemente dalle più o meno compromesse condizioni di salute, persone a pieno titolo (Cohn, Sugar, 1991). Una rassegna degli orientamenti teorici e pratici sviluppati dalla sociologia in questo campo può contribuire alla riformulazione del problema della vecchiaia dipendente nei termini di un riequilibrio tra le esigenze di chi è chiamato a provvedere alle cure e all'assistenza e le aspettative di chi ne fruisce.

Aurora Minetti – Sociologa, Dottore di ricerca in Scienze della Comunicazione, già Assegnista di ricerca presso l'Università degli studi di Bergamo (con la collaborazione di Antonio Censi – Sociologo, già Direttore sociale della Residenza per anziani "il Gleno" di Bergamo)

1) Secondo i risultati di una ricerca condotta in Gran Bretagna, gli anni di vita in cattiva salute, nel periodo 1981-2001, sono passati da 6,5 a 8,7 fra gli uomini e da 10,1 a 11,6 per le donne, K.Hébert, Life expectancy in Great Britain rises, but later years are still spent in poor health, BMJ 2004, 329:250 (31 July).

2) L'ISTAT prevede che tra il 2010 e il 2050 la speranza di vita crescerà di altri 5 anni, raggiungendo i 90 anni per le donne e gli 85 per gli uomini. Cit. in L.Einaudi, Quanti siamo? Invecchiamento e popolazione, In Aspenia, n.4, 2009.

3) Le ipotesi sono state elaborate da un gruppo internazionale di scienziati riunito dal governo francese sotto la direzione del demografo Jean-Marie Robine (INSERM). cit. in S.J.Olshansky. B.A. Carnes, C.K.Cassel (1993).

4) Secondo un'elaborazione Censis su dati ISTAT/ASSR, in Censis, Analisi comparativa dei principali servizi per gli anziani non autosufficienti, Roma, luglio 2005.

Dimensioni e composizione sociale della popolazione anziana dipendente in Italia

La ricerca sociologica ha manifestato, fino ad oggi, un interesse limitato nei confronti della popolazione anziana dipendente. Uniformandosi agli orientamenti delle politiche sociali rivolte a questa fascia di popolazione, la maggior parte delle ricerche sociali su questo terreno si è limitata a quantificare le dimensioni del fenomeno, ad analizzare la sua distribuzione sul territorio, a rilevare la consistenza delle risorse economiche, familiari e abitative, di cui i soggetti dispongono per fronteggiare la condizione di dipendenza. Le ricerche intorno ai fenomeni sopra elencati non sono certamente inutili perché, in un momento di crisi dei sistemi di welfare, contribuiscono a individuare le fasce di popolazione più a rischio, a verificare la tenuta delle reti di solidarietà pubblica e privata all'interno delle quali si colloca l'anziano dipendente e a distribuire equamente i costi della sua assistenza fra soggetti pubblici e privati. Ma senza una più ampia analisi delle concrete condizioni di vita della persona anziana dipendente all'interno della famiglia o delle istituzioni, delle relazioni che essa intrattiene con le altre generazioni all'interno della società, delle possibilità che le sono riconosciute di esercitare i diritti di cittadinanza e di fruire dei sistemi di tutela e di protezione richiesti dal suo stato di fragilità, delle aspettative nei confronti dei servizi che le sono destinati, si rischia di assecondare, sia pure involontariamente, politiche sociali discriminatorie ed emarginanti.

Inspiegabilmente trascurate appaiono le ricerche condotte in una prospettiva longitudinale che potrebbero contribuire a metter in rilievo le profonde differenze che esistono sul piano della scolarità, del reddito, degli stili di vita, dei valori di riferimento tra le varie generazioni di persone anziane dipendenti che si succedono sulla scena pubblica.

Sul ritardo della ricerca sociologica pesano anche le difficoltà metodologiche derivanti dalle caratteristiche di questi soggetti sociali, difficilmente raggiungibili, in quanto confinati in famiglia o in istituzione, o non intervistabili, a causa delle loro condizioni di salute fisica e psichica.

Questo ritardo è aggravato dal fatto che, a differenza di altri Paesi europei, non esiste in l'Italia un istituto pubblico che tratti esclusivamente le tematiche relative alla popolazione anziana raccogliendo ed elaborando dati riguardanti i diversi aspetti delle sue condizioni di vita.

I dati "istituzionali", raccolti in base a precise direttive di legge o specifiche competenze da enti quali l'ISTAT e altri organi dell'apparato statale, sono rilevati attraverso procedure non omogenee e prestano una disomogenea attenzione alla loro qualità rendendo in questo modo difficile la loro comparazione (Facchini, 2001).

Ancora scarsamente diffuso è l'orientamento ad aggregare i dati demografici tenendo conto delle sempre più evidenti differenze che, all'interno della popolazione anziana, intercorrono tra i cosiddetti "senior" (65-79 anni) e i "grandi anziani" (over 80). I pochi dati disponibili, disaggregati per fasce di età all'interno della popolazione anziana, forniti dalle fonti statistiche "istituzionali", accorpano generalmente i dati in base a una classificazione statistica fondata sulla bipartizione tra 66-75enni e over 75enni.

In assenza di analisi sociologiche mirate è tuttavia possibile delineare alcuni tratti distintivi di questa fascia di popolazione ricorrendo ad altre fonti, come ad esempio i risultati della ricerca che il Centro di Analisi delle Politiche Pubbliche (CAAP) ha condotto nel 2004 attingendo ai dati dell'indagine multiscopo dell'Istat incrociati con i dati dell'indagine della Banca d'Italia sulle condizioni economiche delle famiglie italiane.

I dati conducono a una ricognizione del fenomeno della non autosufficienza in Italia con riferimento alla sua composizione per condizioni di disabilità, alla sua distribuzione territoriale, alle condizioni

familiari ed economiche. La ricerca ha preso in considerazione la popolazione non autosufficiente dai 6 anni di età in avanti. Noi ci soffermeremo in particolare su quelli che riguardano le persone anziane (over 65enni).

La condizione di non autosufficienza è stata rilevata secondo il noto criterio di classificazione internazionale basato sulle *Activities of Daily Living* (ADL) mancanti. La condizione di disabilità risulta di gravità crescente al passare da 1 ADL mancante (lieve), a 2 ADL mancanti (media), a 3 ADL mancanti (grave).

Le persone non autosufficienti dai 6 anni di età in su ammontano a 2.623.227, il 73% dei quali (1.914.754) è in età anziana. Poco più della metà delle persone non autosufficienti (1.470.468 - 56.0%) è ancora in grado di fruire dell'ambiente extradomestico, mentre nel 44% dei casi (1.152.759 persone) risulta confinata in casa. Fra queste ultime le persone anziane ammontano a 883.978. Confrontando il loro grado di disabilità notiamo che il 9.8% presenta un grado di disabilità lieve (1 ADL mancante), il 12.6% un grado di disabilità media (2 ADL mancanti), il 34.3% un grado di disabilità grave (3 ADL mancanti), il 43.3% è "costretta in poltrona o a letto".

Il confronto tra la fascia di età 66-75 anni e quella degli over 75enni mette in evidenza una maggiore incidenza della condizione di dipendenza fra questi ultimi. Le persone "costrette in casa" appartenenti alla

fascia di età 66-75 anni rappresentano il 25.1% a fronte del 74.9% degli over 75enni; fra le persone che presentano un livello di disabilità grave (3 ADL mancanti) gli appartenenti alla fascia di età 66-75 anni rappresentano il 22.2% mentre fra gli over 75enni ammontano al 77.8%; fra le persone costrette in poltrona o a letto il 22.2% è rappresentato dalla fascia di età 66-75 anni mentre fra gli over 75enni la percentuale sale al 77.8%.

I dati sulla distribuzione dei non autosufficienti in relazione all'ampiezza del nucleo familiare di appartenenza rivelano che più di 28 non autosufficienti su 100 vivono da soli e 35 su 100 vivono in nuclei familiari di due persone (nella maggioranza dei casi con il coniuge).

L'analisi del nesso solitudine-disabilità evidenzia che il 15% delle persone che vivono sole presenta una qualche forma di disabilità e il 7% è costretto in casa.

Tra le coorti più attempate (over 75enni), quelle dove è più diffuso il rischio di non autosufficienza, la famiglia unipersonale raggiunge il 36%. Fra gli over 75enni ammonta al 43% la quota di coloro che, oltre a vivere soli, non dispongono di alcuna rete di sostegno, vuoi per la mancanza di figli, vuoi per la loro lontananza o indisponibilità (IRES,2007).

L'incrocio tra lo stato civile e la condizione familiare di residenza, consente di tracciare una distinzione tra quelle che sono state chiamate le «famiglie *di* o *con* anziani». Questo incrocio, muovendo dal dato che poco meno di due terzi degli over 65enni continuano ad avere un coniuge convivente, mentre la restante parte è *single* (in quanto vedovo/a, celibe/nubile, separato/a o divorziato/a), consente di distinguere tre «stati di famiglia»:

- le *famiglie di anziani*, cioè quelle composte da tutti membri ultra 65enni (37,5%), per lo più basate sulla coppia di coniugi anziani conviventi;
- le *famiglie con anziani*, in cui si ritrova la coabitazione di uno o più figli con la coppia di genitori anziani (20,8%), oppure di un/a anziano/a rimasto solo con i figli e la loro eventuale famiglia (18,1%);
- gli *anziani che vivono soli* (23,6%).

Prendendo in considerazione la situazione economica in cui versano i non autosufficienti,

la loro distribuzione in relazione alla ripartizione della popolazione italiana per decili di reddito pro-capite equivalente (il reddito del nucleo familiare è ripartito sul numero dei componenti pesato per la scala di equivalenza ISEE) mostra un certo addensamento dei non autosufficienti sui primi

tre decili, quelli cioè a reddito più basso. In altri termini, fra i disabili più poveri (30%) poco meno della metà (42%) è rappresentata da persone anziane. Si registra una certa concentrazione di non autosufficienti sui redditi bassi, anche se il fenomeno della non autosufficienza riguarda comunque tutta la popolazione, compresa quella a reddito alto.

Scomponendo la distribuzione dei disabili sui decili di reddito pro-capite equivalente in base all'età, distinguendo tra soggetti «non anziani» (meno di 65 anni di età) e soggetti «anziani» (a partire dai 65 anni di età), si rileva che la concentrazione di disabili nei decili più bassi riguarda soprattutto gli anziani, mentre i disabili «non anziani» si distribuiscono in modo abbastanza regolare su tutti i decili (CAAP, 2004).

Non va dimenticato che la maggioranza degli anziani dipendenti è rappresentata da vedove la cui situazione economica è molto più precaria di quella dei coetanei maschi per varie ragioni: molte sono titolari della sola pensione di reversibilità (più bassa perciò di quella percepita dal marito quando era in vita); altre sono prive di pensione in quanto mai entrate nel mondo del lavoro; altre ancora percepiscono pensioni inadeguate (per aver lavorato pochi anni, poiché impegnate nella gestione della famiglia o per aver occupato posizioni meno retribuite e ai livelli medio/bassi della gerarchia organizzativa) (Townsend,1981).

In sintesi, la distribuzione dei non autosufficienti per livelli di reddito mette in evidenza che, pur essendo presente anche nelle fasce medie e alte, si concentra soprattutto fra gli anziani più poveri. L'andamento lievemente decrescente della distribuzione dei non autosufficienti che si registra ai livelli più elevati di reddito, si può spiegare con il fatto che in questa fascia di popolazione sono più diffusi stili di vita personali e livelli di istruzione più funzionali al mantenimento di un soddisfacente stato di salute.

Fra i 345.093 anziani ospiti nelle strutture residenziali nel 2005 gli anziani non autosufficienti rappresentano il 70.3%. L'analisi delle caratteristiche anagrafiche rivela una riduzione costante degli anziani con meno di 75 anni di età, che in soli cinque anni sono passati dal 18,4% del 2000 al 13,7% del 2005, mentre gli ultraottantenni sono costantemente aumentati fino a raggiungere oltre i due terzi (68,8%) degli ospiti. Stabile e largamente maggioritario è il numero delle donne che, nel 2005, costituivano il 76,4% del totale, a prova di una maggiore longevità e di un maggior rischio di vedovanza e di istituzionalizzazione rispetto ai maschi che, disponendo generalmente del supporto di mogli più giovani, possono permanere più a lungo in famiglia.

L'ospite-tipo di una struttura residenziale è dunque ben definito: si tratta di una donna ultraottantenne non autosufficiente.

Il 56,5% del totale degli anziani ospitati paga interamente (anche con l'aiuto della famiglia) i costi del soggiorno che generalmente superano i 1.000 euro al mese; mentre il 35,5% paga solo una parte dei costi versando generalmente somme inferiori ai 1.000 euro mensili. Il restante 8% non paga nulla perché non ha mezzi sufficienti.

Prendendo in considerazione le singole strutture è possibile evidenziare che il Servizio sanitario si fa carico della spesa per il 52,5% nelle RSA, per il 42,2% nelle residenze sociosanitarie e per il 26% della spesa nelle residenze assistenziali a cui corrisponde un crescente onere a carico dell'assistito rispettivamente del 39,6%, del 48,6% e del 60,8%.

I Comuni intervengono o per pagare interamente le rette di coloro che non hanno risorse economiche (il 7,7% dei ricoverati) o per integrare le rette di coloro le cui risorse non sono sufficienti. Nel complesso i Comuni contribuiscono al pagamento della retta nel 43,5% dei casi con importi che nella stragrande maggioranza non superano i 1.000 euro mensili.

Rispetto all'Europa, l'Italia si colloca tra le Regioni con il più basso numero di anziani ricoverati nelle strutture residenziali, superiore solo alla Grecia. Nell'Unione europea (dei quindici) la media non ponderata degli anziani ospitati nelle strutture residenziali è del 5,1%. Si registra però una tendenza dei paesi del centro e nord Europa (Belgio, Svezia, Olanda, Francia) a collocarsi al di sopra del 6% ed una corrispondente tendenza dei paesi del sud d'Europa (Grecia, Italia, Spagna) a collocarsi ad un livello di sviluppo della residenzialità collettiva per anziani pari o inferiore al 4,0%.

In Italia, il contenimento della istituzionalizzazione è dovuto soprattutto al fenomeno delle assistenti familiari ("badanti") che ha permesso a migliaia di anziani non autosufficienti di rimanere al proprio domicilio. Parliamo di numeri straordinari. Infatti, sono state stimate in 760.000 circa le assistenti familiari che si occupano di non autosufficienti, quasi tutti anziani (Di Rosa, Melchiorre, Lamura, 2010). Più del doppio degli anziani ospitati nelle strutture residenziali. Il successo di questa soluzione assistenziale è dovuto alla possibilità di convivenza dell'assistente familiare con l'anziano, alla flessibilità del lavoro e anche a un costo sicuramente competitivo con le strutture residenziali (tanto più in un mercato irregolare).

In questo quadro a tinte contrastanti, le famiglie continuano a farsi carico della metà (47%) delle spese per l'assistenza residenziale, mentre il Servizio Sanitario Nazionale fornisce un contributo ancora insufficiente creando una situazione economicamente insostenibile se si considera che, nella maggior parte dei casi, le rette di degenza superano l'importo delle pensioni degli anziani ricoverati.

I tratti distintivi della popolazione anziana dipendente italiana possono essere così riassunti:

- a. I livelli di disabilità grave e l'immobilità in poltrona o a letto si concentrano sulle fasce di età più avanzata (over 75enni) con un incidenza di tre volte superiore a quella che si registra nella fascia di età 66 e 75 anni;
- b. Le persone anziane dipendenti sono in larghissima parte donne;
- c. La condizione di dipendenza è spesso associata a una situazione di isolamento familiare e sociale;
- d. Il numero di persone che non dispongono di un reddito adeguato a fronteggiare i problemi posti dal peggioramento delle condizioni di salute e dalla perdita dell'autonomia fisica e funzionale è molto elevato;
- e. Il ricovero in una struttura per anziani, le cui rette sono nettamente superiori all'ammontare delle pensioni, rafforza la dipendenza economica dell'anziano dalla famiglia e dallo stato.

Il peggioramento delle condizioni di salute e l'aumento delle disabilità si manifestano in un contesto di fragilità sociale all'interno del quale la persona, disponendo raramente delle risorse materiali e relazionali necessarie a fronteggiarli, si trova esposta a una molteplicità di svantaggi che si accumulano (*svantaggio cumulativo*-Rosenmayr, 1984) e che facilitano processi di emarginazione e di esclusione sociale.

Parte prima: La (de)costruzione sociale della vecchiaia dipendente

di Aurora Minetti e Antonio Censi | 05 Settembre 2015 | In: *Quaderno n.25 / 2015 Supplemento*

La sociologia ha tardato ad occuparsi della vecchiaia. Il concetto di età ha mantenuto a lungo un posto marginale rispetto alle sue preoccupazioni originarie che, alla fine del diciottesimo secolo, si concentravano sui problemi posti dalla rivoluzione industriale e dallo sviluppo delle società democratiche. *L'homo sociologicus* (Dahrendorf,1989) era definito innanzitutto per la sua appartenenza sociale e la sua età era considerata una caratteristica secondaria.

Parafrasando Pierre Bourdieu si potrebbe affermare che, per la sociologia, la vecchiaia, non diversamente dalla giovinezza, è rimasta a lungo "nient'altro che una parola" utilizzata per "sussumere sotto un medesimo concetto degli universi sociali che non hanno praticamente nulla in comune" (Bourdieu,1984).

Nel discorso pubblico la parola "invecchiamento" indica quasi sempre che una persona, una cosa, un'idea hanno perso, per l'azione del tempo, freschezza, vigore, funzionalità, e che per questa ragione siano da ritenersi superati. In questo modo si contribuisce ad attribuire a tutte le persone qualificate come "vecchie" tutti i deficit di performance umana o meccanica che corrispondono allo stereotipo dell'invecchiamento: fragilità fisica, cattivo stato di salute, capacità intellettuali ridotte, stato di dipendenza, povertà, incapacità di imparare cose nuove, diminuzione della libido.

Questi stereotipi, pur essendo largamente erronei, vengono ancora oggi utilizzati per giustificare forme di discriminazione nei confronti degli anziani. Nei paesi anglosassoni per definire questa visione stereotipata della vecchiaia, in analogia a termini quali "sexism" o "racism", è stato coniato il termine "ageism". Anche se l'aumento del numero di persone anziane dipendenti rappresenta una dolorosa realtà, i dati della ricerca ci dimostrano che esiste un ampio ventaglio di modi di essere vecchi (Johnson,2001).

Tornando al concetto di età, esso negli anni ha sofferto anche di un pregiudizio: in quanto caratteristica fortemente condizionata dalla dimensione biologica, è apparso spesso troppo poco sociale rimanendo trascurato da una sociologia che ai suoi albori si mostrava ansiosa di delimitare il proprio territorio disciplinare. Gli aspetti fisici, mentali e sociali dell'invecchiamento venivano spiegati come naturali e inevitabili, mentre si ignorava, ad esempio, il problema dell'abbassamento di *status* delle persone anziane, accettando la dominante visione economicistico-utilitaristica che le poneva in una situazione di disuguaglianza (De Simone,1997) rispetto agli altri membri della società (Townsend,1981).

Solo dopo la fine della seconda guerra mondiale, soprattutto negli ultimi quarant'anni, la vecchiaia e l'invecchiamento sono diventati un degno oggetto di studio per la sociologia. Tale cambiamento di orientamento è stato certamente influenzato dal costante aumento della popolazione anziana, ma soprattutto dal conseguente sviluppo di politiche pubbliche ad essa destinate. Sono queste ultime a formare (insieme alla politica sociale in materia di occupazione, salari, fisco, trasporti, pianificazione urbana rivolta alla globalità della popolazione) la pubblica coscienza sui significati dell'invecchiamento e della vecchiaia e a influenzare indirettamente la situazione e lo standard di vita delle persone anziane.

L'indebolimento della visione classista della società ha spinto la sociologia contemporanea a ridimensionare l'importanza dell'appartenenza sociale come esclusiva caratteristica personale da prendere in considerazione. Negli ultimi decenni, la ricerca sociologica, dopo aver privilegiato a lungo l'analisi dei fatti sociali (Durkheim,1996) e delle strutture sociali, ha esteso il suo interesse agli studi micro sociologici rendendo così possibile una maggiore conoscenza delle caratteristiche dell'invecchiamento individuale.

Uno degli aspetti più significativi dell'invecchiamento demografico è la rapida espansione del numero di persone anziane in condizione di dipendenza.¹

La parola *dipendenza* ha iniziato la sua ascesa negli anni '70 divenendo l'attributo specifico della "vecchiaia con problemi", considerata come un fardello per la famiglia e per la società, ma anche come una categoria sociale i cui membri rischiano di non essere considerati soggetti a pieno titolo poiché non più autonomi a causa della incapacità di governare da soli la loro vita quotidiana.²

Nonostante le conseguenze dell'allungamento della durata della vita potessero essere previste con qualche decennio di anticipo, fu solo verso la metà degli anni '70 che il fenomeno dell'aumento vertiginoso delle persone anziane dipendenti cominciò a manifestarsi in tutta la sua drammatica evidenza. Così, colti di sorpresa, gran parte dei Paesi interessati da questo fenomeno si trovarono nella necessità di elaborare previsioni (Colombo, Ronzitti,2007) attendibili intorno all'impatto che l'aumento di persone anziane dipendenti avrebbe avuto sull'incremento della domanda di servizi sanitari ed assistenziali.

Se si pensa che una persona dipendente costa da 1,5 a 2 volte più di una persona della stessa età in buona salute; che il costo annuale di una persona demente può raggiungere i 50.000 euro; che il 10% dei pazienti (in larga maggioranza anziani) assorbe da solo il 70% della spesa sanitaria (Pellissier,2007), si possono comprendere le preoccupazioni delle istituzioni chiamate ad affrontare un fenomeno che, sul piano pubblico ha assunto, fin dal suo primo apparire, le caratteristiche di una vera emergenza sociale (Guidicini, Pieretti, Bergamaschi,2000). Sulla base delle proiezioni demografiche, la dilatazione della

spesa necessaria per garantire a questa fascia di popolazione cure ed assistenza minaccia di compromettere la tenuta finanziaria del nostro sistema di *welfare* (Callahan,1995).

Nel dibattito pubblico i costi causati dall'invecchiamento avanzato vengono presentati con metafore a forte caratterizzazione catastrofica ("bomba demografica", "peste bianca", "marea grigia") che finiscono con il rafforzare l'idea che questa fascia di popolazione rappresenti un peso sociale insostenibile. In una prospettiva economicistica, infatti, gli anziani non autosufficienti rientrano in quel fenomeno della "sovrappopolazione" che comprende proprio quei soggetti che oltre a non contribuire *al funzionamento senza intoppi dell'economia, rendono molto più difficile il raggiungimento – per non dire l'aumento – dei parametri in base ai quali se ne misura e se ne valuta il buon funzionamento. Il numero di queste persone sembra aumentare in maniera incontrollabile, provocando la crescita incessante delle spese, ma non dei guadagni* (Bauman,2005).

Improduttivi e costosi, gli anziani dipendenti rientrano a pieno titolo nella categoria degli "inutili", subendo il medesimo etichettamento (Goffman,2003) che, prima del XVI secolo, veniva applicato ai poveri, ai vagabondi e agli impotenti senza distinzione di età (Blois,2002).

Fra gli studiosi che si stanno occupando di questo fenomeno vi è chi sostiene che l'approccio economicistico alla condizione di dipendenza degli anziani possa riattualizzare problemi che le nostre società pensavano di aver risolto definitivamente al termine del secondo conflitto mondiale (Habermas 2002). Jérôme Pellissier osserva, ad esempio, che anche i programmi eugenetici del nazismo avevano fatto ricorso a forti motivazioni economicistiche per poter essere sostenuti di fronte all'opinione pubblica. Nella loro versione più radicale, le teorie eugenetiche tedesche elaborate all'inizio degli anni '20 e attuate nel corso della seconda guerra mondiale, giungevano a giustificare il diritto alla soppressione di «persone mentalmente morte», «gusci vuoti di esseri umani»: termini che vennero sintetizzati nell'espressione «vite indegne di vita» oppure «vite indegne di essere vissute» (Pellissier,2007).

Peter Laslett, insigne studioso di demografia storica, ci segnala che posizioni analoghe nei confronti delle persone molto anziane si erano affacciate alcuni decenni prima dell'avvento del nazismo anche in ambienti della medicina accademica. Nel 1906 William Osler, forse il medico più eminente della sua generazione in Gran Bretagna e negli Stati Uniti, in un discorso pronunciato in occasione dell'assunzione della cattedra di Regius Professor of Medicine a Oxford, espresse sentimenti di totale ostilità verso le persone molto anziane la cui "serena dipartita per mezzo del cloroformio poteva essere la cosa più desiderabile per tutti" (Laslett,1992).

Se non è sostenibile, per il momento, un'infausta replica dei programmi di soppressione delle vite "indegne di essere vissute", il riemergere di forme di intolleranza e di aggressività diffusa nei confronti di varie espressioni di diversità (Callari Galli, Ceruti, Pievani,1998), presenti nelle nostre società, dovrebbe almeno indurci a non dimenticare il monito che Primo Levi ci aveva indirizzato nel suo ultimo scritto: "ciò che è accaduto può ritornare, le coscienze possono nuovamente essere sedotte e oscurate: anche le nostre" (Levi,1986).

Ciò non esclude tuttavia che già oggi nei confronti degli anziani dipendenti possano essere messe in atto misure capaci di produrre condizioni che impediscono loro di continuare a svolgere una vita dignitosa. La lentezza con cui i governi deliberano piani di finanziamento dei servizi sociali e sanitari, l'esclusione delle persone al di sopra di una certa fascia di età dalla fruizioni di prestazioni sanitarie, l'inadeguatezza della medicina di base e dell'assistenza ospedaliera ai bisogni dei malati molto anziani, l'indebolimento delle forme di tutela dei diritti di cittadinanza, la tolleranza verso forme di violenza, abuso, maltrattamento, l'indifferenza o la debole reazione di fronte a fenomeni di rilevanza catastrofica come i quindicimila decessi (cinque volte i morti dell'attentato alle Torri Gemelle) causati fra gli anziani non autosufficienti dei Paesi europei dell'area mediterranea dall'ondata di caldo dell'estate del 2003, sono tutti segnali che sembrano inviare agli anziani non autosufficienti un messaggio poco confortante: "Non volete morire... Bene, vi si lascerà vivere. Al minimo. Nessuno omicidio fisico. Solo omicidi sociali, psichici, simbolici" (Pellissier,2007). Stiamo già assistendo, secondo Pellissier, a una forma di "eutanasia morbida" che per essere sostenuta deve far ricorso ad una svalutazione sistematica della condizione sociale delle persone anziane dipendenti.

All'interno di una collettività di individui che si considerano sovrani e autonomi in se stessi e affrancati dalla relazione con Dio e con gli altri uomini, la dipendenza è una condizione inaccettabile perché smaschera la propensione della società attuale a creare "degli individui per difetto" e a "invalidare socialmente" gli individui più fragili attraverso lo smantellamento progressivo delle protezioni collettive e dei diritti sociali (Castel,2001). Rivelando un corpo che si degrada, sia funzionalmente che esteticamente, il vecchio dipendente denuncia la fragilità dei valori giovanilistici e efficientistici di cui è pervasa la nostra società e assurge a simbolo della persona che nessuno desidererebbe mai diventare.³

Anche la parola "badante", termine ormai entrato nell'uso comune per definire la persona che assiste un anziano dipendente, contiene un significato sottilmente spregiativo, sia per chi bada, sia per chi è badato. Quasi a voler sminuire, specie quando si tratta di persone a pagamento e per di più straniere, non solo il

lavoro, ma il mondo di significati e l'intensità relazionale che si producono inevitabilmente nelle relazioni di cura (Saraceno,2009).

Il disgusto nei confronti di certi prodotti corporali (come le feci, le urine e altre secrezioni), che sono sicuramente una delle manifestazioni più sgradevoli della condizione di dipendenza, rivela il timore che il loro effetto contaminante possa svelare quella natura animale che caratterizza la condizione umana anche a un elevato livello di civilizzazione (Nussbaum,2005).

La svalutazione generalizzata della vecchiaia dipendente offre ai politici un poderoso alibi per l'occultamento di aspetti significativi del problema e per l'attenuazione delle responsabilità derivanti dall'assunzione di misure palesemente inadeguate. "Prima di morire – ci ricorda ancora Primo Levi – la vittima deve essere degradata, affinché l'uccisore senta meno il peso della sua colpa" (Levi,1986).

Infine non si può trascurare l'influenza che, sul dibattito pubblico intorno a questo tema, esercita un sempre più evidente conflitto intergenerazionale che vede le giovani generazioni manifestare una certa riluttanza a farsi carico dei problemi di un gruppo sociale che ha goduto, e in larga parte ancora gode, di condizioni di vita superiori a quelle che esse vedono dispiegarsi davanti a sé (Franchini,2004).

Nate dall'esigenza prioritaria di elaborare previsioni attendibili circa l'impatto che l'incremento della popolazione anziana dipendente avrebbe avuto sulla spesa sanitaria e sociale, le politiche di *welfare* (Tognetti Bordogna,2007) rivolte agli anziani dipendenti sono state costruite fin dall'inizio sulla base di un paradigma bio-medico (Braibanti, Zunino,2005) della dipendenza⁴ che rinvia a una concezione meramente biologica dell'invecchiamento.

Quali sono le caratteristiche e le ricadute sociali di questo paradigma? Come "modello" esso rinvia a una concezione medica dell'invecchiamento assimilandolo a uno stato patologico. Come "teoria dominante", concepita principalmente da geriatri ospedalieri, consente a questi ultimi di estendere un predominio sull'intero campo della vecchiaia. Predominio che introduce un radicale cambiamento di orientamento nelle politiche sociali per la vecchiaia, che vanno via via abbandonando una visione mirante a riconoscere e a farsi carico della globalità dei bisogni espressi dalle persone anziane dipendenti (Cutini, 2010) per appiattirsi su una visione che si limita esclusivamente a rilevare e fronteggiare i problemi che le loro condizioni di salute creano alla famiglia e alla società.

Sulla base di tale paradigma non è più la società a produrre l'invecchiamento avanzato, ma sono i vecchi che, a causa della loro età avanzata, creano problemi alla società.

Età cronologica > Patologia > Persona anziana con incapacità > Bisogno di aiuto > Difficoltà per la società

Una tale visione dell'invecchiamento, ormai profondamente incorporata nella legislazione in materia di politica della vecchiaia, se da un lato facilita la quantificazione dei costi assistenziali creando il presupposto indispensabile alla loro contabilizzazione e a un'equa distribuzione degli oneri finanziari che ne conseguono sui soggetti pubblici o privati coinvolti, dall'altro lato presenta le caratteristiche di un macroscopico processo di esclusione sociale sui cui tratti distintivi vale la pena condurre un'attenta riflessione. Questo processo trae origine dall'ambiguità del termine dipendenza che può dar luogo a interpretazioni profondamente difformi a seconda che lo si legga in chiave medica o in chiave sociale. In termini medici la dipendenza può essere definita come la situazione di una persona che a causa di un deficit fisico non è in grado di provvedere a se stessa se non con l'aiuto totale, continuo e permanente di altre persone. In termini sociali la dipendenza significa la subordinazione di una persona a un'altra persona, a un gruppo, a una famiglia o a una collettività. Una distinzione che, sul piano sociale, va considerata riguarda la differenza tra gli anziani dipendenti che sono in grado di manifestare le proprie esigenze, ma non di soddisfarle, e quelli che non sono nemmeno in grado né di manifestarle né di soddisfarle.

Fin dal suo primo apparire la dipendenza impone all'anziano una relazione, uno scambio con la persona che si impegna ad aiutarlo e che, a sua volta, diviene dipendente dalla persona che aiuta. Senza un'analisi specifica della natura dei problemi che la relazione di aiuto pone a ciascuna persona dipendente è facile mettere in atto, sia pure inconsapevolmente, processi che, imponendo profonde limitazioni al governo di sé e della sua vita, si possono tradurre in forme di emarginazione e di esclusione sociale (Ennuyer,2004).

L'essere osservato esclusivamente in una prospettiva deficitaria rafforza nell'anziano quel sentimento di estraniamento da sé e dagli altri che egli comincia ad avvertire dal momento in cui si trova ad affrontare problemi derivanti dalla sua minore efficienza fisica e funzionale. Se si pensa che l'anziano tende, per sua natura, a sentirsi più difettoso e incapace di quanto in realtà non sia, si può comprendere quanto destabilizzante possa risultare, sul piano dell'identità personale, un'esperienza di auto estraniamento vissuta in un contesto sociale che la rafforza e la cronicizza (Comitato Nazionale di Bioetica,2006).

L'accesso ai servizi socio-sanitari per la popolazione anziana dipendente è governato da metodologie di valutazione per la maggior parte di derivazione medico-geriatrica che presentano evidenti analogie con le

pratiche di spersonalizzazione (Goffman,1968) che la nostra società ha adottato nei confronti di tutte le forme di devianza e che si fondano sulla scansione "categorizzazione-stigmatizzazione-confinamento". Attraverso la categorizzazione delle persone anziane dipendenti si delimita un gruppo di soggetti separandolo dagli anziani sani e dalle persone adulte. Con la stigmatizzazione (Goffman,2003) si imprime a questa fascia di popolazione una connotazione meramente svalutante che ne giustifica il confinamento o la marginalizzazione sociale. Questo processo viene messo in atto ogni volta che nel riferirci a persone anziane dipendenti facciamo ricorso a termini che non descrivono qualche specifica caratteristica del loro essere, ma che sottolineano esclusivamente ciò che esse *non* sono in relazione alle nostre caratteristiche "normali". Così facendo si pongono le premesse perché esse non siano considerate delle persone e possano invece essere "neutralizzate" (Dal Lago,1999).

Il limite più macroscopico del paradigma biologico dell'invecchiamento consiste nel trascurare l'impatto che le incapacità possono esercitare sull'identità e sulla continuità della vita della persona anziana.

Scorrendo alcune pubblicazioni scientifiche, colpisce il notevole divario tra la sovrabbondanza di informazioni presenti sullo stato di salute fisica, psichica e funzionale di questi soggetti (accuratamente riassunti in tabelle e grafici sofisticati) e la carenza di informazioni intorno alla loro identità sociale e alla struttura della loro vita quotidiana. Nella pubblicistica scientifica è raro rinvenire ricerche di stampo qualitativo (Silverman,2008) quali, ad esempio, etnografie, interviste o analisi dei discorsi che ci svelino informazioni relative alle esperienze vissute degli anziani, alle perdite da loro sofferte, alle loro relazioni affettive, alle caratteristiche dei loro ambienti familiari e sociali o ai loro desideri (Comitato Nazionale di Bioetica,2006).

Le pratiche di accertamento e certificazione della condizione di dipendenza sembrano perciò fissare il punto di inizio di quel processo di separazione tra il corpo biologico e il corpo biografico che andrà approfondendosi nella fase finale della vita (Cosmacini,2010) dove il mancato riconoscimento della molteplicità dei fattori che caratterizzano l'identità sociale di ogni individuo, equivale a un atto di discriminazione sociale.⁵

1 Nella letteratura scientifica e nella legislazione italiana in materia di politiche per le persone anziane con problemi di salute fisica e funzionale il termine usato per definire questi soggetti è quello di "non autosufficienti". In questo testo abbiamo deciso di utilizzare il termine dipendenti sia perché esprime meglio il carattere relazionale di questa condizione sia perché è il più diffuso a livello internazionale. Il termine non autosufficienza pone l'accento soprattutto sulle carenze individuali del soggetto non autosufficiente che è sprovvisto delle "energie e dei mezzi necessari alla propria conservazione" (Devoto/Oli).

2 Il prolungamento della durata della vita ha determinato un notevole incremento delle malattie cronico-degenerative, che si accompagnano all'aumento delle polipatologie che per molti anziani si traducono nella incapacità di eseguire le attività comuni della vita quotidiana. Fenomeni, questi ultimi, che hanno condotto a un progressivo aumento del numero delle persone anziane dipendenti, vale a dire di coloro che, a causa di patologie fisiche e psichiche, di diversa natura e intensità, si trovano in condizioni di autonomia limitata e sono costrette a ricorrere all'aiuto di un'altra persona per compiere gli atti ordinari della vita quotidiana.

3 Regis Debray, uno fra i più noti intellettuali europei, in un provocatorio pamphlet dal titolo "Fare a meno dei vecchi", dispiega tutta la sua immaginazione letteraria per coniare termini svalutativi degli anziani dipendenti: "corpi disgustanti", "anziani a rischio", "bipedi senza forti desideri", "umani avariati", "vecchiacci post-moderni". Termini che definiscono lapidariamente l'immagine sociale più diffusa della persona anziana dipendente nella società: quella di un "disgraziato degno di pietà, che è sempre stato un peso, e che oggi è divenuto anche un'oscenità" (Debray,2005).

4 La parola paradigma, dal greco "paradeigma", vuol dire modello, esempio, in particolare parlando di cose astratte. Essa è entrata nel vocabolario dell'epistemologia come un insieme coerente e articolato di teorie, metodi e procedimenti, che in una determinata fase storica dominano all'interno di una comunità scientifica. "Se, come sostiene Bernard Ennuyer, autore di un ampio e approfondito studio del concetto di dipendenza- utilizziamo la parola paradigma, a proposito del vocabolo dipendenza, è per fare riferimento a un "modello" e a una "teoria" dominanti in una comunità medico-geriatrica nascente, che agli inizi degli anni 80, vuol farsi riconoscere come scientifica" (Ennuyer,2004).

5 Nel 2007, "Anno europeo dell'uguaglianza delle opportunità per tutti", AGE, la Piattaforma europea delle persone anziane, organismo che raggruppa una rete europea di associazioni di persone anziane con più di 22 milioni di iscritti, ha diffuso un documento con cui invita i governi ad adeguare la loro legislazione alle molteplici esigenze di una popolazione caratterizzata da un sempre più forte invecchiamento. "La molteplicità delle identità degli individui - si legge nel documento - è riconosciuta da molto tempo ma il quadro giuridico e politico non si è ancora totalmente adattato a questa diversità". Le persone anziane, come tutti gli altri individui della società, desiderano essere socialmente riconosciute attraverso una molteplicità di identità, di cui l'età è spesso un'identità debole. Tenuto conto delle identità multiple di ciascun individuo e della diversità crescente delle società europee, è indispensabile che i decisori delle politiche sociali adottino un approccio che riconosca questa molteplicità così come l'importanza delle singole identità, soprattutto per ciò che riguarda le persone anziane (AGE - La plate-forme européen del personnes âgées,2007).

A nostro avviso, l'elaborazione di politiche sociali (Finizio, 2005) capaci di coniugare qualità delle cure e inclusione sociale può essere realizzata soltanto a partire dalla consapevolezza dell'atteggiamento ambivalente che la nostra società assume nei confronti della dipendenza in genere.

Una sintetica e lucida analisi su che cosa significhi essere dipendenti nella nostra società ci è fornita da Richard Sennett (Sennett,2004). Nella sfera pubblica, sostiene Sennett, la dipendenza è vista come una condizione umiliante, poiché in contrasto con la concezione dell'età adulta dominante nella società contemporanea. Considerata "normale" nel bambino, la dipendenza viene ritenuta incompatibile con l'età adulta. A questa condizione, che segna il passaggio tra la vita privata e la vita pubblica, l'individuo può

accedere solo dopo aver dimostrato di possedere la capacità di avvalersi del proprio intelletto, senza la guida di un altro. La capacità di governare se stesso non solo diventa la condizione necessaria per partecipare alla vita pubblica, ma oggi è anche il requisito indispensabile per conquistare la considerazione degli altri. Sennett definisce infantilistica la concezione della dipendenza dominante e ritiene che nel nostro immaginario sociale essa venga fortemente associata alla metafora del seno materno, dove l'individuo dipendente è colui che succhia il latte dal capezzolo, mentre lo status di cittadino viene riconosciuto soltanto a chi ne allontana le labbra.

E' a partire da questo presupposto che si è sviluppata l'etica capitalistica del lavoro, dove l'adulto rispettato era colui che lavorava (e per tale ragione era degno del rispetto degli altri e del rispetto di sé) e le persone povere che vivevano di assistenza erano considerate in termini svalutativi, in quanto ritenute responsabili di avere perduto la propria integrità morale attraverso il rifiuto del lavoro. A tale riguardo, pensiamo alle politiche sociali inglesi finalizzate a irrobustire il carattere dei poveri costringendoli al lavoro.

La psicologia moderna propone una concezione della maturità individuale molto diversa da quella del liberalismo politico (Demetrio,1991). La maturità non rappresenta una condizione stabile e irreversibile raggiunta la quale il passato è lasciato definitivamente alle spalle, ma essa comporta una continua oscillazione tra infanzia ed età adulta. Ed è proprio la consapevolezza del legame con la propria infanzia a consolidare l'identità adulta. Tuttavia ogni volta che l'adulto sperimenta una condizione di imperfezione vive un sentimento di incompletezza che lo spinge a immaginare che ci sia qualcosa di sbagliato dentro di sé. Questo senso di inadeguatezza è accentuato dal confronto con un Altro ideale (qualcuno che altrove non manifesta incertezze). In una società fortemente competitiva come quella attuale, un fallimento sul mercato del lavoro viene vissuto come una inadeguatezza personale e determina una diminuzione della stima di sé.

Proseguendo nella sua analisi, Sennett prende in considerazione alcune concettualizzazioni del termine *autonomia* che ne mettono in luce le complesse articolazioni. Egli si sofferma, in particolare, sul contributo di tre psicanalisti: Erik Erikson, Donald Winnicott e John Bowlby.

Per Erik Erikson (Erikson,1980) l'autonomia deriva da un processo di trasformazione di una necessità in desiderio. Al bambino si pone il problema di fare ciò che i genitori si aspettano da lui. Quando ad esempio raggiunge la capacità di controllo degli sfinteri la ricompensa è l'aumento della stima di sé. Donald Winnicott (Winnicott,1958) considera l'autonomia come la capacità di riconoscere e trattare gli altri come diversi da sé. Riconoscimento che garantisce la propria e altrui autonomia. John Bowlby (Bowlby,1982) sostiene che questa percezione della differenza favorisca la formazione del vincolo sociale. A un certo punto del suo sviluppo il bambino accetta che la madre possa fare cose che lui non riuscirebbe a fare. L'analogo riconoscimento che viene gradualmente esteso alle vite delle persone che lo circondano contribuisce a consolidare il legame di fiducia con loro. Secondo Winnicott la capacità di separarsi dagli altri rappresenta soltanto un aspetto dell'autonomia. La sua caratteristica principale sarebbe invece una componente del carattere che permette all'individuo di "sentire" gli altri, istituendo con loro una relazione fra persone che va al di là del semplice riconoscimento di una differenza che le isola. Sviluppando la sua autonomia, il bambino percepisce un mondo fuori di sé che può trasformare con le sue azioni.

L'aspetto cruciale delle teorie di Winnicott e Bowlby è la concessione dell'autonomia agli altri. Una concessione che non è fissa e irrevocabile poiché nella vita del soggetto essa deve essere costantemente rinnovata, dal momento che la si può perdere o ritrovare a seconda delle circostanze della vita.⁶

L'autonomia non può essere assimilata a uno stato, ma a un processo fondato sul ritmo identificazione/differenziazione che va costantemente rinnovato e che non conduce a una completa conoscenza reciproca tra i soggetti coinvolti. L'accettazione della possibilità di non riuscire a capirsi è un altro degli aspetti cruciali dell'autonomia. Ogni famiglia fallirebbe senza il riconoscimento di questa possibilità. Ma ciò avviene anche in altri ambiti sociali. Allievi e pazienti si affidano all'insegnante e al medico senza pretendere di capire tutto ciò che essi stanno facendo, ma anche l'insegnante e il medico dovrebbero concedere un'analogia fiducia all'allievo e al paziente in quanto essi sanno sull'apprendimento e sull'essere malato più cose della persona che li istruisce e che li cura. Concepita in questo modo l'autonomia è da considerarsi un potente fattore di uguaglianza. Accettando questa possibile asimmetria tra comprensione specialistica e comprensione profana si rinuncia a un'eguaglianza trasparente per sostituirla con un'eguaglianza opaca. Per evitare la superiorità del virtuoso e l'abuso di potere che ne può derivare, la concessione deve essere reciproca.

Emile Durkheim pone questo principio a fondamento della coesione sociale in quanto ritiene che una persona ha sempre bisogno dell'altra per raggiungere un senso di completezza. Dipendenza significa incompletezza in sé, mentre la completezza necessita delle risorse dell'altro anche quando possono benissimo non essere comprese. A fronte di un'iniqua distribuzione dei talenti e delle risorse personali, nella complessa rete delle interazioni sociali, le cose si possono aggiustare e chiunque può dare il suo contributo personale. E' in questo modo che la dipendenza si risolve in interdipendenza.

Oggi giorno le parole dipendenza e autonomia non sono che una manifestazione dei malintesi che ci sono fra gli individui, sia nell'ambito delle loro relazioni interpersonali che nell'ambito delle loro relazioni con la collettività. Sono le norme stabilite per concordare quel minimo di intesa collettiva necessaria alla coesione sociale a influenzare le condizioni di dipendenza e autonomia. La divisione tra istanze individualistiche e solidali rappresenta la dimensione costitutiva dei soggetti sociali contemporanei che sono costantemente e inevitabilmente dipendenti e autonomi. Tuttavia nella nostra società continuano a convivere due concezioni contrapposte dell'autonomia: la prima è basata sull'idea dell'individuo come valore supremo che può essere affermato senza fare alcun riferimento al contesto sociale concreto nel quale è utilizzato. In questa accezione autonomia si colloca all'interno della definizione letterale del greco *auto nomos* ("darsi da solo la propria legge"). Definizione che confina perciò con quella di indipendenza. Nella seconda l'autonomia è considerata come il risultato di un processo negoziato dall'individuo con gli altri su basi comuni al fine di darsi collettivamente le leggi di funzionamento del gruppo senza riceverle dall'esterno. Come affermava Cornelius Castoriadis: "Posso dire che sono libero in una società in cui ci sono delle leggi se ho avuto la possibilità effettiva (e non semplicemente formale) di partecipare alla discussione, alla deliberazione e alla formazione di queste leggi" (Castoriadis,2000).

Nella prima accezione la parola autonomia rinvia all'individualismo e alla sovranità dell'individuo su se stesso. Nella seconda richiama, una nozione di soggetto che non può esplicitarsi se non come soggetto della legge. Ed è proprio su questa doppia appartenenza dell'uomo, allo stesso tempo a se stesso e alla collettività, in quanto "individuo" e in quanto "società", che si fonda la coesione sociale. In questo senso, l'autonomia non può essere statica, ma un movimento incessante tra diverse forme di relazione attraverso le quali il soggetto passa confrontandosi con le inevitabili dipendenze presenti al fine di poterle gestire al meglio. L'autonomia è sempre una condizione di libertà relativa poiché può essere ampliata solo all'interno di una fitta rete di dipendenze.

Come ci insegna Edgar Morin "Più un sistema svilupperà la sua complessità, più potrà sviluppare la sua autonomia, più esso avrà delle dipendenze multiple. Noi stessi costruiamo la nostra autonomia psicologica, individuale, personale, attraverso le dipendenze che abbiamo subito che sono quelle della famiglia, della scuola, dell'università. Non dico che più si è dipendenti, più si è autonomi – non esiste reciprocità fra questi due termini – dico che non si può concepire autonomia senza dipendenza"(Morin,1981).

Questa breve dissertazione su alcune possibili articolazioni economiche, sociologiche e psicologiche del concetto di dipendenza, ci aiuta a capire che l'assunzione in termini di carico economico rilevante per la società del problema della vecchiaia dipendente occulta la dinamica stessa dello scambio e del dono tra le persone, le generazioni, i cittadini (Raciti,2004).

Riservare il concetto di dipendenza alla vecchiaia significa introdurre uno strappo nel legame sociale in quanto, come afferma Norbert Elias: "Non possono esserci società degli individui se non attraverso il riconoscimento della necessaria solidarietà tra di loro. La solidarietà è in effetti la dipendenza reciproca che per il fatto di esercitarsi tra individui legati tra loro in modo tale che ciò che succede all'uno ricade sull'altro o sugli altri. In effetti non si può avere un grado sufficiente di soddisfazione degli obiettivi individuali se la struttura sociale diversificata, che gli individui formano e di cui determinano il funzionamento con la loro azione, è costituita in modo tale che essa non generi costantemente tensioni assurde e distruttrici tra i sottogruppi e gli individui stessi" (Elias,1990).

6 Secondo Sennett l'autonomia è una sorta di "connettore emotivo" con gli altri. Pur percependo la differenza degli altri, infatti, il soggetto non ritira la sua "mano mentale" perché sarà proprio grazie all'esperienza di questa differenza che egli approfondirà la consapevolezza della sua specificità sociale.

Parte seconda: La sfida della grande vecchiaia

di Aurora Minetti e Antonio Censi | 05 Settembre 2015 | In: [Quaderno n.25 / 2015 Supplemento](#)

L'inarrestabile incremento del numero dei grandi vecchi (persone ultraottantacinquenni) in corso in tutti i Paesi industrializzati rende necessaria la diffusione di un sapere sociale che, non limitandosi a una valutazione quantitativa del fenomeno e del suo impatto sui sistemi di welfare, contribuisca a delineare il profilo sociale di questa fascia di popolazione e a comprendere i problemi con cui i soggetti che ne fanno parte si misurano nella vita di ogni giorno.

Una "cultura dell'invecchiamento avanzato" è richiesta non solo ai responsabili delle politiche sociali e agli operatori socio-sanitari che lavorano con le persone anziane, ma anche a coloro che giungono a questo stadio dell'esistenza. Come insegna Paul Baltes (1997), uno dei più autorevoli gerontologi del secolo scorso, i grandi anziani, se da un lato devono fronteggiare un nemico, rappresentato dalle risorse biologiche che si vanno degradando, dall'altro, possono contare su un alleato, l'ambiente sociale e

culturale che può aiutarli a gestire i problemi della vita quotidiana e a dare un senso a questa difficile fase dell'esistenza.

In questo capitolo, avvalendoci di teorie e strumenti di analisi come quelli di *abbandono* (Barthe, Clément, Drulhe, 1988; Caradec, 2004, 2007)¹, di *fragilizzazione* (Bergman, Bèland, Karunanathan, Hummel, Wolfson, 2004), di *routinizzazione* (Bouisson, 2007), di *ottimizzazione selettiva con compensazione* (Baltes, 1991, 1997), elaborati negli ultimi decenni nel campo della gerontologia sociale, cercheremo di porre in evidenza ciò che vi è di comune e di diverso nella grande varietà delle forme del vivere che caratterizza l'esperienza individuale della grande vecchiaia.

Le nostre considerazioni si svilupperanno a partire dalla traccia proposta dal sociologo francese Vincent Caradec (2004) in un articolo in cui vengono analizzati i tratti che caratterizzano "la prova della grande vecchiaia" (Caradec, 2007)². Una sintesi di grande utilità per chi vuole leggere, in chiave sociologica, il tema della tarda età anziana.

Caradec (2004, 2007) affronta il tema della grande vecchiaia alla luce dell'approccio sviluppato da Danilo Martuccelli attorno all'esperienza dell'individuo nella società contemporanea (Martuccelli, 2006). Questa esperienza si traduce in una serie di prove che l'individuo è chiamato a superare lungo il corso della sua vita e che gli impongono specifiche strategie di adattamento (Martuccelli, 2006). Nella grande vecchiaia sono tre le dimensioni nell'ambito delle quali la persona viene messa alla prova:

1. il rapporto pragmatico col mondo;
2. il rapporto con il sé;
3. il sentimento di appartenenza al mondo.

Ciascuna di queste dimensioni è caratterizzata da una tensione tra due polarità: nel rapporto pragmatico col mondo, la polarità è tra *l'allontanamento del mondo* e *la permanenza nel mondo*; nel rapporto con il sé, la polarità è tra il sentimento di *compiutezza* e quello di *incompiutezza*; infine, nel sentimento di appartenenza al mondo, la polarità è tra *l'estraneità* e *la familiarità* del mondo.

1 Il rapporto pragmatico col mondo

La tarda età anziana è fortemente contrassegnata dall'emergere di limitazioni di varia natura che possono introdurre radicali cambiamenti nell'ordine del vivere quotidiano. Tali limitazioni sono molteplici e possono investire contemporaneamente più ambiti di vita. Secondo Caradec le principali limitazioni che si manifestano nella vita quotidiana dei grandi anziani sono associabili ai seguenti fattori:

1. il peggioramento della salute fisica e funzionale;
2. l'abbassamento dell'energia vitale;
3. la rarefazione delle attività
4. la contrazione della vita di relazione;
5. la consapevolezza accresciuta della finitezza della vita.

Fattori che, combinandosi in modo differenziato da soggetto a soggetto, concorrono a ridurre lo spazio fisico e sociale della persona e ad alimentare la sua sensazione di un allontanamento del mondo.

Senza entrare in un'analisi dettagliata dei fattori di cambiamento della vita quotidiana dei grandi vecchi, proveremo a riassumerne, in termini prevalentemente descrittivi, i tratti che ci paiono più diffusi.

La comparsa di difficoltà di deambulazione, molto diffusa fra i grandi vecchi, determina un restringimento dello spazio-azione. Pensiamo, ad esempio, a chi vive in grandi quartieri periferici, dove i luoghi pubblici sono spesso inaccessibili o poco fruibili a causa delle barriere architettoniche o dell'eccessiva estensione delle distanze. In questi casi lo stimolo ad uscire, non solo può venire meno, ma può essere rafforzato dall'assenza di spazi che possono favorire la socializzazione della persona anziana, come i centri sociali o le aree verdi. Per chi vive in quartieri più centrali lo scoraggiamento alle uscite può derivare dalla scomparsa degli abituali punti di riferimento rappresentati dai piccoli esercizi commerciali.

Nella vecchiaia avanzata lo spazio extradomestico tende a diventare fonte di angoscia e di ansia: guidando si può essere presi dalla paura di non riuscire a rispettare le norme di mobilità in macchina e di suscitare l'ira degli altri automobilisti; camminando vi è il timore di ostacolare il flusso pedonale; prendendo l'autobus ci si scontra con la difficoltà di salire, per l'altezza dei gradini, e di mantenersi in equilibrio durante la marcia. Tutti fattori che rendono queste manovre faticose e frustranti per l'amor proprio. Le persone anziane finiscono col limitare perciò le loro uscite, e quando escono scelgono gli orari meno affollati, gli spazi protetti, i percorsi conosciuti, i luoghi pubblici poco frequentati dai giovani. Alcune, quando sono ancora in grado di uscire, si limitano a percorrere il giro del proprio isolato; altre dispongono di un'autonomia motoria limitata alle dimensioni della propria abitazione. Con il trascorrere

del tempo, lo spazio motorio va sempre più contraendosi seguendo un percorso che conduce dalla camera alla poltrona, dalla poltrona al letto.

Con l'insorgere della sordità anche lo spazio uditivo si restringe: molti suoni sfuggono o sono perduti. Sul piano visivo molte cose non sono più viste nitidamente. Sul piano mentale il campo coperto dai processi intellettuali è minore e i tempi di reazione si allungano. Si pensi, ad esempio, al tempo necessario a una persona molto anziana di riconoscere qualcuno che viene a trovarla all'improvviso. L'imprevisto non fa parte del campo psichico della persona anziana. Quante volte, dopo la visita a un parente anziano, abbiamo sentito pronunciare da un familiare la seguente frase: "Pensavo di fargli piacere, ma ha fatto una grande fatica a riconoscermi". Anche lo spazio temporale si contrae: i giorni sono contati e la consapevolezza di non aver più molto tempo da vivere comprime il futuro. I ritmi della vita quotidiana si fanno più rigidi, e in molti casi sono scanditi dagli orari delle trasmissioni televisive e radiofoniche.

Ma, nell'età avanzata, è senza dubbio lo spazio sociale a subire la restrizione più rilevante. La riduzione si manifesta innanzitutto nell'ambito familiare, sia per la notevole diminuzione delle convivenze intergenerazionali che si è registrata negli ultimi decenni, sia per l'aumento della vedovanza, più diffusa fra le donne. Sulla vita di relazione di queste ultime, la vedovanza sembra manifestare spesso un impatto più pesante, poiché a causa della loro maggiore propensione a svolgere attività sociali in coppia con il coniuge, una volta rimaste sole, possono non riuscire a portarle avanti come prima (Pitaud,2004).

Sarebbe comunque un errore concludere che l'età avanzata sia caratterizzata dal vuoto relazionale e affettivo. Le relazioni familiari restano solide. I contatti con i figli sono frequenti, così come quelli con fratelli e sorelle, soprattutto quando non si hanno figli. La stessa diminuzione di coabitazioni intergenerazionali non va interpretata come il segno di un indebolimento delle relazioni tra genitori anziani e figli adulti, ma come un segno della loro trasformazione. L'avvicinamento abitativo tra genitori e figli è di solito preferito alla coabitazione e il telefono assicura oggi un'intensificazione delle comunicazioni a distanza (Pitaud,2004).

Tuttavia esistono, in questa fascia di età, sacche di profondo isolamento sociale che interessano soprattutto le persone senza figli o prive di contatti con i figli.

All'interno della popolazione anziana più isolata vanno tenute distinte le persone abituate a "sbrigarsela da sole" che conservano la loro rete di relazione e danno prova di essere in grado di attivare un aiuto in caso di necessità, e quelle che, essendosi aspettate di vivere la loro vecchiaia in famiglia, soffrono più intensamente i deficit relazionali. In questi casi radio e televisione possono contribuire ad assicurare una presenza affettiva e a colmare il vuoto lasciato dalla scomparsa dei congiunti e certe *fiction* televisive sono l'occasione per ritrovare personaggi familiari.

Al di fuori della famiglia la vita di relazione è influenzata dalla contrazione delle reti amicali dei coetanei, falcidiate dai decessi e dal ripiegamento sullo spazio domestico, che riduce le occasioni di incontro con quelli sopravvissuti. Nell'età avanzata le relazioni con gli amici sembrano essere fortemente influenzate da un fattore di natura psicologica: il peggioramento dello stato di salute si traduce spesso in un malessere fisico e psichico che, erodendo il senso di autostima, agisce come fattore di elusione dei contatti con gli altri.

Anche l'aspetto fisico esteriore, in una società che enfatizza la bellezza fisica e la pone al centro delle relazioni con gli altri può esercitare un'influenza sulla vita sociale (Lasch,1981). Grazie ai progressi della medicina e, soprattutto, al notevole incremento della qualità complessiva della vita, i segni dell'età lasciati sul corpo affiorano soltanto in età avanzata.

Fino a pochi decenni fa esisteva una certa corrispondenza tra l'età anagrafica e i segni dell'invecchiamento fisiologico. Oggi è solo intorno agli ottanta anni che si manifesta un deterioramento corporeo esteriore. Deterioramento che si rende visibile attraverso la perdita dei capelli, la comparsa delle rughe, l'alterazione fisiognomica, l'abbassamento della statura. Il peggioramento, rispetto ai canoni di bellezza oggi imperanti, dell'aspetto fisico esteriore può contribuire, anche nei casi in cui la persona disponga di un buon livello di salute fisica e funzionale, all'abbassamento del senso di autostima, che, come abbiamo visto, è un fattore che influenza notevolmente la socievolezza della persona.

La decadenza fisica sembra influire maggiormente sulla vita relazionale delle donne che, ricordiamolo, rappresentano la maggioranza di questa fascia di popolazione, poiché può segnare la perdita di due dimensioni costitutive della loro identità: la femminilità e l'eroticità. Esse sono messe in crisi dalle rughe e dal venir meno degli sguardi dell'altro sesso che obbligano la donna a rivedere l'immagine di sé e non pensarsi più come oggetto di desiderio (Fonzi,2006; Pellissier,2007).

Per compensare la mancanza di soddisfacenti relazioni familiari alcuni anziani si avvalgono della solidarietà di vicinato. Una lunga permanenza nello stesso caseggiato può contribuire a consolidare relazioni attraverso la condivisione di esperienze e gli scambi di reciproco aiuto. Un tempo gli inquilini di molti caseggiati, soprattutto nei quartieri popolari, si sentivano membri di un'unica "famiglia".

Esiste anche una forma di isolamento sociale della persona molto anziana che è di natura culturale: essa deriva sia dai modi di vita dominanti in una società concepita per degli individui autonomi, sia dalle rappresentazioni sociali negative della vecchiaia in essa diffuse. Fattori che alimentano un sentimento di estraneità nei confronti di un mondo non più condiviso.

La vita di relazione della persona in età avanzata subisce anche cambiamenti di natura qualitativa. Un esempio è la mancanza di varietà delle relazioni, che tendono a concentrarsi sull'ambiente familiare e sulle reti amicali di coetanei. Un altro è rappresentato da una diminuzione dell'intensità emotiva nel rapporto con gli altri, spesso causato dai deficit di natura sensoriale di cui soffre la persona molto anziana. L'invecchiamento degli organi sensoriali provoca una diminuzione delle informazioni provenienti dall'esterno che si ripercuote in numerosi ambiti. "Le informazioni che noi percepiamo (luce, alternanza giorno-notte, temperatura, ore dei pasti e delle attività) sono ad esempio indispensabili ai nostri sincronizzatori socio-sensoriali, che permettono al nostro organismo di regolare i suoi ritmi e il suo funzionamento (sonno, appetito, ecc.)" (Gineste, Pellissier,2007). L'impossibilità di raccogliere informazioni adeguate sull'ambiente rafforza l'insicurezza che finisce con il frenare i progetti, le attività e le relazioni con gli altri. Nell'età avanzata molte persone si sottraggono alle relazioni o si spostano meno perché non dispongono delle informazioni e delle garanzie sufficienti per affrontare queste esperienze senza correre dei pericoli.

La riduzione delle attività può derivare anche dalla coscienza accresciuta della propria finitezza che, considerata la prospettiva di vita limitata, può alimentare un sentimento di rinuncia rassegnata (de Beauvoir,1971).

L'isolamento, che deriva dall'assenza o dalla riduzione delle relazioni, non va confuso con la solitudine che, essendo associata a un vissuto di abbandono, può essere sperimentata anche da chi è inserito in un'ampia rete di relazioni familiari e amicali. Come, viceversa, è assai frequente imbattersi in persone, che pur vivendo in condizione d'isolamento, non soffrono affatto di solitudine. Ciò avviene soprattutto nei casi in cui l'isolamento deriva dalla volontaria riduzione della vita di relazione. Se si può scegliere l'isolamento, che può essere piacevole (si parla in questi casi di isolamento ben vissuto), non si sceglie mai la solitudine, che è sempre un'esperienza dolorosa e un sintomo di squilibrio della relazione individuo-ambiente. La solitudine può essere definita come un'esperienza spiacevole che appare quando la rete sociale della persona è deficitaria, o percepita come tale, sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo. Generalmente le persone avvertono un senso di solitudine quando si manifesta uno squilibrio tra le relazioni sociali reali e le relazioni sociali desiderate (Peplau Perlman,1982). La solitudine può manifestarsi come una condizione permanente, cronica, che finisce col diventare un attributo personale, incorporandosi con l'individuo, ma può avere anche un andamento fluttuante. Può insorgere in concomitanza con scadenze ricorrenti, come ad esempio il compleanno, che può alimentare un sentimento di rimpianto per un'età più felice della propria vita, o come l'anniversario di matrimonio, che, nei vedovi, può amplificare il vuoto affettivo lasciato dalla scomparsa della persona amata. In altri casi ancora la solitudine è transitoria, in quanto legata ad eventi critici occasionali che possono manifestarsi sul piano fisico, come una malattia, un incidente, o sul piano sociale, come le incomprensioni, le frustrazioni e i conflitti cui si è esposti nelle relazioni con gli altri.

La solitudine che scaturisce da problemi di relazione con l'ambiente sociale può assumere tre diversi registri. C'è una *solitudine esistenziale* che nasce dal sentimento di non essere compresi o di non rappresentare più un oggetto di identificazione per gli altri. C'è una *solitudine affettiva* che deriva dalla perdita delle persone amate. C'è una *solitudine sociale*, forse la più dura da accettare, che è associata al sentimento di essere ignorati dagli altri (Pellissier,2007).

Quando la vista si abbassa, l'udito si indurisce, le incapacità motorie aumentano, il vigore muscolare si indebolisce, la persona anziana si viene a trovare in una dimensione quotidiana in cui le distanze si dilatano: ciò che era vicino diventa lontano, ciò che era leggero diventa così pesante da non poter essere più sollevato, ciò che stava in alto non è più raggiungibile. La percezione dell'ampliamento della distanza fra sé e il mondo, che si esprime attraverso il linguaggio corporeo, spinge il grande vecchio ad adottare una contromisura difensiva assimilabile, in una certa misura, all'istinto di conservazione, che consiste nel *mettere a distanza il mondo* (Levet-Gautrat,1985).

Alcuni aspetti dei processi di "messa a distanza del mondo" e di riduzione volontaria dello "spazio-azione", che rappresentano delle strategie di vita molto diffuse fra i grandi vecchi, vengono tutt'oggi interpretate sulla base di stereotipi culturali, radicatisi successivamente in pregiudizi, quali ad esempio *l'indifferenza* e *l'avarizia*, che ne impediscono la comprensione.

Prendiamo il caso una persona anziana che vive in un quartiere periferico poco servito dai mezzi pubblici e che per questa ragione ha ridotto notevolmente i rapporti con i propri figli, a loro volta assorbiti da sempre più pressanti impegni lavorativi e familiari. Cosa può fare questa persona per non sprofondare in un sentimento di disperazione? Mettendo in atto una misura di salvaguardia di sé, reagisce attraverso una presa di distanza affettiva dai propri congiunti. Questo disinvestimento affettivo, che agli occhi dei

famigliari può assumere la forma di una inattesa quanto incomprensibile *indifferenza*, può costituire, in realtà, un mezzo per "prendere le distanze" dal mondo esteriore.

Applicando lo stereotipo dell'*avarizia* è difficile comprendere come una vita al risparmio, condotta attraverso la gestione oculata delle proprie risorse fisiche ed economiche, sia dettata, nella maggior parte dei casi, dalla necessità di riservarsi un margine di manovra in relazione a un ambiente fisico e sociale che il declino biologico rischia di sottrarre al proprio controllo.

Nell'età avanzata la persona è consapevole della sua fragilità fisica e sa che il minimo incidente, ad esempio una caduta, può avere conseguenze catastrofiche per la qualità della sua vita: ciò che più spaventa i grandi vecchi è la prospettiva di perdere l'autonomia senza poter contare su un aiuto adeguato. Paura più che mai fondata considerato l'attuale stato di logoramento in cui versano le reti di solidarietà pubblica e privata. "La persona anziana sa per esperienza che se non si prende cura di se stessa, nessun altro lo farà. Alla fine è solo questo il compito che la società le assegna: che non diventi un peso per nessuno, o almeno lo diventi il più tardi possibile" (Levet-Gautrat, 1985).

Sarebbe tuttavia sbagliato interpretare la riduzione dello spazio-azione come un fenomeno imposto alla persona anziana esclusivamente da condizioni ambientali sfavorevoli. Nella grande maggioranza dei casi questo processo è governato dalla persona stessa per continuare ad esercitare il controllo sulla sua vita, mano a mano che avanzano le deficienze fisiche, che aumenta la fatica e che vengono a mancare le sollecitazioni altrui.

Per poter continuare a sentirsi radicata nel mondo è la persona anziana stessa che, consapevole di una sua minore efficienza fisica e funzionale, contrae il suo raggio di azione concentrandolo sulle attività e sulle relazioni che ai suoi occhi possono consolidare il suo sentimento di identità sociale.

Per definire questo lavoro di riorganizzazione del quotidiano condotto dai grandi anziani, i sociologi francesi Barthe, Clément e Drulhe (1988) hanno elaborato il concetto di *abbandono*. Alla luce di questo concetto l'individuo anziano appare come un attore impegnato in un lavoro di negoziazione finalizzato alla conservazione della sua identità minacciata dalle implicazioni biologiche e sociali legate al trascorrere del tempo.

Nato come tentativo di superamento della "teoria del disimpegno" (Cumming, Henry, 1961), il concetto di *abbandono*, che fa riferimento a principi vicini a quelli dell'interazionismo simbolico (Blumer, 2008; Garfinkel, 1967) e del costruttivismo sociale (Berger, Luckmann, 1969), permette di pensare in termini nuovi la perdita di competenza e la svalorizzazione di sé che si constata spesso fra le persone anziane.

Secondo la teoria dell'*abbandono*, per poter continuare a mantenere la *presa* sulla sua vita, la persona anziana può scegliere tra una grande varietà di soluzioni: il ricorso ad aiuti tecnici o ad astuzie per adattarsi alle difficoltà che deve affrontare; la sostituzione delle attività che non si riescono più a praticare (ad esempio: quando non è più possibile raggiungere la chiesa si assiste alla messa in televisione); la pratica delle attività anteriori ad un ritmo più basso o con una minore frequenza (ad esempio continuando a guidare la macchina, ma per dei tragitti più brevi; mantenendo un'attività di giardinaggio, ma per una superficie più limitata); l'abbandono di certe attività per intensificarne altre; lo sforzo di conservare il più a lungo possibile impegni importanti.

Lungi dall'essere uniforme l'*abbandono* si declina diversamente secondo i contesti fisiologici e sociali in cui si svolge l'avanzamento in età. Così molte persone restano coinvolte, nonostante l'età avanzata, in molteplici attività, in buona salute conoscendo poche difficoltà fisiche, continuando ad essere sollecitate, il loro *abbandono* prende la forma di una successione di riconversioni senza che ciò comporti una riduzione del livello delle loro attività. Al contrario, altri accumulano le difficoltà e sono condotti a impegnarsi in un ampio lavoro di riorganizzazione della loro esistenza fino ad abbandonare attività per loro essenziali a un punto tale che la noia può invadere il loro quotidiano ³.

Riassumendo, potremmo sostenere che l'*abbandono* presenta una duplice natura: da una lato, la tendenza all'abbassamento del livello medio delle attività; dall'altro, il fatto che questo abbassamento è il risultato delle molteplici riconversioni attraverso cui le persone che invecchiano possono sia abbandonare certe attività, sia tentare di conservare i loro impegni anteriori o di assumerne di nuovi. In altre parole, l'*abbandono* designa, nello stesso tempo, un processo – un insieme di riconversioni di attività – e il risultato di questo processo – una generale tendenza all'abbassamento delle attività (Caradec, 2007).

Le limitazioni, oltre a non ripercuotersi in modo identico sulla vita dei grandi anziani, possono assumere significati diversi da soggetto a soggetto e dar luogo a strategie di gestione molto differenziate. L'*abbandono* si caratterizza come un processo attivo di riorganizzazione dell'esistenza adottato per fronteggiare l'aumento delle limitazioni e la conseguente diminuzione dell'autonomia fisica e funzionale.

1 Usiamo questo termine per tradurre la parola francese *déprise* il cui senso è difficilmente esprimibile in italiano. Essa deriva dal verbo de-prendre lasciare la presa, "Je me déprends de tout", scrive Julien Green in uno dei suoi diari. Le parole italiane che forse più si avvicinano a *déprise* sono rilascio (nel senso di abbandono della presa), distacco e dismissione.
2 La prova della grande vecchieia che propone Caradec differisce sensibilmente dalla "crisi" della vecchieia cui fa riferimento Erik Erikson nella sua teoria epigenetica. Secondo questa teoria lo sviluppo psicologico avverrebbe per via cumulativa,

seguendo un percorso di crescita individuale e predeterminato dove ogni avanzamento si realizzerebbe solo a condizione di avere elaborato con successo i conflitti emotivi che contrassegnano ogni stadio (intimità, generatività, ecc...). Nel caso di conflitti irrisolti, lo sviluppo si interromperebbe, a prescindere dall'età del soggetto. Nel modello di Erikson la vecchiaia, ottava e ultima crisi esistenziale, ha come suo oggetto la valutazione della vita passata, che è segnata dalla tensione tra *integrità* e *disperazione*: due maniere opposte di risolvere la questione del senso della propria esistenza (Erikson E.H., Erikson J.M., Kivnik, 1986). Secondo Caradec, invece, le prove, benché vengano studiate a livello individuale, devono essere considerate come il prodotto di una data società in un momento storico definito. Un approccio quest'ultimo, che potremmo definire socio-genetico dove "sono gli eventi extra-individuali (le occasioni, i fatti, gli episodi della vita), e non le tendenze predeterminate, a spingere gli individui ad assumere le decisioni e le strategie necessarie ad assecondare il proprio sviluppo personale" (Demetrio, 1991).

3 Benché l'*abbandono* presenti delle analogie con la teoria del disimpegno (Cumming, 1961), le differenze tra queste due prospettive non vanno sottovalutate. In primo luogo, questa riduzione delle attività non deve essere interpretata come una manifestazione inevitabile dell'invecchiamento, ma come un processo dalle forme svariate. In secondo luogo l'*abbandono* non va inteso in termini funzionali per la società: essa risulta più semplicemente dall'adattamento a nuove limitazioni la cui probabilità di comparsa aumentano con l'età. Infine l'*abbandono* non è irreversibile: può succedere che a una fase di declino delle attività possa subentrare una loro ripresa. Il concetto di *abbandono* presenta evidenti analogie con il concetto di *ottimizzazione funzionale* elaborato in ambito psicologico da Paul Baltes (1991, 1997). La teoria dell'*ottimizzazione funzionale* si fonda sul presupposto che la chiave per un buon invecchiamento non consiste nel rifiuto del declino fisico, ma nel suo padroneggiamento affettivo e cognitivo. Per fronteggiare con successo il decadimento fisico la persona anziana può ricorrere a tre strategie: la selezione, l'ottimizzazione, la compensazione. La selezione consente di ridurre il numero delle attività svolte dalla persona anziana a quelle più significative. L'ottimizzazione consiste nell'impegnarsi di più e nel dedicare sforzi particolari per eseguire al meglio le attività selezionate. La compensazione conduce ad adottare delle procedure o delle tecniche che permettono di nascondere le deficienze nella loro esecuzione. Nella letteratura gerontologica la teoria dell'*"ottimizzazione funzionale"* viene definita con l'acronimo *SOC* composto dalle iniziali delle parole selezione, ottimizzazione, compensazione.

2 Il rapporto con il sé

Nella grande vecchiaia il rapporto con il sé è caratterizzato dalla tensione tra sentimenti di "compiutezza" e "incompiutezza" sempre più accentuata.

Diversamente dall'individuo delle società pre-moderne, che viveva in un mondo coerente connotato dalla stabilità e dalla continuità, nella società post-moderna l'individuo abita contemporaneamente in una pluralità di mondi sociali in costante evoluzione che lo espongono a svariate esperienze dai significati spesso contraddittori (Berger P., Berger B., Kellner, 1983). L'appartenenza simultanea a più mondi sociali porta l'individuo a relativizzare ognuno di essi, con la conseguenza che l'ordine istituzionale vigente, all'interno di ogni mondo, subisce una certa perdita di influenza sulla sua vita, costringendolo a spostare la sua attenzione dalle istituzioni alla sua sfera soggettiva.

I percorsi biografici individuali che ne scaturiscono assumono così la forma di una migrazione attraverso mondi sociali diversi, che dando luogo alla realizzazione di un certo numero di possibili identità, rendono l'individuo particolarmente vulnerabile alle mutevoli definizioni che gli altri danno di lui, costringendolo a trovare dentro di sé l'appiglio che egli vede mancare nella società.

Nel grande anziano, la tensione tra *compiutezza* e *incompiutezza* può essere affrontata in due modi: ancorando la propria identità a ciò che si "è stati" oppure ancorandola a ciò che tuttora "si è".

Per i più anziani il problema dell'identità si pone nei termini di una scelta dello spazio temporale in cui poter ancorare il proprio sentimento di autostima su cui costruire un rapporto positivo con se stessi e con gli altri. Il rafforzamento del sentimento del proprio valore nel presente può essere facilitato se si continua a fare ciò che si è fatto nel corso della vita precedente.

Nei grandi vecchi la valutazione di se stessi si forma prevalentemente attraverso il confronto con persone della stessa età. La strategia del "confronto discendente", vale a dire con qualcuno che si giudica inferiore, è la più diffusa. Lo è meno quella "ascendente" (Beaumont, Kenealy, 2003). Una donna ultraottantenne può confrontarsi con una coetanea appartenente alla stessa cerchia familiare dicendo ad esempio: "Mia cognata non è in grado di cavarsela da sola. Per la strada deve appoggiarsi al braccio di qualcuno. Non è più in grado di fare le pulizie mentre io chiamo una donna di servizio solo una volta al mese, al massimo due. Per il resto mi arrangio da sola. Mia cognata invece..."

Quando gli impegni nel presente si diradano, alcuni eventi della vita passata possono divenire il principale punto di appoggio per salvaguardare il proprio valore: un successo scolastico che ha fatto la gioia dei genitori, un'esperienza di lavoro in un ambiente prestigioso, un impegno nel volontariato, un incarico sindacale, la partecipazione ad un evento storico (come la guerra o la resistenza).

Fondamentalmente ci si identifica con la società passata – come rivelano le espressioni "ai miei tempi", "alla mia epoca" – che viene valorizzata e posta su un piano di superiorità rispetto a quella attuale. Agli occhi del grande anziano la società di un tempo, infatti, malgrado fosse fonte di difficoltà (povertà, durezza della vita, guerre), possedeva anche virtù quali la solidarietà, il rispetto e la gioia di vivere: oggi alquanto indebolite. Sotto questo aspetto la televisione offre numerose opportunità di confronto tra i propri valori morali e l'immoralità che si può percepire attraverso certi programmi televisivi: confronto

che può essere utilizzato per riaffermare il valore di ciò che si continua ad essere e di ciò in cui si è creduto e si continua a credere.

Un'altra strategia di rafforzamento del valore di sé consiste nel mettere in relazione il presente e il passato attraverso il ricorso alla "valorizzazione indiretta di sé", stabilendo un'identificazione con i successi di figli e nipoti. Durante un'intervista, una nonagenaria poco loquace mostra il quaderno di un nipote e dice: "Quando la mia donna di servizio di colore ha visto questo quaderno ha esclamato: *E' uguale a quello di mio nipote*. Allora le ho risposto: *Ma mio nipote è entrato al Politecnico*"(Caradec,2007).

A partire da una certa età diventa difficile non riconoscere di essere definitivamente entrati a far parte della categoria dei vecchi. Tutti, prima o poi, devono assumere lo status di anziano. Tale problema può essere affrontato in due modi: da un lato, considerandosi come persone che *stanno diventando vecchie*, ma che non lo sono ancora; dall'altro, riconoscendo che ormai *sono diventate vecchie* (Lalive d'Epinay,1996; Clément,1997).

Due modi di affrontare la vecchiaia che si trovano associati a due "identità narrative" (Ricoeur,1990) o a due "racconti di sé" (Giddens,1991) differenti e che rinviano a maniere opposte di stabilire il legame tra il presente e il passato e di proiettarsi per l'avvenire.

Coloro che affermano di "sentirsi invecchiare" tendono a esprimersi in termini di continuità rispetto al loro passato, non avvertendo una rottura radicale tra ciò che sono e ciò che sono stati. Il filo conduttore dei loro discorsi è all'insegna del "*Continua tutto come prima, malgrado le difficoltà*". Anche se, contemporaneamente, possono cominciare a proiettarsi in un futuro di "vecchi" molto diverso dalla realtà attuale.

Coloro che, invece, riconoscono di essere vecchi possono avere la sensazione che nella loro esistenza sia avvenuta una rottura⁴, spesso precisamente collocabile nel tempo, che segna il momento a partire dal quale hanno cominciato a sentirsi diversi da ciò che erano prima. Il *leit motiv* in questo caso diventa "*Adesso, non sono più come prima*". Una convinzione che impedisce loro di proiettarsi in un futuro diverso dal presente fissandoli, in molti casi, in una posizione di attesa passiva della morte.

La definizione "soggettiva" di sé non rispecchia meccanicamente la situazione "oggettiva" della persona: a partire dalla sua situazione presente, dalla sua storia e dal contesto culturale, ciascuno elabora una narrazione al singolare del proprio invecchiamento.

Bernadette Puijalons (Argoud,Pouijalon,1999) attraverso l'analisi dei racconti autobiografici delle persone anziane ha individuato diversi temi che possono essere utilizzati per elaborare l'esperienza di essere invecchiati.

In questi racconti la vecchiaia è spesso percepita non come il risultato di un lungo percorso, ma come un evento che, pur essendo stato preceduto da segni annunciatori, si manifesta come "un colpo di tuono" provocato da un'esperienza apparentemente banale: una caduta, un compleanno, una frase o uno sguardo altrui.

Un altro tema ricorrente nelle narrazioni dei grandi vecchi è il ritorno all'infanzia: il "risalire verso la propria fonte" per far rivivere le sensazioni del passato, ritrovarne la potenzialità progettuale e sospendere, in questo modo, il trascorrere del tempo.

Molto diffuso è l'orientamento a condurre una lettura a ritroso della propria esistenza in modo da poterne ricavare un senso e un insegnamento attraverso la ricerca di una coerenza negli avvenimenti che l'hanno contrassegnata.

Nelle narrazioni è frequente il ricorso a metafore di natura animale, vegetale ("si era l'uccello, si diventa l'albero" scrive ad esempio Gilbert Cesbron (1980)) o minerale (Guéhenno,1971) si sente come "una vecchia stoffa usata, piena di buchi"; stereotipate ("la vecchiaia è un naufragio") o fantasiose ("Ho la mano piena di sabbia che cade. Me ne resta poca ed è senza valore", scrive Marc Bernard (1984)).

Nella definizione di sé come vecchi o non vecchi va tuttavia sottolineata l'influenza esercitata dalle relazioni con gli *altri*, che contribuirebbero a imporre- attraverso i loro sguardi e le loro comunicazioni - etichettamenti (Goffman,1969) che imprigionerebbero gli anziani nella vecchiaia.

Se l'esistenzialismo ha fatto dello sguardo altrui il vero generatore del sentimento di invecchiare: "Dato che in noi è l'altro che è vecchio" scrive Simone de Beauvoir - "è normale che la rivelazione della nostra età ci venga dagli altri" (de Beauvoir,1971); l'interazionismo simbolico (Blumer,1937; Malinowsky,2004; Schutz,1967; Mead,1978; Garfinkel,1967; Goffman,1969), insistendo sul modo in cui l'identità viene costruita in reazione alle immagini di sé rinviate dagli altri, ha contribuito a formulare la nozione di *ageismo interattivo* per designare le interazioni nel corso delle quali una persona ha il sentimento di essere "vecchia" (Minichiello et al.,2000).

Entrambi gli approcci, a nostro avviso, attribuiscono un peso eccessivo al potere di condizionamento identitario dello sguardo altrui dimenticando, da una parte, che gli altri sono molteplici (e i loro sguardi non necessariamente omogenei) e, dall'altra, che le attribuzioni identitarie che essi operano possono essere respinte come non pertinenti (Blumer,1937). Gli altri, attraverso il loro sguardo, intervengono certamente nella definizione di sé come "vecchi" (o come "non vecchi"), ma più spesso lo fanno indirettamente: sia come "coproduttori" dell'*abbandono* sia come punti di confronto con sé; noi abbiamo visto che, molto spesso, all'anziano questo confronto con gli altri serve per differenziarsi da coloro che stanno più male al fine di conservare una buona immagine di sé.

Nella tarda età anziana esiste tuttavia un fattore di incomprendimento nei rapporti con gli altri che non va sottovalutato. Esso deriva dal contrasto tra l'immagine interiore e l'immagine esteriore di sé.

"Al centro della difficoltà di spiegare cosa sia essere vecchi – sostiene Hepworth – sta la consapevolezza di una differenza esperienziale tra i processi fisici dell'invecchiamento, così come si manifestano nella loro apparenza esterna, e il sé *reale* interno o soggettivo, che paradossalmente rimane giovane" (Hepworth,1991).

In termini soggettivi il declino fisico può essere interpretato come una maschera che l'invecchiamento sovrapporrebbe a un corpo interno che conserva i tratti della giovinezza (Featherstone, Hepworth,1989,1995), esponendo l'anziano a un'esperienza di rifiuto e di esclusione da parte degli altri che, dal suo punto di vista, andrebbe così riformulata: "gli altri mi respingono non tanto perché sono diventato vecchio, quanto perché sono rimasto un giovane che essi non sono in grado di riconoscere".

In una ricerca australiana sull'*ageismo* (Minichiello et al.,2000) viene mostrato come la coscienza di invecchiare possa essere rafforzata dalle interazioni quotidiane con gli altri, i quali esporrebbero l'anziano a rispecchiamenti spiacevoli di varia natura come: l'insofferenza per la lentezza; gli atteggiamenti dubitativi sulla loro capacità di fare; la mancanza di attenzione e di pazienza da parte dei medici; un comportamento protettivo o condiscendente da parte dei più giovani; la sensazione di essere sottoposti a controllo, ecc...

Sebbene si attribuisca, a volte, troppa importanza al potere di condizionamento identitario che gli altri possono esercitare su di noi, le manifestazioni di *ageismo* non sono senza conseguenze, inducendo le persone a confrontarsi con una nuova immagine di sé che le costringe a interrogarsi sulla loro identità. Al fine di evitare valutazioni negative di sé, la persona anziana può perciò scegliere di evitare i contatti sociali che le generano più incertezza o di negoziare con gli altri una nuova immagine di sé, sforzandosi di adattarsi a un modello di persona attiva.

Nella costruzione dell'identità anziana anche l'uso di alcuni oggetti (come un bastone o il telesoccorso) o le difficoltà di accesso a certi luoghi (ad esempio, per la pesantezza di una porta o per l'altezza di un gradino) possono giocare un ruolo importante.

Il rapporto con il sé del grande anziano è profondamente condizionato anche dalle culture della vecchiaia presenti nella nostra società. Culture che possono essere raggruppate in tre macro categorie: la prima, considera la vecchiaia nei termini di un declino fisico e sociale; la seconda, la considera come una fase in cui è possibile mantenere, sia pure con alcuni adattamenti correttivi, lo stile di vita precedente; infine, la terza, considera la vecchiaia come il punto di massimo sviluppo personale.

a) *La vecchiaia declino*

Un'analisi dell'origine e dell'affermazione delle teorie della vecchiaia come declino nella società contemporanea ci è fornita da Christofer Lasch che, alla fine degli anni '70, ha messo a fuoco i presupposti ideologici e le conseguenze pratiche della diffusione su scala di massa di un individualismo esasperato (Lasch,1981). In un capitolo del suo libro Lasch analizza le caratteristiche distintive dell'esperienza del declino fisico e sociale nella personalità narcisistica.

Secondo Lasch la vecchiaia, intesa in termini di declino fisico, si configura come un problema nei confronti del quale " il vostro medico potrà sperare di trovare rimedio" (Rosenfeld,1976). Questo approccio muove dall'erroneo presupposto che l'incremento della longevità sia dovuto allo sviluppo della medicina moderna, mentre è da tempo provato che in realtà esso è dovuto a uno standard di vita più elevato. Secondo gli storici e i demografi, l'aumento della durata della vita media verificatosi a partire dal XVIII secolo è dovuto più al miglioramento dell'alimentazione, delle condizioni igieniche e dello standard di vita in generale, che all'evoluzione delle tecnologie mediche (Mc Keown,1978). L'assunzione di questa prospettiva conduce a sovrastimare il potere della medicina di prolungare la vita e di eliminare gli orrori della vecchiaia.

Sul piano sociale il declino degli anziani avrebbe origine dall'intolleranza della società nei loro confronti, che può manifestarsi sia attraverso la negazione di un loro ruolo riconoscibile e consolidato all'interno della struttura sociale, sia rendendoli oggetto di processi di marginalizzazione e di esclusione. Per questa ragione, con l'approssimarsi della perdita dell'autonomia e della salute, la loro maggiore preoccupazione è di diventare un peso insostenibile per gli altri e di essere abbandonati nella mani di infermieri indifferenti.

Quando la vecchiaia è concepita come declino l'individuo è portato a contrastarla con tutte le sue forze, piuttosto che riconoscerne l'evidenza. Questa avversione è particolarmente acuta nelle personalità narcisistiche che giudicano la vecchiaia e la morte come atti di prevaricazione e di ingiustizia inaccettabili (Harrington,1969).

Se la vecchiaia suscita apprensioni non è solo per l'obiettiva prospettiva di perdere la salute o per il timore di essere abbandonati, ma anche e soprattutto, perché è la fase della vita che precede la morte. Sebbene da sempre gli uomini temano la morte e coltivino il desiderio di vivere in eterno, la paura di morire si è accentuata in una società in cui si è indebolito il sentimento religioso e che mostra uno scarso interesse per la posterità. "Se la nostra epoca – scrive Lasch – è tanto terrorizzata dalla vecchiaia e dalla morte, deve esistere una qualche predisposizione interiore a provare sentimenti di questo genere, che rispecchiano non soltanto variazioni obiettive dello stato sociale degli anziani ma anche esperienze soggettive che rendono la prospettiva della vecchiaia insopportabile" (Lasch,1981).

La paura della vecchiaia ha perciò una doppia origine: da un lato, essa è il frutto di una valutazione razionale e realistica del destino che la società contemporanea riserva agli anziani, dall'altro è l'espressione della paura della morte: uno dei sentimenti più intensi cui è esposto ogni individuo nel corso della sua esistenza e che la civiltà occidentale ha contribuito a consolidare (Elias,1985).

La personalità narcisistica, oggi sempre più diffusa nella nostra società, è fortemente influenzata dal terrore nei confronti della vecchiaia e della morte. A causa della scarsità delle sue risorse interiori, il narcisista necessita di un forte riconoscimento esterno per rafforzare il suo senso di sé. Egli ha bisogno di suscitare ammirazione per la sua bellezza, il suo fascino, la sua celebrità e il suo potere: attributi che di solito svaniscono con il tempo. Con il venir meno della possibilità di affermare una positiva immagine di sé in campo amoroso e lavorativo, il narcisista scopre di avere ben poco a cui appoggiarsi quando la giovinezza lo abbandona. Le teorie della vecchiaia come declino hanno contribuito alla costruzione e alla diffusione di strategie di vita finalizzate alla conservazione della giovinezza (Puijalons,2004).

Per contrastare il declino fisico ci si dedica al culto positivo della salute, rafforzando le pratiche di governo del proprio corpo, mettendo in primo piano la cultura del fitness e della propria immagine, oppure contrapponendo il regime salutista della dieta permanente ad ogni abuso di eccesso alimentare. In taluni casi si può giungere a nascondere i segni esteriori dell'invecchiamento attraverso il ricorso alla chirurgia estetica o a potenziare le proprie prestazioni fisiche e mentali (*human enhancement*) avvalendosi delle tecnologie biomediche (Maturò,2009). Per allontanare lo spettro del declino sociale si cercano nuovi interessi e nuove occupazioni: viaggi, sport, letture, attività sociali e culturali. Anche se in questi ambiti non si fanno molti progressi ciò che conta è combattere il disfattismo che consiglierebbe di rallentare, di lasciar perdere, di guardare la televisione, tenendo ben desti tutti i nostri sensi in modo da non farci sentire troppo vecchi.

Per quanto non del tutto inutile agli effetti del mantenimento della salute e dell'efficienza fisica, questa strategia di vita può degenerare facilmente in una sorta di dottrina positivista incentrata sul miglioramento dell'"immagine" fisica e sociale di sé, dietro la quale nascondere i disagi e i malanni della vecchiaia.

L'illusione della giovinezza non può essere protratta all'infinito e la sua caduta, ponendo impietosamente l'individuo di fronte alla sua decadenza fisica, può farlo sprofondare nella disperazione più nera.

b) La vecchiaia continuità

Le teorie più recenti sul corso della vita individuale (Levinson,1986) considerano la vecchiaia in termini di continuità rispetto alle fasi della vita che l'hanno preceduta. Secondo queste teorie il corso della vita non sarebbe caratterizzato da compiti evolutivi predeterminati, con cui ciascun individuo dovrebbe misurarsi attraversandone le varie fasi (infanzia, adolescenza, giovinezza, maturità e vecchiaia), ma piuttosto dall'impatto relazionale con eventi "marcatori" imprevedibili che caratterizzano la biografia di ciascun individuo.

"Le nostre vite -secondo Levinson- sono punteggiate da eventi quali il matrimonio, il divorzio, la malattia, la nascita o la morte di persone amate, traumi inaspettati o colpi di fortuna, avanzamenti o fallimenti nel lavoro, il pensionamento, la guerra, periodi di prosperità e di difficoltà economica. Usiamo il termine *evento contrassegno* (*marker event*) per identificare un'occasione di questo tipo, che ha un impatto notevole sulla vita di una persona" (Levinson,1986).

Gli *eventi contrassegno* vanno intesi come momenti salienti della biografia che impongono all'individuo di reagire, di scegliere la strada da intraprendere, attuando una costante riorganizzazione del suo sistema bio-psico-fisiologico interno. Diversamente dai compiti evolutivi delle teorie stadiali, che rappresentano risposte adattative della psiche, gli *eventi contrassegno* vanno considerati come conflitti generatori di sviluppo: vale a dire elementi capaci di incidere, in profondità, sugli stili comportamentali di ogni

individuo (Demetrio,1991). L'impatto che gli *eventi contrassegno* esercitano sul mondo interno dell'individuo dà luogo a una "struttura di vita" diversa da soggetto a soggetto⁵.

Il successo o il fallimento nell'affrontare gli *eventi contrassegno* dipenderebbe sostanzialmente dalla capacità di ridefinizione di sé, poiché gli individui, a prescindere dalla loro età, sono sistemi aperti a continue sollecitazioni e capaci di liberare energie vitali. Questo costante processo di rielaborazione di sé conferisce ai percorsi biografici il carattere della ricorsività, agendo come fattore di arricchimento e di differenziazione delle strutture di vita individuali. Mentre i modelli stadiali del corso della vita considerano il passato come un'entità chiusa e imm modificabile, i modelli ricorsivi ritengono possibile introdurre cambiamenti di prospettiva nella relazione tra i vari elementi che lo caratterizzano.

I cambiamenti della tarda età anziana non rappresenterebbero perciò una rottura irreversibile con la vita precedente ma costituirebbero un'occasione per rendere più ricca, complessa, e perciò unica, la struttura della propria vita individuale.

c) La vecchiaia sviluppo

Fra le teorie della vecchiaia che, in termini psicologici, la considerano il più alto livello di sviluppo personale, la più nota è quella di James Hillman (Hillman,2000), uno dei più prestigiosi psicanalisti di scuola junghiana.

La tesi di Hillman si fonda sulla critica alla teoria che interpreta la longevità come il prodotto difettoso della nostra civiltà (Péllissier,2007). Secondo questa teoria, lo sviluppo della scienza e dei servizi sociali condurrebbe alla produzione di una "schiera di mummie viventi", esseri umani inutili e incomprensibili da relegare in una zona marginale della società. Al contrario, secondo Hillman, la vecchiaia – non avendo origine né dai geni, né dalla medicina, né tanto meno da un accordo collusivo con la società – costituisce quel periodo della vita necessario a confermare e portare a compimento il nostro carattere, vale a dire la nostra peculiarità di esseri umani⁶.

Con il trascorrere del tempo, mentre il corpo e la mente si trasformano, il carattere rappresenta quella componente psicologica duratura che rende ogni individuo diverso dagli altri. "Non ho un centimetro quadrato di pelle visibile che sia uguale a prima, non un grammo di materia ossea uguale, eppure io non sono qualcun altro. Si direbbe che esiste un'immagine innata che non dimentica il mio paradigma di base e mi mantiene fedele a me stesso, in carattere con me stesso"(Hillman,2000).

Secondo Hillman l'invecchiamento andrebbe inteso come un'espressione dell' "intelligenza della vita" come accade, ad esempio, con la crescita durante la giovinezza. Così come all'inizio della nostra vita ci *dispieghiamo* imparando a parlare, a camminare, a ragionare e a padroneggiare il mondo esterno, allo stesso modo ci *ripieghiamo* in quella che consideriamo un'involuzione dovuta all'età. Laddove il *dispiegamento* ci ha assicurato l'ingresso nel mondo, il *ripiegamento* si rivela essenziale per la nostra uscita dal mondo. In questo senso, leggere i fenomeni della vecchiaia come un preannuncio di morte anziché come un'occasione per assumere altre modalità di vita sarebbe un errore.

Gli eventi che contrassegnano l'esistenza di ogni individuo, compresi gli accadimenti casuali e il tempo dedicato ad attività inutili, possono essere modellati in un'immagine globale che assicura il mantenimento di un senso di coerenza interiore. In questo modo gli ultimi anni potrebbero essere dedicati a esplorare anche particolari insignificanti o a ripercorrere errori passati al fine di ricavarne configurazioni comprensibili nuove; così come potrebbero consentire una seconda lettura di quelli che erano sembrati essere soltanto problemi biomedici: "La vecchiaia -dice Hillman- deletterizza la biologia proprio quando più ne siamo fatti schiavi" (Hillman,2000).

Per poter condurre questo lavoro di rimodellamento, è indispensabile sostituire le idee che abbiamo sulla vecchiaia, oggi fortemente connotate da giudizi di valore, considerandole né più né meno "come un'anca che non sostiene più il peso o come un cristallino con la cataratta che non ci consente più di vedere al di fuori della nostra testa, in sala operatoria" (Hillman,2000).

Partendo da presupposti scientifici diversi, anche altri studiosi giungono a conclusioni analoghe a quelle di Hillman.

Rudolf Arnheim (1986), per rappresentare la natura paradossale dell'invecchiamento che, come abbiamo visto, può essere caratterizzato dalla compresenza di componenti involutive ed evolutive, ricorre a una soluzione grafica in cui si sovrappongono due figure: una scala, che sta a rappresentare il concetto di una ascesa spirituale, che può durare fino al termine della vita, e una parabola, che ci riporta all'idea più diffusa dello sviluppo umano, secondo cui a una fase evolutiva succede invariabilmente un periodo involutivo.

Alla metafora dell'ascesa ricorre anche Michel Philibert (1968) che, con il suo libro "L'échelle des ages", ha dato un contributo fondamentale alla costruzione di una cultura positiva dell'invecchiamento. Contrapponendo al concetto di "invecchiamento-declino", di origine scienziata, il concetto di

"invecchiamento-sviluppo", di origine umanistica (Gauillier,1989), Philibert sostiene che il ciclo di vita andrebbe concepito come una serie di tappe successive che, disposte in una progressione equivalente a un ordine di valorizzazione crescente, offrirebbe, a chi le percorre, occasioni per un costante miglioramento di sé.

Le tre diverse concezioni della vecchiaia che abbiamo sinteticamente riassunto possono influenzare fortemente l'esperienza individuale dell'invecchiamento. Sebbene sia difficilmente contestabile che la concezione dell'invecchiamento come declino, oggi prevalente, contribuisca a rafforzare nella maggioranza dei grandi anziani sentimenti di incompiutezza di sé, questo fenomeno va interpretato come una conseguenza del ritardo culturale che la nostra società manifesta di fronte all'invecchiamento avanzato.

4 Chi sente di "essere vecchio" può far risalire l'origine di questo sentimento ad un evento traumatico come, ad esempio, la mancanza di desiderio, un ricovero ospedaliero, l'aggravamento di un problema di salute, il decesso di un congiunto, un compleanno contrassegnante il passaggio alla decina superiore (come, ad esempio, quello degli 80 anni).
5 "Benché la struttura di vita di ciascuno rifletta la struttura della società, per certi aspetti è anche unica – un riflesso del suo sé e delle sue circostanze specifiche. A partire dalle possibilità e vincoli dati nel suo ambiente, (il soggetto) fa le proprie scelte e costruisce il proprio mondo. Il sé è un fattore cruciale nella formazione e nella trasformazione del mondo di ciascuno. Per essere veramente impegnato con il suo mondo, un uomo deve investire parti del suo sé in esso, e deve ugualmente prendere il mondo nel proprio sé ed essere arricchito, svuotato o corrotto. Fa ciò in infiniti modi. Lo sviluppo adulto è la storia del processo evolutivo d'interpenetrazione reciproca" (Levinson,1986).
6 In ambito sociologico (Gallino,2004), con il termine "carattere" ci si riferisce alla manifestazione esteriore dei modi con cui un individuo, nel corso della sua esperienza sociale, armonizza i compiti postigli dalle sue pulsioni interne con le richieste o le pressioni provenienti dall'ambiente sociale. Il "carattere", in sostanza, è ciò che caratterizza la specifica natura umana di ogni individuo e che lo rende unico e irripetibile: "E' il carattere a plasmare la nostra faccia, le nostre abitudini, le nostre amicizie, le nostre peculiarità, il livello della nostra ambizione con il suo corso e i suoi errori" (Hillman,2000).

3 Il sentimento di appartenenza al mondo

In questo ambito la prova della grande vecchiaia assume la forma particolare della tensione tra *estraneità* e *familiarità* con il mondo.

Nel grande anziano l'estraneità nei confronti del mondo ha una doppia origine: da un lato, vi è la spiacevole constatazione di non potervi più occupare un posto stabile; dall'altro, vi sono le difficoltà, sempre crescenti, di comprenderlo e di esserne compreso.

Il sentimento di *estraneità* si manifesta attraverso una pluralità di segnali che possono provenire da diversi ambiti di vita.

Come abbiamo visto in precedenza, nella tarda età anziana il ridimensionamento delle attività e delle relazioni sociali può introdurre cambiamenti radicali nei rapporti con il mondo fisico e sociale circostante. Si pensi, ad esempio, alla rinuncia all'automobile e ai significati che questa scelta può assumere sia sul piano operativo che su quello simbolico. Per il grande anziano smettere di guidare può segnare il riconoscimento della propria estraneità nei confronti del mondo, sentimento traducibile nell'espressione "ormai non faccio più parte della mia epoca".

Sul piano più strettamente relazionale, tale *estraneità* può essere generata sia dalla scomparsa dei propri coetanei, con i quali la comunicazione era facilitata: "ci si intendeva senza tante parole", "a volte bastava uno sguardo"; sia dal cambiamento in rapporto con i membri più giovani della propria famiglia. A tale riguardo, pensiamo ad esempio ai nipoti: quando questi ultimi raggiungono l'età dell'adolescenza, il gap culturale esistente tra loro e i grandi anziani oggi si fa incolmabile, poiché sospinto da stili di vita sempre più lontani e inconciliabili.

Christian Lalive d'Epina (Lalive d'Epina,1996) sostiene che il vissuto di estraneità della persona anziana nei confronti di quella che è considerata la "vita normale" degli altri può assumere forme e significati diversi secondo la cultura dominante nell'ambiente sociale in cui vive.

Per i contadini, immersi in un mondo impregnato di sacro, l'estraneità deriva dall'impossibilità di continuare il lavoro agricolo, anche a un ritmo rallentato. Lavoro che, fino a quel momento, aveva consentito loro di sentirsi partecipi della "grande liturgia cosmica" che organizza l'ordine del mondo.

Per gli operai e i quadri della società industriale fondata sulla centralità del lavoro l'estraneità nasce dal sentimento di lontananza dal mondo professionale o dai sostituti che gli sono stati trovati dopo il pensionamento.

Per i membri delle classi medie e superiori, portatori dell'etica dello sviluppo personale, l'estraneità deriva dall'impossibilità di continuare a condividere con gli altri la ricerca dei piaceri che può offrire l'esistenza.

Per descrivere il sentimento di lontananza dall'ambiente fisico e sociale gli scrittori anziani fanno spesso ricorso alla metafora dello *straniero* (Dowd,1986; Puijalon,2007)⁷.

I progressi, oggi sempre più rapidi, in campo scientifico e tecnologico espongono ad analoghi vissuti anche coloro che si sono dedicati al lavoro intellettuale. Scrive, ad esempio, Norberto Bobbio: "Il sistema di concetti, costruito a poco a poco, che ti ha permesso di ordinare il materiale di fatti e di idee che le tue letture ti hanno offerto in anni di studio, invecchiando, tende a chiudersi come fosse giunto alla sua perfezione. Diventa quindi sempre più difficile farvi entrare fatti e idee nuove che non trovano caselle già formate, pronte ad accoglierle" (Bobbio,1996).

La grande antropologa americana Margareth Mead (Mead,1978), in un suo studio sul rapporto tra le generazioni nella società attuale mette in evidenza il profondo gap culturale che lo caratterizza: "Nel mezzo del ventesimo secolo, nessun'altra generazione emergente ha vissuto una rottura così profonda tra il passato e l'avvenire. Fino a non molto tempo fa i più anziani potevano ancora dire: *Sapete, io sono stato giovane ma voi non siete mai stati vecchi*."

Oggi i giovani possono rispondere: *Voi non siete mai stati giovani nel mondo in cui, noi siamo giovani e voi non lo sarete mai.*" (Mead,1978). La profondità di questa frattura culturale induce Margareth Mead a considerare l'anziano come un *immigrato* nel tempo, vale a dire, "proveniente da un tempo anteriore" e pertanto "portatore di una cultura più antica".

La prova della tarda età anziana non va considerata un'esperienza omogenea, poiché si manifesta con caratteristiche diverse in funzione dei contesti fisiologici e sociali che caratterizzano la vecchiaia. La durezza di questa fase della vita varia notevolmente in funzione delle risorse di cui si può disporre per proteggersi o superarla. Tuttavia queste risorse non derivano soltanto dal bagaglio personale dell'individuo (stato di salute, forza di carattere, capacità cognitive o di adattamento, che ha acquisito nel corso dell'esistenza), ma, più estesamente, possono essere attinte dalle reti di supporto sociale: aiuti tecnici ed umani che permettono all'anziano di proseguire le sue attività malgrado i suoi problemi.

Nella società attuale lo spaesamento di fronte a un mondo che perde i tratti della "familiarità" non è un'esperienza che riguarda esclusivamente i grandi vecchi, ma è un'esperienza comune a larga parte dei suoi membri.

Gli sconvolgenti cambiamenti introdotti dalla postmodernità hanno condotto all'indebolimento e alla frammentazione dei legami sociali che, nella società moderna, garantivano il senso di appartenenza a una comunità (Bonomi, 2009; Giddens,1991; Beck,2010).

La liquefazione dei legami sociali, oltre che dalla scomparsa di punti di riferimento comuni, è stata favorita dall'affermarsi di strategie di vita fondate su rapporti umani discontinui che, sottraendosi a ogni forma di legame durevole, evitano agli individui di incorrere in doveri reciproci. Queste relazioni, irreparabilmente slegate e sregolate, sono funzionali alla costruzione dell'identità del soggetto postmoderno che, diversamente da quello della modernità, tende a evitare la fissità.

Il carattere aperto delle carriere biografiche contemporanee pone l'individuo in contatto con mondi di significato e di esperienza diversificati e spesso contrastanti, che lo espongono a esperienze di natura spiccatamente "migratoria" (Berger, Berger, Kellner,1983; Bauman,1999)

Nella città, luogo per eccellenza della vita postmoderna, "il segreto per ottenere la felicità (...) consiste nel saper vivere intensamente l'avventura generata dalla incerta definizione della propria meta e del proprio itinerario, e allo stesso tempo arginare e rendere innocua la minaccia che nasce dalla condizione altrettanto incerta degli altri" (Bauman,1999).

Sotto la spinta di questi vasti processi di disgregazione e di frammentazione dei legami, nella società postmoderna si è affermata un'immagine del mondo priva di quei caratteri di solidità e continuità che connotavano le società moderne. E' da qui che trae origine quel sentimento di incertezza che, non solo influenza l'agire quotidiano del soggetto, ma si estende all'immagine del mondo futuro, al modo di vivere in esso e ai criteri per valutare i comportamenti.

Mentre nella società moderna l'incertezza si manifestava come un problema temporaneo, che poteva essere attenuato o addirittura risolto attraverso un adeguato impegno personale, nella postmodernità essa è diventata una condizione permanente e ineludibile. Sebbene rappresenti l'inevitabile costo che il soggetto deve pagare in cambio di una sua maggiore libertà, l'impossibilità di trovare un terreno stabile, cui ancorare i progetti di vita individuale e su cui costruire una salda identità personale, genera un diffuso sentimento di *stradicamento* e di *perdita metafisica della casa* (Berger, Berger, Kellner,1983). Di conseguenza, oggi, chi non è in grado di sostenere a lungo un'identità costruita su legami fluidi e incerti, si pone alla ricerca di un territorio in cui rimettere solide radici e intorno al quale tracciare un confine più marcato fra sé e gli altri. Solo così è possibile riconquistare una posizione sociale sicura e uno spazio incontestabilmente personale all'interno del quale progettare la propria vita, limitando le interferenze altrui e uniformandosi a regole che, non mutando continuamente e senza giustificazione, possano conferire più coerenza all'agire quotidiano e consolidare la speranza in un domani migliore.

Fra i grandi vecchi la ricerca di questo territorio, incontestabilmente personale, li spinge a ritirarsi nell'ambiente domestico che, nella loro vita quotidiana può assolvere la funzione del *rifugio* o quella del *supporto identitario* (Veysset,1989).

La casa diviene un *rifugio* quando è vissuta come un luogo che offre protezione dalle aggressioni di un ambiente esterno avvertito come ostile e minaccioso, mentre diviene un *supporto identitario* quando simbolizza la continuità tra ciò che la persona è stata e ciò che è, al di là dei cambiamenti intervenuti nel corso della vita.

Le configurazioni cui può dar luogo il *ripiegamento domestico* (Caradec,2007) e i significati che può assumere nella vita quotidiana dei grandi vecchi sono fortemente influenzate dai sentimenti che connotano l'esperienza dello sradicamento nei singoli soggetti. Sentimenti che, pur nella varietà delle loro manifestazioni, possono essere ricondotti a due registri principali: quello del *risentimento* (Tomelleri,2004) e quello della *cura* (Bonomi,2010).

Il risentimento del soggetto postmoderno può avere una doppia origine: da un lato, vi può essere la delusione di aspettative riposte nelle istituzioni, che non sono più in grado, come nella società moderna, di offrire reti di protezione adeguate; dall'altro un sentimento di sfiducia nei confronti degli altri, considerati come pericolosi rivali nella ricerca delle risorse necessarie a realizzare i progetti di vita individuale.

Il sentimento della *cura* nasce invece dalla consapevolezza che nella postmodernità il disagio non investe soltanto i soggetti marginali, fra i quali vengono fatte abitualmente rientrare anche le persone anziane, ma è un'esperienza comune a tutti i soggetti sociali. La constatazione che la sofferenza, il dolore, la disperazione psicologica sono esperienze che investono anche chi è giovane e sano, può aiutare il grande vecchio a mantenere viva in sé la sensazione di appartenere a una comunità di destino "dove una parola, uno sguardo, un sorriso, trasformandosi in cura interpersonale, possono aprire nuovi orizzonti" (Borgna,2009).

La casa come *spazio minimo di sopravvivenza*.

Quando il ripiegamento domestico è dettato dal risentimento, la natura della vita domestica del grande anziano può essere efficacemente rappresentata dalla metafora della *dimora sicura*: principio cardine di tutte le forme di xenofobia e di razzismo che interpretano lo straniero come nemico e limite estremo della sovranità individuale (Cohen,1993) .

La metafora della *dimora sicura* è costruita sull'idea che il mondo esterno sia un territorio pieno di pericoli, i cui abitanti rappresentano una minacciosa fonte di incognite: per questo devono essere controllati, scacciati o tenuti lontano. La casa diviene così quella piccola parte di mondo che il soggetto è in grado di occupare e controllare direttamente, introducendo in essa quel senso coerente di "ordine e decenza" non più rintracciabile al di là delle mura domestiche.

Si realizza così il "sogno di uno *spazio difendibile*, un luogo dai confini sicuri e protetti, un territorio semanticamente trasparente e semioticamente leggibile, un posto in cui non si corrono rischi imprevedibili. (...) La dimora/rifugio di questo sogno deriva il suo significato dall'opposizione tra rischio e controllo, pericolo e sicurezza, conflitto e pace, episodico e perpetuo, frammento e intero. Quella casa, in altri termini, è il sospirato rifugio e riparo al tormento e alle sofferenze del vivere in città, una vita da stranieri fra stranieri" (Bauman,1999).

All'interno di queste dimore rifugio, una versione in scala ridotta delle *gated community* (comunità fortezza), gli spazi e i tempi della vita quotidiana sono organizzati per mantenere a distanza lo *straniero*, che, per il grande vecchio, può assumere sia le sembianze di un corpo che declina e che va sottraendosi al suo controllo, sia le sembianze degli altri, di coloro che vivono nel mondo esterno e che potrebbero irrompere nel momento in cui venissero a mancare le risorse indispensabili per conservare il governo della propria vita, l'autonomia. I grandi vecchi che abitano le dimore/rifugio, per scongiurare questo pericolo dedicano una parte rilevante del tempo quotidiano alla pratica di attività finalizzate alla conservazione di un buon stato di salute e di efficienza funzionale.

Un contributo originale alla comprensione del ruolo che può giocare l'ambiente domestico nella vita dei grandi anziani ci è fornito da Jean Buisson (Bouisson,2007) in un articolo in cui mette in luce i rapporti che intercorrono tra la vulnerabilità e la *routinizzazione*.

Il sentimento di vulnerabilità si manifesta quando perdite che si possono situare sia nell'ambiente esterno (morte di parenti, del congiunto, perdita di ruoli sociali, ecc...) che interno (alterazione dello stato di salute, danni organici, deficit cognitivi, ecc...) sottraggono all'individuo punti di riferimento familiari, esponendolo a un indebolimento del sentimento di identità e a una caduta della stima di sé. Quando, di fronte a una nuova realtà, ci si trova nell'impossibilità di far ricorso all'esperienza anteriore, l'io è

investito da un'ansia talmente elevata da rappresentare una seria minaccia alla sua capacità di garantire la sicurezza di base.

Muovendo dalla premessa che la vulnerabilità dei grandi anziani derivi da condizioni di vita che presentano molte analogie con quelle che in campo sociologico vengono definite *situazioni estreme* (Fisher,1994), Bouisson analizza in particolare i vissuti delle persone anziane di fronte all'aumento di vulnerabilità e le strategie che esse adottano per affrontarli.

Una *situazione estrema* può essere definita come uno sconvolgimento radicale delle condizioni di vita abituali, di intensità tale da spingere il soggetto al limite delle sue risorse adattative, esponendolo alla sensazione di sprofondare in un abisso senza uscita (Fisher,1994).

Le situazioni estreme possono essere scelte, come nel caso in cui i soggetti decidono di vivere in ambienti molto difficili per misurare i loro limiti e le loro capacità di adattamento, oppure possono essere imposte all'individuo da circostanze esterne imprevedibili, che lo pongono in condizioni talmente difficili da far sentire la sua vita fortemente minacciata ⁸.

Nelle situazioni estreme i soggetti sono costretti a elevare la loro vigilanza sia per far fronte ai rischi esterni, reali o immaginari, sia per far fronte al rischio interno della perdita del controllo di sé.

Nei soggetti ad alto rischio di vulnerabilità, le prime manifestazioni di questo sentimento, indipendentemente dalla causa scatenante e dalla forma che assumono, finiscono col diventare presto un sistema di vita, una condizione psicologica e un modo di guardare ciò che ci circonda con una sensibilità accresciuta. E' come se il soggetto vivesse nell'attesa di un processo di disintegrazione interna o di un disastro esterno di natura sconosciuta che lo minaccia ad ogni angolo di strada. Paure di varia natura caratterizzano la perdita della sicurezza interiore: quella di impazzire, di spersonalizzarsi, di essere risucchiati in una dimensione immaginaria. Particolarmente diffuse sono le paure che riguardano il mondo esterno: ogni incontro, ogni relazione sociale, è suscettibile di diventare una fonte di rischio per il soggetto e può dar luogo a vissuti persecutori.

Una strategia, frequentemente osservata, per affrontare questi vissuti è la *routinizzazione*, ben conosciuta fra i bambini e gli adulti, ma ancora poco studiata, nonostante la sua diffusione, fra gli anziani.

Nelle esperienze di *situazioni estreme*, Bouisson ha individuato numerose convergenze cliniche che lo hanno portato a concludere che la routinizzazione si fonda principalmente su quattro meccanismi difensivi:

1. Una regressione a bisogni infantili. Davanti a una prova che ci sovrasta viviamo un sentimento di debolezza e impotenza che ci induce a manifestare, come i bambini, il bisogno di essere protetti, rassicurati, consolati, abbracciati.
2. Una concentrazione del pensiero su un piccolo numero di contenuti e di attività. Un esempio: un esploratore artico nel momento in cui si sente in pericolo di morte scopre che la sua coscienza si trova invasa da un ritornello di Georges Brassens di cui non riesce a sbarazzarsi: "*Gare au gorille!*".
3. L'assunzione di un ordine fisso e rigido in tutto ciò che fa parte dell'universo prossimo e familiare. Per tutti i soggetti in *situazioni estreme* il bisogno di ordine è vitale ed è un mezzo per lottare contro la paura del caos interno. Sembra essenziale che gli oggetti dell'universo intimo stiano al "loro" posto, che non si muovano né cambino.
4. La delimitazione di un territorio intimo alla periferia del sé, all'interno del quale collocare alcuni oggetti che assolvono la funzione di reperti identitari. Questo bisogno di creare un territorio intimo è stato notato da Fisher (1994) soprattutto nei casi di *situazioni estreme* non volute ⁹.

La *routinizzazione* degli anziani è un fenomeno poco studiato. Bouisson segnala un solo articolo specifico su questo argomento (Reich,Zautra,1991).¹⁰

In assenza di analisi dettagliate sulla routinizzazione negli anziani, Bouisson ha rivolto la sua attenzione a un fenomeno che è facilmente rintracciabile nella loro vita quotidiana: l'instaurazione di un ordine fisso e rigido in tutto ciò che fa parte dell'universo prossimo e familiare. Sulla funzione di questa pratica, ancora attualissime risultano alcune riflessioni di Simone de Beauvoir: "Il vecchio cerca di difendersi contro la precarietà obbiettiva della propria situazione, e contro la propria intima ansietà: bisogna interpretare – perlomeno in gran parte – come difese la maggior parte dei suoi comportamenti. Ve ne è uno che è comune a quasi tutti: si rifugiano nelle abitudini (...) Paradossalmente l'abitudine è ancora più necessaria alle persone che non hanno nulla da fare che non agli attivi: se non vogliono adagiarsi nella molle stagnazione delle giornate, devono opporvi la rigidità d'un impiego del tempo ben definito. La loro vita riveste allora una quasi-necessità. Il vecchio sfugge alla nausea di un ozio eccessivo popolandolo di mansioni e di esigenze che per lui si traducono in obblighi; evita in tal modo di porsi l'angosciosa domanda: che fare? Ad ogni istante ha qualcosa da fare. Ricordo come mio nonno aveva regolato le sue occupazioni; lettura dei giornali, ispezione dei suoi rosai, pasto, siesta, passeggiata, si succedevano in un ordine immutabile" (Beauvoir de,1971).

Più la persona avanza in età, più essa attribuisce importanza a uno svolgimento ritmato delle giornate, delle settimane, degli anni. Grazie a questo ritmo, che scandisce le diverse attività temporali della sua vita, essa cerca di renderla più prevedibile e dunque più controllabile. Sono soprattutto le persone anziane con un'idea negativa del loro stato di salute che hanno più bisogno di giornate e settimane ben ritmate (Bouisson,2007). E' dunque importante, soprattutto se la persona è in una condizione di salute precaria o se soffre di una riduzione della sua autonomia funzionale, che essa abbia dei ritmi giornalieri e settimanali ben definiti, perché si tratta di un aspetto centrale della qualità della sua vita. Per migliorare il benessere di una persona anziana basta a volte permetterle di conservare e padroneggiare al meglio le sue routine. Le routine delle persone anziane vanno altresì considerate come possibili segnali di vulnerabilità psicologica, che può derivare da uno stato ansioso e che può preludere all'emergenza di una sindrome demenziale. A lungo andare le routine finiscono quasi sempre con l'imprigionare l'essere umano in un modo di vita che lo "cristallizza", che impoverisce progressivamente le sue relazioni sociali e lo allontana dal suo ambiente più familiare, con il rischio di accelerare le sue perdite e la sua entrata in un processo demenziale. In questi casi la routinizzazione può diventare tossica e si rende perciò necessario intervenire per attenuarne gli aspetti negativi (Bouisson,2007)¹¹.

La casa come *luogo della cura di sé*.

Quando il sentimento che informa il ripiegamento domestico è quello della *cura*, l'abitare assume nella vita del grande anziano una configurazione e un significato diversi. I tempi, gli spazi e le relazioni che scandiscono la vita domestica non sono più volti a delimitare un territorio minimo di sopravvivenza, esasperandone i tratti di separatezza ed esclusività rispetto a un mondo circostante vissuto come inospitale e ostile, ma vengono utilizzati per dare una forma al vivere quotidiano che rifletta uno sguardo amorevole su di sé.

In questo senso la casa diviene l'espressione di quelle arti dell'esistenza che per Michel Foucault rappresentano "pratiche ragionate e volontarie attraverso le quali gli uomini non solo si fissano dei canoni di comportamento, ma cercano essi stessi di trasformarsi, di modificarsi nella loro essenza singola, di fare della loro vita un'opera che esprima certi valori estetici e risponda a determinati criteri di stile" (Foucault,1998).

Il principio ispiratore delle arti dell'esistenza è l'"aver cura di se stessi", un precetto che ritroviamo in molte dottrine filosofiche del mondo ellenistico e romano e che ben ha sintetizzato, in forma quasi prescrittiva, Foucault: "Oggetto della cura di sé è l'anima, organo della vita per eccellenza, che, secondo Apuleio, pochi uomini coltivano. L'uomo è tenuto a imparare a vivere per tutta la vita considerando l'esistenza come una sorta di esercizio permanente. La cura di sé richiede tempo e sta a ogni uomo fissare quanta parte della giornata o della vita è opportuno consacrarle" (Foucault,2009).

Perciò ogni tanto è utile interrompere la propria attività abituale ed effettuare dei ritiri dal mondo per dedicarsi a "momenti di meditato raccoglimento". "I ritiri consentono di stare a tu per tu con se stessi, di meditare sul proprio passato, di rivisitare l'insieme della vita trascorsa, di familiarizzarsi, attraverso la lettura, con i precetti e gli esempi cui ci si vuole ispirare, e di ritrovare, grazie a una vita di austera semplicità, i principi essenziali di una condotta razionale" (Foucault,2009). Non è un tempo vuoto e inanimato quello dedicato ai ritiri, ma è popolato di esercizi, di compiti pratici, di attività. Alla cura del corpo, attuata attraverso il rispetto di regimi dietetici e la pratica moderata di esercizi fisici, si unisce la cura dell'anima, cui ci si può dedicare con la meditazione e letture.

La cura di sé stabilisce una circolarità tra il lavoro sulla mente e quello sul corpo: formarsi e curarsi sono attività collegate. Il punto cruciale delle pratiche di sé è che i mali del corpo e quelli dell'anima possono comunicare fra loro e scambiarsi i rispettivi malesseri: le cattive abitudini dell'anima possono comportare delle miserie fisiche, mentre gli eccessi del corpo possono rivelare e alimentare difetti dell'anima. Ciò vale, in particolar modo, per l'anziano il cui corpo non è più quello che in gioventù era destinato a essere plasmato con la ginnastica, ma è un corpo fragile, minacciato da lievi mancanze e che, paradossalmente, minaccia l'anima, non tanto con la sua esuberanza, quanto per la sua fragilità.

Di fronte ai perturbamenti prodotti da uno stato di fragilità si rende necessario correggere l'anima se si vuole che il corpo non prevalga su di essa e migliorare il corpo se si vuole che l'anima mantenga la piena padronanza di sé; ma affinché ciò sia attuabile, è necessario dedicarsi a pratiche di autoformazione codificate. Si tratta di prove che, non solo impegnano l'individuo ad acquisire una virtù, ma che gli impongono di verificare rigorosamente il grado di miglioramento ottenuto con la sua acquisizione. Le prove sono un modo di misurare e confermare l'indipendenza di cui si è capaci nei confronti di tutto ciò che non è indispensabile ed essenziale. Si tratta di imparare a fare a meno del superfluo al fine di ristabilire una sovranità su se stessi.

L'obiettivo comune alle pratiche di sé è il ritorno a se stessi. Sfuggendo a ogni dipendenza e a ogni asservimento, è possibile raggiungere se stessi, come una "zona protetta al riparo delle tempeste" (Foucault,2009). Sottraendosi alle preoccupazioni del presente e alle angosce del futuro, ci si rivolge al

proprio passato, ripercorrendolo e rielaborandolo con la memoria, per stabilire nei suoi confronti un rapporto privo di turbamenti.

Quando il ripiegamento domestico avviene all'insegna della cura di sé, il domicilio rappresenta uno spazio che resta in relazione con il mondo sociale circostante. L'isolamento, in questo caso, non è più l'espressione di un'indifferenza o di un rifiuto del mondo dettato dall'egoismo e dalla mancanza di amore, ma è un modo di partecipare al destino degli altri immedesimandosi nelle loro gioie e nelle loro sofferenze. Come scrive Eugenio Borgna: "Così, siamo soli nel deserto, o nella casa in cui abitiamo, nella cella di un monastero, o su di un alta montagna, e nondimeno la nostra anima non è lacerata dalle spine roventi dell'essere soli", ed è aperta alla solidarietà e al colloquio interiore: alla trascendenza che ci porta fuori dalla nostra individualità e ai confini del nostro io" (Borgna,2011).

Un esempio di come sia possibile continuare a sentirsi socialmente integrati anche quando si vive in condizioni di isolamento ci è offerto dai risultati di una ricerca condotta da David Unruth (Unruth,1983) utilizzando il concetto di mondo sociale.

I membri dei mondi sociali non sono legati dalla co-presenza in uno stesso spazio, ma dalla condivisione di prospettive simili derivanti da un centro di interesse comune e dalla condivisione degli stessi canali di comunicazione. I mondi sociali presi in considerazione dalla ricerca furono quelli della bicicletta, del ballo, dell'arte, del collezionismo di francobolli. Si scoprì che questi mondi sociali occupavano un posto più o meno importante nell'esistenza degli anziani intervistati: per alcuni, ancora bene integrati nelle associazioni, nelle cerchie di amici e all'interno della famiglia giocavano un ruolo secondario, ma per altri, più isolati, contribuivano notevolmente a dare un senso alla loro esistenza. Certi mondi sociali restano così molto presenti grazie ai legami mantenuti attraverso i media o il ricordo.

Anche gli oggetti dell'ambiente domestico, attraverso la loro presenza, possono evocare legami allacciati nel corso dell'esistenza. Alcuni possono richiamare la passata esperienza professionale, altri, come ad esempio i doni ricevuti da persone care, l'amore di cui si è stati destinatari. La presenza di questi oggetti familiari può costituire un supporto affettivo al momento della vedovanza, al punto che lo spazio domestico può diventare, soprattutto quando è tardiva, un luogo di conservazione e protezione di ricordi della vita passata.

Nella tarda età anziana il ripiegamento domestico può rappresentare il tentativo di circoscrivere un territorio su cui riedificare l'identità minacciata da processi di natura biologica e da un ambiente sociale defamiliarizzato e non più padroneggiabile.

Se entrambi i modelli dell'abitare che abbiamo analizzato rispondono a questa comune esigenza, diverso è il ruolo che essi giocano sul piano dell'identità dei grandi anziani.

Quando il principio che informa l'organizzazione dello spazio abitativo è quello della *dimora sicura*, la sua finalità è di stabilire, cristallizzandola, una differenza fra sé e l'altro, fra sé e il mondo.

Quando prevale l'amore di sé, l'abitazione assolve una funzione integrativa, poiché assicura all'individuo la possibilità di mantenere nel tempo il senso di questa differenza, ossia il senso della continuità del sé (Sciolla,1983).

La molteplicità di forme del vivere nella grande vecchiaia

Lo scenario che abbiamo tratteggiato è un tentativo di collocare la riflessione sulle persone molto anziane nello "spazio del quotidiano", assumendo il punto di vista dell'individuo nella sua vita reale e concreta e cercando di descrivere alcuni dei principali cambiamenti che investono i suoi sistemi sottovitali.

In campo sociologico con il termine quotidiano si intende la dimensione spazio-temporale all'interno della quale ciascun attore sociale elabora, pianifica e realizza strategie, alternando momenti inventivi a momenti adattativi, in funzione del suo progetto di vita. E' all'interno di questa dimensione che l'individuo opera quei processi di apprendimento dall'esperienza e mette alla prova le sue capacità di affrontare le sfide costanti a misurarsi, a riprovare, a perseguire obiettivi di riuscita, anche nelle piccole cose. Come tutti i soggetti che vivono nella modernità molti anziani sono oggi dotati non solo di conoscenze pratiche sulla vita sociale che li rendono "competenti", ma posseggono anche le capacità di rivedere, ridefinire, riformulare strategie e percorsi di vita.

Come abbiamo visto, nella società postmoderna, in seguito alla scomparsa di modelli culturali che orientino l'agire sociale, gli individui si trovano a dover negoziare e a scegliere, tra una molteplicità di opzioni, gli stili di vita da adottare. L'aspetto saliente dello strutturarsi dell'identità è costituito dal progetto di vita organizzato in modo riflessivo (Giddens,1994).

Dalla persona anziana l'esperienza del declino corporeo all'interno di un contesto urbano - dove si è ormai affermata la dimensione competitiva e sono scomparsi i luoghi generatori di legami solidali (Bonomi,2009) - è vissuta come un attacco alla sua identità che produce una profonda ferita narcisistica

(Spagnoli,2005; Fonzi,2006). Per curarla la persona anziana deve ricorrere a una revisione dell'immagine di sé attingendo alle sue capacità di plasticità e di adattamento per costruirsi una specie di scudo protettivo.

Tra le creature viventi, l'uomo è l'unico essere il cui comportamento può migliorare o peggiorare la qualità del suo invecchiamento attraverso la gestione delle fluttuazioni cui sono sottoposti i suoi sottosistemi vitali e relazionali.

Se è vero che la lunghezza della nostra vita biologica è ampiamente determinata dal punto di vista genetico e che l'ambiente fisico, storico e sociale in cui viviamo può ostacolare o potenziare le nostre capacità adattative nel momento in cui si riducono le nostre capacità funzionali, è altrettanto vero che l'individuo umano con il suo patrimonio di idee, credenze, ruoli sociali, apprendimenti può produrre "cultura", anche "cultura della vecchiaia". Proprio nelle ultime età della vita, il genere umano denota sorprendenti capacità di apprendere dall'esperienza e di generare nuove strategie per acquisire le informazioni e le energie indispensabili per padroneggiare le necessità corporee e ambientali. Anche di fronte alla riduzione delle forze fisiche, all'avanzare di un decadimento cognitivo fisiologico e in presenza di condizioni ambientali sfavorevoli, alcuni individui che invecchiano sanno avvalersi della "saggezza", intesa come capacità di adottare strategie di vita apprese dall'esperienza e raffinate dalle difficoltà incontrate: non tutte le persone che invecchiano sono "sagge", alcune non lo diventano mai, altre possono diventarlo in ambiti specifici. Queste differenze individuali non fanno che confermare che la saggezza propria di un individuo che invecchia è il risultato ottimale dell'evoluzione in termini psichici, che va al di là delle barriere biologiche e che pone le distanze tra invecchiamento biologico e psicologico (Laicardi, Pezzuti,2000).

Nel corso dell'età avanzata i cambiamenti cui va incontro la persona sono numerosi e si susseguono a distanza ravvicinata. Ciò la costringe a un costante processo di riconversione identitaria volto a ristabilire un equilibrio tra i suoi vari sottosistemi vitali. Il risultato di queste riconversioni resta tuttavia caratterizzato da una profonda fragilità in quanto l'identità non può essere soltanto il prodotto di scelte individuali, ma necessita di un riconoscimento sociale. Un saldo sentimento di identità può essere costruito solo se si può contare sui riconoscimenti che si ricevono dagli altri, da cui origina sia la stima, che è possibile nutrire in se stessi, sia la disponibilità alla socialità (Pizzorno,2007).

Fino a quando nella nostra società dominerà una visione della vecchiaia avanzata fortemente condizionata da paure e stereotipi e fino a quando la cultura positiva dell'invecchiamento resterà patrimonio degli specialisti, l'identità dei grandi vecchi non potrà contare sul quel riconoscimento sociale in grado di sostenere e promuovere densi sentimenti di identità.

Di fronte a una società incapace di leggere l'esperienza dell'invecchiamento avanzato, se non in termini negativi o distorti, ai grandi vecchi non resta che ripiegare sull'unico spazio sociale che conserva i tratti della familiarità: l'ambiente domestico (Caradec,2008). Un ripiegamento che più che in termini di auto-esclusione, va considerato come un modo per rimettere radici in un "angolo di mondo" volto a salvaguardare il sentimento di integrità personale. Senza un ordine del vivere quotidiano è impossibile dare un senso al fatto di vivere, per tale ragione l'individuo cerca di costruire intorno a sé un "mondo familiare" durevole.

La nostra ricostruzione dello spazio del quotidiano dei grandi vecchi potrebbe far pensare a una sorta di vita semplificata, impoverita o organizzata secondo canoni sostanzialmente uniformi. In realtà, proprio grazie all'agire riflessivo del soggetto anziano, ci troviamo in presenza di una molteplicità delle forme del vivere che nella fase finale della vita raggiungono la loro massima espressione. Ciò è in consonanza con gli orientamenti più recenti della psicologia dell'invecchiamento (Laicardi, Pezzuti,2000) secondo cui lo sviluppo umano è il risultato di un percorso sempre più complesso e individualizzato.

Rifacendosi alla "teoria generale dei sistemi", Schroots (1996) spiega questa complessità dell'organismo umano come sistema aperto di un essere vivente gerarchicamente ordinato in sottosistemi vitali che aumentano con il tempo di complessità, di forma e di organizzazione. Secondo la teoria integrata ed ecologica dell'invecchiamento psicologico di Birren (1996), l'invecchiamento è un fenomeno che, oltre al patrimonio biologico di un individuo, implica l'ambiente fisico e sociale in cui egli vive così come i cambiamenti che esso ha incontrato e gestito.

Nella vecchiaia, mentre alcuni stati vitali dell'organismo perdono informazione e si disorganizzano, altri si arricchiscono di informazione e aumentano in regolazione e ordine.

Definire l'invecchiamento come una perdita graduale di complessità è assolutamente erroneo, come il paragonare un vecchio ad un bambino.

Per descrivere lo sviluppo polimorfico dell'età avanzata, Schroots (1988) ricorre alle metafore dell'"albero" e del "fiume". La vita può essere rappresentata come un albero che al termine del suo sviluppo si compone di una parte uniforme, il tronco, e di una parte altamente differenziata, rappresentata dai rami e dalle foglie, oppure, più dinamicamente, come un fiume che, dopo aver proceduto in una sola

direzione, giunto in prossimità del mare (metafora della morte) vi si immette attraverso una serie complessa di ramificazioni. Lo sviluppo polimorfico di un fiume ben si adatta, secondo Schroots, a immaginare ciò che l'invecchiamento umano soprattutto non è: cioè uno sviluppo comportamentale lineare secondo fasi, stagioni e transizioni ben delineabili perché biologicamente determinate.

La molteplicità delle forme del vivere prodotta dai grandi anziani in condizioni di grande criticità rappresenta un patrimonio antropologico che la nostra società fatica a riconoscere e a valorizzare. Per poterlo fare è necessario abbandonare il punto di vista unico, centrale e dominante, generalmente assunto da una certa ricerca scientifica e spesso da coloro che rappresentano e progettano le politiche sociali. Entrare nella singolarità dei percorsi biografici (Bourdieu,1993) e dei contesti secondo una prospettiva situata (Schutz,1967; Duranti,2002; Zucchermaglio,2002), così come tentare di assumere uno sguardo sul fenomeno sociale che tenda a gestirlo senza comprimerlo entro griglie interpretative predeterminate, dovrebbe costituire un orientamento condiviso perché mosso da consapevolezza e responsabilità civica.

7 Di fronte alla crescente disaffezione dei lettori uno scrittore può essere spinto a prendere amaramente atto che la sua opera è "superata". E' ciò che sperimenta Gilbert Césbron quando scrive: "Sono un uomo che sta morendo - ma ogni uomo è destinato a morire! Solo che io sono un uomo che lo sa: che lo sa di corpo, e non di spirito. Ho già cambiato pianeta" (Césbron,1980). Anche Julien Green nel suo diario torna spesso su questo sentimento di estraneità: "Essere nati all'inizio di questo secolo che vede scivolare una civiltà nel nulla, che strano destino. (...) Dal 1990, io mi sento straniero in questo secolo che, tutto a un tratto, si è messo a cambiare troppo in fretta, troppo male. (...) Mi sento sempre più spaesato" (Green,1997). In Jean Guéhéno l'estraneità scaturisce dal venir meno del contatto fisico con gli altri: "Invecchiare bene? Nella vita nessun'ora è più triste di quella in cui si assiste al disfarsi dell'accordo che ci univa agli altri uomini del nostro tempo, quando non si avverte più il tepore del soffio degli altri" (Guehéno,1971).

8 Per studiare queste esperienze Bouisson ha preso spunto da tre racconti autentici: un'esperienza di centodieci giorni nel fondo di una grotta (Le Guen V.,Seule au fond du gouffre,Paris,Arthaud,1989), una spedizione solitaria di sessantatre giorni per tentare di raggiungere il Polo Nord (Etienne J.L., Le marcheur du polo,Paris, Laffont,1986), un'esperienza di internamento nei campi di concentramento di Dachau e di Buchenwald (Bettelheim B.,Le coeur conscient,Paris, Laffont,1972).

9 La *nidificazione*, la possibilità di creare intorno a sé un contenitore rassicurante, sarebbe anche uno dei primi meccanismi di adattamento e di sopravvivenza. Scrive Primo Levi: "La facoltà che ha l'uomo di scavarsi una nicchia, di secernere un guscio, di erigersi intorno una tenue barriera di difesa, anche in circostanze disperate, è stupefacente" (Levi,1989). Attraverso un intenso lavoro di adattamento, nel giro di poche settimane, è possibile costruirsi un nido. La tenda e lo spazio direttamente intorno al sacco a pelo, la camerata con l'armadio contenente gli oggetti personali, diventano per i soggetti studiati la "conchiglia", l'"involucro", il "nido" che abbiamo descritto. Un luogo che non accetta di essere turbato, in quanto territorio minimo di sopravvivenza, ultimo spazio di sicurezza.

10 Per colmare questo vuoto gli è perciò stato necessario rivolgersi di nuovo ad alcune testimonianze d'autore, che, come nel caso di Francois Nourissier (Nourissier,2001),possono raggiungere una forte pregnanza espressiva. Scrive Nourissier: "Chi di noi, nel momento in cui la vita scorre tra le dita, non ha pensato a sotterrarsi, a rintanarsi?(...) La grotta, la conchiglia. Ne sono tentato, attraverso iniziative, abitudini ancora innocenti: riunire intorno a me gli oggetti consueti - disporli in un ordine immutabile, afferrarli, riporli per procurarmi questa sensazione di densità, dunque di sicurezza, che io credo mi aiuti a vivere. Letto del bambino prima del sonno. Nicchia del cane. Cabina del navigatore solitario. Si è liberi di vedere in questi modi di rannicchiarsi al centro di un reticolo di comodità minuscole e maniache, una nostalgia dell'ovulo, del ventre materno, di invulnerabilità originaria".

11 Concludendo la sua analisi Bouisson segnala "la necessità di distinguere una *routinizzazione-strategia*, che possiamo definire come un'attività destinata ad assicurare al meglio o a mantenere il benessere fisico e/o psicologico di un soggetto di fronte a un avvenimento percepito come minacciante e una *routinizzazione-processo* determinata da un insieme di fenomeni consecutivi ed evolutivi organizzati da dinamiche non intenzionali che può condurre la persona su una strada senza ritorno, con una diminuzione sempre più drammatica delle sue risorse adattative e un impoverimento delle sue relazioni con gli altri".

12 Marco Aurelio esemplifica così quella che chiama *anacoresi in se stessi*: un lungo lavoro di riattivazione dei principi generali e delle argomentazioni razionali che possono essere utilizzate per non lasciarsi irritare né dagli altri, né dagli accidenti, né da ciò che ci "è riservato dall'ordine universale" (Marco Aurelio,Ricordi, IV,3). Uno degli aspetti più importanti di questa attività consacrata a se stessi è che essa costituisce non tanto un esercizio della solitudine, quanto una vera e propria pratica sociale.

Parte quarta: Le relazioni di aiuto a domicilio e in istituzione

di Aurora Minetti e Antonio Censi | 11 Settembre 2015 | In: [Quaderno n.25 / 2015 Supplemento](#)

Le relazioni di aiuto nell'ambito del sistema di cure a lungo termine

La fase finale della vita della persona anziana dipendente può essere raffigurata come un lungo attraversamento dei servizi di assistenza continuativa (*long term care- LTC*) ¹.

Nel corso di questo attraversamento la persona anziana dipendente entra in relazione con la molteplicità dei soggetti che operano a vario titolo all'interno di questi servizi e che nei loro comportamenti e atteggiamenti si rifanno a valori spesso difformi e tra loro non sempre facilmente conciliabili. Per questa ragione la persona anziana viene sempre più a trovarsi coinvolta in relazioni segnate dalla frammentazione e dalla discontinuità; particolarmente evidente là dove manchi una forte azione di coordinamento e di integrazione dei servizi.

La nascita dei sistemi di *long term care* risale alla fine degli anni '70 e la loro diffusione è avvenuta in concomitanza con una profonda crisi dei sistemi di welfare. Poiché nel loro patrimonio costitutivo questi servizi conservano alcuni tratti della crisi allora in atto, ci è parso opportuno analizzare alcuni dei fattori che hanno concorso a farla emergere.

Le persone anziane dipendenti rientrano in quella categoria di soggetti fragili per la cui protezione le società industrializzate, a partire dalla fine seconda guerra mondiale, avevano approntato sistemi di previdenza e di assistenza, che si sono rivelati finanziariamente insostenibili in seguito ai cambiamenti di natura sociale, economica e demografica successivamente intervenuti e giunti a maturazione nel corso degli anni '70: aumento della disoccupazione, invecchiamento della popolazione, difficoltà di inserimento sociale e professionale dei giovani, incremento delle spese per la salute, crisi del sistema pensionistico.

Per fronteggiare la crescita inarrestabile del costo di questi sistemi di protezione i governi si sono trovati costretti a ricorrere, da un lato, a una drastica riduzione della spesa e a limitare l'accesso ad alcuni servizi; dall'altro, a valorizzare forme di tutela ravvicinata attraverso il ricorso alle risorse assistenziali primarie costituite da famiglie, conoscenti, vicinato (*Community Care*)².

Questo nuovo orientamento ha contribuito a sancire il passaggio da un'assistenza fornita *nella* comunità, grazie a una significativa presenza dei servizi pubblici, a un'assistenza fornita *dalla* comunità, cioè dalle reti di aiuto familiari e informali, dove il ruolo dello Stato tende sempre più a ridursi al coordinamento piuttosto che alla gestione diretta dei servizi.

Al di là delle sue motivazioni finanziarie, la diversificazione delle fonti di assistenza e di cura può essere considerata come una risposta più efficace a una domanda di servizi che si manifesta sempre più in forma spiccatamente individualizzata in quanto fortemente influenzata da dinamiche sociali specifiche a ogni percorso biografico. Va aggiunto che l'individuo della società postmoderna, sempre più impegnato ad affermare la sua autonomia e ad assumere la piena responsabilità della gestione delle sue condizioni di vita, tende a ridurre le aspettative nei confronti di sistemi di previdenza universali e standardizzati.

Nella concreta realtà dei fatti l'emergere di questo nuovo orientamento nel campo dei servizi alle persone ha posto in evidenza contraddizioni e ambiguità che meritano di essere segnalate.

Come ha legittimamente fatto rilevare la letteratura femminista, sia il termine *Community Care* che quello di "assistenza familiare" sono in realtà un eufemismo poiché nella stragrande maggioranza dei casi l'assistenza all'anziano dipendente è fornita da un familiare di sesso femminile.

All'interno della famiglia esiste una gerarchia implicita tra i responsabili delle cure stabilita su una divisione dei compiti in base ai sessi. Uomini e donne non occupano le stesse posizioni di fronte alla vita e alla morte, di fronte alla conservazione della salute e al carico della malattia. La responsabilità davanti alla malattia (e alla morte) ma anche alla salute è il prodotto di una posizione occupata da un soggetto, culturalmente, socialmente e storicamente situato, uomo o donna (Saillant, Gagnon, 2001). Di solito la responsabilità dell'aiuto viene assunta rispettando la seguente gerarchia: prima la moglie, o una parente convivente, poi una figlia, una nuora, un figlio, un parente, e infine, una persona non appartenente alla famiglia (Micheli, 2008).

Le possibilità di scelta delle forme di aiuto non solo sono limitate a causa della carenza di servizi pubblici, ma sono anche fonte di profonde ineguaglianze poiché la disponibilità di un supporto familiare adeguato non è distribuito uniformemente all'interno di questa fascia di popolazione. Ne risultano fortemente penalizzati, ad esempio, gli anziani non coniugati o coniugati senza figli, che, rispetto agli anziani coniugati o con figli, vivono una evidente condizione di svantaggio. Va aggiunto che chi non può godere di un adeguato supporto familiare risulta penalizzato anche in relazione all'accesso ai servizi pubblici in quanto non può contare sugli aiuti necessari a espletare le pratiche burocratiche che regolano l'erogazione delle prestazioni assistenziali.

Se in taluni casi la carenza di risorse assistenziali primarie può essere compensata dalla disponibilità di adeguate risorse economiche che offrono la possibilità di ricorrere a forme di assistenza a pagamento, va ricordato che anche questa soluzione è accessibile a una fascia ristretta di popolazione anziana, poiché, come abbiamo visto, la maggioranza dei suoi componenti dispone di redditi largamente insufficienti a fronteggiare l'aumento del bisogno di assistenza prodotto dal peggioramento delle condizioni di salute.

Per quanto possa apparire sorprendente non è detto tuttavia che per l'anziano dipendente il ricorso alle risorse assistenziali della famiglia rappresenti sempre la soluzione più gradita. "Per la donna anziana, che si è sempre presa cura dei propri familiari, il non dipendere da questi, ma l'essere assistita da un estraneo, può essere un prerequisito necessario per poter mantenere con essi un rapporto reciproco su altre basi" (Sutter, 1988).

Oltre al problema della diversa distribuzione delle risorse informali fra la popolazione anziana dipendente, vanno considerate le profonde differenze qualitative che caratterizzano le relazioni di aiuto fornite dagli aiutanti familiari, pubblici e a pagamento.

La relazione di aiuto familiare

Il progressivo disimpegno dello Stato, nei confronti degli anziani dipendenti, rende inevitabile una "presa in carico accresciuta" da parte dell'ambiente sociale, i cui attori (famiglia, mondo associativo, assistenza a pagamento e servizi pubblici) sono chiamati a fare la loro "parte" di fronte alle persone anziane dipendenti, non solo per offrire loro la possibilità di vivere "autonome" il più a lungo possibile nella comunità, ma contribuendo, nello stesso tempo, a limitare il ricorso a forme di assistenza pesanti e costose come, ad esempio, l'istituzionalizzazione in una residenza per anziani.

Una visione di questo tipo, ponendo l'accento sui vari compiti e funzioni che gli aiutanti informali sono chiamati a svolgere, può indurre a considerare la solidarietà in chiave esclusivamente strumentale e funzionale, oscurando, in questo modo, il significato sociale più profondo che la relazione di aiuto porta con sé: la decisione di assumere la presa in carico di una persona anziana dipendente non è mai da intendersi soltanto come il prodotto di un dovere da compiere, ma oggi è più che mai il risultato di una scelta. Nella relazione di aiuto, infatti, tali dimensioni sono spesso presenti, intrecciandosi tra loro in forme che possono presentare differenze da caso a caso (Saillant, Gagnon, 2001).

Sebbene nella società postmoderna si sia affermata una cultura che ha prodotto norme edoniste che mirano principalmente al benessere individuale a discapito di quello collettivo (Bauman, 1999), la dissoluzione di norme sociali condivise, che ne consegue, non ha ancora condotto alla totale scomparsa del sentimento di responsabilità, che continua invece a sopravvivere e a esprimersi in forme diverse dal passato (*comunità di cura*) (Bonomi, 2010), come si può riscontrare dalla presenza di termini ricorrenti quali "responsabilità", "condivisione", "partenariato", "sussidiarietà" nelle attuali politiche sociali rivolte alle persone dipendenti. Una concezione, quest'ultima, che porta a giudicare la solidarietà come un bene e un ideale da perseguire, in quanto non più attribuibile a un individuo o a un'istituzione, ma più genericamente a un'intera "comunità". Ma se questa visione della "responsabilità condivisa" può facilitare e valorizzare l'individuazione, nella comunità, di maggiori e più variegate risorse assistenziali da utilizzare sul piano della cura e dell'aiuto, essa può d'altro canto impedire il riconoscimento e la comprensione della natura specifica dei bisogni, dei vissuti, delle attese e delle speranze che caratterizzano le relazioni tra coloro che sono assistiti e coloro che prestano assistenza.

Oggi, a differenza di quanto avveniva nella società moderna, alla base dell'assunzione della presa in carico si colloca, quasi sempre, e in linea con lo spirito post-moderno, una scelta volontaria che può dare origine ad atti dei quali, chi fornisce aiuto, non solo si sente responsabile di fronte agli altri, ma anche e soprattutto di fronte a se stesso, ai propri valori e alle proprie aspirazioni: per l'uomo della società post-moderna, la volontà è diventata una delle dimensioni fondamentali della persona. La tensione a realizzarsi attraverso ciò che si fa, a esprimersi attraverso opere che manifestino il proprio essere autentico, risponde all'esigenza di unicità e di originalità della persona postmoderna³.

Nella post-modernità, quindi, l'importanza accordata all'autonomia e all'individualità del soggetto curante conduce a dare un significato nuovo alla responsabilità, collocandola sotto il segno della "cura dell'altro" in quanto "cura di sé". Il concetto di responsabilità, dopo avere assunto per molto tempo il significato prevalentemente giuridico di tutela di "cose o persone che si hanno sotto la propria protezione" e che vanno difese dai possibili rischi cui vanno incontro, assume oggi sempre più il significato morale del "prendersi cura di persone fragili e vulnerabili", ponendo così l'accento più sulla sua dimensione intersoggettiva che sul suo aspetto funzionale e strumentale (Ricoeur, 1994).

Nella post-modernità, la responsabilità che spinge l'aiutante familiare a farsi carico di un congiunto anziano dovrebbe essere perciò pensata sia nei termini di una "presa in carico" o di una "condivisione di responsabilità" tra il "privato" e il "pubblico", sia nei termini di un impegno personale verso l'altro fragile. Una forma di impegno, quest'ultima, che muovendo dalla preoccupazione morale che diventa responsabilità individuale per gli altri, permette di coniugare, in modi assai diversificati, le dimensioni dell'"obbligo" e della "scelta" di fronte a un altro prossimo.

Da tempo gli scritti prodotti dalle comunità scientifiche sul lavoro di cura delle persone anziane dipendenti (Balbo, 2008) hanno evidenziato che esso può assumere una duplice natura: strumentale e morale.

- Sul piano strumentale consiste nel far fronte, scegliendo e combinando le diverse risorse disponibili nel contesto della famiglia e della comunità (personali, pubbliche, a pagamento), ai molteplici compiti necessari ad assicurare il benessere della persona assistita.
- Sul piano morale comporta il costante impegno a valutare in che misura quanto si fa sia utile o benefico per l'altro. Ciò significa che i compiti non possono mai essere staccati dall'orizzonte morale nel quale prendono forma.

Facendo riferimento al piano strumentale, quando si domanda agli aiutanti principali di parlare di ciò che fanno quotidianamente per i loro famigliari, essi evocano numerosi "compiti", mettendo in primo piano le prestazioni fisiche fornite; ma mentre si soffermano poco sulla descrizione della materialità dei gesti di cura, si dilungano sul senso e sulla finalità che essi attribuiscono a questi gesti. Ciò che gli aiutanti chiamano "cure fisiche" rinvia a un concetto di cura in termini più generali: accompagnamento, attenzione, presenza. Buona parte delle attività di cura delle persone aiutanti sono volte a facilitare la vita quotidiana dell'aiutato, ricorrendo a interventi suscettibili di rendere il corpo confortevole. Con la locuzione "faccio tutto" gli aiutanti familiari sottolineano fortemente la "totalità" di questo impegno che porta a doversi occupare delle cure più intime e di quelle più correnti, come lo si farebbe per un bambino (Saillant,Gagnon,2001). Tali attività possono andare dalla preparazione dei pasti, all'aiuto nell'alimentarsi, dalla preparazione di un bagno, alle cure intime. Ad esse possono aggiungersi le attività di gestione e di riorganizzazione dell'ambiente domestico necessarie a compensare le incapacità della persona aiutata.

Esiste infine una serie di compiti che mira a mantenere l'aiutato inserito nelle diverse reti dell'ambiente sociale circostante: partendo dalla rete familiare per allargarsi alla rete dei servizi socio-sanitari e amministrativi. Questi compiti non sono mai puramente strumentali, poiché sono iscritti in una relazione, inserita a sua volta nella biografia familiare e in un sistema, sociale, in cui vengono assegnati posizioni e ruoli, quali quello di madre o di figlio, di marito o di amico, che rinviano a forme particolari di responsabilità.

L'aiuto informale si esprime in tempi, luoghi e modi che ne rendono difficile la misurazione: i compiti, infatti, vengono eseguiti all'interno di un universo domestico, con le sue connotazioni affettive e private, inscindibile dalla relazione intima, che ne rappresenta l'elemento centrale. Gli aiutanti coordinano, prendono decisioni importanti (ad esempio, l'eventuale ricovero in ospedale, i servizi da fornire con urgenza quando non c'è alternativa), assicurano una mediazione tra l'aiutato e i servizi, tra l'aiutato e gli altri familiari. Per definire il loro ruolo, non a caso, Francine Saillant ha proposto il termine *aiutanti estremi* (Saillant,2000), in quanto primi e ultimi ad essere presenti accanto alla persona anziana dipendente, assumendosi responsabilità essenziali, responsabilità che non si delegano, o che si delegano solo difficilmente. Per l'elevato valore simbolico di tali responsabilità, i compiti assistenziali non vanno intesi come rivolti a un "altro generico", ma a qualcuno con cui si è condiviso una parte importante della propria storia e della propria biografia (il coniuge, i figli e i parenti) in nome di valori e di ideali condivisi: il bagno non rappresenta una semplice misura di igiene; il pasto trascende il suo aspetto "alimentare" per diventare l'atto nutritivo che assicura il mantenimento nel *bios*, nella discendenza, nel "noi".

Le cure fisiche permettono di toccare, di comunicare senza ricorrere a parole che sarebbe difficile pronunciare. Attraverso la loro familiarità e il loro carattere ripetitivo, esse assicurano alla persona aiutata un contatto intimo che rafforza la sua sicurezza ontologica (Giddens,1986). Ciò che si vuole preservare è la dignità che si degrada, rendere felice la persona assistita, darle un po' di speranza facendole vedere e sentire che la vita potrebbe essere un po' diversa, meno monotona, meno sofferta.

Alle cure fisiche si accompagna anche il sostegno psicologico che è almeno altrettanto importante della cura del corpo, ma di cui non è questa la sede di trattazione.

Non mancano i casi in cui l'aiutante familiare è tenuto a dover eseguire dei "compiti spiacevoli", come raccogliere gli escrementi o il vomito del proprio caro. In queste occasioni, ciò che genera disagio nell'aiutante, è vedere l'altro in una situazione di perdita di dignità che rappresenta una sorta di minaccia ai sentimenti di rispetto, di affetto e di stima, su cui si fonda una relazione di reciprocità.

Spesso i compiti più spiacevoli l'aiutante familiare preferisce conservarli per sé, sia perché preferisce essere il solo testimone della perdita di dignità del proprio caro, sia perché desidera essere il solo responsabile della sua assistenza.

Come abbiamo visto nell'ambito dei servizi di cure a lungo termine, la delega di compiti assistenziali tra i vari attori del sistema (operatori professionali, aiutanti famigliari, volontari) dovrebbe essere una pratica diffusa, non a caso si parla di "condivisione di responsabilità" o di "partenariato". In realtà, essa risulta essere alquanto problematica poiché, essendo l'azione strumentale intimamente legata all'agire morale, la delega risulta di difficile attuazione.

Per comprendere le difficoltà legate a delegare, è necessario risalire anche alle motivazioni che hanno condotto gli *aiutanti estremi* all'assunzione dell'impegno di assistere il loro famigliare. Se si spingono le persone aiutanti ad approfondire le ragioni della loro scelta, si scopre, infatti, che esse tendono a rappresentarla come una forma di altruismo che tuttavia risponde a degli obblighi, a dei ruoli, a dei valori e a delle necessità che sono, nello stesso tempo, un'espressione di "egoismo": gli aiutanti sono convinti di "restituire" a un famigliare ciò che hanno ricevuto, ad esempio, l'amore da parte di un coniuge o di un famigliare o il patrimonio di valori o di insegnamenti da parte della famiglia; talvolta si vuole riallacciare un legame deteriorato con l'intento di recuperare il tempo perduto oppure riconoscendo di aver contratto

un debito che si intende ricambiare; talvolta ancora si vogliono evitare all'aiutato le cattive cure, il malessere, la sofferenza affermando che non lo si può lasciare "solo come un cane".

Nell'assunzione della presa in carico, una motivazione ricorrente è quella del debito e della sua restituzione ("restituisco a mio marito o a mio padre o a mia madre ciò che mi ha dato", "lei si è presa cura di me, è stata generosa io mi prendo cura di lei", ecc...), che non va intesa come l'espressione di una società arcaica, bensì come una modalità relazionale post-moderna di affrontare la cura. "Attraverso il dono gli statuti del figlio e del genitore possono riequilibrarsi, essendo entrambi donatori a turno; il dono può singolarizzarli (io dono a chi mi ha donato e non semplicemente a causa di uno statuto, per il semplice fatto che sia mio padre o mia madre) e portare con sé una parte di indeterminatezza (su ciò che deve essere donato e restituito) e una libertà. Questo sguardo rivela che il dono può essere postmoderno, ma con un'accezione positiva, poiché fondato su una relazione intima, tra individui singolari, in nome dell'affettivo e della unicità di ciascuno" (Saillant, Gagnon, 2001).

Sebbene il lavoro di cura familiare si sia fortemente "tecnicizzato", grazie all'incremento delle conoscenze e delle competenze sanitarie degli aiutanti (Balbo, 2003), tanto da spingerli in taluni casi ad autodefinirsi "infermieri", in essi prevale la consapevolezza che la natura dei compiti eseguiti non può essere equiparata a quella di un operatore professionale. La relazione di aiuto con un familiare, con il quale si è condiviso una storia comune caratterizzata da specifici risvolti affettivi, non può essere equiparata alla relazione con un operatore professionale che, agli occhi dell'assistito, appare come un estraneo dal comportamento affettivamente neutro.

Per quanto siano sentimenti positivi quelli che gli aiutanti generalmente associano al loro impegno (gratificazione, tenerezza, presenza, continuità, amore, generosità, accompagnamento, scambio, libertà oblio di sé), non mancano riferimenti a vissuti più problematici (paura, malattia, vecchiaia, pesantezza, calvario). Questi sentimenti rivelano la natura ambigua e paradossale della relazione di aiuto che è, nel contempo, fonte di gratificazione, permettendo all'aiutante di affermare liberamente i propri ideali, e fonte di disagio e frustrazione, per la natura vincolante e costringente dell'impegno assunto.

Nonostante gli aspetti problematici non vengano sottaciuti, da parte degli aiutanti familiari i bilanci negativi sono piuttosto rari: in questi casi è l'imprigionamento con l'aiutato che rappresenta un problema, la difficoltà di sottrarsi al legame, l'obbligo della responsabilità e di non poter disimpegnarsi, soprattutto se i conflitti hanno segnato la storia familiare e il legame particolare con l'aiutato.

La relazione di aiuto può essere considerata una sorta di riconversione identitaria che coinvolge sia la persona che aiuta sia la persona che riceve aiuto. La resistenza che l'aiutante manifesta nel delegare ad altri il suo aiuto deriva dal fatto che non si tratta tanto di delegare compiti assistenziali particolari, quanto di poter perdere parti della nuova identità che si è andata plasmando attraverso l'esperienza del lavoro intimo di cura. Ciò spiega, ad esempio, la difficoltà di convincere dei mariti o delle mogli a ricoverare il loro coniuge. Per loro significherebbe abbandonarli, e, nello stesso tempo, mettere a repentaglio non soltanto il benessere dell'aiutato, ma la loro stessa identità.

Il legame di cura tra l'aiutante familiare e la persona anziana dipendente resta tuttavia caratterizzato da una fragilità che diviene sempre più manifesta, per entrambi, con il protrarsi dell'impegno assistenziale. Il progressivo aumento dei carichi assistenziali, infatti, può contribuire a far emergere quegli elementi di ambivalenza (solidarietà vs egoismo) presenti, come abbiamo visto, in ogni relazione di aiuto (Phillips, Ray, Ogg, 2003) e nelle prime fasi del lavoro di cura è facile riscontrare un rafforzamento dei legami affettivi, anche a fronte di relazioni segnate da un passato conflittuale, nelle fasi successive, l'appesantimento dei carichi di lavoro può far emergere reciproche incomprensioni che, oltre ad ampliare la distanza emotiva tra i partner della relazione, possono condurre anche ad abbandoni o ad atti di violenza.

Per l'aiutante familiare una notevole fonte di ansia è rappresentata dalla difficoltà di conciliare il rispetto di quelli che ritiene i suoi obblighi familiari con ciò che egli può ragionevolmente fare. Sebbene il riconoscimento dell'insostenibilità dei compiti assistenziali da parte dell'aiutante familiare tenda generalmente ad essere eluso, giunge il momento in cui la sua evidenza non può più essere ignorata. Talvolta è la stessa persona anziana a prendere coscienza di essere ormai diventata un peso insostenibile per il suo congiunto e chiedere il ricorso ai servizi di assistenza domiciliare o al ricovero in una residenza. Accade, tuttavia, anche se raramente, che i due partner giungano contemporaneamente al riconoscimento dell'insostenibilità del legame, attraverso un faticoso e sofferto processo di negoziazione.

In qualsiasi modo si manifesti, la rottura del legame di cura è fonte di sofferenza per entrambe le persone coinvolte. Nell'aiutante, può tradursi in sentimenti di fallimento del suo lavoro di cura o di colpa per aver mancato l'obiettivo di evitare al suo congiunto l'onta dell'istituzionalizzazione; nella persona anziana, può assumere la forma del sentimento di abbandono da parte di una figura determinante agli effetti della protezione della propria dignità personale o del sentimento di colpa per avere imposto al proprio congiunto un carico assistenziale insostenibile.

La relazione di aiuto pubblica

In Italia, a differenza di altri Paesi europei (Inghilterra, Francia, Germania e Paesi Scandinavi), l'assistenza domiciliare non prende inizialmente forma all'interno del Servizio Sanitario Nazionale. Anche perché negli anni '60, epoca in cui si avviano le prime sperimentazioni di questa nuova forma di assistenza, il Servizio Sanitario Nazionale ancora non esisteva. Il principio delle cure a domicilio si consolida solo con l'introduzione della riforma sanitaria. L'articolo 25 della Legge 833/1978, che istituisce il Servizio Sanitario Nazionale, recita infatti che le prestazioni "di cura, mediche e infermieristiche sono erogate in forma ambulatoriale e domiciliare".

Nel corso degli anni '60 erano stati in gran parte i comuni a promuovere le prime esperienze in questo campo. Ai suoi inizi l'assistenza domiciliare consisteva in interventi semplici di natura sanitaria (prelievo sanguigno, medicinali, pulizia e sostituzione cateteri, terapie iniettive e flebo, ecc...) e sociale (pulizia dell'ambiente domestico, aiuto nella preparazione dei pasti e del mantenimento dell'igiene personale), che avevano spesso un carattere discontinuo e che non rientravano in piani personalizzati di assistenza.

Da allora, soprattutto a causa della grande espansione delle patologie croniche, l'assistenza domiciliare ha subito un profondo cambiamento: oggi, infatti, i bisogni che il servizio si trova a dover fronteggiare sono molto più complessi e non è più possibile soddisfarli con una semplice assistenza infermieristica, poiché richiedono prestazioni assistenziali tecnicamente più sofisticate (interventi riabilitativi, forme diverse di nutrizione, impiego di tecnologie complicate). Attualmente, per questa sua più forte caratterizzazione sanitaria, l'assistenza a domicilio viene considerata soprattutto come un'alternativa ai ricoveri ospedalieri inappropriati.

Per evidenziare i tratti più rilevanti del cambiamento che questi servizi hanno subito nel corso degli ultimi decenni faremo riferimento all'assistenza domiciliare integrata (ADI).

Derivata dal sistema inglese di *home care*, l'ADI prevede la contemporanea erogazione, con diverse intensità e gradualità, di prestazioni sanitarie e assistenziali volte a soddisfare i molteplici bisogni della persona non autosufficiente.

In Italia, la promozione e diffusione dell'ADI e dell'approccio multidisciplinare ai bisogni dell'anziano non autosufficiente che le è indissolubilmente legato, è avvenuto grazie alla diffusione dei principi e dei metodi della medicina geriatrica (Banchero, Trabucchi, 2010).

L'ADI fa la sua prima comparsa nel Progetto Obiettivo "Tutela degli anziani" dove viene definita come una modalità di assistenza che prevede l'erogazione di un "complesso di prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative e socio-assistenziali, rese al domicilio dell'ammalato, in forma integrata, nel rispetto di standard minimi di prestazione, secondo piani individuali programmati di assistenza, definiti con la partecipazione delle figure professionali interessate al caso".

La valutazione dei bisogni e la pianificazione degli interventi compete a un'équipe multiprofessionale composta da un medico (MMG), un infermiere professionale, un assistente sociale e personale di aiuto domestico familiare, con l'eventuale coinvolgimento di altre figure mediche specialistiche in base alle caratteristiche del paziente. Dopo aver valutato i bisogni, l'équipe predispone un *Piano individualizzato di assistenza (PAI)*, che definisce le prestazioni da erogare e la loro periodicità.

L'efficacia, l'efficienza e la qualità delle prestazioni erogate deve essere costantemente misurata analizzando i processi e le modalità operative con l'intento di assicurare: a) che le diverse prestazioni professionali siano gestite in maniera coordinata; b) che le risorse strutturali e tecnologiche (automezzi e apparecchiature per telemedicina, presidi sanitari, farmaci, ecc.) siano adeguate ai bisogni della persona assistita; c) che venga approntato un idoneo sistema informatizzato di raccolta dei dati necessari alla gestione e all'archiviazione dei casi (Trabucchi, Banchero, 2010).

La possibilità di disporre in modo continuativo di tutte le informazioni relative alle caratteristiche dei pazienti trattati, alle prestazioni, alle modalità e ai tempi di erogazione, rappresenta la base per poter effettuare valutazioni relative all'appropriatezza, all'efficienza, alla qualità e alla sostenibilità economica del servizio al fine di creare *pacchetti di prestazioni* con diversi livelli di intensità assistenziale, cui attribuire anche tariffe differenziate.

Infine la scelta corretta e appropriata degli assistiti e uno stabile collegamento con i comparti ospedalieri o le strutture semiresidenziali e residenziali extraospedaliere (Istituti/centri di riabilitazione, RSA, Residenze Protette, Hospice, Centri diurni, ecc...) permette all'équipe di rispondere con celerità ed efficacia alla domanda assistenziale e soprattutto a garantire quella continuità assistenziale, che rappresenta l'obiettivo primario del servizio.

E' importante ricordare che i servizi di assistenza domiciliare, essendosi sviluppati all'interno di politiche sociali caratterizzate dal crescente contenimento della spesa, hanno sempre potuto contare su limitate risorse. Ciò spiega la fragilità che li contraddistingue, in particolare la loro distribuzione in maniera disomogenea sul territorio nazionale.

Nella grande maggioranza dei casi, il servizio si attiva quando la persona anziana non può contare su un aiuto familiare o nei casi in cui la "tenuta" dell'aiutante familiare, che ha preso in carico la persona, viene meno. Con l'appesantimento dei carichi assistenziali gli aiutanti familiari, infatti, si vengono a trovare nella necessità di chiedere consulenza e sostegno tempestivi agli operatori professionali per fronteggiare situazioni che non sono più in grado di gestire da soli. In questi momenti, risulta centrale la capacità di organizzare interventi a elevata integrazione socio-sanitaria, in forma prevedibile e certa, in modo da attutire il senso di abbandono, in attesa che la rete familiare e i servizi pubblici o accreditati di *routine*, siano in grado di predisporre l'intervento. Spesso, superato il momento critico, le famiglie riescono a riorganizzarsi, ricercando il migliore equilibrio possibile fra costo e qualità del servizio, facendo ricorso anche al mercato privato (badanti) o chiedendo, in alcune situazioni, un'integrazione economica parziale da parte servizi pubblici.

Come si può constatare l'assistenza domiciliare si è andata caratterizzando come un servizio volto a intervenire con strategie di urgenza nei momenti di crisi familiare causati dal verificarsi di "eventi avversi" a carico di una persona non autosufficiente, fornendo "pacchetti assistenziali" flessibili, a elevatissima integrazione, per tempi brevi, a costi certi, in grado di migliorare sensibilmente le potenzialità della relazione di aiuto familiare.

Così concepiti, i servizi di assistenza domiciliare rivelano la loro inadeguatezza a rispondere in modo globale ai bisogni espressi dalla popolazione anziana dipendente. L'inadeguatezza non si manifesta solo sul piano quantitativo, a causa cioè della scarsa e non uniforme distribuzione dei servizi sul territorio, dovuta all'insufficienza dei finanziamenti, ma soprattutto sul piano della qualità della presa in carico. L'aiuto formale può sostenere, integrare, rafforzare, ma quasi mai sostituirsi all'aiuto informale. Se la presa in carico del familiare si fonda, generalmente, su un principio di volontarietà e gratuità, garantendo la globalità e la continuità dell'aiuto, quella dell'operatore professionale è sempre parziale, in quanto viene assunta nell'ambito di competenze tecniche formalmente ed economicamente definite per periodi di tempo necessari al superamento di circostanze critiche. Per questa ragione sarebbe più corretto equiparare il lavoro di assistenza degli operatori formali all'erogazione di prestazioni di servizio piuttosto che alla fornitura di relazioni di aiuto.

Come abbiamo visto in precedenza, la relazione di aiuto è prima di tutto l'incontro di due persone, nel riconoscimento reciproco della loro qualità di soggetto. Essa comporta, per colui che aiuta, il rispetto dell'altro, nella sua libertà di condurre la vita che desidera. Aiutare una persona significa, ben al di là dell'effettuazione dei servizi e dei compiti necessari alla sua vita, allacciare una relazione umana che coinvolge l'identità, la storia di ogni persona aiutata e aiutante, i suoi legami e i suoi scambi con l'ambiente.

Anche se si riconosce, formalmente, che una prestazione di servizio a una persona non è equiparabile a un atto di mercificazione, di fatto oggi essa è concepita sulla base di concetti e strumenti di misura derivati dall'industria manifatturiera che hanno finito col trasformarla sempre più in un insieme di gesti tecnici competenti ed efficaci e sempre meno in una relazione globale e in un lavoro *sulla* relazione (Sutter,1988). Concependo l'anziano come un destinatario di prestazioni assistenziali, l'assistente professionale si pone nell'impossibilità di riconoscere nell'altro un "se stesso" di cui ha bisogno per definire la sua stessa identità e di generare un legame sociale che possa essere esteso anche alle persone anziane in condizioni di grave disabilità (Ennuyer,2004).

L'incapacità dei servizi pubblici di assistenza domiciliare a sostituirsi al lavoro della famiglia nella cura degli anziani dipendenti pone in evidenza una situazione di profonda disuguaglianza tra i cittadini che possono disporre di un supporto familiare adeguato e quelli che non ne possono disporre. Per questi ultimi la possibilità di continuare a vivere nel proprio ambiente domestico una volta perduta l'autonomia fisica e funzionale è molto ridotta. Ma anche per coloro che dispongono di un supporto familiare la fragilità del servizio di assistenza domiciliare pubblico può avere delle ripercussioni negative. Non va dato per scontato che tutti gli anziani dipendenti preferiscano essere assistiti da un familiare: esistono situazioni in cui la persona anziana preferirebbe poter contare su un'assistenza pubblica. E' il caso, ad esempio, di quegli anziani che temono di diventare un peso insostenibile per i propri cari o di coloro che possono contare sull'aiuto di un familiare con il quale hanno sempre intrattenuto relazioni problematiche o conflittuali.

Proiettandoci, infine, in un non lontano futuro, non si può non accennare alle prospettive che la fragilità del servizio pubblico di assistenza domiciliare può aprire se si pensa che le risorse assistenziali della famiglia sono destinate a ridursi drasticamente in seguito ai profondi cambiamenti demografici e socio-economici in atto nella nostra società (Di Rosa, Melchiorre, Lamura,2010).

Sul piano demografico nel giro di un paio di decenni assisteremo alla drastica diminuzione delle famiglie multigenerazionali, all'aumento delle famiglie uni-personali (le persone sole già oggi rappresentano oltre un quarto di tutte le famiglie) e di quelle (oltre un quinto) composte di soli anziani.

Sul piano socio-economico la tendenza all'incremento del tasso di partecipazione femminile al mercato del lavoro, che tra il 1994 e il 2004 è cresciuto dal 42% al 51% (OECD, 2005) e che continuerà a crescere in futuro, contraendo la disponibilità di assistenti familiari unito alla graduale posticipazione dell'età di pensionamento delle donne, per effetto delle recenti riforme del sistema pensionistico, contribuiranno a ridurre la disponibilità di risorse assistenziali familiari.

L'aiutante privato a pagamento

In Italia i servizi domiciliari pubblici sono l'espressione di un sistema di *welfare* che ha sempre mostrato una spiccata propensione a destinare risorse monetarie alle famiglie piuttosto che a estendere la presenza dei servizi sul territorio (Melchiorre *et al.*, 2008). A fronte di questa situazione di insufficiente copertura pubblica, è venuta aumentando in misura notevole la percentuale di famiglie che si rivolgono ai servizi di cura prestati a pagamento da assistenti di origini straniere, il più delle volte secondo modalità irregolari.

In meno di due decenni il numero delle assistenti famigliari a pagamento è triplicato, passando da 181.096 (di cui il 16,5% straniere) nel 1991 a circa 760.000 (di cui il 90% straniere) nel 2009 (Di Rosa, Melchiorre, Lamura, 2010).

La consistenza del fenomeno è tale che l'effetto di sostituzione che viene a generarsi tra lavoro di cura privato (soprattutto se espletato da immigrati conviventi con la persona da accudire) da un lato, e i servizi di assistenza domiciliare a finanziamento pubblico, dall'altro, ha finito col favorire una vera e propria "metamorfosi" di questo servizio che ha visto ridursi l'intervento degli operatori domiciliari pubblici prevalentemente all'area della cura personale e del trasporto.

Molte di queste assistenti famigliari straniere, provenienti soprattutto dall'Est Europa – in particolare da Ucraina e Romania, ma anche da Polonia, Moldavia e Albania – dal Sud America e da Paesi asiatici come Filippine e Sri Lanka, coabitano con le persone anziane assistite (Catanzaro, Colombo, 2009). Svariate sono le motivazioni che spingono la famiglia a ricorrere all'aiuto di un'assistente a pagamento: per delegare il lavoro di cura pesante, limitando il proprio impegno al supporto affettivo e all'organizzazione delle attività di assistenza, per sostituire un membro della famiglia non più in grado di aiutare il proprio congiunto per il sopravvenire di nuovi impegni familiari o lavorativi, per l'esaurimento delle risorse psicofisiche necessarie, ad esempio, a fronteggiare l'incalzare di una demenza grave. Infine non vanno trascurati i casi in cui si ricorre all'aiutante a pagamento in seguito all'acquisizione di risorse economiche aggiuntive come l'assegno di cura o l'assegno di accompagnamento.

Fra i compiti affidati alle assistenti a pagamento straniere, che non convivono con la persona anziana, prevalgono il lavoro di gestione dell'ambiente domestico, la preparazione e la somministrazione dei pasti, la compagnia e la cura dell'igiene personale dell'assistito. Meno frequente è invece la delega della gestione delle finanze, dell'organizzazione dell'assistenza e del trasporto. Mentre si tende a cercare un supporto professionalmente più qualificato e specializzato per quelle funzioni (come appunto il trasporto con mezzi adeguati e l'assistenza infermieristica) che richiedono un certo livello di professionalità.

Nei casi di convivenza il coinvolgimento dell'assistente a pagamento in tutte le attività di aiuto è difficilmente evitabile e conduce al ridimensionamento della presenza degli operatori domiciliari professionali o alla loro completa sostituzione.

Il maggior numero di assistenti famigliari retribuite si riscontra all'interno di nuclei famigliari composti da un solo anziano (63,2%) (IREF, 2007). In questi casi, oltre a diventare una fonte insostituibile di informazioni per i famigliari, l'assistente diviene una figura fondamentale per il benessere psicologico della persona anziana.

La condizione di co-residenza pone assistente e assistito in una condizione di intimità che favorisce l'instaurarsi di relazioni caratterizzate da una forte ambiguità: l'aiutante è esposto al fenomeno della *familiarizzazione* che lo ingloba all'interno di un nuovo nucleo sociale, in una veste di "familiare vicario" (*quasi parente*) (Toniolo, Piva, 2004) che, per quanto poco definita, genera il rischio di obblighi e aspettative reciproche.

La *familiarizzazione* presenta aspetti problematici sia per l'assistente che per l'assistito. L'assistente, vivendo a tempo pieno con la persona assistita non solo finisce spesso col lavorare più ore del dovuto, accollandosi carichi di lavoro penalizzanti, ma si viene anche a trovare nella difficile situazione di dover gestire un conflitto tra le richieste affettive della nuova famiglia e quelle della famiglia di origine, di cui rischia di diventare un membro assente. Il labile confine che separa le relazioni personali dal rapporto di lavoro fa sì che la famiglia possa interpretare come un'espressione di ingratitudine la richiesta dell'assistente di definire con maggiore chiarezza le modalità e i tempi delle prestazioni lavorative.

Per gestire al meglio questa doppia appartenenza familiare, mantenendo il nuovo legame senza sacrificare quello con la famiglia di origine, alcune assistenti a pagamento stabiliscono contrattualmente il

frazionamento del lavoro assistenziale in blocchi di quattro o di sei mesi alternandosi con una collega. Una soluzione che se assicura una certa continuità delle cure, introduce forti elementi di precarietà e discontinuità nella relazione affettiva che si stabilisce tra assistente e assistito.

Analoghe difficoltà incontra la persona anziana nel coniugare il ruolo di datore di lavoro con quello di *pseudo familiare* della persona che lo assiste.

Il processo di *familiarizzazione* è spesso ostacolato dalle profonde differenze fra le caratteristiche personali e culturali di assistente e assistito: in molti casi l'accettazione dell'assistito da parte della persona anziana si manifesta difficoltosa fin dall'inizio. Talvolta la difficoltà di trovare un'assistente a pagamento che risulti gradita alla persona anziana assistita contribuisce a protrarre relazioni di aiuto problematiche o conflittuali.

Sia pure fra molte complicazioni, le relazioni tra anziani e assistenti a pagamento possono dispiegare forme di solidarietà che vanno al di là del rapporto di lavoro. Solidarietà che possono nascere dalla condivisione delle attività di tutti i giorni (ad esempio, stando sul divano a guardare la televisione o sedendosi a tavola insieme durante i pasti) ma che, nei casi più fortunati, possono trasformarsi, per assistente e assistito, in una forma di reciproco arricchimento umano attraverso il confronto di valori, di tradizioni, di sensibilità, di abitudini di vita derivanti da culture diverse.

Se in alcuni casi il legame di cura con le assistenti a pagamento può raggiungere un'intensità affettiva non lontana da quella che si esprime nella relazione di aiuto con un membro della propria famiglia, non si può nascondere che la sua tenuta sia molto più debole. Tale legame è infatti costantemente esposto al rischio di una brusca interruzione, ad esempio, in seguito alla scelta di un lavoro più stabile e meno stressante da parte dell'assistente retribuita o al suo definitivo rientro in patria. La sostituzione o la rotazione delle assistenti a pagamento sottopone l'anziano a una faticosa attività di investimenti e disinvestimenti affettivi che possono logorare la sua fiducia nella possibilità di trovare una relazione di aiuto che gli assicuri una maggiore stabilità affettiva.

Da quanto abbiamo esposto si deduce che i molteplici bisogni della persona anziana dipendente possono essere soddisfatti più efficacemente attraverso la presa in carico globale da parte di un aiutante in grado di assicurarle una relazione intima, ininterrotta, prolungata e molto impegnativa sia sul piano fisico che su quello psichico. Fino ad oggi questa forma di aiuto è stata assunta nell'ambito della famiglia, generalmente da donne di mezza età, con basso titolo di studio, esperienza di casalinghe, capacità pratiche nel pulire, cucinare, fare la spesa, chiacchierare, con modalità relazionali il cui parametro di riferimento sono i rapporti familiari (Sutter, 1988).

Sebbene in molti casi la presa in carico della persona anziana dipendente, da parte di un'assistente retribuita (*badante*), possa avvicinarsi a quella fornita dall'aiutante familiare, ciò che possiamo sostenere a conclusione di questa riflessione è che essa rimane comunque contrassegnata da forti elementi di ambiguità e di fragilità che incidono soprattutto sulla continuità e sulla durata della relazione di aiuto.

Il recente sviluppo del servizio di assistenza domiciliare pubblico, che è andato sempre più assumendo caratteristiche quali la specializzazione, l'ipermedicalizzazione, la mancanza di flessibilità, la frammentazione e la spersonalizzazione, lo ha reso di fatto inadeguato ad assumere una presa in carico globale della persona dipendente.

A nostro avviso, un'équipe di professionisti dell'assistenza può assumere una presa in carico globale ed efficace soltanto a fronte di situazioni critiche di breve durata o può tutt'al più supportare tecnicamente il lavoro di aiuto dei familiari nei compiti di assistenza a più elevata intensità sanitaria, ma non può garantire una relazione di aiuto a lungo termine.

Proiettandoci nel futuro, l'organizzazione dell'assistenza domiciliare va ripensata non solo in termini strutturali, attraverso un suo consolidamento certamente al fine di compensare il calo di risorse assistenziali familiari, ma anche in termini culturali favorendone un'evoluzione che prenda a modello il *caring* familiare piuttosto che un lavoro ad alta professionalità tecnico-specialistica.

1 Con il termine *long term care* ci si riferisce ai servizi destinati a persone che hanno bisogno di assistenza permanente a causa di disabilità fisica o psichica. Questi possono essere erogati in strutture residenziali, a domicilio o nel territorio e comprendono assistenza informale offerta da familiari o da altri così come prestazioni monetarie e servizi professionali forniti da singoli e organizzazioni" (Institute of Medicine, 1986).

2 Questo nuovo orientamento si è consolidato negli anni '80 negli Stati Uniti e in Gran Bretagna, dove i governi conservatori di Ronald Reagan e Margaret Thatcher, al fine di contenere le spese per la salute pubblica, affermarono il principio che il dovere di prendersi cura degli altri non spetta solo al governo, ma anche a tutti i cittadini (Leseman, Martin, 1994).

3 Tuttavia, a questo proposito, gli studi di genere in campo sociale hanno ampiamente dimostrato come persista ancora un grado di responsabilizzazione molto differenziato tra i due sessi rispetto alle situazioni di disagio o di malattia che investono i membri del nucleo familiare e come questa diversa responsabilizzazione sia il prodotto della posizione, culturalmente, socialmente e storicamente determinata, dell'aiutante familiare: nella stragrande maggioranza, una donna in età adulta (Balbo, 2008).

L'aiuto in istituzione

Fino ad oggi, la ricerca sociale sulla vita della persona anziana dipendente ricoverata in una residenza è stata, soprattutto in Italia, largamente trascurata. E' tuttavia possibile, attingendo alla letteratura scientifica internazionale, mettere a fuoco le caratteristiche distintive di questa fascia di popolazione e analizzare i principali problemi sociali che essa incontra nelle varie fasi della vita istituzionale.

Le persone residenti in queste strutture presentano le seguenti caratteristiche (Shanas, Maddox, 1965): sono più vecchi del resto della popolazione anziana, non sono mai stati sposati o sono vedovi, non hanno figli o hanno un figlio solo. Il ricovero, oltre che dalle condizioni di salute, può essere determinato da fattori sociali, economici e abitativi. Ma esistono tuttora molti casi in cui le persone sono spinte a entrare in un'istituzione solo per il fatto di essere etichettate come *confuse, vaneggianti, smemorate, pericolose per sé, sporche, sottotontrite, irrequiete, demotivate* (Townsend, 1981). Il ricovero di queste persone sembra dipendere più dall'imbarazzo e dal disgusto (Nussbaum, 2011) che esse suscitano che dal loro bisogno di assistenza.

Chi non dispone di un supporto familiare tende ad essere ricoverato prima e a un minor livello di disabilità, andando così incontro a una più lunga permanenza nell'istituzione.

La probabilità di essere ricoverati aumenta fortemente in relazione all'età (più di un novantenne su quattro è ricoverato in una residenza) e al genere (le femmine sono in netta prevalenza sui maschi).

L'aspetto più problematico dell'adattamento al nuovo ambiente di vita, che presenta caratteristiche profondamente difformi da quello della comunità esterna, è la conservazione dell'identità.

L'adattamento al nuovo ambiente varia in funzione della continuità o della discontinuità che è possibile stabilire con la vita condotta fino al momento dell'ingresso nell'istituzione. I residenti, che hanno deciso di troncare ogni legame con la vita anteriore, raggiungono prima un nuovo equilibrio che, grazie all'accettazione delle regole e dei ritmi che scandiscono la vita istituzionale, facilita loro la partecipazione alle attività proposte e la costruzione di nuovi legami con altri residenti e con membri del personale. Altri, generalmente di estrazione sociale e culturale più elevata e che hanno scelto di entrare in casa di riposo per conservare la loro autonomia nei confronti dei figli, tendono ad astrarsi dalla vita sociale istituzionale, con l'obiettivo di stabilire una certa continuità con la vita anteriore; altri ancora, che hanno la sensazione di essere stati *scaricati* nell'istituzione, non riuscendo a trovare un nuovo equilibrio e a ricrearsi un ambiente domestico, conservano una forte nostalgia della loro vita precedente, rifugiandosi nei ricordi e nei sogni.

L'identità del residente è influenzata dalle relazioni con due gruppi di persone che presentano marcate differenze. Da un lato, vi sono gli altri residenti, buona parte dei quali affetta da precarie condizioni di salute fisica e mentale. Dall'altro, operatori in giovane età con i quali il residente si relaziona nell'ambito circoscritto delle pratiche di cura.

Per i residenti le relazioni ravvicinate con i *coresidenti* possono costituire una triplice minaccia: in primo luogo, perché rappresentano l'immagine di ciò che essi temono di diventare; in secondo luogo, perché vivendo nella stessa istituzione rischiano di essere confusi con loro; infine, perché lo stretto contatto con queste persone, spesso incapaci di rispettare le regole della vita quotidiana normale, risulta faticoso e problematico.

Per fronteggiare questi pericoli i residenti mettono in atto molteplici strategie (Goffman, 1968).

La più comune è l'elusione, con cui si cerca di evitare i contatti indesiderati o pericolosi. Le persone più autonome tendono a evitare gli spazi frequentati da quelle meno autonome (non facendo ricorso, ad esempio, agli stessi servizi igienici o accedendovi negli orari in cui queste persone non ci sono).

In molte residenze le persone fisicamente e psichicamente meno autonome vengono confinate dal personale in ambienti collettivi al fine di evitare che la loro presenza possa intralciare le attività di assistenza.

In altri casi lo spazio istituzionale viene sottoposto ad una più accurata ripartizione. Le sale da pranzo, ad esempio, possono essere organizzate in funzione del livello di dipendenza dei residenti. In alcune residenze si possono incontrare tripartizioni come la seguente: le persone autonome consumano i pasti in una sala da pranzo situata su un certo piano, quelle che necessitano di aiuto durante il pasto vengono raggruppate in una sala da pranzo situata su un altro piano, mentre le persone più dipendenti vengono alimentate nella loro stanza (Caradec, 2007).

Con il progredire del livello di dipendenza i residenti si vedono ridurre lo spazio personale all'interno dell'istituzione. Spesso sono essi stessi a ritirarsi quando capiscono di non essere più in grado di conformarsi alle regole di presentazione di sé richieste durante i pasti o quando si sentono oggetto di valutazioni negative.

Altre strategie di differenziazione passano attraverso l'invenzione di categorie che "etichettano" e stigmatizzano gli altri residenti.

Una ricerca norvegese ha rivelato che le donne più coinvolte nella vita dell'istituzione avevano costruito un sistema di classificazione attraverso la combinazione di tre fattori (Bjelland,1985): il genere, il rapporto con l'istituzione e il livello di autonomia. Sulla base di questo criterio venivano distinte cinque categorie di residenti: le *signore* (ladies), meno coinvolte nella vita istituzionale e che necessitavano di un aiuto da parte del personale; i *maschi* (men-folk) poco integrati nella vita dell'istituto in quanto preferiscono mantenere le distanze con quello che considerano un pensionato per vecchie signore; i *gentiluomini* (gentleman) ben integrati nella vita istituzionale; gli *allettati* (bed-ridden) che restano più spesso nella loro camera; gli *smarriti* (senile) dal comportamento deviante.

Lo stile relazionale dominante tra i residenti è improntato al modello della *correttezza a distanza* che risponde all'esigenza di essere socievoli senza entrare in una dimensione di intimità. Le regole che improntano questo stile relazionale rispecchiano quelle in vigore negli spazi urbani, sui mezzi di trasporto pubblici, nelle sale di attesa. Il modello della *correttezza a distanza* consente, da un lato, di eludere l'influenza dell'immagine rinviata dalle persone più malandate sul proprio sè, dall'altro, di limitare l'investimento affettivo in relazioni che possono essere interrotte bruscamente da un peggioramento dello stato di salute o dalla morte. Non è infrequente che, una frequentazione anteriore, interessi comuni o il reciproco bisogno di aiuto, possano favorire l'instaurarsi tra i residenti di relazioni ad alta intensità affettiva.

Le relazioni con il personale sono prevalentemente di natura strumentale e spesso restano rigidamente circoscritte agli spazi e ai tempi delle pratiche di cura e di assistenza. Per quanto più limitate, queste relazioni sono molto importanti per l'influenza che esercitano sulla percezione di sé dei residenti.

Da un lato, esse possono rivelarsi pericolose per l'identità, in quanto la loro uniformità e superficialità le rende molto diverse dalle regole che improntano le relazioni tra persone normali. Soprattutto nei confronti dei residenti molto dipendenti vengono poste in atto condotte di svalorizzazione, di protezione infantilizzante, di violazione dello spazio personale, di misconoscimento dei sentimenti di pudore dei residenti.

Dall'altro, certi residenti cercano di ottenere dal personale il riconoscimento della loro "validità", vale a dire della persona autonoma, che non appesantisce il loro lavoro.

Durante la permanenza nella residenza la persona anziana può mantenere un legame con l'ambiente sociale esterno grazie alle visite dei familiari, degli amici e dei volontari. I risultati della ricerca dimostrano l'infondatezza della tesi che con il ricovero si ridurrebbero i contatti parentali. Solo un quarto dei figli tende a diradare i contatti con il genitore anziano ricoverato in istituto (York, Calsyn,1977). Va infine ricordato che è opportuno guardarsi dal considerare acriticamente, come effetti dell'istituzionalizzazione, determinate forme di rarefazione o di raffreddamento dei rapporti familiari che, in molti casi, preesistevano e che spesso rappresentano la motivazione principale del ricovero.

Il patrimonio di conoscenze esistenti sulle condizioni sociali degli anziani ricoverati nelle residenze si è recentemente arricchito grazie al contributo di un'importante ricerca di taglio etnografico, promossa in Francia dal "Centre d'analyse stratégique" e dalla "Fondation Maison des Sciences de l'Homme" (Jaujou, Minnaert, Riot,2006). Lo studio è stato condotto in tre diverse residenze per anziani, dove gli etnologi si sono immersi per sei mesi, vivendo a stretto contatto con i residenti e con gli operatori. La permanenza a tempo pieno, compresi il pernottamento, e la partecipazione diretta alle attività di lavoro dei diversi servizi delle tre residenze, ha offerto ai ricercatori la possibilità di entrare nel "vivo" delle situazioni e delle interazioni fra tutti gli abitanti, più o meno transitori, di quei contesti (Clifford, Marcus,1997). Coniugando qualità informativa e dimensione emozionale, le osservazioni raccolte dai ricercatori attraverso la partecipazione diretta (Gobo,2001) alla vita quotidiana istituzionale, risultano di fondamentale importanza per la comprensione della particolare natura della vita sociale all'interno di questi contesti.

La ricerca è stata promossa con l'intento di individuare l'origine delle difficoltà di adattamento alla vita istituzionale che i residenti continuano ad incontrare, nonostante gli indiscutibili miglioramenti introdotti negli ultimi anni in queste istituzioni, e che si esprimono in un diffuso desiderio di "tornare a casa" o di "morire".

Il rapporto di ricerca descrive l'itinerario delle persone anziane all'interno dell'istituzione, mettendo in evidenza come esso non dipenda soltanto dalle loro azioni e dalle loro scelte, ma anche da ciò che altre persone coinvolte in queste scelte (i familiari, i medici di famiglia, gli specialisti, i co-residenti, il personale di assistenza o alberghiero, per esempio) fanno o decidono per loro in date circostanze.

La ricostruzione dei percorsi istituzionali seguiti dai residenti diventa una sorta di guida che permette di svelare pratiche e rappresentazioni osservate in situ - dal momento dell'ammissione alla fine della vita in istituzione - fase a cui si giunge quasi sempre dopo aver attraversato un periodo più o meno lungo di

dipendenza. Lungo questo percorso appaiono, di volta in volta, molteplici attori istituzionali che, attraverso l'impiego di modalità di relazione diverse con il residente, contribuiscono a riplasmarne l'identità.

1 L'ingresso

La prima tappa del percorso istituzionale analizzata dai ricercatori è rappresentata dalle "circostanze che conducono al ricovero".

La decisione di entrare in una residenza per anziani deriva spesso da un consenso tacito che si stabilisce tra la persona anziana, la sua famiglia e il personale sanitario. Questo consenso, che nella persona anziana è fortemente influenzato dal sentimento di essere diventato un "peso", si combina con l'analogo sentimento dei familiari, talvolta supportato dal medico curante, di non poter più sopportare il fardello delle cure (*burden of care*) (Clarke, 2010).

Le persone anziane tendono a presentare il ricovero in istituzione come il risultato di una scelta discussa e condivisa con i loro familiari per fronteggiare eventi critici che si sono tradotti in un carico assistenziale insostenibile per la loro famiglia. Attribuendosi l'iniziativa di aver per primi proposto l'ipotesi del ricovero, fino a quel momento esclusa, essi cercano di nascondere le reali dinamiche familiari che hanno condotto a questa soluzione, cercando di rappresentarla come scelta volontaria adottata per il bene dei congiunti. Da parte loro, i familiari nel giustificare il ricorso al ricovero cercano di difendersi dal sospetto di volersi sbarazzare dei loro anziani. Gli argomenti addotti da molti familiari per motivare l'istituzionalizzazione del loro caro riguardano le possibili ripercussioni sulla loro vita, presente e futura, che la presa in carico del congiunto dipendente possono comportare: la difficoltà di coabitazione, la preoccupazione di dover gestire da lontano aspetti problematici della vita del congiunto anziano, lo stress fisico e psichico derivante dall'assistenza ad anziani affetti da demenza.

La maggior parte delle persone anziane e delle loro famiglie, giustifica il ricovero con ragioni di ordine sanitario: in questi casi la diagnosi medica può contribuire ad attenuare il disagio dei parenti di fronte al ricovero.

Il medico di base considera generalmente l'ingresso dei pazienti anziani in istituzione come una soluzione socialmente accettabile e, soprattutto, professionalmente vantaggiosa, nella misura in cui lo solleva dalla responsabilità di diagnosticare patologie particolarmente complesse. Definire con esattezza quanto incidano sulla scelta del ricovero la volontà personale e il sentimento di rassegnazione della persona anziana è molto difficile poiché essa prende corpo in un contesto familiare all'interno del quale si confrontano diversi punti di vista che si sono consolidati nel tempo a partire dalle esperienze dei soggetti coinvolti. L'aumento delle incapacità fisiche e mentali può, infatti, costringere la persona anziana e la sua famiglia a fare un esame di realtà da cui scaturisce una sorta di compromesso.

Il tacito accordo raggiunto in merito alla decisione del ricovero tra la persona anziana, i suoi familiari e il medico, può essere messo in discussione dal modo precipitoso in cui si procede all'ammissione. La maggior parte dei ricoveri, infatti, sono condizionati dall'urgenza imposta dagli amministratori di questi servizi che, per comprensibili ragioni economiche, devono occupare il posto letto lasciato libero dalla persona dimessa nel più breve tempo possibile. La pressione esercitata sui familiari affinché procedano nel tempo più breve all'assolvimento degli adempimenti necessari al ricovero può avere delle conseguenze negative sui residenti, che possono vivere la sensazione di "sentirsi scaricati" brutalmente nell'istituzione, tanto più se il tacito accordo con i propri figli era soltanto un accordo di facciata.

2 La conquista e la difesa di uno spazio personale

La conquista di uno spazio personale gioca un ruolo determinante agli effetti dell'integrazione sociale del residente all'interno dell'istituzione.

E' ormai riconosciuto che la disponibilità di uno spazio esclusivo è una dimensione fondamentale nella vita della persona anziana in istituzione. La tipologia delle unità abitative della residenza può tuttavia rappresentare un serio ostacolo alla soddisfazione di questo importante bisogno.

In generale si può affermare che laddove è più elevato il livello di medicalizzazione dell'istituzione, più difficile risulta la personalizzazione dello spazio per i residenti. Nelle residenze più medicalizzate, l'unità abitativa è concepita come un luogo in cui si deve poter operare con rapidità ed efficacia, per questa ragione gli arredi sono standardizzati e funzionali all'esercizio delle attività di cura.

Ciò nonostante, tentativi di ricomposizione di un ambiente personalizzato non sono impossibili. La conservazione di pochi oggetti può rappresentare, una versione condensata della loro dimora anteriore. In qualche caso, le persone anziane riescono anche a ritagliarsi un piccolo spazio-laboratorio che permette loro di dedicarsi alle attività domestiche esercitate in passato o a praticare, sia pure in forma ridotta, il loro vecchio mestiere.

Per comprendere pienamente l'attaccamento dei residenti alla loro unità abitativa è necessario tener presente che esso in molti casi deriva da una conoscenza limitata dello spazio istituzionale: nelle visite di pre-ammissione, come già accennato, vengono presentati loro soltanto alcuni degli spazi istituzionali (il loro futuro reparto, la sala d'ingresso, gli spazi dell'animazione). Ciò contribuisce a far sì che la loro percezione dello spazio istituzionale resti contrassegnata dalla vaghezza dei suoi confini. Se, entrando in una residenza, si chiede a un anziano "lucido" che vi è ricoverato: "Dove è la "Lungodegenza 1?", difficilmente egli sarà in grado di rispondere.

Tuttavia, la conquista di uno spazio personale, insostituibile supporto dell'identità sociale, appare assai fragile: la sua funzione principale, analogamente a quella del vecchio domicilio rispetto al mondo esteriore, è di assicurare al residente un luogo protetto dalle incursioni del personale e dei residenti dementi che deambulano il cui disorientamento porta a confondere reparti, corridoi e porte. Al pari del vecchio domicilio, il nuovo spazio di vita è un universo nel quale i residenti possono esercitare la loro sovranità senza ricorrere all'aiuto del personale.

Con l'aumento del bisogno di assistenza, le intrusioni degli operatori si fanno più frequenti e più ardua risulta la protezione dello spazio personale dalle incursioni dei co-residenti dementi che deambulano.

Per i residenti "lucidi", l'intrusione della follia nello spazio privato, rafforzata dal sentimento di non sentirsi adeguatamente protetti dal personale di assistenza, ai loro occhi troppo tollerante nei confronti di questi comportamenti, rappresenta una delle esperienze più angoscianti.

L'aumento delle disabilità conduce a una pesante restrizione dello spazio personale. Per poter svolgere con maggiore rapidità ed efficacia il lavoro di assistenza, il personale può chiedere ai residenti e ai loro familiari di liberare l'unità abitativa da mobili ingombranti per far posto ad attrezzature assistenziali, quali ad esempio, una carrozzella, una comoda, un elevatore.

Il mantenimento dello spazio personale che i residenti hanno ricreato intorno a sé per "sentirsi a casa" si viene così a trovare costantemente al centro di negoziazioni imprevedute e segna una transizione di status nella vita sociale istituzionale. Di fronte all'espropriazione dello spazio personale le reazioni dei residenti sono diverse: c'è chi la accetta e c'è chi oppone una strenua resistenza.

La presenza prolungata del personale nelle unità abitative delle persone più disabili può tradursi nella fine della loro vita sociale istituzionale. La stanza di degenza, fino a quel momento rifugio e supporto identitario, finisce col trasformarsi in un luogo di confinamento accessibile quasi esclusivamente al personale di assistenza. Tale cambiamento sancisce l'impossibilità di un ritorno alla vita anteriore e i residenti interessati sentono di essere ormai entrati a far parte della categoria degli *allettati* divenuti, in quanto tali, *intoccabili*. Questo vissuto viene rafforzato dagli sguardi dei co-residenti in sala da pranzo, di fronte ai quali il loro manifesto bisogno di aiuto nell'alimentarsi, sancisce la perdita definitiva dell'indipendenza e della sovranità sullo spazio personale così faticosamente conquistata.

3 L'integrazione nella vita sociale istituzionale

I residenti in condizioni di lucidità ricordano perfettamente il loro primo giorno di vita istituzionale, nel corso del quale le impressioni più intense sono suscitate dall'impatto con un mondo totalmente sconosciuto e dalla rapidità con cui è avvenuta l'ammissione.

Nei primi giorni, il nuovo arrivato si avventura raramente negli spazi nevralgici della residenza, come il soggiorno, la sala da pranzo e i corridoi, che conducono ai luoghi in cui si svolgono le attività di animazione. Anche nel caso gli siano state fornite informazioni scritte, è attraverso il contatto con gli operatori che comincia a prendere conoscenza dell'organizzazione della vita collettiva della residenza: l'ora dei pasti, gli orari di pulizia delle stanze e degli spazi collettivi, la frequenza dei cambi di biancheria, la posizione dei servizi igienici sui vari piani. Dalle "ragazze" riceve anche consigli sull'uso degli arredi e delle attrezzature delle stanze.

A loro volta gli operatori, mano a mano che acquisiscono informazioni sul suo ambiente familiare e sociale, possono indirizzarlo verso gruppi di residenti che presentano delle caratteristiche sociali analoghe alle sue, come ad esempio, la provenienza dallo stesso quartiere, un lavoro nello stesso settore economico o nella stessa fabbrica, il comune interesse per la musica, per la pittura o per il gioco delle carte, ecc...

Nello stesso tempo, gli operatori cercano di valutare i problemi che il nuovo arrivato potrebbe porre nell'ambito delle relazioni di cura che li vedranno coinvolti, soppesando, in particolare, l'impatto dei suoi bisogni sul carico di lavoro di assistenza quotidiano. Ad analoghe valutazioni si dedicherà il nuovo residente al fine di percepire la disponibilità dei membri del personale a venire incontro alle sue richieste, trattamenti di favore compresi.

Il primo incontro con la comunità sociale istituzionale avviene in sala da pranzo, uno degli spazi a più elevata intensità sociale della residenza, paragonabile a una piazza all'interno della quale si scambiano servizi e relazioni che ricalcano registri formali e informali. L'assegnazione del posto a tavola, decisa dal

personale tenendo conto delle affinità tra i residenti, assolve una funzione fondamentale nella vita sociale istituzionale. Il momento dei pasti è un luogo di incontro quotidiano obbligato per i compagni di tavolo. Un errore di abbinamento può trasformarsi in una fonte di disagio quotidiano che può turbare il clima sociale di uno spazio nevralgico della vita istituzionale.

Oltre ad essere un punto di osservazione privilegiato e un luogo di incontro, la sala da pranzo è un ambito che può offrire un oggetto comune di conversazione di vitale importanza: il cibo. La critica dei pasti rappresenta un argomento "sensibile" intorno a cui si possono aprire discussioni e innescare dispute con il personale presente in sala da pranzo. La valutazione delle vivande, che può avvenire sulla base di criteri quantitativi e qualitativi, mette generalmente in evidenza una pluralità di punti di vista fra i residenti. Alcuni le giudicano mediocri, sottolineando, in qualche caso, il divario tra la loro bassa qualità e l'elevato ammontare della retta, altri ne lamentano la mancanza di varietà, di sapore o la cattiva presentazione.

I pasti fanno emergere il contrasto esistente tra due paradigmi del servizio di ristorazione: quello medico, che lo considera in termini quasi esclusivamente dietetici, vale a dire finalizzati ad evitare il sovrappeso, a facilitare la digestione o a prevenire problemi di salute e quello alberghiero, più propenso a sposare il punto di vista dei residenti, i quali, nella grande maggioranza dei casi, considerano i pasti un'occasione di convivialità ordinaria, uno dei pochi momenti piacevoli della giornata in una residenza.

4 Le relazioni tra i residenti

Le relazioni tra i residenti si organizzano nell'ambito di una rete complessa di posizioni che comportano l'apprendimento di nuove strategie. L'aspetto più importante della vita di relazione in istituzione è l'inevitabilità dei contatti tra i suoi membri. Anche quando questi contatti sono sporadici e di breve durata è necessario apprendere nuovi comportamenti. Un esempio tipico, a tale proposito, è rappresentato dal modo di salutare: al posto dell'*arrivederci*, in una residenza si ricorre alla locuzione *a presto*, qualche volta pronunciata con una certa dose di humor.

L'immagine di sé all'interno della residenza è fortemente influenzata da due fattori: la capacità motoria e la lucidità mentale. Il possesso di queste due caratteristiche assicura al residente l'appartenenza alla cerchia ristretta dei più validi, che rappresenta l'*élite* della comunità istituzionale.

Nella gerarchia sociale dell'istituzione i residenti affetti da difficoltà di deambulazione si collocano in una posizione intermedia, mentre il gradino più basso è assegnato ai residenti affetti da demenza, che i più validi tendono accuratamente ad evitare per non vedersi riflettere in una loro possibile immagine futura.

Il discorso sulla demenza degli altri è onnipresente nelle conversazioni quotidiane delle istituzioni. Le reazioni più vivaci sono suscitate soprattutto dai comportamenti dei dementi deambulanti. I residenti validi cercano in tutti i modi di evitarli non frequentando i luoghi in cui si riuniscono. In una residenza per anziani, l'immagine della follia sembra avere un impatto più forte di quello della morte.

Nella vita sociale dell'istituzione certi ospiti "lucidi" sembrano godere di una maggiore visibilità, presentandosi come personalità particolarmente rispettate. In molti casi, le relazioni tra i residenti e i vertici amministrativi vengono mediate da queste personalità che assumono informalmente un ruolo di leader: ruolo che viene assegnato loro sia in base allo status che avevano nella comunità extraistituzionale, sia al riconoscimento delle capacità di gestire le relazioni con gli altri all'interno della residenza. Le direzioni delle strutture, in taluni casi, possono ufficializzare questo ruolo, inserendo questi residenti in organismi rappresentativi o affidando loro qualche incarico ufficiale.

Uno degli aspetti più rilevanti della vita sociale istituzionale è l'impegno dei residenti più validi nell'aiuto a quelli più dipendenti: *rendersi utili* ai residenti più sfortunati è un modo per sentirsi gratificati e in possesso di un buono stato di salute. Attraverso questo comportamento ci si assicura una posizione di prestigio nella gerarchia della comunità istituzionale.

Ma vi è anche un'altra motivazione alla base di questo comportamento solidale nei confronti dei più sfortunati: i residenti validi e "lucidi" sperano che in futuro nuovi venuti più validi possano assicurare la continuità di questa rete solidale nel momento in cui anche loro si verranno a trovare nelle medesime condizioni.

Tale solidarietà presenta un risvolto che merita di essere attentamente valutato: essa è finalizzata a ritardare il più possibile l'intrusione del personale di assistenza nella propria sfera intima e di prolungare la vita sociale nella residenza. A tale proposito, va sottolineato che le forme più gravi di dipendenza vengono prese in carico esclusivamente dal personale di assistenza.

Questo spiega perché certe forme di cooperazione tra residenti si sviluppino nelle stanze di degenza all'insaputa del personale. Gli aiuti possono consistere, ad esempio, nel rimuovere una sbarra dal letto per consentire al *co-residente* di raggiungere la toilette, nel prestare soccorso in caso di caduta, nell'informare una persona di fiducia di un problema momentaneo. In queste forme di aiuto informale

rientra anche l'occultamento di una caduta o la minimizzazione dell'aggravamento delle disabilità al fine di ritardare la totale dipendenza dagli operai.

Molti residenti vivono di ricordi e paiono immersi in una cultura della solitudine che cercano di difendere, ritirandosi nello spazio privato della stanza di degenza. I *solitari* spesso manifestano scarso interesse per le attività di animazione che vengono organizzate, preferendo dedicarsi a una vita più interiore. Un modo per differenziarsi dalla maggioranza dei residenti che, per le loro condizioni di salute, fisica e mentale, non possono prendere parte che ad attività di carattere ludico o diversivo.

Le attività di animazione dal punto di vista sociale presentano una caratteristica ambivalente. Concepite per costituire una molteplicità di gruppi, esse sono allo stesso tempo potenzialmente discriminanti: le diverse caratteristiche sociali dei residenti (il loro genere, i loro gusti, le loro abitudini di vita, il loro umore) e le diverse condizioni di salute (le limitazioni della vista, dell'udito, della parola, della concentrazione, della lucidità mentale) possono diventare ragioni per escluderli da talune attività.

Alcune forme di non partecipazione possono essere interpretate come una resistenza all'inserimento in un gruppo. In molti casi, non è tanto l'attività in sé ad essere rifiutata, quanto l'essere associati a un gruppo nel quale non ci si riconosce. Un esempio può essere il rifiuto degli uomini a partecipare ad attività qualificate come squisitamente femminili.

Quando i residenti non sono in grado di esprimersi o di scegliere le attività proposte è il personale che, a volte con la supervisione di un medico, decide per loro tenendo conto delle capacità fisiche e del livello di socievolezza.

5 La gestione del tempo

Nella gestione del tempo all'interno di una RSA, l'attesa assume un significato fondamentale: essa va interpretata come un forma di occupazione che permette ai residenti di uscire dall'ozio in cui li tiene la loro condizione e la carenza di attività di animazione. Aspettare significa "fare qualcosa". La passività associata all'attesa non è assolutamente sinonimo di vacuità. Il tempo dell'attesa è direttamente connesso all'azione, sia perché inibisce altre attività (il residente che aspetta si rifiuta di dedicarsi ad altre attività), sia perché dà luogo ad attività specifiche (come ad esempio controllare l'arrivo del medico o prepararsi per uscire).

Questo modo di sentirsi impegnato attraverso un'attesa rivela la natura particolare del tempo di queste istituzioni. Quando l'attesa perde il suo oggetto, per diventare una condizione permanente, l'orientamento temporale dei residenti ne risulta fortemente compromesso. Se, per verificare le capacità di orientamento temporale, si chiede ai residenti di ricordare da quanto tempo vivono nell'istituzione, solo alcuni sono in grado di indicare esattamente il mese e l'anno, molti danno risposte vaghe o inattendibili.

Lo sprofondamento in una dimensione del tempo vaga e confusa può essere interpretata come il tentativo di rallentare il suo scorrere, che conduce inesorabilmente verso le dimissioni dalla residenza. Dimissioni che possono essere di due tipi: il trasferimento in un servizio più medicalizzato o la morte.

A questa percezione distorta della durata del ricovero, si aggiunge un'impressione confusa del tempo quotidiano: molti residenti manifestano una difficoltà nell'organizzare in senso cronologico gli avvenimenti che accadono quotidianamente nella struttura. Questa difficoltà può sembrare paradossale in un ambiente che si impegna a segnalare il trascorrere del tempo in tutti i modi possibili (grandi orologi collocati in tutti gli spazi collettivi, calendari con le settimane, i mesi e le stagioni, i menù della settimana e i programmi di animazione).

Contro questo tempo che avanza inesorabilmente, i differenti ritmi temporali delle istituzioni e le attese che essi producono sembrano assolvere la funzione di conferire un orizzonte rassicurante alla vita quotidiana.

Attendere è un modo di circoscrivere il tempo, è prevedere la sua fine e il suo ritorno. L'espressione "aspettiamo la morte", utilizzata qualche volta dai residenti, conferma che l'ultimo limite di questa attesa è la morte. Per descrivere il loro vissuto in relazione al tempo, i residenti più che al termine "ozio" fanno ricorso al termine "lasciarsi andare". Questa parola designa un indebolimento del corpo, una forma particolare di affaticamento nell'attesa e una perdita di interesse e di vitalità conseguente a questo indebolimento. Dal personale medico questo vissuto viene interpretato in termini di depressione.

Le dimensioni temporali in cui sono immersi residenti e personale, benché tra loro strettamente connesse, non sono della stessa natura: mentre gli operatori sono oppressi dal tempo (per concludere entro una data ora un certo compito assistenziale), i residenti aspettano. Questa disarmonia può generare situazioni conflittuali, in particolare fra i residenti poco disposti ad aspettare e che invocano costantemente l'intervento del personale, e i membri di quest'ultimo che sono meno disposti a tollerare l'impazienza dei residenti. Il contrasto si accentua, in particolare, durante i pasti, i cambi e le toilette: le

maggiori vittime di questa difficoltà a conciliare i tempi di assistenti e assistiti sono le persone immobilizzate.

6 Le relazioni tra residenti e operatori

Un aspetto della condizione di dipendenza che spesso viene sottovalutato è la difficoltà che una persona adulta incontra nel richiedere aiuto ad un'altra persona. In una residenza per anziani l'apprendimento del modo in cui si devono indirizzare le richieste di aiuto al personale fa parte del processo di integrazione sociale del residente. Le richieste vanno rivolte agli operatori in funzione dei loro diversi ruoli organizzativi: la richiesta di un'aspirina va indirizzata a un infermiere; l'aiuto nel tagliare la carne a un ausiliario; la regolazione del televisore a un addetto alla manutenzione; dei chiarimenti sul pagamento della retta a un impiegato amministrativo; il rammendo a un capo di abbigliamento alla guardarobiera.

Il residente che non ha avuto esperienze di ricovero ospedaliero può incontrare maggiori difficoltà ad esprimere le sue richieste. Il personale può, perciò, trovarsi di fronte a domande inesprese che deve saper interpretare e soddisfare, come ad esempio, proponendo l'uso di un pannolone quando intuisce che il residente può essere imbarazzato a richiederlo.

E' l'équipe di assistenza che, in modo informale, gestisce il processo di *apprendimento a chiedere* del nuovo residente: un ausiliario indirizza verso l'infermiere il residente che gli ha richiesto un sonnifero, e l'infermiere, a sua volta, indirizzerà il residente verso il medico che è l'unica figura autorizzata a prescrivere questo farmaco.

Imparare a chiedere quando si vive in una residenza per anziani significa imparare a riconoscere, accettare come normali, bisogni che si vivono e si esprimono in modo inedito.

Nonostante i responsabili della residenza e il personale riconoscano che è normale chiedere e che il personale presente è lì per rispondere a queste richieste, nelle situazioni concrete il residente si accorge di quanto sia difficile esercitare questo diritto: essere posto nella condizione di domandare fa sentire al residente la sensazione di essere percepito come un "consumatore di prestazioni assistenziali", le cui più elementari funzioni corporee possono diventare oggetto di discussione quotidiana e fonte di preoccupazione per le persone che lo assistono.

Nelle residenze più medicalizzate, il termine utilizzato dalle persone anziane per autodefinirsi è "malato". Questo termine pare più funzionale al mantenimento della dignità personale rispetto a quello di "non autosufficiente". Lo stesso processo di conversione terminologica viene utilizzato per sostituire alla parola "residenza" o "casa di riposo" il termine "ospedale". Questi stratagemmi rivelano un tentativo di eludere la discriminazione sulla base dell'età. In un ospedale non è rilevante l'età del paziente in quanto tutti i ricoverati rientrano nella categoria delle persone malate.

Alcune richieste vengono taciute o mascherate. Esse possono segnalare un *bisogno di presenza* che, soprattutto durante le ore notturne, si fa pressante.

Lo status sociale occupato dal residente prima del suo ingresso nell'istituzione perde progressivamente il suo valore nella misura in cui il suo livello di disabilità lo fa penetrare sempre più profondamente nell'organizzazione del lavoro di assistenza.

La quantità di richieste rivolte al personale consente di caratterizzare i vari gruppi di residenti introducendo una differenziazione informale tra i piani o i reparti. Ad esempio: un primo piano può essere considerato più "brontolone" del secondo piano. Oppure, un reparto può essere definito più pesante in termini "psicologici" rispetto ad un altro in cui il lavoro è più pesante fisicamente, ma meno oppressivo dal punto di vista psicologico.

Oltre che dalle richieste, il clima sociale istituzionale è influenzato dalle *lamentele*. Esse sono frequenti, ma raramente vengono formulate in modo mirato ed efficace. Perciò sembrano trasformarsi soprattutto in un argomento di conversazione comune: il personale individua nella lamentela un bisogno di attenzione o di manifestazione dell'umore.

Le lamentele non sono sempre facilmente distinguibili dalle richieste e dagli ordini.

La richiesta può essere soddisfatta o non soddisfatta. Mentre un ordine rappresenta una richiesta imperativa che non può essere elusa.

La lamentela è spesso espressione di un disagio non facilmente interpretabile. I confini non sempre chiari fra questi tre termini agiscono come elemento di complicazione nelle relazioni tra residenti e personale.

Le lamentele dei residenti qualche volta rappresentano un tentativo di restare in una relazione di interdipendenza con il personale. Ricordando di essere dei clienti che pagano una retta per ottenere prestazioni e servizi, essi cercano di conservare una posizione paritaria con le persone che si prendono cura di loro.

Le richieste di attenzione e di affetto espresse, in forma quasi sempre indiretta, dai residenti non sembrano poter rientrare nelle prestazioni di servizio erogate dal personale: se il coinvolgimento emotivo fa parte del bagaglio professionale degli operatori di questi servizi, esso non può essere retribuito o imposto dalla direzione.

I piccoli regali che i residenti e le famiglie fanno al personale sono una forma di contropartita simbolica che manifesta gratitudine verso il loro impegno quotidiano. Benché essi vengano controllati dalle direzioni al fine di evitare disparità di trattamento, questi piccoli regali manifestano il bisogno dei residenti di restare in una relazione di reciprocità che attenua lo squilibrio sociale causato dalla condizione di dipendenza. Sottrarre ai residenti la possibilità di continuare a dare, non soltanto attraverso piccoli regali, ma anche attraverso le forme di aiuto ai *co-residenti* meno validi e di collaborazione con il personale che abbiamo precedentemente illustrato, significa condannarli a una sorta di insignificanza sociale.

La difficoltà del lavoro del personale è riconosciuta dai residenti che, molto spesso, manifestano la loro comprensione per i problemi con cui esso si misura ogni giorno.

Con la perdita della capacità motoria si rafforza la dipendenza dal personale per poter accedere agli spazi istituzionali.

Fra i residenti con difficoltà motorie è necessario distinguere tra coloro che si muovono autonomamente con l'aiuto di un deambulatore o di una carrozzella, da coloro che possono spostarsi soltanto con l'aiuto di un'altra persona. I residenti in grado di utilizzare la classica carrozzella con l'aiuto delle braccia sono pochissimi. Le carrozzelle elettriche sono scarsamente diffuse a causa delle difficoltà che i residenti incontrano nell'uso dei comandi che le azionano. Il loro cattivo impiego può diventare inoltre causa di incidenti, sia per chi li utilizza che per gli altri residenti.

Il timore delle cadute diventa un fattore di inibizione del movimento: il personale preferisce accompagnare una persona che deve partecipare ad una attività di animazione servendosi di una carrozzella, piuttosto che correre il rischio che cada andandoci con le proprie gambe. Spesso i soli tragitti quotidiani che percorrono le persone in carrozzella sono quelli che li conducono dalla propria stanza alla sala da pranzo e dalla propria stanza ad un laboratorio di animazione.

Le persone in carrozzella perdono la loro piena libertà di movimento, in quanto la loro possibilità di farsi condurre dove vogliono, con chi vogliono e all'ora che vogliono, è legata alla disponibilità di un accompagnatore. La dipendenza motoria dei residenti riduce il loro spazio fisico di vita. Il confinamento nella propria camera sancisce l'accesso all'ultimo stadio del processo di immobilizzazione.

Con l'aumento delle disabilità il residente viene gradualmente inglobato nell'organizzazione del lavoro del personale, le cui logiche lo pongono di fronte a situazioni del tutto inedite e generatrici di esperienze umilianti.

La perdita della capacità di conservare la posizione eretta in seguito all'indebolimento delle gambe, lo costringe ad una condizione di orizzontalità "innaturale", la cui conseguenza più penosa è, ad esempio, quella di dover essere lavato da qualcuno nel proprio letto: esperienza che trasforma radicalmente il significato che il letto aveva assunto fino a quel momento nella vita della persona. Esso rappresentava infatti l'ultimo spazio dell'intimità, un luogo di incontro con sé stesso, supporto indispensabile del sentimento di identità personale.

Il peggioramento delle condizioni di salute pone il residente in relazione con una serie di attrezzature assistenziali che modificano ed estendono i confini del suo corpo: la sedia in plastica su cui sedersi durante la doccia, il sollevatore, la comoda, la carrozzella, il pannolone. A questi oggetti se ne aggiungono altri di aspetto più comune quali: il telecomando, il dispositivo per cambiare l'inclinazione del letto, il campanello per chiamare il personale. L'inglobamento del corpo dipendente nell'organizzazione del lavoro di cura altera i tempi di vita quotidiani dei residenti. Consideriamo il caso del bagno: quando il residente godeva di una certa autonomia lo poteva fare nei giorni e negli orari da lui preferiti, in condizioni di dipendenza si trova a farlo nei giorni e negli orari stabiliti dal personale.

Il peggioramento delle condizioni di salute pone il residente di fronte ad altre esperienze spiacevoli, come ad esempio, l'essere lavato frettolosamente e con una frequenza minore di quella desiderata o il sentirsi espropriato del controllo dell'igiene personale, fattore indispensabile per la conservazione della dignità.

La dipendenza stabilisce una relazione intima tra il corpo dei residenti e quello del personale, ma tale relazione tra un *corpo che sostiene* e un *corpo che è sostenuto* può essere fonte di disagio e di sofferenza per entrambi.

Il lavoro di assistenza agli anziani dipendenti è molto faticoso e numerosi sono i disagi fisici cui sono esposti gli operatori, in particolare sciatiche o ernie al disco. Questi disagi sono accentuati dallo scarso utilizzo delle tecnologie assistenziali, in quanto il personale manifesta una certa resistenza ad utilizzarle, principalmente per due ragioni: la prima, è che spesso esse portano via più tempo; la seconda, è che

possono sottoporre il residente a un'esperienza di disumanizzazione che lo allontana dalla persona che lo assiste.

Il legame stretto che si determina tra il corpo dei residenti e il corpo del personale rende inevitabile la collaborazione: la dipendenza è in realtà un'interdipendenza.

In molti casi la persona anziana, mobilizzandosi, può agevolare l'ausiliario che l'assiste: girandosi su un lato, rimettendosi a letto, tenendosi in piedi. Non è infrequente assistere a forme di divisione del lavoro tra residenti e personale, dove il residente può conservare la capacità di provvedere da solo all'igiene di alcune parti del suo corpo, mentre per altre potrà ricorrere all'aiuto del personale. Così facendo la persona si pone in un rapporto di "collaborazione" con chi la assiste, ridefinendo nello stesso tempo le frontiere della sua intimità.

Allo stesso modo, essa può conservare un controllo su quelle parti del corpo che sfuggono al suo intervento, fornendo all'operatore informazioni utili sul modo in cui desidera essere assistita e, ricevendo da quest'ultimo, ragguagli sulle condizioni di quelle parti del corpo che sfuggono alla sua vista o al suo tatto.

La ricostruzione dei confini del corpo dipendente e degli ambiti di intervento del personale di assistenza risultano di importanza fondamentale agli effetti della tutela della dignità della persona.

L'aggravarsi della condizione di dipendenza si accompagna, generalmente, con l'aumento delle difficoltà di comunicazione. Nell'ambito dell'organizzazione del lavoro, tale carenza viene compensata attraverso la raccolta di scritti e di dati quantitativi da valutare e discutere in équipe.

Ulteriori informazioni possono essere raccolte attraverso l'osservazione della vita quotidiana del residente. Si può verificare, ad esempio, se si nutre a sufficienza, se si è scaricato, se beve regolarmente, se ha dormito bene, se si lamenta del suo dolore all'occhio, se è ansioso, ecc... Le osservazioni relative a questi aspetti sono generalmente guidate dal medico o dall'infermiera dopo aver diagnosticato delle specifiche patologie.

La molteplicità delle conoscenze prodotte, trascritte e organizzate intorno alla persona anziana e al suo corpo diventano una traccia della sua esistenza e della sua storia nell'istituzione.

Gli strumenti per raccogliere le informazioni sui residenti sono molteplici. Si va dalla *cartella personale informatizzata*, al *quaderno delle consegne*, a diversi *supporti grafici* messi a disposizione del personale. Vengono tenuti anche dei *calendari* sommari dove si registra la frequenza dell'eliminazione di feci e di urine. Molto usati, soprattutto nelle sale da bagno, risultano anche i *pittogrammi di dipendenza*, che segnalano ciò che il residente è in grado di fare o di non fare. Nei locali di servizio annessi alle sale da pranzo è affisso il *piano dei tavoli* con l'indicazione dei posti di tutti i residenti e le indicazioni relative ai regimi dietetici cui devono attenersi e al tipo di colazione preferita. Alcuni degli scritti relativi allo stato di salute, richiedono un sapere tecnico per poter essere interpretati, come ad esempio, i valori numerici che definiscono la pressione sanguigna o quelli relativi al tasso di emoglicemia. Tutti i dati relativi allo stato di salute dei residenti si prestano ad essere raggruppati, confrontati e valutati, rendendo in questo modo possibile una gestione efficace ed efficiente delle risorse assistenziali.

La maggiore vicinanza tra operatori e residenti può facilitare la raccolta di *informazioni di tipo biografico* utili alla costruzione di relazioni di cura più personalizzate e quindi più aderenti ai bisogni da loro espressi.

Con l'aumento del livello di dipendenza aumenta la probabilità del ricorso al *tu* nelle relazioni con i residenti. Benché vengano impartite direttive volte ad evitare l'uso indiscriminato del *tu*, molti residenti chiedono espressamente di essere chiamati per nome.

In una residenza per anziani la morte dovrebbe essere un evento ordinario, ma per il personale pare non essere così. Sebbene frequente, la morte non può essere prevista: non è raro che persone apparentemente giunte all'esaurimento delle loro risorse fisiche vivano ancora a lungo.

Agli occhi del personale il decesso del residente segna un cambiamento nello status di un corpo che fino a quel momento viveva grazie al loro lavoro.

La paura di scoprire un residente deceduto nella sua stanza è molto diffusa nel personale. Sebbene si riconosca l'importanza di non lasciarlo solo al momento della morte, molti temono di essere presenti al momento del trapasso.

Il silenzio che avvolge la scomparsa di un residente è una difesa contro l'onnipresenza della morte. La freddezza delle procedure, il disinteresse del personale e l'assenza di ritualizzazione trasformano la morte in una sorta di *non-evento*: la fine della vita viene sottoposta a uno svuotamento del suo significato.

Nel trasferimento della salma dalla sua stanza alla camera mortuaria si evita di passare vicino alla sala da pranzo e si aspetta che i corridoi siano vuoti. Se alcuni membri del personale sono presenti al momento

del decesso, essi non considerano questa presenza come un aspetto del loro lavoro. Nonostante si manifesti in un ambiente collettivo, la morte avviene in solitudine nella metà dei casi.

Il trattamento subito dal corpo defunto viene compiuto con gesti rapidi, che contrastano con la lentezza degli abituali gesti di assistenza quotidiani.

Dopo lo *choc* della morte annunciata, un miscuglio di sentimenti di sollievo, afflizione e colpa caratterizza gli incontri tra il personale e i famigliari del defunto: non è raro assistere alla manifestazione di gesti di affetto, come stringere una mano o asciugare le lacrime.

I residenti sono ancora meno coinvolti del personale negli ultimi istanti di vita di un *co-residente*. Quando i funerali si svolgono al di fuori della residenza, solo raramente essi vi partecipano. Questo distacco prova la difficoltà di costruire solidi legami sociali all'interno di una residenza per anziani.

Morte interiore e oblio

Il compito che la società assegna alle residenze per anziani non autosufficienti, non è solo di assistere e custodire *persone incapaci non pericolose* (Goffman,1968), ma anche quella di proteggere la società dalle ansie associate alla vecchiaia e alla malattia che, in quanto segnali di morte, rappresentano una minaccia alle strutture fondamentali della vita sociale.

Sebbene la vecchiaia e la malattia rappresentino, rispetto alla morte, una minaccia meno drammatica per la struttura della vita normale, esse suscitano ansie profonde negli individui e nella società. Pur rientrando fra le esperienze della vita quotidiana; esse sono, nello stesso tempo, esperienze che indicano i limiti della vita. Da sempre, per contenere queste ansie ed impedire che distruggano le strutture fondamentali della vita sociale, la società umana predispone appositi apparati istituzionali per contenere in qualche modo queste esperienze. Ciò spiega perché la vecchiaia, la malattia e la morte (in ordine crescente) vengano, per quanto possibile occultate (Berger P.L., Berger B.,1977).

Anche quando sopraggiunge al termine di una lunga esistenza la morte fatica ad essere accettata come un evento normale della vita. Se prima del ricovero in una RSA la persona anziana, pur essendo già entrata per ragioni anagrafiche nella dimensione della morte annunciata, poteva continuare a considerarla come qualcosa di estraneo a sé, dopo il trasferimento in una RSA si trova nell'impossibilità di mettere in atto questa manovra difensiva poiché l'ambiente istituzionale rende inevitabile il contatto quotidiano con questo evento. E' in questo spazio che essa, quasi sempre, morirà.

In molti casi l'ingresso in una RSA rappresenta una scelta consapevole del luogo o del modo in cui morire, adottata con l'aspettativa di poter contare sull'assistenza e il conforto di persone qualificate, sollevando i propri familiari dalle pesanti incombenze dell'assistenza nella fase terminale ⁵.

L'onnipresenza della morte nell'ambiente istituzionale è un dato di realtà difficilmente confutabile. I residenti sono, per così dire, *morti potenziali*. Ciascuno di loro, entrando nell'istituzione, va ad occupare il posto lasciato libero da una persona defunta e, per quanto rimosso, questo aspetto non può risultare indifferente sul piano del vissuto profondo. La presenza della morte si può leggere facilmente sul volto di molti residenti.

Gli operatori di questi servizi si trovano perciò di fronte al paradosso di sostenere e promuovere la vitalità del residente in un ambiente fortemente influenzato dalla presenza della morte. Per evitare che questo paradosso vanifichi la loro azione essi tendono a "sdrammatizzarla", negando gli intensi sentimenti che suscita la sua vicinanza. Il ricorso a questo meccanismo difensivo, per quanto giustificabile, crea le condizioni che conducono alla *morte affettiva e sociale* prematura dei residenti.

Come abbiamo visto in precedenza, il processo di indebolimento dei legami sociali che si manifesta nella grande vecchiaia, e che si accentua con la perdita dell'autonomia fisica e funzionale, equivale a una lenta *morte affettiva*. Con l'ingresso in una residenza per anziani questo processo subisce un'accelerazione, soprattutto nei contesti a forte caratterizzazione ospedaliera. Se nell'ambiente domestico, la persona anziana poteva compensare l'indebolimento dei legami sociali spostando il suo investimento affettivo dalle persone agli oggetti, all'interno di una residenza questa manovra, a causa della limitatezza dello spazio personale, risulta di più difficile attuazione.

Per la persona anziana e per i suoi famigliari il ricovero in una casa di riposo è vissuto come un evento luttuoso che in taluni casi viene interpretato come una vera e propria *morte sociale*. In ambito sociologico con questo termine ci si riferisce alla scomparsa di un individuo dalla scena sociale che può essere determinata dalla morte fisica, dall'esclusione, dall'esilio, dalla partenza, dall'oblio. Generalmente la morte sociale viene a coincidere con la morte fisica, ma in alcuni casi, come quello dei residenti nelle istituzioni per anziani, la può precedere. Alla morte sociale prematura dei residenti si può contribuire mettendo in atto, prevalentemente in modo omissivo, delle *pratiche desocializzanti*: ad esempio, non attivando canali di comunicazione tra l'istituzione e il mondo sociale circostante, non rimuovendo le limitazioni alla vita sociale dei residenti che vengono mantenute per comode consuetudini organizzative, non tutelando i loro diritti sociali e familiari, non rispettando le loro abitudini di vita ⁶.

Di solito la *morte sociale* succede alla morte fisica e si realizza attraverso l'oblio. Poiché essere ricordati significa continuare a vivere socialmente, possiamo dirci socialmente morti soltanto nel momento in cui scompare l'ultima persona che conservava un ricordo di noi, che lo portava con sé e che talvolta lo arricchiva. Paradossalmente la *morte sociale* cancella gli esseri umani più efficacemente della morte fisica, che lascia prima un cadavere e poi uno scheletro che rimane intatto per secoli. I monumenti e i nomi delle vie sono luoghi creati dalla società per alimentare la memoria degli uomini illustri. Ma chi non appartiene alla ristretta schiera degli uomini illustri non può aspirare a una lunga sopravvivenza sociale se non imparando a riconoscere i momenti apicali della vita e ad attribuire loro sempre nuovi significati. Solo approfondendo la conoscenza di quello che James Hillman (Hillman,2000) definisce il nostro *carattere* possiamo creare le condizioni per incrementare la nostra *longevità sociale*. Ciascuno di noi è il prodotto del lavoro di ricerca e di formazione che fa su di sé. In assenza di questo lavoro gli eventi che scandiscono i percorsi biografici non si possono trasformare in una esperienza di vita riconoscibile e comunicabile. Si potrebbe dire, provocatoriamente, che chi, pur possedendone gli strumenti, non conduce questo lavoro di riflessione su di sé, si condanna inconsapevolmente a una morte sociale prematura.

La prossimità della morte suscita nella persona anziana preoccupazioni che non riguardano soltanto l'interpretazione che verrà data alla sua vita nell'aldilà, ma anche l'aspettativa di apparire agli altri come persona esemplare o meritevole di essere ricordata. Se i beni materiali vengono generalmente lasciati in eredità ai figli o ai familiari, non così sempre avviene per l'eredità spirituale e per la propria esperienza di vita. Quest'ultima spesso viene consegnata alle persone più vicine nel momento del trapasso. In una residenza per anziani, con l'approssimarsi della morte, è lo stesso residente a designare l'operatore a cui consegnare l'eredità spirituale.

In questi contesti non ci si dovrebbe perciò limitare a rallentare il deterioramento biologico e a prevenire le patologie geriatriche, ma si dovrebbe predisporre un ambiente di vita capace di scongiurare la lenta morte interiore dei residenti offrendo loro il sostegno affettivo necessario a non smarrire il filo che tiene insieme la loro vita (Censi,2001).

Da luoghi tacitamente deputati alla cancellazione silenziosa e invisibile dei soggetti che attentano al mito dell'individuo autonomo, produttivo, immune dal dolore e dalla decadenza, le residenze per anziani vanno gradualmente trasformate, attraverso la cura particolare che va assicurata alle proprie radici sociali, in *luoghi di custodia della memoria* di coloro che, in quanto ci hanno preceduto, rappresentano la testimonianza vivente del patrimonio di tradizioni, valori e istituzioni che i nostri padri ci hanno tramandato.

4 Tuttavia le cose non stanno esattamente così. "Per quanto poco attraente sul piano dell'immagine, la RSA è il luogo dove si muore, dove le persone vanno a trascorrere l'ultima fase della loro vita. Anche se negli ultimi anni, in certe regioni d'Italia si è opportunamente valorizzato il ruolo vitale delle RSA (la riabilitazione, i ricoveri temporanei, i centri diurni), è innegabile che l'immagine più forte e più radicata nell'immaginario collettivo è quella della casa di riposo come collo di bottiglia dell'esperienza terrena, ultima stazione della nostra esistenza. Appare quindi stridente che l'istituto dove si muore sia anche il luogo ove non esiste cultura del morire, con operatori non preparati ad affrontare questa fase della vita" (Villani,2003).

5 Queste *pratiche desocializzanti* presentano sorprendenti analogie con l'insolita pena di morte in vigore nello stato africano del Gabon dove non si procede alla soppressione fisica dell'individuo, ma ci si limita ad allontanarlo dalla società privandolo di tutti i diritti familiari e civili e cancellandolo dai registri di stato civile (Levet-Gautrat,1985). Quando la *morte sociale* è decretata da una decisione della collettività si parla di morte sociale istituzionalizzata. Un esempio è la dispersione delle ceneri dei capi nazisti decisa dalle nazioni vincitrici della Seconda Guerra Mondiale attuata con l'intento di evitare che le tombe potessero diventare luogo di riunione per i nostalgici di quel regime.

Conclusioni

di Aurora Minetti e Antonio Censi | 11 Settembre 2015 | In: [Quaderno n.25 / 2015 Supplemento](#)

Longevità fisica e morte sociale prematura

Il ritardo con cui il nostro Paese sta affrontando la travolgente espansione della domanda di cure a lungo termine indotta dall'esplosivo incremento delle persone anziane non autosufficienti fa tornare alla mente un aneddoto che Federico Caffè, il grande economista misteriosamente scomparso nel 1987, raccontava a un suo vecchio allievo.

"(...) ti racconto un aneddoto che mi è stato riferito da un giovane diplomatico con notevoli inclinazioni per l'antropologia. In una tribù africana le persone anziane diventate incapaci di dare qualsiasi contributo alla comunità vengono portate sulla riva di un fiume profondo e spinte, dolcemente ma inflessibilmente, con lunghe pertiche verso il punto del non ritorno".

"Mi pare un costume barbaro" (commenta il vecchio allievo).

"Io non ne sono altrettanto sicuro. In ogni caso questa "barbarie", come la chiami tu, non è senza ragione. Lo scopo è di mantenere un equilibrio demografico all'interno della collettività la cui vita, per

altro, presenta aspetti di forte coesione e solidarietà tra i gruppi. Sempre secondo le osservazioni di questo mio giovane amico diplomatico, che ha assolto il suo obbligo di soggiorno in residenza disagiata appunto in Africa, nella tribù di cui parliamo non ci si preoccupa soltanto di mandare a morte i vecchi inabili; ci si preoccupa anche di assicurare la sussistenza, poniamo, ai familiari di una persona prematuramente scomparsa o divenuta per infortunio inabile al lavoro. Rifletti. In Italia, in conseguenza del prolungarsi della vita media degli uomini, e soprattutto delle donne, nel 2025 i due terzi della spesa sociale saranno assorbiti dall'onere pensionistico. Temo che l'alternativa delle pertiche, se non cambieranno molte cose, dovrà essere presa in seria considerazione" (Rea,1992).

A volte verrebbe da pensare che, nella nostra società, l'ingrato compito di sospingere i vecchi inabili verso il punto di non ritorno sia tacitamente affidato ai servizi di cura a lungo termine. Con la differenza che, in questo caso, lo strumento per liberarsi del pesante fardello degli anziani cronici non è una lunga pertica, ma un più insidioso e sofisticato sistema di esclusione e di cancellazione sociale della persona. Un sistema che facendo ricorso al "terrorismo contabile dei disavanzi catastrofici degli istituti previdenziali" rischia di negare al singolo anziano dipendente il diritto di continuare a condurre una vita dignitosa e a morire al momento giusto. Di fronte a questo atteggiamento Caffè si chiedeva se anche la nostra società stesse pensando, come la tribù africana di cui abbiamo parlato, a una qualche "soluzione finale" (*eutanasia morbida*; Pellissier,2007) per porre rimedio agli squilibri originati da una eccessiva longevità.

Come abbiamo cercato di dimostrare, a livello individuale la perdita dell'autonomia fisica e funzionale innesca un processo di disgregazione dell'identità che viene rafforzato dall'immagine di sé difettosa e svalutata che gli altri rinviano al soggetto anziano, considerato come un mero fruitore di prestazioni previdenziali e sanitarie.

L'impoverimento degli scambi relazionali derivante dal prolungato e sempre più intenso contatto con gli operatori dei servizi di cure a lungo termine, unito al vissuto colpevolizzante di rappresentare un peso economicamente insostenibile per la famiglia e la società, alimenta la tendenza alla chiusura in se stessi e alla regressione.

Mano a mano che l'età avanza la società non solo smette di considerare la persona nei termini di ciò che ancora potrebbe essere, negandole un futuro, ma cancella anche il suo passato, dimenticandosi di ciò che sul piano sociale è stata. Invecchiando essa riceve dalla società un messaggio contraddittorio e confuso, poiché se da una lato le si assicura, attraverso il miglioramento delle condizioni materiali di vita e dell'assistenza, una più lunga sopravvivenza fisica, nello stesso tempo la si fa sentire un peso e la si spinge gradualmente ai margini della vita sociale condannandola a una sorta di morte sociale precoce.

Questo paradosso tocca il suo apice nel momento in cui, entrata nello stadio della dipendenza fisica, si trova costretta a ricorrere a un sistema di cure che, assumendo come unico fondamento il corpo che invecchia, finisce col sottoporla a un processo di oggettualizzazione (Molinatto, 2004) che crea le premesse per la sua esclusione.

Lo strumento adottato per perseguire questo obiettivo è il paradigma bio-medico dell'invecchiamento che rappresenta a tutt'oggi il cardine delle politiche sociali rivolte a questa fascia di popolazione. Riducendo la dipendenza all'incapacità di compiere da soli i principali atti della vita quotidiana e ignorando l'impatto che questa condizione esercita sulla possibilità di continuare a governare autonomamente la propria persona e la propria vita, il paradigma bio-medico dell'invecchiamento crea i presupposti per la progressiva cancellazione sociale dell'individuo.

Così come era accaduto ai medici igienisti all'inizio del Secolo scorso, i medici geriatri sono diventati i naturali alleati del potere politico, aiutandolo a gestire i complessi e preoccupanti problemi economici e sociali creati dall'aumento di persone anziane dipendenti attraverso il loro incanalamento all'interno di percorsi tecnici rigidamente strutturati.

Se da un lato va riconosciuto che il paradigma bio-medico della dipendenza contribuisce a contenere e razionalizzare la spesa sanitaria, non si può dall'altro lato sottacere che esso pone in atto processi di discriminazione e di emarginazione sociale che Zygmunt Bauman definisce *smaltimento di corpi superflui* (Bauman,2005).

Poiché nella società contemporanea lo *smaltimento* di colui che si vuole escludere non può essere più attuato con la sua uccisione, la forma di esclusione più vicina alla morte è quella che passa attraverso la sua riduzione a corpo, cosa, animalità, facendo risalire alla natura l'origine della diversità che può giustificare l'esclusione. "Il processo di individuazione dell'altro come corpo, passività, inerzia, oggettualità o pura irrazionalità, continua a ricalcare quello arcaico della proiezione nel *capro* dei propri mali e delle proprie colpe (...), ma - questa volta -passando attraverso una mediazione che serve a deresponsabilizzare la collettività e a trasferire nel singolo la "colpa" della propria diversità. Se la scelta biblica del capro poteva garantire lo scarico delle colpe sull'animale, la scelta di gruppi di individui da allontanare e da escludere dal banchetto, pur essendo membri di una società che dichiara l'uguaglianza di tutti gli uomini, ha bisogno di essere razionalizzata attraverso processi ideologici che la facciano apparire ciò che non è" (Ongaro Basaglia,1978) .

Se si vogliono riformulare in termini più inclusivi le politiche sociali per le persone anziane dipendenti, è necessario muovere dal presupposto che il diritto a ricevere cure e assistenza non può essere disgiunto dal diritto di continuare a governare la propria vita, di essere rispettati dai propri simili e di partecipare alla vita della comunità. Al pari di tutte le persone svantaggiate giovani e adulte, anche gli anziani dipendenti aspirano a condurre una vita normale.

Sebbene anche in campo geriatrico si sia andata facendo strada la consapevolezza che la costruzione di mondi artificiali concepiti per contrastare le perdite inevitabili causate dall'invecchiamento sia inadatta a riconoscere e rispettare l'aspirazione alla normalità che ogni persona anziana, consciamente o inconsciamente, continua a conservare dentro di sé (Spagnoli,2005,Guaita,2001), fatica ad affermarsi un modello di cura che, muovendo dal riconoscimento che l'assistenza all'anziano fragile è principalmente una vicenda umana, di umani che si prendono cura di umani (Trabucchi,2003), sappia coniugare sostenibilità economica (contenimento dei costi dei servizi) e sostenibilità sociale (rispetto della persona e della sua vita).

Sulla necessità di "de-medicalizzare" le politiche sociali destinate agli anziani dipendenti insiste anche il "Comitato Nazionale di Bioetica" che, uniformandosi alle sollecitazioni di importanti istituzioni europee, in un suo documento riconosce loro il diritto ad 'invecchiare vivendo', godendo, cioè, di una qualità di vita che corrisponda al più alto livello di benessere possibile. Spostando l'attenzione dalla disabilità all' "autonomia sociale della persona il processo di invecchiamento corre meno il rischio di essere medicalizzato e identificato con il profilo del disagio psico-fisico. (...) La predisposizione di un piano di cure individualizzato non può prescindere da un'analisi del profilo psico-sociale della persona fondato sulla ricostruzione delle tappe della sua attività professionale e socio-familiare, al fine di reperire le competenze, i centri di interesse e le motivazioni acquisite collocandole in una dimensione prospettica, che le consenta di formulare realisticamente nuove scelte, prendendo le decisioni adeguate" (Comitato nazionale di Bioetica,2006).

L'assunzione di uno sguardo meno medicalizzato e più creativo sulla vecchiaia dipendente, oltre a contribuire al miglioramento della qualità di vita della persona, può condurre a scoprire una possibile funzione sociale di questa età della vita. "Quale può essere – si chiede, ad esempio, Michel Billé – la funzione sociale di questo vecchio allettato, incontinente, demente, prostrato o agitato, preso in carico nel migliore o nel peggiore senso del termine in qualche casa di riposo? Quale è la sua funzione, che cosa ci aspettiamo da lui, che cosa rappresenta per noi? Quale ruolo ci aspettiamo che assuma? Quale status siamo disposti a riconoscergli, noi collettivamente (è troppo facile scaricarlo nelle mani dei professionisti della cura), noi cittadini di questa società?" (Billé, 2004). Questi interrogativi possono aiutarci a trovare loro una funzione sociale che può essere assai simile a quella del filosofo, poiché con la sua semplice presenza l'anziano dipendente ci interroga senza sosta sul senso che attribuiamo alla vita, alla vecchiaia, alla morte, a ciò che è un essere umano, a ciò che è l'umanità.

Negli ultimi anni gli organismi internazionali e nazionali preposti alla tutela della salute fisica, psichica e sociale della popolazione hanno promosso un vasto piano di umanizzazione dei servizi sanitari definendo i diritti della persona anziana non autosufficiente e fornendo alle istituzioni e agli operatori gli orientamenti cui uniformarsi per soddisfarli ¹.

Sebbene le Carte dei servizi riconoscano con grande enfasi i diritti degli utenti, è illusorio pensare che un problema radicale e di enorme rilevanza economica come quello dell'assistenza agli anziani non autosufficienti possa trovare una soluzione sul piano del diritto in una società come quella post-moderna che esclude o rimuove dal proprio orizzonte cognitivo e culturale il confronto con l'incertezza e con la sofferenza, rifugiandosi nel narcisismo e nell'esaltazione di sé.

Oggi più che mai le soluzioni ai problemi estremi possono essere trovate solo facendo ricorso alla forza morale e allo spirito di solidarietà. Valori quanto mai scarseggianti in tempi in cui la morale privata prevale su quella pubblica, ponendo a fondamento degli scambi interpersonali le regole del mercato.

Come scrive Norberto Bobbio: "Se si ritiene che la società debba essere guidata dalle regole del mercato, per coloro che non rendono non c'è più scampo. Se la regola fondamentale di una società è quella della domanda e dell'offerta, vale a dire che tutto si può offrire se viene domandato, ma bisogna che sia domandato e viceversa, il problema di coloro che non rendono, il problema di coloro che sono al di fuori del mercato, diventa sempre più difficile" (Bobbio, 1988).

Sebbene la congiuntura economica che stiamo attraversando sia poco favorevole alla soluzione di una questione complessa come quella degli anziani dipendenti, non vanno abbandonati gli sforzi per alimentare un pensiero creativo e innovativo che si ponga alla ricerca di politiche sociali capaci di offrire un sistema di cure a lungo termine rispettoso dell'identità della persona anziana e compatibile con la continuità della sua vita.

1 Si veda il documento "Carta Europea dei diritti e delle responsabilità delle persone anziane bisognose di cure ed assistenza a lungo termine", Unione Europea, Giugno 2010.