

## **Riflessioni sulla condizione e le principali implicazioni problematiche della terza e quarta età**

***Raimondo Villano***

*Nobile Collegiale h.c.*

*Dottore h.c. in Scienze umane e sociali*

*Accademico Effettivo di Storia dell'Arte Sanitaria*

Senza dubbio da non pochi anni le problematiche relative alla popolazione anziana hanno assunto una rilevanza significativa, basti ricordare, a titolo meramente indicativo, che già alla Conferenza Mondiale di Vienna del 1981 e nel corso degli anni successivi il Consiglio d'Europa ha sovente richiamato gli Stati membri affinché alla terza e quarta età sia rivolta maggiore attenzione per le molteplici implicazioni di natura medico-sociale, politico-economica e, non ultima, di carattere morale e che sin dal 1993 è stato proclamato in ambito comunitario un Anno Europeo dell'Anziano.

Fattori demografici, sanitari, medici e socioeconomici (denatalità, riduzione della mortalità, immigrazione) stanno modificando profondamente le caratteristiche multigenerazionali.

Proiezioni statistiche dei primi anni '90 indicano che ai primi decenni di questo secolo, intorno al 2037, la popolazione italiana diminuirebbe da 56,4 a 45 milioni di unità e che la popolazione giovane sarebbe di 5,5 milioni, la metà di fine secolo scorso. Tale trend, in effetti è fuori parametro, avendo toccato i 60 milioni di unità, ma solo per effetto del saldo positivo relativo all'immigrazione.

Il controllo dei meccanismi dell'invecchiamento, definibile un epifenomeno dello svolgersi di un programma geneticamente determinato che comporta la progressiva perdita di capacità di adattamento a condizioni ambientali relativamente costanti che si manifesta con l'aumento della vulnerabilità e, quindi, con aumento della probabilità di morte dell'organismo stesso, già attuato attraverso una migliore gestione profilattico-terapeutica dei meccanismi biologici di sopravvivenza, tende gradualmente ad innalzare la soglia dell'aspettativa media di vita, portando la popolazione femminile ben oltre il confine degli ottant'anni e quella maschile poco al di sotto. Dall'inizio del secolo, in effetti, l'età media è quasi raddoppiata.

Ma, al di là delle suddivisioni tecniche, è rilevante individuare quando si comincia a sentirsi vecchi: il 22% circa dopo una malattia o un incidente inabilitante; il 21% circa dopo la perdita di unità familiare; il 16% circa con il sopraggiungere di un'età compresa tra i 60 ed i 70 anni; il 12% circa a seguito di pensionamento o di perdita del lavoro.

La scomparsa del ruolo professionale, dunque, si rivela come causa e non come effetto dell'invecchiamento. Si deduce, pertanto, che in assenza di malattia l'inizio dell'età anziana è funzione sia soggettiva che delle condizioni ambientali, sanitarie, economiche e sociali in cui si vive e che di seguito saranno esaminate. Il ruolo lavorativo contribuisce in modo determinante alla definizione della posizione sociale dell'individuo ed il suo venir meno comporta spesso marginalità generalizzata o multimarginalità non dipendente dallo stato di salute o dalla volontà del soggetto ma definita sulla base della realtà e degli orientamenti sociali e culturali.

Più in particolare, non sembra, in linea di massima, che con il pensionamento il numero di relazioni sociali si restringa molto, anzi per il 35% se ne registra un aumento caratterizzato però da livelli di significatività e di frequenza poco pregnanti. Un fenomeno di diminuzione avviene tra coloro che hanno un titolo di studio alto e coloro che lo hanno basso: i primi perché sono, probabilmente, meno propensi a frequentare gruppi o ad instaurare nuove relazioni mentre i secondi in quanto non più inseriti nella rete relazionale della fabbrica e con difficoltà a creare altre relazioni. Il modo con cui viene vissuto il passaggio da una vita operosa ad una condizione inattiva influisce notevolmente sulla personalità dell'individuo. L'anziano, tuttavia, reagisce in modo molto diverso a seconda che pensi di essere stato

messo in pensione o di essere andato in pensione, a seconda che consideri la pensione garanzia del medesimo livello di vita di prima o meno, a seconda che percepisca di essere giunto al termine di un lavoro frustrante o meno. Il problema più pressante è rappresentato dall'uso del tempo libero che diviene improvvisamente più ampio e difficile da colmare non solo perché accresciuto dal venir meno del tempo-lavoro ma anche perché una delle conseguenze di una deformazione culturale autoemarginante è il fatto che l'anziano tende a negare a se stesso parità di diritto al gioco, allo svago, ai divertimenti rispetto a chi è più giovane di lui.

Perso il ruolo lavorativo ed emarginato dalla società, l'anziano tende ad inserirsi più attivamente nella famiglia in cui, tuttavia, percepisce un senso di inutilità là dove è concluso il ruolo educativo nei confronti dei figli ed il ruolo strumentale determinante le modalità organizzative della casa (orari, ferie, ecc.). Il periodo iniziale del pensionamento, inoltre, può causare talvolta tensioni fra i coniugi: l'uomo costretto a stare più frequentemente in casa e non avendo più un ruolo definito può rompere l'equilibrio della coppia creatosi e consolidatosi nel corso di decenni.

Privato della considerazione riservata a chi lavora e dell'eventuale prestigio offerto dalla collocazione occupazionale, del supporto della struttura relazionale correlata al suo ruolo lavorativo (la cui perdita non può essere compensata nemmeno dalla parentela generalmente residente in abitazioni diverse ed ancora impegnata in attività lavorative) il pensionato si trova a consumare la sua terza età in un riposo forzato consapevole della necessità e dell'urgenza di inventarsi nuovi obiettivi, modalità esistenziali alternative e valide reti relazionali.

Per non far divenire, dunque, il pensionamento un trauma psichico bisognerebbe sdrammatizzare il momento di presa di coscienza della perdita del proprio status di persona attiva. In tale direzione si muovono le proposte intorno alla flessibilità dell'età pensionabile, all'utilizzo degli anziani in attività socialmente utili, a forme di recupero della professionalità e dell'esperienza maturata in funzione dell'insegnamento alle generazioni più giovani.

I primi anni di pensionamento, quindi, certamente sono i più critici in quanto ancorati ad una identità ormai esaurita ma non ancora superata ed accettata. La consapevolezza di opportunità disponibili alternative al lavoro si scontra spesso con l'esigenza di identità sociale e di dare un significato alla propria quotidianità, individuando quegli ambiti che meglio rispondono ai propri bisogni di attività e di autorealizzazione. Nel contempo il sistema della personalità avvia un processo di accettazione del nuovo ruolo nella società con una integrazione tesa ad evitare seri rischi per l'equilibrio della persona, innanzitutto facendo sì che il lungo tempo a disposizione non diventi una vuota o drammatica attesa di morte. La solitudine dell'anziano è quella di chi si sente diverso, estraneo al mondo ed ai suoi ritmi, che conduce ad isolarsi da ciò a cui si sente di non appartenere più perché ne è stato allontanato, di chi è fiero delle cose in cui ha imparato a credere e si ritrae di fronte a ciò che potrebbe esigere una revisione della propria vita; di chi, umile dinanzi alla violenza di una società che l'ha denudato del suo intrinseco valore, attende qualcuno che gli porga la mano per fargli capire ciò che la sua mente non riesce più ad afferrare; di chi sente le proprie forze venir meno e sempre più pressanti i limiti imposti da una fragile salute.

C'è da considerare, poi, che se ciascun anziano vivesse in una casa decente con una pensione dignitosa, fornito di assistenza medica e sociale e con la possibilità di poter continuare ad offrire un suo potenziale intellettuale e coltivare i suoi interessi, si registrerebbe un netto miglioramento dei rapporti affettivi con i parenti ed una regressione dell'incidenza della solitudine e del fenomeno dell'abbandono con il conseguente rischio di depressione.

In caso di depressione, sovente difficile da diagnosticare in quanto il corteo sintomatologico presente può essere riferito a processi patologici di altro genere, la condotta terapeutica innanzitutto rigorosamente farmacologica e, poi, subito affiancata da riabilitazione relazionale-ambientale è di estrema importanza in quanto capace di allontanare il rischio di suicidio, particolarmente temibile nei

soggetti di età superiore a 70 anni di sesso maschile. Inoltre, se la depressione è associata ad una malattia fisica invalidante e dolorosa, risulta responsabile di circa il 20% dei suicidi.

Diverse sono le teorie che riguardano la propensione all'attività dell'anziano, tra cui ricordiamo: la teoria psico-biologica dell'*Engagement* che considera l'uomo bisognoso di continuare ad impegnarsi in ruoli attivi per poter conservare le proprie energie; la teoria del *Desengagement* che asserisce che l'anziano ha bisogno di sentirsi libero da impegni che gli impongono obblighi di responsabilità con ansie e preoccupazioni per il sentirsi inadeguato o meno valido di un tempo; la teoria dell'*Activity* (intermedia tra le due) che prevede l'impegno dell'anziano nei tempi e nei modi che egli ritiene opportuni.

Generalmente è riconosciuta l'importanza di una vita attiva contro la noia, la solitudine ed il ripiegamento su se stessi. Contraddittorio, però, è il processo decisionale dell'agire sociale dell'anziano: da un lato desidera riposare, dall'altro è consapevole che la non attività lo emargina. La fatica fisica è molto sentita con una percentuale più alta tra le persone che vivono con i familiari e si sentono obbligati a collaborare e più bassa tra coloro che vivono con il partner; essa è direttamente proporzionale alla classe di età ed inversamente proporzionale al titolo di studio.

La motivazione sembra risiedere nel tipo di lavoro svolto, spesso manuale, esecutivo e faticoso che non permette con il pensionamento una continuità di interessi e relega il soggetto nella passività e nell'apatia. A seconda del titolo di studio, oltre al disbrigo o alla collaborazione nell'attività domestica, l'anziano pratica hobbies e bricolage (prevalentemente tra i detentori di titolo di studio medio-basso), sbriga pratiche burocratiche, anche per i figli, e continua o avvia attività lavorative (prevalentemente tra i possessori di titolo di studio medio-alto). Oggi circa un quarto dei maggiori di 65 anni non ha alcun titolo di studio e oltre il 10% ha una laurea o un diploma. Al contrario la percentuale di analfabeti si è dimezzata dal 1981 in poco più di dieci anni passando dall'11% al 6% ed attualmente è su valori tendenzialmente prossimi allo zero.

Dunque, sorge pressante il problema di verificare gli effetti che le attività dell'anziano sortiscono a livello sia di senso che di riconoscimento sociale. Di norma le attività presentano un carattere di sporadicità e, se avulse dall'obbligatorietà propria di ogni occupazione, vengono percepite e vissute come passatempi, senza quel significato di concretezza e di stabilità che dà al senso e alla percezione del vivere un'organicità sociale, cosicché chi entra nello status di anziano viene a trovarsi in una situazione di marginalità in cui i ruoli che svolge sono "deboli" come deboli sono la percezione di senso e gli orientamenti di valore che trae. Vi è una segmentarietà delle attività nell'anziano e attorno a tali frantumate attività si organizza il suo mondo vitale e si concretizza il suo rapporto con la società tra il senso che egli attribuisce al proprio vivere sociale e quello che la comunità che lo circonda vi attribuisce. Acquisisce, pertanto, importanza particolare il rapporto relazionale. La socializzazione è alla base del fenomeno dell'aggregazione e meccanismo di apprendimento sociale e nel gruppo significativo l'anziano continua a sentirsi, innanzitutto, membro della collettività con regole e tempi da rispettare ed in cui ricoprire un ruolo, di essere ascoltato e, in qualche modo, protetto. In questo valore simbolico del gruppo l'anziano vede sia una proiezione del passato riscoprendo il piacere di organizzare il tempo ed essere in qualche modo occupato, sia una proiezione nel futuro facendo progetti per attività comuni che lo gratificano e lo fanno sentire ancora vitale nelle azioni e nei pensieri.

Se è vero che l'anziano ha bisogno di molto tempo libero per un'utilizzazione personale, è pur vero che necessita anche di una occupazione continuativa a ritmi non incalzanti in assenza della quale scattano meccanismi di depressione e di autosvalutazione attenuati, peraltro, da attività anche di tipo segmentario.

Sono gli uomini che in maggior numero continuano a lavorare dopo il pensionamento; le donne, invece, sembrano prediligere il volontariato, più confacente alla sensibilità ed alle abilità femminili, quantomeno per ciò che riguarda le generazioni prese in esame. Occorre considerare, inoltre, le maggiori difficoltà incontrate dalle donne comunque desiderose meno dell'uomo di intraprendere attività lavorative post-

pensionistiche, data anche la possibilità di autorealizzazione offerte dall'ambiente domestico e relazionale. Aumenta, rispetto al periodo lavorativo, la partecipazione ai gruppi politico-sindacali (mediamente oltre il 6% contro il 2%), ai gruppi di volontariato (circa il 18% contro il 10% da lavoratore), l'inserimento nei gruppi religiosi tocca una delle percentuali più alte (35 % circa contro il 20%) sorretta certamente da motivazioni spirituali ma anche dal desiderio di uscire di casa ed intrattenere rapporti interpersonali. Nei gruppi ricreativi la percentuale di frequenza rispetto alla età lavorativa quasi raddoppia e così anche in quelli culturali mentre in quelli sportivi si registra un andamento inverso con un discreto calo. La popolazione maschile è maggiormente rappresentata nei gruppi politici, sindacali e sportivi mentre la femminile è maggiormente collocata nei gruppi religiosi, ricreativi e di volontariato.

Per quanto concerne, ancora, il rapporto tra anziani e tempo libero, va rilevato anche il fenomeno dell'inserimento di un atteggiamento speculativo di gruppi di interesse. Di fronte ad un mercato fiorente, consumistico, che trova spazi e, dunque, possibilità di sviluppo proprio grazie ad un atteggiamento falsamente entusiastico degli anziani è naturalmente comprensibile che questi si lascino sovente incantare da allettanti offerte mirate (come, ad esempio: pacchetti di viaggi, proposte di cosmetici per una seconda giovinezza, ecc.). Non si può non riconoscere che l'attore sociale sia soggetto a desideri ed a sensazioni che gli sono imposte e che sfuggono in gran parte al suo controllo, ma non si può ridurre l'azione alle pulsioni o all'istinto. Tuttavia, sarà alquanto difficile uscire dall'equivoco se ci si affida solo alla speranza che saranno gli anziani stessi a riprendere il controllo del loro destino. È questo un campo, a mio avviso, in cui a fare la differenza può essere proprio la serietà, la competenza, la professionalità e la credibilità del consulente.

Fa riflettere, ancora, che da varie indagini, come anche dalla quotidiana cronaca, emerge che una considerevole quota di anziani (un quinto circa) in Italia subisce maltrattamenti e solitudine negli ospedali, in case di cura, in mezzo alla gente, in famiglia. Più dell'8% degli anziani è maltrattato e più del 25% è abbandonato al proprio destino senza il conforto di nessuno. Circa un terzo della popolazione anziana, poi, vive sola. Rivestono, pertanto, un valore assolutamente determinante, accanto all'azione del tezo settore, le iniziative legislative in grado di garantire adeguati diritti a quanti versano in condizioni di maggiore debolezza sociale, fornendo loro protezione giuridica in qualità di soggetti non più in grado di difendersi autonomamente. Appare, d'altro canto, intuibile quanto i problemi si acuiscano proporzionalmente (e, per taluni aspetti, esponenzialmente) in relazione alle dimensioni della città. Vanno tutelati, innanzitutto, il diritto a conservare la propria identità, il diritto della coppia sposata a vivere insieme in uno spazio personalizzato dove conservare cose e ricordi, il diritto alla cultura, all'informazione, all'assistenza religiosa, a rimanere nel proprio luogo naturale (famiglia). L'incidenza dei tipi più comuni di abuso verso gli anziani sono rappresentati da: maltrattamento fisico (25% circa), aggressività verbali (20% circa), insulti ed omissioni (oltre l'80%) limitazione della libertà personale (oltre il 25%), limitazione della libertà religiosa e del diritto all'informazione, dalla limitazione della libertà affettiva e sessuale (in caso di coppia coniugata separata contro volontà una volta entrata in un istituto), limitazione della riservatezza, furti e rapine.

Un altro aspetto che va approfondito è quello relativo al prolungamento o inserimento nel lavoro. Si è visto, da gruppi selezionati, come tra le motivazioni principali che permettono di continuare un lavoro sopportabile anche in età avanzata abbia un ruolo non secondario quella finanziaria. Uno dei fattori di accentuazione dell'emarginazione è costituito, infatti, dalla riduzione delle risorse economiche in coincidenza del pensionamento. Ed in Italia le pensioni risultano mediamente non tra le alte nell'ambito dei Paesi industrializzati. In particolare, nell'universo degli indigenti che diversi milioni di italiani che vivono in condizioni di disagio e di povertà estremi, oltre un terzo sono anziani con pensione sociale. Dunque, è evidente l'importanza che assumono non solo il prolungamento del lavoro quanto anche il risentimento provato da gran parte degli anziani biologi e degli anziani sociali (pre-pensionati)

da non considerare incapaci di risorse e soggetti esclusivi di bisogni. Va considerato, tuttavia, che la stragrande maggioranza degli uomini tende a smettere di lavorare nei primi cinque anni dopo il pensionamento a causa di problemi di salute mentre una parte considerevole di loro tende a cambiare il proprio lavoro con un altro più leggero). Per quanto riguarda le donne, invece, quote molto significative tendono o aspirano a lasciare il lavoro anzitempo non solo nei casi in cui le condizioni fisiologiche risultano indebolite o per problemi di famiglia ma anche per il desiderio di rendersi più disponibile a favore di quest'ultima quest'ultima.

Un'altra problematica correlata agli anziani riguarda il loro sostegno da parte degli adulti in attività di lavoro; esiste, in particolare, un criterio demografico che definisce il valore del carico economico che grava sulla popolazione in condizione lavorativa per provvedere alla sicurezza materiale degli anziani disabili e dei più vecchi. In Italia ad un carico di previdenza per la collettività incidente significativamente sul p.i.l., costituendo uno sforzo rilevante, corrisponde un risultato tutt'altro che di rado insufficiente in quanto per molti pensionati gli importi sono inadeguati. Il costo previdenziale nel periodo lavorativo, tuttavia, supera mediamente il beneficio pensionistico anche di oltre il 15% della retribuzione lorda. D'altro canto, però, è evidente che qualsiasi ragionamento sul futuro delle pensioni non può prescindere dal quadro delle risorse finanziarie che le alimentano e nessuna seria ipotesi di riforma potrà non incidere sulla struttura tecnico-finanziaria delle assicurazioni sociali.

Un altro fattore di disagio socio-economico è collegato all'abitazione. Forti aumenti delle locazioni, ad esempio, soprattutto nei centri urbani ad alta tensione abitativa, costituiscono un aggravio insostenibile soprattutto per i pensionati. Inoltre, in città molti dei maggiori di 60 anni convivono oltre che con la solitudine anche con lo sfratto.

Non bisogna sottovalutare, infine, che sono gli anziani più poveri ad avvertire con maggiore intensità i processi di deterioramento dell'invecchiamento e non ci si riferisce esclusivamente alla povertà di reddito; sono presenti, infatti, accanto alle povertà abitative, affettive e relazionali, povertà emergenti dalla burocratizzazione dei rapporti e dei servizi non ignorabili nella programmazione progettuale a favore degli anziani per non ricadere nella istituzionalizzazione, peraltro estremamente onerosa e desocializzante. Complessivamente, insomma, a fronte di una domanda crescente di un sociale nuovo, permangono, invece, sacche di offerte del tutto insoddisfacenti. Sociale a tutto campo, fatto non solo di assistenza ma anche di promozione e gestione di bisogni in crescita, in una parola di "sociale voluto" coerente ed intrecciato con i percorsi evolutivi dell'economia, della finanza e della politica.

Andando a considerare gli aspetti medici, poi, va rilevato che per una parte degli anziani un problema di fondo è rappresentato da una precarietà di equilibri biologici (modificazioni strutturali citologiche e di organo, circolatorie e funzionali, riduzione di assorbimento, biodistribuzione e biotrasformazione di alimenti e farmaci, ipodinamia, eccesso ponderale, fumo, alcool, prolungati stress nervosi ed emotivi, ecc.). Circa il 15%, inoltre, non è autosufficiente per almeno quattro fattori variamente interagenti fra loro: la salute fisica, la salute mentale, la condizione socio-economica e quella ambientale. Ancora, spesso è presente una pluripatologia contemporanea con maggiore facilità di scompensi funzionali, una pluriterapia farmacologica con elevati rischi di iatrogenia accresciuti da una diffusa tendenza all'autoterapia, da irregolarità terapeutiche per complicazioni determinate da scarsa disponibilità a cooperare con lo staff medico nella realizzazione di comportamenti adeguati, da uno scarso uso delle forme di assistenza terapeutica e preventiva con tendenza a trascurare la malattia.

Inoltre, crescendo il consenso circa la scelta della valutazione funzionale della salute degli anziani, i cui riflessi sono fatti propri dalla Dichiarazione ufficiale del Comitato di esperti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (1974), alla concezione che vede nella misurazione della salute una prerogativa solo medico-clinica si è affiancata e va consolidandosi una nuova concezione tesa alla valutazione degli atteggiamenti dell'anziano di fronte alle sue memorizzazioni ed all'analisi dei riflessi di queste sulla sua vita quotidiana.

Per quanto concerne, poi, gli aspetti socio-sanitari, gli obiettivi da perseguire nella tutela della salute dell'anziano sono rappresentati dal favorire e prolungare il più possibile una vita indipendente ed autonoma nella collettività, dal mantenere al livello minimo la frequenza e la durata dei ricoveri, dal favorire una soddisfacente qualità della vita per coloro che necessitano di istituzionalizzazione.

È necessario, pertanto, da un canto attuare una prevenzione sociale che consenta all'individuo di mantenere il più a lungo possibile lo stato di benessere psico-fisico e di autosufficienza attraverso interventi plurisetoriali che coinvolgono la medicina preventiva, l'ambiente di vita e le istituzioni e dall'altro attuare una precisa valutazione globale delle *noxae* patogene di invalidità, risultando questa prima fase valutativa l'unica metodica capace di assicurare una successiva ed efficace programmazione di interventi per curare la malattia, prevenire o ridurre la dipendenza e migliorare la qualità della vita.

Dunque, considerando anche modelli di assistenza geriatrica reali, risultano efficaci l'effettuazione di visite mediche in regime S.S.N. a scopo preventivo per pazienti con patologie nosologicamente accertate ed un programma di controllo con inserimento graduale degli anziani in una campagna di check-up medico generale che coinvolga per primi i pensionati che continuano a lavorare o ancora impegnati in attività sociali, gli individui soli ed i gruppi longevi.

Oltre all'integrazione socio-sanitaria dell'assistenza, è opportuno dare impulso all'intervento di validazione del processo valutativo multidimensionale extraospedaliero sostanzialmente compatibile rispetto ai bisogni dell'anziano avvalendosi di una rete integrata di servizi il cui nodo centrale è l'Unità di Valutazione Geriatrica che, appunto, consente l'attuazione di una specifica metodologia multidimensionale ed interdisciplinare tesa sia ad individuare i problemi medici, psico-relazionali e socio-economici valutando la capacità funzionale sia a permettere lo sviluppo di un programma complessivo di trattamento. Il risultato ottenibile con l'utilizzo delle UVG può raggiungere, dunque, livelli qualitativi di tale entità da indurre qualche tempo fa una delle più autorevoli esperte internazionali di gerontologia sociale, Rosalie Kane, a definire il sistema di assistenza geriatrico incentrato su valutazioni multidimensionali e la sua connessione ad interventi strettamente individualizzati come una conquista pari almeno a quella del trapianto cardiaco.

Più in dettaglio, in linea con le raccomandazioni del Consiglio d'Europa del 1985 e successive, c'è lo sviluppo di servizi formali ed informali tesi alla realizzazione di Community Care con le finalità di: porre in condizione l'anziano di vivere una vita il più possibile normale in casa propria o in un ambiente familiare nella comunità locale; fornire il giusto ammontare di servizi e sostegni per raggiungere e mantenere la massima autonomia possibile; dare alle persone maggiore voce circa il modo in cui vivono la loro vita e circa i servizi di cui abbisognano; organizzare tali servizi rendendoli atti a rispondere in modo flessibile e sensibile ai bisogni di persone, famiglie o di chi cura gli anziani consentendo uno spettro di opzioni agli utenti, non intervenendo più di quanto necessario per alimentare l'indipendenza, concentrando le risorse su chi ha maggiori bisogni.

L'obiettivo-chiave è la promozione dell'Home Care, che spazia dall'assistenza domiciliare all'ospedalizzazione a domicilio. Talora la cura domiciliare è accompagnata da visite e, nei contesti più modernizzati, da supporti di telefonia sociale. L'Home Care concepita solo in questo modo, tuttavia, facilmente finisce per identificarsi con "più assistenza" tecnico-funzionale che non risolve il problema della solitudine esistenziale e propriamente sociale. Si devono, quindi, attivare reti di contatto e di sostegno psicologico. In altri termini, la vita dell'anziano va il più possibile "normalizzata" nel senso di dare le opportunità di vita normale relativamente alle condizioni personali (insistendo sull'assistenza a domicilio) dall'aiuto domestico a quello per igiene e pasti, esigenze di lavanderia e, poi, infermieristiche, eventuale affitto casa, analisi cliniche, specialisti, riabilitazione, farmaci (aspetti esaminati dalle UVG e dall'onere economico quantificabile cadauno in circa semila euro annui, contraibili per ottimizzazione di talune economie di scala). Il che può essere vantaggiosamente attuato, comunque, esclusivamente nel caso in cui un'apposita valutazione (assessment) dei bisogni ed una

buona gestione del caso (case management) siano rese autentiche pietre angolari di cure ad elevata qualità.

L'obiettivo fondamentale finale cui ci si deve indirizzare nell'assistenza, quindi, è che l'anziano possa restare nella sua abitazione per favorire rapporti umani e sociali e per evitare il dramma dell'emarginazione familiare e dell'isolamento psicologico derivanti sovente anche dall'istituzionalizzazione in cronici o dall'ospedalizzazione impropria con il doppio danno degli alti costi assistenziali incongrui ed anche inumani. Ciò non solo per una motivazione tecnico-assistenziale o per attuazione delle raccomandazioni promulgate dal Consiglio d'Europa ma, soprattutto, per valore morale corrispondente alle esigenze poste dalla dignità della persona umana per una migliore qualità della vita che deve essere sempre partecipazione e non solitudine, condizione non superabile esclusivamente con la solidarietà.

Un altro momento qualificante di assistenza agli anziani non autosufficienti e, nel contempo, un superamento di inadeguate lungodegenze sono le RSA, sostanzialmente residenze sanitarie non ospedaliere di dimensioni limitate destinate a malati che la lungodegenza ospedaliera non è riuscita a riabilitare. Candidati alle RSA sono, pertanto, i disabili che hanno perso in tutto o in parte la propria autonomia funzionale per deficit fisici o psichici. La RSA è deputata all'attuazione di: riabilitazione globale, riabilitazione di mantenimento, riattivazione psico-sociale, prevenzione della sindrome da immobilizzazione. Criteri di scelta per le sedi delle RSA sono le grandi città ove esiste un alto tasso di utilizzazione dei posti ospedalieri idonei a prestare assistenza agli anziani non autosufficienti, dove esiste una rete integrata o integrabile di servizi in cui sia preminente l'assistenza domiciliare e l'ospedalizzazione a domicilio.

Per un buono sviluppo dell'Home Care, poi, deve essere presente accanto alla rete formale una informale di servizi della comunità con il supporto del cosiddetto "privato sociale" (iniziative di volontariato sia di istituzioni che di gruppo), valorizzato ed incentivato, che sostenga ed integri la famiglia o il vicinato o li sostituisca se scomparsi (come è già quasi sempre rilevabile nelle grandi città), che assicuri un'assistenza fondata non solo su efficienti interventi ma, appunto, come espressione di una solidarietà quale base su cui impostare un modello di politica sociale per assicurare un efficiente servizio. Inoltre, al fine di compensare il maggior onere derivante e di assicurare un miglior valore delle prestazioni date, potrebbe essere opportunamente gestita la concessione di danaro fiscale introducendo una nuova struttura di finanziamento per le cure sociali che incentivi le forme di assistenza domiciliare e di networking. È importante, inoltre, che si affianchi uno sviluppo adeguato dei servizi essenziali di telemedicina (servizi e sistemi di diagnostica ed assistenza medica a distanza che usano le telecomunicazioni per trasmettere voce e segnali medici). È indispensabile, poi, il rapporto di cooperazione pubblico-privato per accelerare i tempi di attuazione dei programmi di sviluppo in questa area. Una strada percorribile, soprattutto per lo spinoso problema dell'individuazione dei gestori di servizi, potrebbe essere quella della costituzione di società miste tecnico-privato con controllo pubblico che in varie realtà di servizi (informatici, acque, gas, ecc.) stanno conseguendo risultati soddisfacenti.

Anche per quanto concerne altri servizi (diretti, come ad esempio: varie reti integrate di prestazioni, formule assicurative, automazione integrata medico-sanitaria, programmi integrativi a carenze eventuali di assistenza territoriale, rafforzamento dell'umanizzazione della gestione del paziente anziano, ecc.; e indiretti, come ad esempio: razionalizzazione degli interventi diagnostico-terapeutici intra ed extra ospedalieri; diminuzione dei costi economici e sociali correlati a lungodegenze; miglioramento dell'assistenza intra ed extra nosocomiale e realizzazione/ottimizzazione di strategie riabilitative, ecc.) appaiono non essere mai abbastanza i tentativi di far convergere su un medesimo obiettivo il potere di indirizzo dello Stato, l'impegno di chi può offrire servizi sociali a prezzi accettabili, la competente disponibilità delle istituzioni professionali e l'esperienza maturata sul campo dalle forze del volontariato.

Altra problematica di diversa natura ma di ampia portata e dalle implicazioni cogenti riguarda la memoria dell'anziano che, in quanto testimonianza vivente, è pietra angolare dello sviluppo storico e non va coinvolta in forme di negazione del passato.

Va evidenziato innanzitutto, a tal proposito, che in epoca contemporanea sul rapporto fra anziani e società incide anche una crisi dei grandi valori di riferimento e che gli anziani corrono il rischio in talune realtà di trovarsi a vivere in una società che non vuole avere memoria del passato, che non crede nel futuro storico e non ha voglia di ragionare di trascendente: non si avverte, in tal caso, quel valore del *continuum* fra memoria e futuro che è la base su cui si è esercitata la funzione senile quale trasmettitore di valori assoluti.

Certo non va sottaciuto, più in particolare, che la narrazione del passato recente risulta, per certi aspetti, una realtà impossibile agli occhi dei giovani di oggi cui sembra negata la possibilità di guardare con ottimismo al futuro. La conclusione, in tal caso, è triste giacché se è vero che, come recita un proverbio magrebino, *“nessuna carovana ha mai raggiunto l'utopia, però è l'utopia che fa andare le carovane”* non si può disconoscere che, come afferma Serena Zoli, *“oggi l'utopia non circola più e le carovane sono ferme”*.

Il rapporto con l'anziano permette di calarsi nel pozzo dei ricordi, per risalirne tra i cigolii della carrucola con frammenti di vissuto. Immagini slabbrate da ricomporre con pazienza. Alla fine di una vita lunghissima prevale il bisogno di narrare e la pagina scritta sembra riflettere pause e complicità di un racconto ad alta voce. Non è ancora la storia oggettivata e lontana di un manuale ma biografia che si proietta in un passato ormai impensabile.

Gli eventi della giovinezza hanno una qualità peculiare e rimangono particolarmente vivi in noi. Così accade anche per ricordi legati alla figura del nonno: vivendo insieme il nipote può essere, per così dire, l'interlocutore preferito del nonno, il bambino al quale egli cerca di trasmettere la sua esperienza di vita, perché la sua esistenza e la sua memoria si vanno consumando. Sembra che un vuoto si crei alle sue spalle, nella sua storia. Appare a tal proposito importante richiamare l'attenzione sulla superiorità del genere femminile nella conservazione della memoria. Le donne hanno un interesse più spiccato per il mondo dei sentimenti, per i legami familiari ed i rapporti intergenerazionali: sono “staffette” che contribuiscono molto più attivamente degli uomini a riannodare il filo tra passato e futuro.

Ed è bene rammentare quella sorta di “legge della storia” secondo cui quando una realtà viene definitivamente a mancare si torna a sentirne la nostalgia e la necessità.

Non è questo, dunque, il caso di una questione ideologica bensì di una mera questione di sopravvivenza dell'uomo che può narrare del passato parlando la lingua dell'esperienza, delle piccole vicende dell'uomo, delle quotidiane storie, pur all'interno di grandi vicende che hanno sovente travolto uomini e cose.

Tuttavia, il teatro della memoria non può essere una memoria che veda fluttuare nelle sue acque ricordi suscettibili di salire alla superficie, ora uno ora l'altro, di tanto in tanto. Deve essere, invece, un esercizio regolato da un percorso attraverso la memoria che non mira affatto a ravvivarla o rianimarla quanto, piuttosto, a addestrarla e disciplinarla affinché possa presentarsi per ciò che è, ovvero non una reviviscenza bensì il lavoro di sviluppo di una trama in negativo e il rigore documentale sotto cui le presenze svaniscono o si frantumano. Un siffatto teatro propone, in effetti, non di concedersi solo al ricordo ma di praticare il difficile esercizio del confronto con il passato in quanto tale che, irrevocabilmente ed evidentemente, è fuori portata.

Su quali basi, per quali vie si sono prodotti i cambiamenti? Qual è il peso di situazioni passate, capaci ancora di frenare il processo di sviluppo del nostro tempo, e quali tradizioni, invece, hanno offerto e offrono nel presente un incentivo ed uno stimolo per trasformare la società in cui viviamo?

Senza ambizioni, lo storico può dare un contributo significativo per pervenire a risposte a tali interrogativi, per aiutare a comprendere chi siamo e quali radici e presupposti abbia la nostra società,

tenendo presente che la nostra prospettiva d'oggi ci fa guardare al passato sotto uno scorcio critico particolare, capace di dare un certo senso a vicende in apparenza slegate ed eterogenee, come una luce radente dà risalto a particolari altrimenti male individuabili. Proprio guardando dal nostro punto di osservazione le età trascorse potremo inserire nella nostra prospettiva, per quello che ci interessa precipuamente, gli sforzi compiuti dagli uomini per creare in un certo ambiente geografico una vita economica, un'organizzazione sociale, e così via, secondo una logica che ripercorre ed esamina esperienze e testimonianze fino a precedenti remoti ed apparentemente dispersi, allo scopo di ricomporre diacronicamente gli aspetti tipici del nostro modo di essere.

Al termine di questa disamina affiora il timore che, alla luce anche di disfunzioni e problematiche analizzate, peraltro evidenti nella loro essenzialità, si possa aver concorso al rafforzamento della cognizione di una condizione anziana esclusivamente difficile se non proprio drammatica, considerandone soprattutto le malattie. Oggettivamente, in realtà, un terzo dei centenari sono sani, felici, senza malattie né alterazioni, neanche quelle comuni della vecchiaia. Ottant'anni e più, dunque, son tutt'altro che la fine di un'esistenza rappresentando un vero e proprio sviluppo ulteriore della vita adulta. Non va sottaciuto, però, il fatto che la vecchiaia è ben diversa ad immaginaria da giovane ed a sperimentarla sul serio. È insieme più bella e più brutta. Bella in quanto dentro vi si è cresciuti, entrando nella fase importante della vita in cui le fatuità diventano inutili e permane l'essenziale. Mentre, d'altro canto, è vero che sul piano psicologico la sera della vita si vela, comunque, di malinconia per quel premere sulla mente di ricordi lontani ed è, forse, anche l'insieme di questi sentimenti che ci spinge a pensarla come un momento triste ma, certamente, è ancor più la solitudine improvvisa che spesso la caratterizza che induce a pensare alla vecchiaia con un significato di depressione che offusca anche le gioie che ancora può riservare.

Va, poi, ricordato e tenuto presente che, come sottolineava nell'Ottocento lo scrittore svizzero Amiel, *“saper invecchiare rappresenta il capolavoro della saggezza, una delle cose più difficili nell'arte difficilissima della vita”*.

Inoltre, come soleva affermare Aristotele, *“sebbene la vecchiaia possa esser considerata serena quando si può disporre del proprio corpo senza dipendere da altri, è altrettanto importante considerare che, se non si è più autosufficienti, si potrà disporre almeno del proprio spirito”*.

Ed è quanto mai opportuno, a tal proposito, tener presente il Papini che, già vecchio e paralizzato, scriveva: *“(…) non posso più respirare, muovermi, stringere una mano, vedere, neppure deglutire. Ma mi sono rimaste le tre cose che servono a definire la giovinezza: un'infinita capacità di amare, una curiosità immensa e la capacità di indignarmi”*.

Tutto ciò mentre resta fondamentale, tra i primi doveri della collettività e dei singoli, l'obiettivo di combattere e debellare con le azioni e con lo spirito e nel rispetto dell'autonomia altrui la solitudine sia fisica che, ancor più, esistenziale, quella vera e propria “eutanasia dell'abbandono”, quello stato di morte distillata giorno dopo giorno, affinché rispetto alla morte, che pur è l'esperienza meno condivisa al mondo in cui non si può andare insieme sino in fondo perché uno resta mentre l'altro deve andare, si possa e si debba disporsi tentando di arrivare, e nel migliore dei modi, fino alla porta e dirsi addio.

Luglio 2009

*“Quando eri giovane ti cingevi la veste da solo.  
Ma quando sarai vecchio tenderai le tue mani.  
E un altro ti cingerà la veste  
e ti porterà dove tu non vuoi”*

Giovanni (21, 18)