

# L'ANZIANO ATTIVO

Proposte e riflessioni per la terza e la quarta età

*G. Urbani, N. Bobbio, G. Capuani e G. Piana, N. dalla Chiesa, F. Melloni,  
M. Aveni Casucci, A. Golini e A. Lori, F. Jovane e R. Groppetti, L. Mengoni,  
R. Rozzini, A. Bianchetti e M. Trabucchi, H. Schrank e J. Waring, C. Vergani,  
V. Oddone e F. Fabris, G. Fara, C. Calvaruso, V. Cesareo, G. Rossi*



*Edizioni della  
Fondazione Giovanni Agnelli*

# L'ANZIANO ATTIVO

Proposte e riflessioni per la terza e la quarta età

*G. Urbani, N. Bobbio, G. Capuani e G. Piana, N. dalla Chiesa, E Melloni,  
M. Aveni Casucci, A. Golini e A. Lori, F. Covame e R. Groppetti, L. Mengoni,  
R. Rozzini, A. Bianchetti e M. Trabucchi, H. Schrank e J. Waring, C. Vergani,  
V. Oddone e F. Fabris, G. Fara, C. Calvaruso, V. Cesareo, G. Rossi*



*Edizioni della  
Fondazione Giovanni Agnelli*

L'anziano attivo. Proposte e riflessioni per la terza e la quarta età / Scritti di Giuliano Urbani, Norberto Bobbio, Gian Maria Capuani... [et al.] — XI, 263 p. : figure ; 21 cm

1. Classi sociali - Senilità

I. Urbani, Giuliano II. Bobbio, Norberto

Da un convegno organizzato dal Centro «A. Maderna»  
Via Vittorio Veneto 8, Verbania Pallanza  
tel. 0323 503353, fax 0323 503953

Copyright © 1991 by *Edizioni della Fondazione Giovanni Agnelli*  
Via Giacosa 38, 10125 Torino  
tel. (011) 6500500, fax: (011) 6502777  
e-mail: [staff@fga.it](mailto:staff@fga.it), Internet: <http://www.fga.it>

ISBN 88-7860-054-7

# Indice

Prefazione p. XI  
*Marcello Pacini*

Introduzione  
*Giuliano Urbani*

Premessa 1  
1. I comuni punti di partenza 3  
2. Contro la «pigra» percezione di un inevitabile declino 5  
3. Una sfida di civiltà 7

## PRIMA PARTE

Per una nuova concezione della condizione anziana

L'età del tempo libero 11  
*Norberto Bobbio*

L'anziano protagonista in una società che *cambia*  
*Gian Maria Capuani e Giannino Piana*

Premessa 15  
1. Una rivoluzione antropologica e culturale 16  
2. Una prospettiva di impegno globale 20

La piccola immortalità 25  
*Nando dalla Chiesa*

VI        Indice

L'anziano come risorsa sociale: il volontariato dopo la pensione	p. 33
<i>Fausto Melloni</i>	

SECONDA PARTE

Aspetti sociali della condizione anziana

Psicogerontologia: attualità e nuove prospettive

*Maria Antonietta Aveni Casucci*

1. Criteri cronologici d'invecchiamento	53
2. Frustrazione e disadattamento	57
3. Geragogia e attivazione psichica	61
4. Nuovi ruoli sociali e affettivi nell'anzianità futura	63
Riferimenti bibliografici	69

L'invecchiamento della popolazione italiana  
in un contesto internazionale

*Antonio Golini e Agostino Lori*

Premessa	71
1. Aspetti demografici dell'invecchiamento	72
2. L'invecchiamento in Italia e nel resto del mondo	79
3. Condizioni di vita dell'anziano	89
Conclusioni	99
Riferimenti bibliografici	100

L'anziano e l'innovazione tecnologica

*Francesco Jovane e Roberto Groppetti*

Premessa	103
1. Il mutamento del modello tecno-economico	104
2. La discontinuità tecnologica e la «fabbrica della conoscenza»	106
3. Un nuovo modello formativo	108
4. La tecnologia informatica	110
5. Il ruolo dell'anziano nel contesto tecnologico «postindustriale»	112
Conclusioni	114
Riferimenti bibliografici	115

## La tutela giuridica dell'anziano

*Luigi Mengoni*

- |   |        |
|---|--------|
| 1. L'antropologia sottesa ai codici liberali  | p. 117 |
| 2. E modello dell'«individualismo proprietario» dell'uomo-produttore                                | 118    |
| 3. Considerazione giuridica della gioventù e degli anziani  | 119    |
| 4. La tutela delle esigenze di vita degli anziani nella legislazione                                | 122    |
| 5. La tutela patrimoniale degli anziani infermi di mente  | 124    |
| 6. La protezione delle persone legalmente capaci di agire, ma affette da infermità fisica o mentale | 125    |

## La salute dell'anziano: valutazione dei meccanismi di plasticità

*Renzo Rozzini, Angelo Bianchetti e Marco Trabucchi*

- |                                   |     |
|-----------------------------------|-----|
| 1. Due casi clinici               | 129 |
| 2. Plasticità e invecchiamento    | 132 |
| 3. Diagnosi, funzione, plasticità | 136 |

Riferimenti bibliografici 142

## Lavoratori anziani: ambivalenza e interventi

*Harris T. Schrank e Joan M. Waring*

- |   |     |
|---|-----|
| Premessa  | 145 |
| 1. Alcune fonti di ambivalenza: il livello sociale                    | 146 |
| 2. Ambivalenza organizzativa  | 147 |
| 3. Ambivalenza dei lavoratori   | 151 |
| 4. Interventi entro l'ambiente organizzativo                          | 152 |
| 5. Prospettiva sugli interventi: l'irrilevanza dell'età               | 153 |
| 6. Esempi di interventi organizzativi                                 | 154 |
| 7. La non incidenza del fattore età come principio per gli interventi | 159 |
| 8. Interventi per facilitare la transizione al pensionamento          | 160 |

## Il medico e l'anziano

*Carlo Vergani*

- |                                |     |
|--------------------------------|-----|
| Premessa                       | 165 |
| 1. La componente biologica     | 167 |
| 2. La componente psico-sociale | 171 |
| 3. Un modello biomedico nuovo  | 173 |

## VIII      Indice

### La normalità incerta

*Virginio Oddone e Fabrizio Fabris*

Premessa	p. 177
1. Da che cosa nasce la questione della «normalità» in geriatria	178
2. La rivoluzione sotterranea	179
3. Il problema delle parole	182
4. Componenti storiche e sociali della «normalità» dell'anziano	185
5. L'unica normalità possibile: il diritto a essere trattati da eguali	187

### Il quadro organizzativo per una corretta assistenza socio-sanitaria alla popolazione anziana

*Gaetano Maria Fara*

Premessa	189
1. I tipi di interventi	190
2. L'assistenza sanitaria di base	190
3. Il ruolo del medico di base	193
4. Il «Progetto Obiettivo Anziani» nella bozza di Piano Sanitario Nazionale 1989-91	194
5. L'anziano autosufficiente e il suo ruolo	200
Conclusioni	203

## TERZA PARTE

### Le tendenze della riflessione

La condizione degli anziani in Italia	207
---------------------------------------	-----

*Claudio Calvaruso*

### Anziani attivi: un possibile esempio di nuova centralità del sociale

*Vincenzo Cesaro*

Premessa	217
1. Invecchiamento e vita attiva: un falso dilemma	218
2. Una nuova dimensione sociale per l'anziano attivo	225
3. Alcuni aspetti specifici dell'associazionismo di anziani attivi	227

*Appendice*

Un contributo di ricerca

Figli adulti e genitori anziani:  
una nuova relazione tra le generazioni

*Giovanna Rossi*

- |  |        |
|--|--------|
| 1. Le relazioni intergenerazionali degli anziani                             | p. 237 |
| 2. Un esempio di ricerca intergenerazionale                                  | 238    |
| 3. La relazione tra gli anziani e i figli adulti: le dimensioni dell'accordo | 241    |
| 4. La relazione genitori-figli: supporto o vincolo?                          | 246    |
| Conclusioni  | 261    |

*Elenco delle abbreviazioni* 263

Nota sugli autori 265





## Prefazione

L'Italia degli anni novanta è un paese che scopre, forse con qualche allarme, che le sue città, i suoi criteri di organizzazione sociale, le sue soluzioni assistenziali devono rapidamente cambiare per adattarsi alle esigenze di una popolazione che, per effetto delle tendenze demografiche in atto e dei successi della scienza contro la morte, conta sempre più anziani. Ma scopre allo stesso tempo che anche il concetto di «anziano» sta mutando profondamente e che soltanto l'età anagrafica avvicina un sessantacinquenne di oggi a un sessantacinquenne di vent'anni fa. Tutto il resto, la sua definizione sociale, i suoi rapporti con il lavoro, con la famiglia e con l'ambiente esterno, le sue aspirazioni, la percezione che ha di se stesso e che gli altri hanno di lui, è invece cambiato. E, soprattutto, sono aumentate le possibilità dell'anziano di rimanere più a lungo attivo e utile, di rinviare i tempi della pur inevitabile decadenza fisica.

La Fondazione Giovanni Agnelli ha intuito da molto tempo e studiato sotto diversi profili la nuova posizione dell'anziano nella nostra società, facendola diventare una delle principali tematiche del suo programma di ricerche previsive. Già nel 1984 *l'Atlante di Futurama* dedicava alla popolazione anziana riflessioni, che, muovendo dalle dinamiche demografiche, approdavano agli interrogativi sulla mutata condizione sociale. Negli anni successivi l'attenzione è proseguita sia sul piano dell'analisi demografica (come dimostra il rapporto *Il futuro degli italiani* del 1990) sia affrontando in modo specifico le possibili politiche di intervento a livello nazionale e locale. In particolare, va ricordato il convegno «Politiche micro e macro per la terza età» dell'aprile 1989, dal quale ebbero origine anche iniziative di carattere operativo, come la nascita a Torino di un Centro di iniziativa locale per la terza età (Cilte) con la finalità di condurre attività di monitoraggio e di informazione agli anziani e alle loro famiglie.

Il volume che presentiamo è nato da una conferenza organizzata, anche con il sostegno della Fondazione Agnelli, dal Centro «A. M. Maderna»

(dedicato alla memoria dell'illustre gerontologo milanese), che desidero qui ringraziare per la preziosa collaborazione.

Il Centro «A. M. Maderna», che ha sede a Verbania Pallanza, è stato creato nel 1989 nell'ambito della Pro Senectute, l'associazione nata ad Omegna nel 1974 e da allora diventata un sicuro riferimento per l'azione e la riflessione sulla condizione anziana, costituendo un modello di mantenimento e reinserimento degli anziani nella vita socio-produttiva. Con un prestigioso comitato scientifico, in cui compaiono molti dei collaboratori a questo volume, l'obiettivo del Centro è quello di raccogliere e divulgare informazioni utili a quanti operano a favore delle persone anziane, costituendo anche servizi permanenti di documentazione in tale campo.

E un segno positivo che su questo importante volume, e sul convegno che Io ha preceduto, si sia verificata una convergenza di fini e di sforzi tra i programmi della Fondazione Giovanni Agnelli sulla condizione anziana e questa meritevole istituzione che vede un importante ruolo diretto giocato dagli anziani stessi e dalle loro capacità di auto-organizzazione.

*Marcello Pacini*

## Introduzione

*Giuliano Urbani*

### *Premessa*

L'espressione «vecchio è bello», che si sente talvolta ripetere, a noi pare, come suggerisce in queste pagine anche Norberto Bobbio, un'espressione retorica da rifiutare se non altro per la buonissima ragione che può essere anche «piuttosto brutto». Eppure, guardando alla prospettiva del decennio appena iniziato, una previsione sembra piuttosto facile: oggi, e ancor più domani, gli anziani non sono (e non saranno) affatto... *fuori moda*. Rischiano semmai di correre il pericolo opposto: di essere «corteggiati» un po' da tutti e un po' ovunque, come se si trattasse dell'ennesimo terreno di caccia: una caccia di consumatori, per alcuni; una caccia di elettori, per altri, e così via.

Le avvisaglie di questa sindrome si sono peraltro già avvertite e la ragione è ormai nota. Come insegnano i demografi, nelle società economiche sviluppate le persone con età superiore ai 60 anni si avviano ormai a diventare fra il 15 e il 20 per cento della popolazione, con una capacità di acquisto che potrà variare fra il 25 e il 30 per cento della ricchezza complessiva nelle mani dei cittadini. Come immaginare allora che, di fronte a simili dimensioni, parlamentari e politici non inizino a intravedere anche le potenzialità di un mercato di consumatori e di elettori, entrambi piuttosto ghiotti, da controllare? Ed è proprio ciò che sta puntualmente avvenendo. Per un verso, abbiamo così alcune fra le più grandi agenzie di pubblicità del mondo (come, ad esempio, la McCann-Erickson) che cominciano a far scandagliare il pianeta anziani con il massimo di dettaglio demoscopico possibile, alla ricerca di tutte le propensioni al consumo esistenti in questa nuova fascia di età, che aumenta giorno dopo giorno. Per l'altro, un po' tutte le grandi democrazie occidentali vedono il fiorire, nella generale frammentazione degli orientamenti elettorali, molteplici liste che si richiamano variamente alla condizione anziana, nel tentativo di aggregare in termini generazionali il voto degli ultrasessantenni. Si può forse obiettare che tali liste non han-

no finora conseguito successi elettorali molto significativi; ma è importante che il mondo politico avverta l'emergere di un elettorato nuovo e, più ancora, l'emergere di una «domanda politica» espressamente collegata a questa nuova tematica.

Il crescente interesse per la condizione anziana è ormai testimoniato anche da altri indicatori. Si pensi solo, ad esempio, al fatto che l'ultimo documento governativo elaborato in Giappone per fissare le *guide-lines* che dovranno caratterizzare le priorità nazionali di quel paese per gli anni novanta, sotto il titolo «Migliorando la qualità della vita», dedicava un intero capitolo al problema di fronteggiare in modo adeguato le necessità di una società divenuta «più anziana». In questo documento, le autorità giapponesi spaziano molto opportunamente dai tradizionali problemi assistenziali a quelli (recentissimi) delle nuove forme di «occupazione» che devono essere inventate per persone che, essendo in genere ancora in buone condizioni di salute, non intendono essere completamente escluse da opportunità di lavoro, sia pure adatto alla loro età e alle loro mutate attitudini fisiche.

Ai problemi degli anziani nelle società dei prossimi anni è dedicato questo volume, al quale hanno collaborato studiosi specializzati in diverse discipline. Il libro presenta alcuni elementi di «originalità» che meritano peraltro di essere evidenziati. Il primo sta proprio nel fatto di presentare un ventaglio insolitamente ricco di «voci multidisciplinari». Dalla gerontologia alla geriatria, dalla psicologia alla sociologia, dalla demografia all'ingegneria, dal diritto all'economia del lavoro, dall'etica alla politologia, ben poche aree del sapere sono rimaste escluse dal quadro delle ottiche specialistiche interessate allo studio della fenomenologia della condizione anziana. Certo, una pluralità di voci specialistiche non garantisce ancora quell'approccio interdisciplinare che gli argomenti in questione richiederebbero per una diagnosi all'altezza dei tempi. È comunque da tale pluralità che occorre partire e mi sembra un titolo di merito non trascurabile il muoversi nella direzione giusta.

Un secondo elemento di originalità è poi costituito dall'accento che gran parte dei contributi pongono non tanto sull'anzianità genericamente considerata quanto sulla specifica situazione degli anziani *sani*, che si trovano quindi nella condizione di poter svolgere ancora compiti socialmente attivi. Questo non vuole naturalmente dire che il problema sociale numero uno sia divenuto, in tale campo, quello degli anziani sani; vuol però esser testimone del fatto che si tratta del problema più *nuovo* e perciò maggiormente meritevole di approfondimento, anche e soprattutto perché si tratta di una questione che riguarda un settore sociale molto più ampio di quanto non fosse prevedibile fino a qualche quin-

quennio fa. Vale forse la pena aggiungere che queste insospettate dimensioni comportano implicazioni economiche e sociali di grande rilievo: si pensi, per tutti, al difficile problema di far quadrare i conti pubblici in campo previdenziale (in presenza di pensionati così giovani e numerosi), oppure a quello di assicurare il necessario quantitativo di immobili, proporzionati alle esigenze delle vecchie e nuove famiglie che si vengono in tal modo a creare (per effetto della mutata configurazione generazionale della popolazione residente).

Un terzo elemento di originalità, senza dubbio quello più inconsueto, è infine rappresentato dallo «spirito» con il quale un gruppo di studiosi ha deciso di manifestare la propria ammirazione e la propria solidarietà a un'iniziativa — com'è quella della «Pro Senectute» di Omegna — improntata alle migliori tradizioni del puro e semplice volontariato sociale. Al «Centro Maderna», fondato un paio di anni addietro da tale organizzazione cusiana, le esperienze di un lavoro, finora svolto interamente sul campo dall'animazione sociale per gli anziani, hanno potuto essere integrate da una riflessione critica e da una «documentazione» specialistica.

Da tale esperienza è nata l'idea di un seminario a più voci, svoltosi — con l'aiuto della Fondazione Giovanni Agnelli — nell'accogliente cornice del Lago d'Orta, i cui interventi sono stati successivamente raccolti nel presente volume.

Le analisi, le ricerche e le testimonianze che vengono qui presentate (con l'aggiunta di un unico contributo, resosi disponibile solo in un secondo momento) in altrettanti capitoli del volume, appaiono insomma uno spaccato che ci è sembrato opportuno offrire ai lettori, quale nuovo contributo del gruppo degli amici della Pro Senectute.

### 1. *I comuni punti di partenza*

Com'è facilmente rilevabile dal lettore, il libro si compone di scritti inevitabilmente eterogenei, sia per la diversità dei campi trattati, sia per la distanza stessa che separa le varie specializzazioni fra loro. Ciò malgrado, non sarà difficile avvertire che i vari contributi sono legati anche da alcuni *filis rouges*. Mi limito a segnalare i tre che più mi hanno colpito.

Innanzitutto, è da rilevare il fatto che queste nostre società che invecchiano comprendono anche dei vecchi, degli anziani, «molto diversi» rispetto a quelli del passato. Non voglio naturalmente asserire che vecchiaia e anzianità si presentino oggi come *del tutto* diverse da quelle descritte nelle pagine eterne del *Cato Maior* di Cicerone. Le invarianze

non mancano e si riferiscono a valori e problemi costanti dell'avventura umana. Ma questo non significa negare che, alle soglie del terzo millennio dopo Cristo, sono oggi in gioco generazioni di anziani sensibilmente «atipici». I nuovi anziani sono certamente «molto più giovanili» dei loro padri, quest'affermazione può essere sottoscritta dai medici, che non a caso parlano di anziani caratterizzati ormai da una «volontà di vita» senza precedenti, e dagli scienziati sociali che più di altri insistono da tempo sulle opportunità di un'*activity* multidimensionale aperta agli ultrasessantenni di oggi e, ancor più, di domani.

A fronte di un ritratto completamente diverso dei «nuovi anziani» — ed è questo il secondo motivo ricorrente che ritorna nella maggior parte delle analisi — sta però una struttura sociale che si presenta per lo più come fortemente impreparata e disattenta di fronte ai compiti che dovrebbe svolgere: dalla legislazione sul lavoro alle forme previdenziali, dalle strutture edilizie e urbanistiche a quelle del tempo libero. La cosa non deve sorprendere, se non altro perché, incalzate e sopravanzate come sono ormai dall'accelerazione storica di questi ultimi anni, le nostre società si trovano sempre più nell'impossibilità di essere anche «società previdenti»: prevedere è divenuto infatti estremamente difficile e, quindi, lo è divenuto anche il provvedere per tempo. Il problema anziani, sotto questo punto di vista, non può certo costituire un'eccezione; rientra anzi pienamente nella regola generale, che è purtroppo anche una regola alla quale si accompagnano non pochi fattori di disagio e instabilità radicale.

Dove cercare i «rimedi» o, meglio, le risposte più adeguate? Qui si colloca un terzo punto comune delle varie diagnosi espresse in questo libro. In sintesi, sembra opinione comune che il problema dei nuovi anziani richieda in primo luogo un diverso modo di osservare e concepire l'intera questione, liberandoci dagli stereotipi del passato, secondo i quali eravamo indotti a ragionare sugli anziani secondo una tipologia largamente superata. L'alternativa consiste invece nell'assoluta necessità di ricorrere a una «nuova cultura» dell'anziano. E, per chi giustamente si chiede quali tratti caratteristici debba possedere tale cultura, credo che la risposta venga dall'insieme dei contenuti innovativi proposti dagli stessi contributi che hanno dato vita a questo volume e sull'adeguatezza dei quali lasciamo che siano i lettori a dare una valutazione.

Ci sia concesso aggiungere una sola annotazione che riguarda un facile corollario della «nuova cultura» qui auspicata e largamente proposta. Intendo riferirmi alle «nuove politiche pubbliche» che sono necessarie per fronteggiare il problema anziani. E infatti chiaro che, con que-

sto imprevisto affollamento della cosiddetta terza età e con questo *tipo* di nuovi anziani, le vecchie politiche sostanzialmente ispirate a una logica di esteso (ancorché insufficiente) assistenzialismo pubblico non possono essere più praticate: perché sarebbero finanziariamente insostenibili, socialmente inique e — quel che forse è ancor più sorprendente — perché sarebbero anche politicamente inaccettabili.

## 2. Contro la «pigra» percezione di un inevitabile declino

Come si è già detto, per compiere il salto di qualità precedentemente auspicato, tanto in campo culturale quanto in campo politico, occorre naturalmente superare non pochi luoghi comuni del passato, più o meno recente. Su tutti quella forma di pigrizia intellettuale, secondo la quale si ritiene che invecchiare comporti sempre e comunque una sindrome di inevitabile (e generalizzato) declino.

Abbiamo già accennato alle obiezioni che vengono oggi rivolte dal campo medico a questa convinzione, tanto diffusa quanto dura a morire. In questo stesso volume, Vergani ricorda che tutti gli organismi viventi devono essere sempre considerati come «sistemi aperti in transizione con l'ambiente esterno». Soggetti, cioè, i cui rendimenti sono stabiliti dalle relazioni sfida-risposta con il proprio habitat. Nel caso dell'invecchiamento, quindi, tale processo non si presenta affatto come un qualcosa di lineare, progressivo e totalizzante. Tutt'al contrario, è ormai pienamente assodato che esso varia con le condizioni sociali di ciascun individuo: dalla sua istruzione alla sua carriera lavorativa, dallo standard di vita alla dieta alimentare e all'esercizio fisico, fino naturalmente alla sua stessa storia «sanitaria». Nei soli Stati Uniti, vivono oggi più di venticinquemila centenari le cui condizioni contraddicono apertamente le attese sull'inevitabile «declino» e sulla conseguente incapacità dei più vecchi a provvedere autonomamente a se stessi.

Nelle società contemporanee l'invecchiamento si presenta, insomma, come un processo carico di opportunità e, quel che più conta, ampiamente *flessibile*: dove cioè si può intervenire con successo, al fine di migliorarne sia l'evoluzione sia la stessa conclusione. Del resto, è facile accorgersene; lo stesso prolungamento della vita media ha già finito con il «posporre», con il prolungare molteplici altre funzioni sociali: dall'età scolare all'età pensionistica, da molte tradizionali malattie dell'invecchiamento alla stessa durata media dei matrimoni.

Il problema fondamentale è naturalmente *come e dove* intervenire efficacemente in questo processo, al fine di cogliere le molte opportuni-



tà che sono oggi alla nostra portata. Astraendoci per un attimo dagli aspetti politici della questione, dobbiamo essere consapevoli che tali interrogativi non sono più senza risposta. Bastino pochi ma significativi esempi. Consideriamo le funzioni intellettuali: ricerche recenti e accreditate mostrano infatti che esse possono addirittura migliorare *se* le attività lavorative sono sufficientemente stimolanti e coinvolgenti. Ma prendiamo un caso ancora più persuasivo: quello in cui i test di intelligenza abbiano riscontrato nell'anziano evidenti segni di deterioramento. Ebbene, anche qui, recenti indagini specialistiche hanno dimostrato che i rendimenti della persona possono essere riportati fino al livello di quelli di diciotto anni prima, *se* l'ambiente sociale offre incentivi adeguati. Osservazioni del medesimo tenore possono essere avanzate a proposito sia dei livelli della memoria, sia più genericamente delle capacità di «reazione».

Come si vede, tutto dipende dai *se* che abbiamo indicato. Detto cioè con la terminologia dei sociologi, molto (se non tutto) in pratica dipende proprio dalle opportunità che sapremo creare per i nuovi anziani, offrendo loro «ruoli sociali» che siano finalmente adeguati tanto ai loro limiti, quanto alle loro nuove capacità. Il punto merita di essere ben sottolineato perché offre grandi chance a quanto di apparentemente utopistico è contenuto in non pochi contributi di questo volume. Si pensi alla bella immagine evocata da Nando dalla Chiesa a proposito del rapporto esistente fra il vecchio e la ricerca (o la rinuncia) della «piccola immortalità». Perché mai dovremmo rinunciarvi, *a priori*, proprio nel momento storico in cui questa è facilitata come non mai, e per un numero così ampio di persone anziane, da tutto un insieme di coincidenze strutturali? Si tratta forse di rimettere al centro dell'attenzione lo stesso concetto sociale di *persona* (l'attore dei latini che comunicava «per sona», attraverso i suoni, con l'ambiente circostante degli spettatori...), secondo il suggerimento avanzato da Capuani e Piana. Naturalmente, come dice Bobbio, l'importante è che il «tempo libero» degli anziani non diventi anche un tempo vuoto. Opportunità sociali e istruzione permanente tornano quindi ad essere due facce della medesima medaglia: saper incrementare le opportunità sociali e individuali offerte agli anziani di oggi e di domani.

Come tanti studi in proposito hanno da tempo dimostrato in molti paesi, le potenzialità per mettere in opera adeguate «politiche per gli anziani» non mancano di certo. Dall'istruzione ai sistemi sanitari, dalle cosiddette infrastrutture per il tempo libero ai molteplici «lavori part time» resi possibili dalle tecnologie più recenti, non c'è che l'imbarazzo della scelta. L'importante è però la determinazione di andare contro-

corrente: sfuggendo alla nostra pigrizia intellettuale e ripensando al ruolo degli anziani nella società di fine secolo in termini del tutto nuovi, finalmente adeguati alle diverse potenzialità fisiche e culturali delle generazioni meno giovani. Un solo esempio per tutti: una tendenza paradossale delle nostre società dice infatti che, mentre la longevità aumenta, le opportunità occupazionali (intese sulla scorta dei tradizionali principi normativi e dei tradizionali modelli organizzativi) decrescono!

Com'è possibile lasciarsi portare alla deriva da simili paradossi, in società dove in un solo secolo la lunghezza media della vita si è allungata di quasi ventotto anni, più di quanto non fosse cioè avvenuto in tutta la precedente storia dell'umanità? Ecco il vero ostacolo da rimuovere, ed ecco allora le ragioni per le quali avevamo precedentemente affermato che le nostre società si presentano come non attrezzate nel fronteggiare la questione dell'invecchiamento della popolazione. A bloccarci sta infatti un autentico ritardo strutturale causato dalla lentezza (per non dire la paralisi) delle trasformazioni delle attuali strutture dei ruoli sociali, rispetto alla velocità dei cambiamenti demografici.

### 3. *Una sfida di civiltà*

Porsi consapevolmente di fronte alla questione delle nuove generazioni di anziani equivale a mio avviso ad accettare un'autentica sfida di civiltà. A confermarlo è, del resto, il suo contrario: non fare nulla e lasciare che le cose seguano il loro attuale corso tendenziale equivarrebbe, nel volgere di pochi anni, a farci ritrovare di fronte a un'enorme dissipazione di risorse: in primo luogo, risorse finanziarie (per il fatto stesso di continuare a metter «toppe» assistenzialistiche nell'ambito di un processo sociale dove non si fa nulla per rimuovere le cause per le quali quell'assistenza viene incessantemente richiesta); ma, in secondo luogo, anche e soprattutto, risorse umane. Cosa, quest'ultima, che è certamente ancora più grave, sotto il profilo morale.

Eppure, come abbiamo più volte visto, per evitare una simile dissipazione, tanto economicamente dissennata quanto eticamente ingiusta, basterebbe poco. In breve, sarebbe sufficiente sfruttare al meglio le molte e ragguardevoli opportunità che i tempi ci offrono, mutando al contempo le istituzioni sociali che oggi ostacolano tale sfruttamento. Pensiamo ovviamente alle opportunità medico-sanitarie, ma anche a quelle offerte dalle nuove tecnologie: il saggio di Schrank e Waring, due studiosi americani che hanno dedicato particolare attenzione al problema, e lo stesso contributo di Jovane e Groppetti, entrambi in questo volume, il-

lustrano molto bene la portata positiva che i nuovi strumenti offrono oggi agli anziani al fine di facilitare loro una qualche forma di attività lavorativa part time. Naturalmente, la condizione migliore per cogliere appieno queste e consimili opportunità resta quella di un'autentica svolta culturale, secondo i tratti e le direzioni evocati, sia pure a vario titolo, — un po' da tutti gli autori di questo libro. Del resto, come si potrebbe operare altrimenti quella trasformazione sociale che suggerisce di considerare gli anziani non più un settore «da assistere» (in ogni caso), ma un insieme di «risorse da re-integrare nello stesso sistema produttivo» complessivamente considerato? Credo abbia ragione Calvaruso, quando nel suo scritto ricorda che occorre partire non tanto dagli «aiuti» agli anziani quanto dai loro reali *bisogni*: per rispondere ai quali i nuovi anziani richiedono primariamente di restare il più possibile integrati nelle relazioni sociali di tutti i tipi e di non diventare — prima del tempo e loro malgrado — una sorta di «riserva indiana» progressivamente dimenticata dal resto del mondo.

Conoscere meglio, sempre più a fondo, i nuovi anziani (che, non dimentichiamolo, costituiscono un settore sociale tuttora in una fase di profonda trasformazione) e offrire loro le «occasioni» per continuare a ricoprire ruoli sociali degni di tal nome, rappresentano quindi i due capisaldi della filosofia pubblica alla quale lavorare. I dati di ricerca riportati nei saggi di Calvaruso, da un lato, e di Cesareo, dall'altro, mostrano molto bene quale importante contributo possa venire alla definizione di questa rinnovata cultura dell'anziano da studi empirici dotati di un adeguato supporto di pensiero teorico. Così il saggio di Mengoni esemplifica in modo magistrale quali vie imboccare per muovere verso una tempestiva individuazione delle istituzioni da aggiornare o da inventare per la società «più longeva» che abbiamo di fronte.

In sintesi, si potrebbe anche dire che questa nuova cultura *per* gli anziani è poi essenzialmente ispirata dall'intento di ampliare le loro stesse possibilità di scelta. O, detto in altri termini, la loro stessa libertà. A cominciare proprio da quella che, malgrado tutto, continua a caratterizzare l'invecchiamento come episodio dell'avventura umana. La libertà di *scrivere* con maggiore autonomia possibile anche l'ultimo capitolo della propria vita.

## PRIMA PARTE

Per una nuova concezione della condizione anziana



## L'età del tempo libero

Norberto Bobbio

Per affrontare questo argomento ho un solo titolo, quello di essere vecchio, anzi, se devo esprimermi con il linguaggio di quand'ero ragazzo, quando la specie degli ottantenni era piuttosto rara, stravecchio. Oramai si comincia a distinguere la terza dalla quarta età, nei documenti internazionali, gli «agés» dai «très agés». Io appartengo oramai a questi ultimi. Pensate che Cicerone scrisse il *De senectute* a sessant'anni, Petrarca cominciò a scrivere le lettere che si chiamano le *Senili* quando i sessant'anni non li aveva ancora.

Dico subito, a scanso di equivoci, proprio perché parlo semplicemente da vecchio, e non da competente di problemi della vecchiaia, quindi non da psicologo, da sociologo e tanto meno da medico o da gerontoiatra, che non condivido una sempre più diffusa e invadente, non so se più patetica o ingannevole, retorica della vecchiaia, che si risolve spesso in una forma larvata, ma non meno reale, di *captatio benevolentiae*, come quando l'accrescimento del numero dei vecchi viene preso in considerazione o sfruttato sotto l'aspetto dell'aumento del numero di eventuali consumatori, per cui vengono inventati sempre nuovi spot pubblicitari dove il vecchio, naturalmente sorridente, ben portante, lieto di vivere, è un nuovo corteggiatissimo protagonista della società dei consumi, come portatore di bisogni diversi da quelli dell'infante, dell'adolescente, dell'adulto, e in quanto tale portatore di nuove domande di merci, benvenuto collaboratore dell'argomento del mercato. In una società dove tutto è mercato, anche la vecchiaia può diventare una merce come tutte le altre.

Mi riferisco, come avete capito, alla retorica del «vecchio è bello». No, il vecchio non è sempre bello. Anzi è quasi sempre più brutto che bello. Il tempo della vecchiaia si prolunga. Ma lasciate dire a me, che vivo in mezzo ai vecchi, cioè ai miei coetanei, che la vecchiaia non è sempre felice. La medicina ha fatto progressi enormi, e benefici, per quel che riguarda non solo l'allungamento della vita ma anche la diminuzione delle infermità tipiche della vecchiaia. Ma in molti casi la vita del

vecchio è pura sopravvivenza, una lunga attesa della morte. Non è tanto un vivere quanto un non poter morire. Tanto più grave e dolorosa diventa questa attesa della morte quanto più indigente è la condizione del vecchio, che appartiene a una famiglia (quando addirittura non è solo) che non ha mezzi per curarlo e per alleggerirgli questa condizione di pura sopravvivenza.

Non ho nessuna intenzione di drammatizzare. Intendo solo mettere in evidenza anche l'altra faccia della medaglia. Il problema della vecchiaia ha tanti aspetti e tra questi vi è anche quello, proposto alla nostra attenzione, del rapporto fra gli anziani e la cultura. Da questo punto di vista il vecchio si trova in una situazione di vantaggio rispetto ai giovani e agli adulti. Il vantaggio del «tempo libero». La vecchiaia potrebbe essere definita come l'età del tempo libero. Naturalmente vi sono professioni in cui non si va mai in pensione, come quella delle casalinghe, che comincia dalla figlia che aiuta la madre nelle faccende domestiche, prosegue con la sorella che sorveglia i fratellini, si dispiega tutta nel compito della madre, e continua sino alla fine della vita, come nonna e ora sempre più frequentemente come bisnonna. Ma in genere la vecchiaia è l'età della cessazione del lavoro obbligatorio. Per la maggior parte della durata la vita umana si svolge sotto forma di condotta coatta, o per lo meno rigidamente regolata: durante l'adolescenza nella scuola, durante l'età adulta nel lavoro. Finita la scuola, comincia il lavoro. Tanto più breve la prima, tanto più lungo il secondo, ma tra l'obbligatorietà della scuola e l'obbligatorietà del lavoro non c'è in genere, o per lo meno dovrebbe esserci nelle società bene ordinate, continuità. Alla ferrea regolamentazione della nostra vita contribuisce anche la sempre maggiore tecnicizzazione di ogni aspetto della vita sociale: la nostra vita quotidiana è scandita non dal tempo solare più flessibile, com'era quello dei contadini, ma dal tempo rigido, più esigente e ossessivo degli orologi e, se non bastano gli orologi, dai cronometri, che spaccano non più soltanto il minuto ma anche il secondo. Pensate quante volte nella giornata siamo schiavi dell'ora e del minuto: dalla radio del mattino che trasmette le notizie alle sette in punto e non alle sette circa, agli appuntamenti della giornata, a cominciare da quello della fabbrica o dell'ufficio o della scuola, per i quali guai ad arrivare in ritardo!

Il vecchio invece entra in una dimensione interamente nuova. È la dimensione caratterizzata della libertà rispetto alle due attività, la scuola e il lavoro, che risentono maggiormente della schiavitù dell'orologio, e alle regole che scandiscono il nostro tempo e ne controllano rigorosamente gli intervalli.

Il vecchio ha davanti a sé una giornata di cui in genere può disporre

ben più di quel che abbia potuto fare negli anni precedenti. Ma, ecco il problema sociale nuovo: la società che deve provvedere affinché il tempo libero non sia un tempo vuoto. Il tempo vuoto è la morte precoce.

Dopo aver insegnato per tanti anni nelle scuole in cui i giovani sono obbligati a studiare anche quando non ne hanno nessuna voglia e ne farebbero molto volentieri a meno, posso dirvi che ho ricordi bellissimi di lezioni fatte nelle Università della terza età. Non mi resta quindi che esprimere il mio applauso per questa iniziativa e augurarmi che dia i frutti migliori.





## L'anziano protagonista in una società che cambia

*Gian Maria Capuani e Giannino Piana*

### *Premessa*

La questione del ruolo dell'anziano all'interno della nostra società va assumendo (e assumerà soprattutto nel prossimo futuro) una sempre maggiore centralità.

In termini quantitativi è già ampiamente in atto un accentuato invecchiamento della popolazione, dovuto all'elevarsi medio della vita e al concomitante fenomeno di riduzione della natalità. A questo si aggiunge — e non è cosa di poco conto — l'inevitabile riduzione dell'età lavorativa, dovuta all'introduzione di sistemi produttivi che ridimensionano la necessità della manodopera, con la conseguente tendenza all'abbassamento dell'età di pensionamento e, più in generale, all'espansione del tempo libero. Si può pertanto prevedere l'avanzare di una fetta sempre più consistente di uomini e donne con un ciclo molto ampio di inattività — almeno nel senso tradizionale del termine — e, al tempo stesso, con notevoli potenzialità e risorse che rischiano di andare disperse.

Tutto ciò pone seri problemi, non solo di natura economica ma soprattutto di ordine morale e sociale. È infatti evidente che l'allontanamento dall'attività lavorativa, nel contesto di una società ancora largamente dominata dalla centralità del lavoro, produce gravi contraccolpi negativi di carattere psicologico, dovuti al senso di inutilità e di marginalità, di frustrazione e di solitudine che ne deriva. La crisi della popolazione anziana è infatti, in larga misura, provocata dallo stato di disagio conseguente alla perdita di identità personale e sociale, dal mancato riconoscimento di un ruolo preciso, dallo *status* di assenza di regole che caratterizza l'inserimento dell'anziano nelle diverse istituzioni.

Le linee di una politica per l'anziano finora praticate non sembrano considerare sufficientemente questi aspetti. A livello sia pubblico sia privato si sono moltiplicati, in questi anni, gli interventi assistenziali nei confronti degli anziani disabili o non autosufficienti, con l'erogazione di servizi ispirati a un alto senso di umanitarismo, e perciò grandemen-

te meritori. Ciò che tuttavia sembra mancare è un'attenzione complessiva alla condizione dell'anziano (e in primo luogo dell'anziano autosufficiente), in vista di un suo reale inserimento nel tessuto sociale, del pieno riconoscimento cioè dei suoi diritti e dei valori di cui è portatore; valori che, opportunamente utilizzati, possono costituire una forma di grande arricchimento per l'intera società.

### 1. *Una rivoluzione antropologica e culturale*

Appare anzitutto chiaro che la ragione di fondo della mancanza di una politica globale per l'anziano va ricercata nelle radici della cultura dominante e, di conseguenza, nel modello di uomo che in essa tende a prevalere. La tendenza a privilegiare l'efficienza e l'utile economico come criterio di valutazione delle prestazioni ha determinato una forte discriminazione tra i vari soggetti sociali a vantaggio di quelli inseriti nel ciclo produttivo. La conseguente logica del consumo, divenuta egemone, privilegia coloro che sono più direttamente attestati in questa condizione.

L'anziano, espropriato delle capacità produttive e meno inserito di altri nei circuiti del consumo, viene di fatto marginalizzato e considerato spesso come un puro peso sociale, in ragione degli interventi assistenziali, privati e pubblici, di cui è inevitabilmente fatto oggetto.

*Le cause del disagio.* Questa mentalità largamente diffusa viene di fatto veicolata attraverso una serie di parametri di giudizio, che permeano di sé — consciamente o inconsciamente — gli atteggiamenti e i comportamenti quotidiani.

È utile richiamare qui, sia pure sinteticamente, alcuni di questi parametri, che, per quanto noti, vengono tuttavia spesso sottovalutati nella loro incidenza esistenziale.

È fuori dubbio anzitutto l'emergere, nella nostra società, di un'esaltazione della figura del giovane come modello assoluto di riferimento. Tende così ad affermarsi una sorta di «giovanilismo», che identifica il valore della persona con i tratti della prestanza fisica e della vivacità intellettuale, propri di quella stagione della vita.

La mitizzazione dell'età giovanile — spesso d'altronde del tutto funzionale allo sviluppo delle logiche di produttività e di consumo antecedentemente segnalate — ha ricadute pesantemente negative sia sul mondo dei giovani sia, soprattutto, su quello degli anziani. Essa concorre infatti a ingenerare una visione riduttiva del senso della vita, impedendo la corretta percezione del «tempo reale» in cui si svolge l'esistenza.

Il fenomeno dell'estendersi della fase adolescenziale in molti giovani, con l'incapacità o il rifiuto a prendere decisioni precise per la propria vita, denuncia l'assenza del «principio di realtà», e quindi l'insufficiente coscienza del limite e della precarietà della vita. La sopravvalutazione della giovinezza produce una difficoltà di maturazione personale, con la conseguente difficoltà ad accogliere e integrare, senza eccessive frustrazioni, gli inevitabili scacchi dell'esistenza.

Questa visione della realtà, del tutto artificiale, ha ripercussioni gravi anche sulla psicologia dell'anziano. Egli percepisce infatti la propria condizione come perdente, votata alla totale insignificanza. Da ciò nasce la tentazione di rifiutare l'invecchiamento, considerato come stato patologico o, inversamente, di subirlo passivamente, ritirandosi in se stesso e accentuando ulteriormente la situazione di isolamento e di marginalità in cui l'anziano si trova a vivere.

A ciò si deve aggiungere — ed è questo uno dei fattori di maggiore incisività — la centralità assunta, nella nostra società, dai beni e dai valori materiali a scapito di quelli spirituali, morali e culturali.

L'esaltazione del lavoro come momento esclusivo della realizzazione umana, a livello sia personale sia sociale, ha prodotto una caduta di attenzione attorno al valore dell'*otium*, inteso come tempo di rigenerazione interiore e di affinamento spirituale e culturale, in senso religioso e profano.

Il ritmo della vita è infatti misurato, in tutti i suoi aspetti, dall'attività lavorativa e lo stesso tempo libero è, per lo più, modellato dalla società secondo criteri di pura funzionalità economica. La perdita di significato dei momenti di distensione, ridotti a fruizione di bisogni indotti dall'esterno secondo logiche di consumo, ingenera stati di profonda alienazione che impediscono all'uomo di rientrare in se stesso e di coltivare quelle attitudini più strettamente rispondenti ai propri interessi personali e di dar vita a forme allargate di socializzazione.

L'anziano è spesso vittima di questo processo. L'abbandono dell'attività lavorativa e l'assenza di attività alternative di carattere culturale e spirituale lo fanno sentire privo di ogni possibilità di realizzazione personale, accrescendo il senso di vuoto e di inutilità della propria esistenza. La ricerca di una possibile via d'uscita non si improvvisa; è il frutto di attitudini acquisite e a lungo coltivate, che esigono, per potersi pienamente esplicare, un forte sostegno sociale.

Un altro dato che concorre ad accentuare lo stato di isolamento dell'anziano è costituito dalla mancata considerazione che, nella nostra cultura, si attribuisce alle esigenze affettive proprie di quell'età. La mentalità giovanilistica prevalente, facendo leva sull'affievolirsi delle funzio-

ni fisiologiche in senilità, tende superficialmente a ignorare la complessità dei bisogni affettivi che caratterizzano l'esperienza di vita dell'anziano e, in particolare, il loro aspetto sessuale.

Nonostante le affermazioni avanzate dalle scienze umane (e universalmente riconosciute in astratto), secondo le quali la sessualità, in quanto dimensione costitutiva della persona, segna della sua presenza tutte le stagioni della vita, sembra far valere come atteggiamento dominante quello di una sua riduzione temporale al periodo della giovinezza e della maturità, con il conseguente esautoramento dell'età anziana. Si opera così una sorta di castrazione dell'anziano, che si sente, da un lato, espropriato della legittimità di manifestare, anche su questo piano, la propria identità, mentre per contro vive all'interno di una società che lo provoca costantemente in tal senso, con sollecitazioni di notevole intensità, nella maggior parte dei casi deformate da una visione banalizzata e superficiale del sesso ridotto a pura fisicità.

Il disagio si riflette, sul piano psicologico, in una sorta di conflitto interiore, di vera lacerazione spirituale perché è reso difficile all'anziano l'esternare i propri desideri, e le proprie pulsioni, nell'ambito della propria potenzialità affettiva.

*Verso una piena attenzione alla persona.* Il superamento di questo stato di cose, di cui abbiamo ricordato solo alcuni tratti salienti, esige, per essere adeguatamente messo in atto, l'elaborazione di un nuovo modello culturale, che risponda a una visione più approfondita e globale della condizione umana.

La legittima attenzione ai problemi dei giovani non deve tradursi in una proiezione esclusiva di interesse sulla giovinezza, sottovalutando altri momenti di crescita e di espressione di sé altrettanto importanti.

Del resto, la stessa educazione del mondo giovanile assume connotati positivi quando si impegna a far capire l'importanza di ogni momento della vita, aprendo realisticamente il giovane alla comprensione dell'intera parabola dell'esistenza.

Occorre riportare in primo piano l'attenzione all'unicità e all'irripetibilità della persona — di ogni persona —, offrendo un'interpretazione della vita umana, le cui varie età non sono che fasi di passaggio, connotate da un medesimo valore umano e culturale, pur nella diversità delle loro esigenze e delle loro possibilità espressive.

La preoccupazione per la salvaguardia dei diritti umani e per il loro sviluppo non può limitarsi a un'astratta affermazione di principio; deve trasformarsi in impegno a creare un *humus* culturale, e perciò una mentalità e un costume che producano le condizioni perché si faccia concretamente spazio alle esigenze di ogni essere umano, valutandolo per quello

che è, e non in base a quello che produce o che consuma. La dignità della persona umana è infatti legata alla sua originalità di soggetto assoluto e perciò di fine (mai di strumento o mezzo); e per il credente è legata al suo essere immagine di Dio, creatura da Lui chiamata alla vita perché partecipi del suo disegno di salvezza e di amore.

Ogni momento della vita personale — dalla nascita alla morte — acquista così un valore inestimabile, non solo per chi lo vive ma anche per gli altri. La ricchezza delle potenzialità e dei doni di ognuno deve infatti rifluire verso il bene di tutti in un reciproco scambio di diritti e di doveri, che arricchisce la comune famiglia umana.

Questa visione di fondo, che fa di ogni soggetto umano un'assoluta sorgente di diritti inalienabili, non esclude evidentemente la necessaria attenzione alle diversità personali o alla diversità di potenzialità che vanno messe in rapporto con le varie fasi della vita. L'anziano non possiede certo le stesse risorse fisiche del giovane, ma il suo contributo non è per questo meno fecondo. Si pensi al valore della continuità con il passato e dell'esperienza di vita nell'ambito di una società ripiegata sul presente e accentuatamente frammentata come la nostra, nella quale la perdita della «memoria storica» è una delle cause — se non addirittura la principale — della situazione di disorientamento e di alienazione. O ancora, si pensi all'importanza del confronto tra generazioni per recuperare una visione più oggettivamente critica del presente, evitando sia il pericolo di giudizi radicalmente negativi sia quello opposto, ma non meno grave, di affrettate esaltazioni e giustificazioni.

D'altra parte, il fatto che si avverta oggi il bisogno di richiamare, di volta in volta, l'attenzione sui diritti di singole categorie di persone — i fanciulli, le donne, gli anziani, gli handicappati ecc. — non è forse il sintomo evidente di quella perdita di visione globale del soggetto umano e dei suoi diritti, che costituisce la ragione ultima dello stato di disegualianza, e dunque di democrazia ancora parziale, in cui viviamo?

Il richiamo alla centralità della persona deve pertanto realizzarsi nella proposta di un modello di civiltà, in cui sia riconosciuto, a tutti i livelli, il primato dell'uomo. Una civiltà che si sforzi di bandire tutte le forme di mercificazione della vita e che disponga ognuno a un'accoglienza incondizionata del mistero dell'altro. Una civiltà in cui tutti vengano messi in condizione di potersi esprimere per quello che sono, anche sul terreno dell'affettività e della vita sessuale, nel quadro di una sempre più allargata solidarietà umana.

L'attuazione di questo modello di civiltà passa attraverso la sconfessione del criterio dell'efficienza produttiva come parametro assoluto di valutazione delle prestazioni umane e attraverso l'attivazione di un nuovo quadro di valori.

Da questo punto di vista, grande rilievo assume la capacità di dar vita a una più stretta coniugazione tra lavoro e tempo libero, tra tempo del lavoro e tempo del non-lavoro. La restituzione di significato all'*otium*, a quelle attività rigenerative per la vita che non rientrano per ora negli schemi di un rigido utilitarismo economico, costituisce un salto qualitativo assolutamente necessario. Di fronte al prevalere di logiche improntate al fare e all'aver l'innescano di processi finalizzati soprattutto alla crescita dell'essere rappresenta una forma di antidoto indispensabile.

L'equilibrio tra le due dimensioni fondamentali dell'esistenza — quella del lavoro e quella del tempo libero — è la strada da seguire per dare pieno sviluppo alle risorse personali e sociali. La vera liberazione del tempo libero impone però la necessità di risuscitare l'interesse per attività, quali la formazione culturale e artistica, gli hobby individuali, l'impegno verso gli altri e l'approfondimento dei rapporti umani, nella consapevolezza che questi momenti significativi dell'esperienza umana concorrono a dare piena espressione al bisogno di identità del soggetto umano in tutte le fasi della vita.

Il riscatto dell'anziano dall'attuale situazione di marginalità trova dunque, in definitiva, i suoi presupposti in una nuova visione dell'uomo e del senso della sua esistenza, nell'elaborazione di una nuova «cultura» più attenta alla complessità della condizione umana e più capace di promuovere cammini di autentica umanizzazione per tutti. La ghettizzazione della senilità — e del resto anche di altre condizioni di vita ritenute improduttive — ha origine in una concezione riduttiva dell'uomo e della sua vera crescita umana. È la conseguenza di una mentalità deformata, le cui ripercussioni si estendono, in termini allargati, sulla vita dell'intera famiglia umana, non ultimo sugli aspetti produttivi, perché un maggior protagonismo sociale degli anziani, oltre a produrre beni e servizi, apre la prospettiva di nuove esigenze da soddisfare, dunque di nuovi beni e servizi particolarmente orientati alla «qualità della vita», settore questo che sempre più va acquistando il valore di «settore traente» delle economie postindustriali.

## 2. *Una prospettiva di impegno globale*

Le considerazioni fin qui enunciate devono tradursi nell'assunzione di atteggiamenti e di interventi coerenti da parte della società e dei pubblici poteri. La nascita di una nuova cultura è anche il risultato di scelte adeguate e coerenti di carattere strutturale e istituzionale.

Le scelte in ordine alla politica della terza età finora praticate riflet-

tono ancora prevalentemente il permanere di una mentalità secondo la quale la senilità è fatta oggetto di attenzione sociale soltanto dal punto di vista assistenziale. Pur riconoscendo la necessità di tali scelte, non si può negare che esse rientrino in una prospettiva di approccio al problema del tutto limitata e insufficiente. Dietro ad esse si nasconde infatti l'incapacità della società di rimettere radicalmente in discussione se stessa, provvedendo soltanto a porre rimedio alle situazioni di più vistoso disagio.

Una seria politica per gli anziani deve invece considerare tale condizione di vita nella sua globalità, accogliendo le esigenze dell'anziano in quanto tale, dando perciò risposta anche alle legittime aspettative degli autosufficienti, che, pur non avendo bisogno di forme particolari di assistenza, vivono in uno stato di reale marginalità e percepiscono, in termini frustranti, il dubbio sulla loro utilità.

Il mutamento sociale in corso, costituito dal passaggio da una società industriale verso una società postindustriale, rappresenta un'occasione storica per dar vita a un effettivo cambio di indirizzi. L'innovazione tecnologica in atto, legata agli sviluppi dell'informatica, crea nuove opportunità in termini professionali, di servizi a tempo limitato, di sviluppo del volontariato o comunque di impiego delle risorse umane in ambiti sociali nuovi. Senza voler asserire che lo stato di «complessità sociale», che va sempre più affermandosi, allarga gli spazi della partecipazione, favorendo possibilità di incontro e di scambio fino a ieri insospettate. Le modificazioni, che hanno preso l'avvio dal campo del lavoro, si riflettono in un allargamento delle prospettive di azione e determinano la possibilità di insorgenza di un nuovo modello di uomo e di nuovi stili di vita.

In questo contesto è necessario ripensare globalmente al problema dell'anziano, aiutandolo a ridefinire la propria identità e il proprio ruolo nella società, quale soggetto attivo (e non oggetto) dell'autentico sviluppo umano. E vero — purtroppo — che, di fronte ai cambiamenti segnalati, l'anziano rischia di percepire ancor più profondamente la propria estraneità nei confronti del mondo in cui vive. La rapidità delle trasformazioni impone a tutti i soggetti una grande flessibilità e una capacità di adattamento, non facilmente coniugabili con la struttura mentale e le abitudini acquisite da chi è anziano. D'altra parte, la cultura, che ha il sopravvento, è incline a valorizzare le capacità previsionali in ordine al futuro più che a custodire la memoria del passato. L'apporto dell'anziano, che in altre società più tradizionali e più statiche era ricercato come essenziale e favoriva pertanto la sua integrazione sia nel contesto familiare sia in quello sociale, rischia, di conseguenza, di essere sot-



tovalutato e persino del tutto misconosciuto nel suo significato. Ma non si può negare che proprio l'assenza di un rapporto vitale con il passato è uno dei fattori fondamentali dell'impoverimento della nostra società e una delle cause — forse la più profonda — del malessere esistenziale che connota l'odierna condizione umana. La perdita di «memoria storica» ha come ricaduta l'assolutizzazione del presente o il ripiegamento nostalgico su tradizioni cristallizzate, che non concorrono certo ad alimentare, in senso positivo, il flusso della storia.

La valorizzazione dell'anziano diviene dunque una condizione essenziale per arricchire la società con quel patrimonio di valori, che deve essere attinto dalle più profonde radici culturali, valori senza i quali ogni progresso rischia di essere effimero e persino di ritorcersi contro l'uomo. La svolta tecnologica contemporanea è, al riguardo, carica di promesse ma anche di pericoli; la razionalità logico-matematica propria dei processi di informatizzazione apre possibilità inedite di espressione per la vita dell'uomo. Il rischio della sua assolutizzazione però appare evidente: le mutazioni da essa determinate non riguardano soltanto gli aspetti economici e sociali, ma coinvolgono più profondamente la coscienza che l'uomo ha di se stesso, del suo rapporto con gli altri e con il mondo; queste mutazioni determinano, in altri termini, un vero e proprio cambiamento antropologico. È urgente pertanto ricercare un corretto assorbimento anche di questa razionalità nei tradizionali valori dell'umanesimo, i soli in grado di dare risposte soddisfacenti alle grandi domande relative al senso della vita. Ciò comporta la ricerca di un modello culturale nel quale entrino in simbiosi feconda sapere scientifico moderno e sapere umanistico, superando le diffidenze reciproche tuttora persistenti.

L'inserimento pieno dell'anziano nel processo di crescita complessiva della nostra società non è perciò soltanto finalizzato a restituirgli quella funzione e quel ruolo sociale che gli consentono di vivere appieno la propria identità, ma anche a portare alla società quella linfa vitale e quel «supplemento d'anima» che è indispensabile alla vita dell'uomo. Il pericolo di un inaridimento del linguaggio, con la scomparsa di quello simbolico, e conseguentemente di un appiattimento dei criteri di giudizio, con il farsi strada di una logica puramente funzionale, può essere scongiurato soltanto da uno stretto collegamento con il passato, di cui l'anziano è tramite fondamentale. Una corretta proiezione nel futuro, incentrata su una visione aperta della storia, viene da un'attenzione seria al presente e alle sue possibilità, non disgiunta da una considerazione del passato, i cui riflessi sono tuttora visibili e conferiscono unità e senso all'esperienza umana.

La valorizzazione piena della senilità passa infatti anche attraverso l'attuazione di un'azione politica che sappia inventare creativamente spazi di partecipazione e di presenza per gli anziani, nei quali essi possano proficuamente dispiegare la propria attività in uno spirito di reale servizio verso tutti. In proposito va ritenuta condizione fondamentale la necessità che tale politica venga programmata insieme a loro. Se non si vuole che l'anziano si senta esclusivamente oggetto di attenzione da parte di altri, ma vero protagonista della propria crescita, è indispensabile che le varie iniziative tese a inserirlo nella vita sociale lo vedano partecipare in prima persona della loro stessa ideazione. E come dire che una politica per gli anziani deve essere una politica costruita con gli anziani, cioè progettata con il loro attivo e responsabile contributo.

Le strade che, a questo livello, possono aprirsi sono molteplici: dall'impiego in forme di servizio verso gli altri, in cui assume grande significato il valore dell'esperienza, alle attività di formazione personale opportunamente predisposte — si pensi alle Università della terza età —, fino all'inserimento nelle varie istituzioni sociali, favorendo uno scambio generazionale reciprocamente arricchente. Il contributo dell'anziano è infatti insostituibile, soprattutto quando l'obiettivo è quello di promuovere un effettivo miglioramento della qualità della vita in tutti i suoi aspetti. L'anziano, per l'esperienza che ha acquisito, è portatore di una visione realistica dell'esistenza che insegna a fare i conti anche con i limiti che la connotano.

L'esperienza del dolore e della sofferenza, della debilitazione fisica e psicologica, dello stesso andare verso la morte sono altrettanti dati da non sottovalutare; fanno parte, in modo integrante, dell'esperienza della vita. Quando la senilità è vissuta nel segno di una piena accettazione di sé e nell'orizzonte della speranza del futuro costituisce una forma di ricchezza che deve essere partecipata. L'anziano che sa esprimere questa saggezza è una benedizione per la società. L'aiutarlo a renderla trasparente nel quotidiano, anche attraverso nuove opportunità di inserimento, è un preciso dovere della società. Una società che sa accogliere e valorizzare le potenzialità di questa stagione della vita è una società che diventa più umana e più capace di tendere verso la sua integrale liberazione.



## La piccola immortalità

*Nando dalla Chiesa*

Per quel che riguarda l'immortalità la gente naturalmente non è tutta uguale. Dobbiamo distinguere la cosiddetta *piccola immortalità*, il ricordo di un uomo nel pensiero di coloro che l'hanno conosciuto (ed è l'immortalità che sognava il sindaco del villaggio moravo) e la *grande immortalità*, ossia il ricordo di un uomo nel pensiero di coloro che non l'hanno conosciuto personalmente. Nella vita esistono strade che fin dall'inizio mettono l'uomo faccia a faccia con questa grande immortalità, ancorché incerta, e persino inverosimile, ma tuttavia inspiegabilmente possibile: sono le strade degli artisti e degli uomini di Stato<sup>1</sup>.

Così Milan Kundera nel suo romanzo *L'immortalità* apre la strada a una splendida riflessione sui gesti, sulle parole, sugli amori che si inscrivono sulla stele della «grande immortalità»: quella che ospita Goethe e l'amore di Bettina Brentano per Goethe; che ospita Shakespeare e Beethoven o i gesti spettacolari, al cospetto dei popoli e delle nazioni, di Jimmy Carter e di Francois Mitterrand. Molti di questi gesti sono fatti e molte di quelle parole sono dette proprio perché appartengono a persone che sanno che il proprio nome finirà iscritto, a caratteri più o meno grossi, su quella stele. E in questo senso diventano meno naturali, diventano studiati fino a far torto alla vera natura di chi agisce o parla.

La piccola immortalità mette al riparo da questo rischio. La piccola immortalità ci consegna senza molti problemi di interpretazione la vera personalità degli uomini che se la sono assicurata con il solo fatto di essere vissuti a contatto con altri uomini i quali ne serberanno e tramanderanno il ricordo. È vero che ciascuno di noi, anche nelle esistenze più lontane dai grandi protocolli ufficiali o dai flash dei fotografi, obbedisce pur sempre a qualche imperativo cerimoniale, sottoposto a qualche regola dell'«apparire». Ma quanto più trasparente è la vita del panettiere o del pescatore! Quanto più profondamente essa viene conosciuta dagli amici e dai parenti (quelli che gli daranno la piccola immortalità, appunto) rispetto a come il comune cittadino ha conoscenza della personalità,

<sup>1</sup> M. Kundera, *L'immortalità*, Milano, Adelphi, 1990, p. 62.

dei problemi e delle virtù del suo capo di Stato o del suo divo preferito! Ciò che la grande immortalità regala in estensione sottrae, quasi per una legge fisica, in profondità.

Kundera si dedica soprattutto all'analisi, alla sezionatura impietosa dell'aspirazione alla grande immortalità. Ma a noi è l'altra immortalità che interessa, quella in cui il desiderio inizia ad affacciarsi in una certa fase della vita, esattamente quella in cui ogni uomo prende coscienza, nei suoi istinti come nelle sue previsioni razionali, del fatto che dovrà morire. L'idea della morte e dell'immortalità sono inscindibili, una non esiste senza l'altra, e, passata la giovinezza, l'uomo inizia a coltivarle entrambe. Incomincia a porsi il problema di «lasciare» qualcosa alle persone care, non solo per dare loro più sicurezza ma anche per poter continuare a vivere attraverso la loro vita, spesso perché il fenomeno si manifesti non c'è nemmeno bisogno di aspettare l'età adulta.

Gli stessi adolescenti più sensibili, quelli che prima afferrano la dimensione fugace della vita o che si tuffano con lo spirito nelle zone sospese del senso dell'esistenza, scrivono in effetti i loro diari con la segreta speranza che un giorno o l'altro qualcuno li legga, che la loro esperienza e i loro pensieri vengano in futuro consegnati a qualcuno. Lo scambio tra le generazioni, la storia stessa, sono in fondo il prodotto finale di tante, anzi di infinite piccole immortalità; delle infinite presenze o continuazioni di uomini sconosciuti nel modo di pensare, nel modo di lavorare, nelle scelte etiche, negli affetti di un'infinità di altri uomini sconosciuti o anche di uomini destinati alla grande immortalità.

Quanto c'è dunque di passato nel nostro presente? Quanto c'è di esperienza altrui, di educazione altrui, nel momento in cui compiamo un gesto o prendiamo una decisione che ci appare slegata da ogni condizionamento storico ed esclusivamente sistemata nel presente, o che addirittura ci appare solo condizionata da valutazioni proiettate nel futuro? È impossibile dare una risposta a un quesito come questo. Non esiste, non può esistere una stima statistica di una simile presenza. Una cosa è però certa, anche se spesso ci sfugge: che il passato non rivive solo quando noi lo richiamiamo alla memoria. Così come chi è vissuto prima di noi non rivive solo nei nostri ricordi coscienti. È solo a una certa età che si iniziano a sistemare nella nostra mente i tasselli dei debiti (e magari anche dei crediti inesigibili) che abbiamo maturato nei confronti di altre persone che ci hanno preceduto sul «grande palcoscenico» o che ci sono entrate un po' prima di noi. E allora scopriamo di essere ciascuno una piccola civiltà, prodottasi per stratificazioni successive: quell'esempio di linearità, quella riflessione che ci ha spalancato per un attimo le porte della saggezza, quel gesto di amicizia, quel consiglio o quel mo-

do di lavorare, quell'allegria, quella pulizia interiore, quella specifica nozione su come fare il caffè (sì, pensiamo a quante volte ci accompagnerà nella vita, nelle nostre preoccupazioni o nelle nostre albe quella minuscola nozione), quell'insegnamento su come leggere un libro o su come reagire a una difficoltà. Quanti parametri, quanti indicatori abbiamo elaborato e continuiamo a elaborare sulla base di ciò che altri ci hanno trasmesso, spesso inconsapevolmente?

Ecco, forse oggi c'è una cosa della quale non si tiene conto quando si parla di condizione degli anziani, quando si passano in rassegna le nuove ristrettezze, i nuovi tipi di povertà che essi simboleggiano nella società opulenta di fine secolo. Ed è proprio il loro rapporto con la piccola immortalità. Un rapporto che sempre dall'uomo viene vissuto intensamente sul piano delle aspirazioni, senza bisogno che egli incorra negli estremi ai quali si abbandonava il sindaco moravo citato all'inizio, il quale provava sollievo nel sistemarsi, ancora ben in vita, nella propria bara già pronta e nell'immaginare, racchiuso in quell'involucro, il futuro del suo paese dopo la propria morte. Sì, il pieno diritto di ogni persona a poter godere della piccola immortalità: questo mi appare oggi sul piano del senso dell'esistenza ciò che viene maggiormente minacciato nella condizione dell'uomo per il modo in cui egli si avvicina alla propria fine e vive la propria anzianità.

Oggi l'uomo è meno immortale. Non smette di esserlo. Però lo è di meno. E le ragioni sono almeno tre, che proverò solo a schizzare, affidandomi per il resto alla sensibilità e alla fantasia del lettore.

La prima ragione sta nella fine della circolarità dell'esperienza umana. La storia dell'uomo, fino a questo secolo, ha avuto assai più i tratti della circolarità che quelli della progressione (lineare o meno) per la stragrande maggioranza degli individui e delle famiglie. La civiltà contadina, dominante in Italia fino al secondo dopoguerra, ha espresso precisamente questa nozione del tempo. Del tempo che si ripete, che torna; uguale o con alterazioni prevedibili. Bene, il massimo beneficiario della circolarità della vita era l'anziano. Se tutto si ripeteva, colui che più sapeva e che più era in grado di insegnare non poteva essere che colui che più aveva visto e imparato. Era lui a potere insegnare di più in famiglia e sul lavoro (e spesso i due ambiti coincidevano, come nelle famiglie contadine e artigiane). Sapeva le tecniche e sapeva la vita. Per questo nelle famiglie patriarcali e nei villaggi l'anziano era ricco di prestigio. E anche su questo si fondava la sua autorità, da un lato la massima funzione pedagogica, dall'altro la comunità piccola, ricca di relazioni emotive e conoscitive: da questa miscela risultava la piccola immortalità dilatata in massimo grado, tanto che dalla memoria dei fatti, dei gesti, delle abi-

tudini, dei mestieri individuali, trassero origine i cognomi (i cognomil, ossia l'identità vitale e universale) dei discendenti.

Ma oggi la vita ha perso molti dei suoi tratti circolari. Certo grandi processi culturali si ripresentano o tornano sulla scena in forme nuove. Ma l'esperienza collettiva sembra marciare su una linea retta, o al più su una spirale allungata, lungo la quale chi è oggi in grado di insegnare si troverà domani superato anni luce nelle conoscenze, nelle tecnologie. Cambiano le stesse situazioni di vita, sicché anche i modelli di comportamento diventano obsoleti: a volte positivamente (si pensi a come sarebbe ridicolo nelle odierne relazioni pubbliche il ricorso alla deferenza tipica dei vecchi contadini), a volte negativamente (c'è spesso da rimpiangere quell'istintiva tendenza al «saluto» propria degli anziani dei piccoli centri). E la nostra capacità di rimanere fissati, incorporati nel futuro di altre persone ne risulta decisamente abbassata.

Ma questo è tanto più vero per gli anziani di questa generazione, che sono esattamente quelli che hanno subito tutto insieme il possente scarto — di conoscenze, di abitudini, di costumi — prodotto dal grande processo di modernizzazione postbellico. Forse non esiste, per spiegare questo scarto, un'immagine più efficace di quella del nonno con la quinta elementare che entra timido e impacciato nella sala tesi dove si laureerà tra qualche minuto il proprio nipote. Certo, quel nonno avrà anch'egli una sua piccola immortalità costruita sul rapporto affettivo. Ma una porzione di quest'immortalità non c'è più, se n'è andata. Egli non sa nulla né del lavoro che fa né del mondo che frequenta suo nipote. A volte non ne conosce correntemente neanche la lingua, lui che ha parlato il dialetto tutta la vita; figurarsi poi se ne può intendere i ricorrenti fonemi inglesi. Certo ha buon gioco chi sostiene che questo è un prezzo da pagare al progresso. Ma è altrettanto certo che questo prezzo esiste. E, soprattutto, che a pagarlo è questa generazione di anziani come nessun'altra prima nella storia dell'umanità.

La seconda delle ragioni indicate sta nel ridursi della dimensione narrativa della vita collettiva. Il racconto, la narrazione, la tradizione orale sono stati elementi fondamentali delle identità familiari o comunitarie. Il racconto davanti al fuoco, il racconto a tavola, sono stati il malleabile strumento con il quale creare coscienza di sé e degli altri, la memoria storica entro la quale collocare gli episodi quotidiani, le vite e i volti dei singoli. Chi può dimenticare la splendida scena del racconto nel fienile nell'*Albero degli zoccoli* di Ermanno Olmi? I più grandi raccontano, i bimbi infiorano, imitano, scherzano, modificano. La piccola immortalità nasce e si consolida anche attraverso il senso della storia che ciascuno assimila ben più che a scuola o addirittura del tutto al di fuori

di una scuola alla quale non ha ancora accesso. C'è in questo bisogno narrativo la valorizzazione di tendenze naturali, che il bambino manifesta da subito quando chiede al padre o alla madre di raccontargli quella storia che già gli è stata raccontata dieci o venti volte, oppure di proporre sotto forma di racconto agli altri le sue gesta o le sue marachelle di quel giorno o dell'ultima vacanza.

Ma quanto vale nella concreta organizzazione sociale di oggi la dimensione narrativa? Poco, molto poco. Viviamo nella società dell'informazione e quindi dovremmo sapere di più, molto di più sul mondo che ci circonda. Dovremmo sapere collocare sempre meglio gli episodi quotidiani, le vite e i volti dei singoli. E invece non è così: annaspriamo, siamo ostaggi delle correnti, ci raccapezziamo a fatica. Una notizia scaccia quella precedente, non le aderisce, non si giustappone ad essa creando un ordine conoscitivo più vasto; no, la scaccia nel vero senso della parola, pronta a farsi scacciare a sua volta da quella successiva. Ma se la vita è successione di flash e non più ordine o ritmo intelligibile, essa perde la sua capacità di vivere oltre se stessa. Naturalmente non è detto che la società non sia in grado di attivare delle difese, per ridare senso a sé prima di tutto. Ma è anche vero che molti dei poteri che controllano l'informazione sono interessati a svuotare di senso la storia collettiva, e dunque a produrre un'informazione eclatante e gridata quanto effimera e vacua.

In questa continua successione di punti ordinati solo temporalmente, quanto resta di ogni singola piccola immortalità? Meno, sempre di meno. O non è forse vero che si è dovuto di recente compiere ogni sforzo perfino per dare senso alle grandi immortalità o alle grandi tragedie?

Vi è infine una terza ragione, che moltiplica anche gli effetti delle prime due. Ed è che le relazioni di vita urbane, la struttura stessa della famiglia, gli stili di vita e le gerarchie di valori che si sono realizzate tendono a indebolire i rapporti fra generazioni diverse. Quello scambio che garantisce l'immortalità (la piccola immortalità) diventa più esiguo. Le sedi del racconto sono sempre meno intergenerazionali. A volte non ci sono più neanche le sedi. E in effetti: che racconto può mai farsi mangiando un classico panino in piedi in un bar del centro di Milano? Nessuno. Non c'è tempo o modo. E non c'è neanche se si sta seduti a un tavolino che bisognerà lasciare rapidamente al successivo gruppo di avventori. Battute, solo battute; o singulti: veloci e smozzicati come uno spot. Non c'è in questo alcuna nostalgia per mondi lontanissimi. C'è solo la consapevolezza che il Progresso ha tuttora aperta la sua sfida con il Racconto; e che solo se la vincerà avrà basi abbastanza solide per non trasformarsi nel suo contrario.



In questa sfida l'anziano non sembra altro che un oggetto, o meglio un soggetto passivo, che deve attendere che altre forze si muovano e ne preservino almeno in parte la funzione e l'identità. Può egli imporre al nipote recalcitrante di ascoltare i suoi ricordi o le sue riflessioni che nessuno in famiglia ha il tempo o dice di avere il tempo di ascoltare? Può mai imporsi e spegnere per dieci lunghissimi minuti il totem televisivo chiedendo di parlare? Non può, perché il senso di colpa lo pervade. Perché i tempi sono cambiati e lui non vuole apparire inchiodato fastidiosamente ai vecchi tempi. Anzi ha il terrore di fornire di sé questa immagine. Si adatterà a non trasmettere più, a non dare, a non scambiare. A essere presenza fisica o affettiva, se avrà fortuna. Sì, perché egli spesso è diventato famiglia a sé. Proprio perciò, d'altronde, ha impoverito le sue occasioni di contatto, e in quelle poche occasioni vuole essere gradito; perché ha paura che altrimenti quelle occasioni possano diventare ancora più esigue. Insomma, sta insieme alle altre generazioni molto meno di prima, e quando ci sta, ci entra in interazione in modo molto più superficiale. Naturalmente esistono anche le controtendenze, come l'abitudine a lasciare alla giovane nonna i nipotini negli orari di lavoro. Ma a parte l'onere materiale dell'impegno, si tratta pur sempre di qualcosa di ciclico destinato crudelmente a esaurirsi da un giorno all'altro.

E poi? Poi non per tutti ma per molti una vita riservata, discreta, con poche amicizie: allargate — nei centri più avanzati — dalle vacanze per anziani, dai ritrovi per anziani e dai molti altri cosiddetti recinti delle pantere grigie.

E la piccola immortalità? Quella, lo si è detto, sarà sempre più piccola. Un'intera parte della vita, l'ultima, sarà anzi sempre più sottratta al ricordo degli altri, condotta entro una ristretta cerchia di relazioni e sempre meno pubblica (mentre prima la vita continuava ad essere «pubblica» fino alla morte).

Tenersi alla larga dai toni patetici è un piacere prima che un dovere letterario. Ma anche attenersi alla verità è un dovere. E allora non è possibile ignorare (basta guardare le smilze bollette telefoniche di alcuni pensionati per rendersene conto) che spesso gli anziani vivono l'ultima parte della loro vita a contatto — vero o immaginato — prevalente con un animale che faccia loro compagnia, con le figure che parlano e vivono, muovendosi cordiali e gradevoli, dentro la scatola televisiva, oppure con un'altra persona anziana che lascerà la vita subito prima o subito dopo di loro. Quell'ultimo pezzo di vita non resta a nessuno dunque. Esso senz'altro non entra nella piccola immortalità, perché solo animali o figure senz'anima o amabili coetanei l'hanno condiviso. Almeno

in parte, dunque, quel desiderio umano profondissimo di «restare» non potrà realizzarsi.

E vero, parlare della condizione senile in questi termini rischia di apparire fuori dai grandi problemi sociali d'oggi, che investono la stessa sopravvivenza materiale, la salute, l'assistenza medica, l'alloggio. Non è letterario, capriccioso anche, pensare in tutto questo alla (piccola) immortalità? E poi: come ignorare i progressi comunque compiuti dallo stato sociale? E non è forse delle politiche sociali più generali (la pensione, l'inserimento ecc.) che dobbiamo occuparci? Tutti questi interrogativi sono più che fondati e assolutamente legittimi. Ma a volte siamo portati anche a interrogarci sul senso della vita, su ciò che stiamo costruendo, piccolo o grande che sia, su ciò di cui siamo parte. E se lo sappiamo ci riesce anche più facile sopportare — almeno in parte — i disagi materiali. È proprio questo, d'altronde, che rende sempre così maledettamente difficile capire se e quando «si stava meglio».

Dopodiché è anche vero che arriva un momento, quello più vicino alla morte, in cui l'uomo sembra smettere per incanto di avere coscienza della morte, e anche dell'immortalità, che ne è il concetto gemello. È quando dalla «riva della vita» ci si avvia alla «riva della morte». Così Kundera descrive quel momento:

La morte è così vicina che guardarla è ormai noioso. È diventata di nuovo invisibile e non vista: non vista come non vediamo gli oggetti che conosciamo troppo intimamente. L'uomo stanco guarda dalla finestra, vede il chiome degli alberi e pronuncia dentro di sé i loro nomi: castagno, pioppo, acero. E questi nomi sono belli come l'essere stesso. Il pioppo è alto e assomiglia a un atleta che ha alzato un braccio verso il cielo. Oppure assomiglia a una fiamma levatasi verso l'alto e pietrificata. Il pioppo, oh, il pioppo. L'immortalità è una ridicola illusione, una parola vuota, un vento intrappolato in un retino di farfalle, se la paragoniamo alla bellezza del pioppo che l'uomo stanco guarda dalla finestra. Per l'uomo stanco l'immortalità non ha più alcun interesse<sup>2</sup>.

Ma se per l'uomo stanco essa non ha più interesse, per l'umanità, anche per l'umanità moderna, l'immortalità è parte irrinunciabile del significato del suo scorrere. Non esiste tecnologia, benessere o stile di vita al quale essa possa essere sacrificata. E la bellezza ultima del pioppo non può essere un alibi per chi è ancora lontano dalla riva.

<sup>2</sup> Kundera, *L'immortalità* cit., p. 86.



## L'anziano come risorsa sociale: il volontariato dopo la pensione

*Fausto Melloni*

Solitudine, abbandono, indigenza, malattia, rifiuto e altri fattori negativi che compongono il mosaico della cattiva vecchiaia vengono abitualmente analizzati da esperti di discipline che, di tale mosaico, finiscono — e giustamente — per approfondire soprattutto uno dei molti tasselli.

Chi si occupa degli anziani come volontario percepisce una realtà multidimensionale nel suo insieme e si avvia, sia pure a volte anche confusamente, a prenderne coscienza e conoscenza in un modo assai più generale, che può forse essere considerato quasi «complementare» a quello dei vari specialisti. Ad esempio, il legislatore si preoccupa, giustamente, del fatto che ai pensionati vengano garantiti mezzi adeguati di assistenza e di sussistenza, ma si interroga poi anche sulla tutela giuridica della persona anziana, sull'effettivo godimento, da parte sua, dei pieni diritti costituzionali?

L'amministratore pubblico si interessa, nel migliore dei casi, di finanziare e di organizzare servizi a sostegno degli anziani; ma quante volte si preoccupa anche di conoscere e di offrire risposte non approssimative al loro bisogno di integrazione sociale e di partecipazione effettiva alla vita della comunità?

Il medico, figura del tutto determinante per la tranquillità di un anziano, si impegna a curarlo quando questi cade ammalato, ma quante volte si interroga anche sulla fragilità emotiva del paziente, sull'ansia, sulla paura (non soltanto nei confronti del male, ma anche nei confronti di un certo trattamento terapeutico, di un certo esame, della stessa visita medica) che spesso sono la causa della rinuncia a lottare, che porta a ricoveri impropri e all'istituzionalizzazione?

E così via, per ottiche parcellari che portano a interventi spesso inefficaci, anche se corretti, perché avulsi da un approccio globale. Né è sempre migliore l'atteggiamento di chi, come assistente sociale o geriatrico, ha scelto come professione di occuparsi degli anziani, per via della frequente trasformazione di una vocazione giovanile in gesti routinari o in soluzioni burocratiche.

Il volontario non corre questo rischio: in qualunque momento la sua scelta può essere revocata. Le sue motivazioni non sono mai in crisi, per il solo fatto che egli è lì, presente sul fronte dell'impegno, mentre potrebbe decidere di essere altrove. Il volontario rinnova i suoi voti tutti i giorni in una sfida appassionata alla discriminazione, all'abbandono, alla rinuncia. Se poi è una persona che intende e sa andare al di là del semplice atto consolatorio per affrontare analisi approfondite del malessere e dimensioni progettuali dell'intervento, può diventare un alleato prezioso del cambiamento e deve essere, per l'esperienza che porta, invitato al tavolo degli esperti, dove porterà delusioni cocenti ma anche successi esaltanti, errori da non ripetere e, qualche volta, soluzioni da riprodurre.

Ecco perché, in questo libro a più voci, aver accettato di dar spazio al tema del volontariato con analisi e soluzioni, e non soltanto con le sue esperienze di vita vissuta, è qualcosa più di un riconoscimento: è una vera e propria presa d'atto di un ruolo prezioso e insostituibile. La voce è quella della «Pro Senectute» di Omegna, un'associazione impegnata dal 1974 nell'animazione degli anziani e mirante al loro coinvolgimento in progetti di utilità sociale.

Alessandro Maderna — psicologo milanese (1928-86), Premio Internazionale «Enrico Greppi» 1975 per la gerontologia, uno dei fondatori della Pro Senectute — era solito definire i due differenti modi di essere vicini spontaneamente alla persona anziana «volontariato della sofferenza» e «volontariato del sorriso». Il primo atteggiamento era quello di chi, per inclinazione propria o per una sorta di simbiosi con la persona depressa, finiva per assimilarne cupezze e malinconie; dell'atteggiamento opposto era solito indicare, quali testimoni rappresentativi, i volontari della Pro Senectute. «Volontariato del sorriso» era per Maderna l'abbandono della convenzione caritativa che spesso connota il rapporto tra chi dà e chi riceve; il rifiuto del grigiore che sovente rende scialbi gli interventi, anche di volontariato, rivolti agli anziani; la ricerca delle «occasioni fisiologiche» per un incontro fra giovani e anziani capace di fornire motivazioni autentiche in presenza di autentici progetti. La contrapposizione — utile per comprendere due diversi atteggiamenti — non va accolta nel momento in cui parrebbe suggerire un giudizio di merito. Non è difficile, in fondo, quando si tratta con persone sane, vitali, motivate a vivere, fornire sorrisi e suscitare sorrisi. Ben altra impresa deve essere quella di chi, al capezzale di un vecchio malato, deve consolarlo della sua infermità, magari sapendo che non esistono vie d'uscita. Onore, dunque, al merito del volontario che nell'istituto, nell'ospedale o al domicilio dell'anziano tenta tutti i giorni il piccolo miracolo di solleva-

re, magari per un attimo, la persona che soffre dalla sua disperazione. È un impegno oscuro, quasi sempre privo di risposta, quasi mai accompagnato da grandi sorrisi.

Reso questo doveroso omaggio al «volontariato della sofferenza» vale la pena di cogliere nell'altro atteggiamento, quello proprio della Pro Senectute di Omegna, il ruolo prezioso nello sviluppare progetti di prevenzione sociale.

Tutto ebbe inizio alla fine del 1974, quando l'associazione nacque con il sogno di realizzare autonomamente un luogo di ritrovo. Centri sociali, centri cosiddetti d'incontro riservati agli anziani sono ormai in tutte le città: a Omegna il Centro d'incontro è stato voluto e finanziato direttamente dagli anziani stessi e questo aspetto particolare lo rende unico.

Quando nel 1975 fu progettato e si preventivò il costo della realizzazione in 100 milioni di lire, si chiese spazio a un settimanale, *l'Informatore* per mettere al corrente l'opinione pubblica della volontà di reperire la copertura finanziaria senza ricorrere a interventi pubblici. Potevano essere accettati contributi da privati, non da pubbliche istituzioni.

Fino ad allora gli incontri degli anziani si erano svolti in sedi di fortuna, messe a disposizione dalla parrocchia o dalla società operaia. Si avvertiva il bisogno di uno spazio autonomo, ma, alla tentazione di reclamare una sede dall'amministrazione comunale, si opponeva l'atteggiamento convinto di un gruppo di anziani che ad ogni costo non voleva ricorrere a un finanziamento pubblico. Erano persone sane e autosufficienti, volevano dimostrare che il loro desiderio di riunirsi non doveva costare nulla alla collettività; che anzi erano loro, gli anziani, a mettersi a disposizione per dare aiuto a chi poteva averne bisogno.

La scommessa fu vinta, e proprio in quegli anni di assistenzialismo invocato a più voci, quando ogni discorso sull'anziano culminava puntualmente con un atto di accusa a carico di una società colpevole della deprecata emarginazione. (Una facile e superficiale versione nostrana del *welfare state* su cui sarebbe interessante discutere serenamente). Resta il fatto che, senza competenze collaudate, senza esperienze manageriali, quel gruppo si avventurò in un progetto monumentale, confidando soprattutto nella passione e nella tenuta di quegli anziani volontari.

Come arrivarono i fondi? Attraverso originali forme di «comercializzazione» di quella che oggi definiremmo «la memoria collettiva». Fu messa in piedi una compagnia per raccontare dal palcoscenico le storie del passato; fu costituita un'orchestra per rallegrare quegli spettacoli; fu organizzata la raccolta sistematica di canti e di storie popolari e la ricerca, pubblicata in volume e musicassetta, fu venduta in migliaia di esemplari.

Come la compagnia non era formata da attori, così l'orchestra non era formata da musicisti, ma da modesti strimpellatori di strumenti appesi al chiodo, in taluni casi, da diversi decenni. L'amore per la musica che covava in quelle persone non sarebbe stato sufficiente, forse, a indurle a superare le naturali resistenze verso quella tardiva rentrée.

Dopo tanti anni, con tanta ruggine nelle dita, come si fa? A farli decidere fu un messaggio semplice, «c'è bisogno di voi», un messaggio capace di liberare negli anziani risorse di generosità latenti. Provenienti da mestieri diversi ma in prevalenza ex operai, più o meno rassegnati, socialmente, a un ruolo di comparse, avevano a dirigerli un giovane, il solo a non essere in pensione, l'unico musicista di professione il quale, ignorando forse il luogo comune secondo cui nell'anzianità — stagione destinata al decadimento — non si avrebbe più crescita ma soltanto amministrazione di quanto acquisito in precedenza, si impegnò con loro come avrebbe fatto con dei ragazzi. «Nella musica — diceva — non ci sono i vecchi e i giovani: ci sono quelli che si tirano indietro e ci sono quelli che danno tutto quello che hanno: a 20, a 50 come a 80 anni».

Egli non poteva prevedere che dieci anni dopo Giuseppe Ricca, suo padre, guadagnatosi i galloni di primo violino, avrebbe festeggiato il suo ottantesimo compleanno sul palcoscenico del teatro Lirico, invitato con la sua orchestra «Omegna Cara» dall'amministrazione comunale di Milano.

La prima esecuzione pubblica, il 14 dicembre 1974, non fornì un prodotto musicale esaltante, ma fu ugualmente un trionfo perché il pubblico conosceva la storia di quei vecchi strimpellatori, arrivati al palcoscenico non per esibizionismo ma per rispondere alla chiamata di chi aveva detto — ed era suonato un po' come un ricatto — «su, andiamo, c'è bisogno di voi».

Ascoltare il nastro di quella prima esecuzione vuoi dire correre il rischio di provare la malinconia che si avverte tutte le volte che un anziano, o un gruppo di anziani, si presenta per qualche performance sgangherata e chiede scusa della propria mediocrità, visto che, in fondo, non è che un povero vecchio. E la rassegnazione che diventa «abito» e supera anche la barriera del buon gusto.

I membri dell'orchestra «Omegna Cara», non sono mai stati disponibili per invocare quest'indulgenza, il loro giovane direttore, in seguito, non glielo ha mai consentito. Anzi, facendo leva abilmente sul musicista che — più o meno represso o rimosso — sonnecchiava in tutti loro, li spinse ad impegnarsi in lunghe prove estenuanti: duro, testardo, tenace, sempre inflessibile con gli errori, immediatamente tenero con chi riusciva ad azzeccare un passaggio difficoltoso.

Lavorando, lavorando, l'impegno fu premiato, esattamente come accade quando si è giovani e qualcuno si prende cura di noi. Possono variare i tempi, sicuramente variano i modi e le forme della gratificazione: i vecchi appaiono spesso lenti, smarriti, sfiduciati, sospettosi, i giovani scattano, sorridono, si fidano e sono tanto belli: meglio occuparsi di loro. Ma se ci occupiamo di loro di più e meglio, dobbiamo poi riconoscere che molte volte la rassegnazione dei vecchi è un «destino» sociale.

Al concerto di presentazione del loro long playing (il più sofferto — forse — dei dischi in circolazione) pretesero che al pubblico presente in sala venisse rivolto questo semplice appello: «Se dovete applaudirci semplicemente perché non siamo musicisti e perché siamo vecchi, i vostri applausi non sono graditi. Potrete applaudirci soltanto se giudicherete che quella che andremo a eseguire è musica. Se giudicherete che è *vera* musica, allora accetteremo con gioia i vostri applausi».

In preparazione di quella serata, il giovedì precedente, Giuseppe sudava freddo, tremava, stava male. Prostata, un attacco di cistite, forse una colica renale, non si seppe mai la causa: nonostante le pressioni di tutti non volle abbandonare la prova e tornarsene a casa. Quando a cose fatte gli fu chiesto perché quel giovedì sera non avesse abbandonato, rispose: «Stavo troppo male. Certo, potevo andare a casa e mettermi a letto, ma a 78 anni, se fai tanto di metterti a letto malato, non sai poi quando ti alzi e se ti alzi. Ci tenevo troppo al nostro concerto per rischiare».

Quanti sono quelli che, non avendo una ragione forte per stare in piedi, cedono alla malattia e non si alzano più? Quanti sono quelli che si mettono a letto anche senza una malattia, semplicemente perché non hanno motivazioni per continuare a vivere?

La motivazione a impegnarsi, per quel gruppo, si alimentò ancora di più in occasione della serata di presentazione del loro disco *Un cuore in concerto*. Il pubblico non dovette pensare molto quella sera per trovare un contegno consono alle raccomandazioni ricevute; fu travolto da un'ondata di emozioni che non lasciavano dubbi: quella era sicuramente *vera* musica.

Confrontare quella registrazione con la prima, effettuata 10 anni prima dagli stessi orchestrali al loro esordio, può fornire spunti per uno studio di antropologia culturale. La cosa si venne a sapere, il disco circolò, l'orchestra si aggiudicò un ambito premio con la seguente motivazione: «All'Orchestra "Omegna Cara" che ha saputo non soltanto regalare momenti di gioia alle persone anziane, ma anche mobilitare anziani musicisti inattivi da anni, restituendo loro il piacere di un'attività e l'impareggiabile orgoglio della propria utilità».



L'orchestra andava a portare il conforto della musica nelle case protette, nelle feste di anziani, negli istituti di ricovero e cura. Il loro servizio era gratuito, quando riscuotevano il cachet questo andava nelle casse della Pro Senectute per costruire il Centro d'incontro. Qualcuno a Novara pensò di segnalare l'esempio di questi «volontari della musica» alla Presidenza della Repubblica perché, a insaputa degli interessati, si arrivasse a conferir loro la Croce di Cavaliere. La pratica fu lunga e difficoltosa, erano in prevalenza ex operai i neo musicisti di Omegna Carama: farli Cavalieri non era facilissimo.

Quando finalmente arrivarono a ciascuno di essi le comunicazioni ufficiali, Umberto Celli, un violinista, andò dall'avvocato con il telegramma del Prefetto, temendo che quella novità avrebbe potuto comportare delle difficoltà con l'ufficio imposte. Un altro violino, pensando a una beffa legata a qualche suo errore di gioventù, ebbe con il telegramma un improvviso ritorno di colpa e fu udito dire più volte, nel giorno del ricevimento: «... vedi com'è la vita: sbagli una volta e anche dopo 30 anni... »

Soffermarsi su questi episodi, neppure particolarmente ricchi di colore, non vuol dire indulgere al gusto del bozzetto fine a se stesso, vuol dire cercare di comprendere il livello di disattenzione cui releghiamo le aspettative, i bisogni profondi dei nostri vecchi, se è vero che un riconoscimento per una vicenda insolita, e tuttavia normale nell'età adulta, debba apparire nella vecchiaia tanto inatteso da risultare incredibile.

Ecco dunque che la rassegnazione nel nostro tempo non è più l'accettazione che i vecchi di tutti i tempi, con animo umile e paziente, hanno dovuto riservare al proprio destino biologico. Oltre a questo, la rassegnazione del nostro tempo impone di accettare un ventaglio di esclusioni tutte nuove, che contraddicono affermazioni di principio, filosofie e politiche di apparente rispetto e di valorizzazione dell'anzianità. Si tratta dell'esclusione (frutto di radicati pregiudizi giovanilisti) dal nuovo, dall'inesplorato, dal «mai vissuto»; si tratta di precisi binari convenzionali e stereotipati sui quali è comodo convogliare la vecchiaia per vivere in pace la nostra giovinezza. Ma la rassegnazione a un declino che vada al di là del destino biologico proprio della senescenza contrasta con l'affermazione e la promozione dei valori sui quali è fondata la concezione dell'uomo.

Una teoria dei valori significativi vorrebbe la persona al massimo delle proprie possibilità, protagonista come mai in precedenza proprio nel momento della migliore concentrazione di risorse: conoscenza, riflessione, pazienza, esperienza dei rapporti e della vita.

Ma se questa esaltazione dell'uomo nell'anzianità non avviene, non

è soltanto perché hanno sempre il sopravvento considerazioni di immediato utilitarismo (produttivismo, efficientismo ecc.) ma anche per uno strano pregiudizio che tende a considerare gli anziani come massa e non come somma di persone distinte; come problema e non come risorsa sociale; a giudicare l'aumento della vita media come l'importuna affermazione di una specie concorrente e non come conquista del genere umano al quale tutti apparteniamo. (Particolarmente angosciante la rappresentazione di un romanzo di fantascienza, nel quale pochi bambini smarriti si cercano in mezzo a una selva di teste bianche in un'atmosfera gelida e immobile...).

Se una società sbadata e imprevedente continuerà a destinare ai propri anziani soltanto ritagli di attenzione; se continueranno ad essere messe da parte persone sempre più «giovani» e sempre più ricche di risorse; se il bisogno di partecipare, di rimanere inseriti, di condividere, presente in molte persone continuerà ad essere frustrato, non v'è dubbio che possa profilarsi, nel volgere di qualche decennio, qualcosa di molto serio. Come, ad esempio, il lievitare dei costi di assistenza a una massa di persone che — non essendo motivate a vivere — potrebbero ammalarsi del loro stesso senso di inutilità. Ma questo non è uno scenario che possa essere imputato al parassitismo degli anziani, bensì all'insipienza di una classe politica e di una «cultura» diffusa cieca e imprevedente. Varrebbe la pena, allora, di riflettere sugli spazi che un volontario di stampo moderno può utilmente coprire in un disegno di animazione sociale mirante a tenere gli anziani saldamente aggrappati alle loro motivazioni profonde.

Perché il volontariato, accanto ai bisogni primari che sono sempre più e sempre meglio soddisfatti dalle istituzioni, non potrebbe farsi carico di animare gli anziani, cercando assieme a loro campi comuni di impegno capaci di liberare le loro potenzialità latenti? Perché coloro che hanno interiormente la capacità straordinaria di far dono di sé al prossimo, specialmente a quello più giovane, non comprendono che uno dei modi più maturi di far volontariato è prevenire il disagio e che, affiancare un anziano oggi e avviarlo al volontariato può significare avere subito un alleato in più e domani un assistito in meno? Perché il problema del tempo vuoto degli anziani si affronta in termini di ricerca di lavoro retribuito e non invece in termini di gratificazioni adeguate per chi accetta di impegnarsi come volontario in progetti, anche ambiziosi, di utilità sociale?

La ricca esperienza della Pro Senectute di Omegna è tutta orientata verso l'animazione, intesa come affiancamento agli anziani in un percorso di recupero di progetti accantonati, di potenzialità represses, di ca-

pacità latenti. Il giovane pianista che ha portato quei vecchi strimpellatori al teatro Lirico di Milano, che in un'altra occasione li ha indotti a rifiutare l'applauso se quella che stavano per eseguire non fosse stata *vera* musica, conduce quelle persone a una consapevolezza di sé, a un recupero di dignità e di ruolo che di fatto si traducono in forte sentimento di autoconsapevolezza.

Analogo atteggiamento fu adottato per la ricerca sui canti e sulle storie popolari e per la guida della compagnia di animazione teatrale. L'obiettivo, anche in questi casi, era quello di coinvolgere la persona anziana in un circuito costruttivo, cercando garbatamente di forzarla oltre i limiti scontati di riserbo e diffidenza, avendo tuttavia rispetto della sua personalità. Giovani animatori andarono nelle case, nelle osterie, negli ultimi alpeggi, muniti di registratore, a parlare con i vecchi. Ma non lo fecero con l'atteggiamento incalzante del ricercatore che arriva sul posto, pigia il pulsante del «play», invita l'intervistato ad andare al sodo, registra ciò che gli serve, pigia lo «stop» e se ne va. L'animazione non prevede atteggiamenti di questo tipo. I giovani volontari erano stati selezionati e lungamente addestrati per avvicinarsi all'anziano e stabilire con lui un rapporto tra persone alla pari.

L'incontro era per invitare a «ricordare» e, sui ricordi, cercare di instaurare un dialogo vero. Non c'era il pragmatismo sbrigativo del ricercatore fanatico, non c'era il concedere «a te che sei un povero vecchio solo la carità della mia compagnia, visto che io sono un volontario e, di conseguenza, sono tanto buono». Stereotipi di questo tipo lasciano la bocca amara. La persona anziana, che ha una lunga esperienza di rapporti, li intuisce falsi e ne soffre.

La «ricerca» fatta con gli anziani nei paesi del Lago d'Orta, grazie a quei giovani ricercatori, è una cosa fresca e genuina; ascoltare le registrazioni di quei dialoghi è un'emozione ancora oggi. Si avverte il piacere di stabilire con gli anziani un dialogo sincero, come si fa tra persone alla pari che si lasciano legare da parole vere, dal genuino interesse di comunicare insieme.

In seguito il materiale, vagliato e selezionato, venne pubblicato in volume e in musicassetta. Dalla commercializzazione della ricerca fu ricavato denaro sufficiente a continuare la costruzione del Centro d'incontro, iniziato con i proventi delle esibizioni a pagamento dell'orchestra. Alcune tra le storie venute alla luce con la ricerca diedero lo spunto per allestire i primi spettacoli che una compagnia, formatasi spontaneamente e quasi per caso, si divertì a mettere in scena. Erano storie di vita vissuta, recitate da persone mai salite sul palcoscenico in gioven-

tù, accompagnate da commenti musicali originali eseguiti dall'orchestra degli anziani.

All'impegno di coloro che lavoravano manualmente come muratori, falegnami, carpentieri alla costruzione del Centro d'incontro, si accompagnava il fervore di questi altri che, come autori, attori, musicisti, cantastorie, attrezzisti e tecnici di scena, alimentavano il lavoro dei primi procacciando denaro. Fu un momento straordinario, nel quale una comunità di anziani e un gruppo di giovani, dimenticando differenze di età e di condizione sociale, si impegnarono fianco a fianco per realizzare un progetto faticoso e tuttavia esaltante.

L'8 dicembre 1979 il Centro d'incontro, realizzato nelle strutture, attrezzato e arredato, fu regalato dagli anziani al sindaco della città perché potesse farne l'uso migliore nell'interesse della comunità.

Ma il gruppo di anziani che aveva sognato un meritato riposo in quello spazio e, dopo averlo tanto tenacemente voluto e faticosamente costruito, credette di poterselo finalmente godere, si accorse che il Centro d'incontro era più affascinante nel sogno che in quella realtà pur splendida. Cinquecento metri coperti, una sala per riunioni, proiezioni e spettacolo; bar, biblioteca e sala di lettura; gabinetto d'estetista, laboratorio per scuola di teatro, musica e artigianato.

Ma lo spirito dei giorni duri, quando tribolando insieme — non più anziani e giovani ma semplicemente persone fianco a fianco in lotta — dimenticavano per lunghi momenti di essere vecchi, quello spirito non tornò più. E ancora oggi, nelle conversazioni di quelle persone, capita di sentirlo ricordare con nostalgia.

L'esperienza del gruppo di Omegna aiuta a cogliere l'importanza di un progetto *forte* nel determinarsi e nel consolidarsi di una salda passione per l'esistenza.

Quando Giuseppe Ricca, il primo violino dell'Orchestra di «Omegna Cara», restò vedovo per la seconda volta all'età di 80 anni, tutti credettero che fosse perduto, poiché l'attaccamento alla sua compagna era tale da non lasciar sperare in una ripresa. In effetti si lasciò andare alla disperazione e a nulla valsero le testimonianze di affetto dei suoi compagni di orchestra. Ma dopo qualche mese si presentò al presidente con un ragionamento già tutto preparato e lo pregò di ascoltarlo fino in fondo. «Anche dieci anni fa, — disse, — quando lei è venuto a cercarmi io ero a terra e pensavo che non sarei durato tanto. Poi abbiamo messo in piedi questa orchestra che è diventata la ragione della mia vita, e ho incontrato l'Adriana che mi è stata di grande aiuto. Adesso l'ho perduta e, da solo, sento che non ce la faccio. Ma non mi importa, perché ho vissuto già abbastanza e, se non c'è bisogno di me, sono rassegnato.

Ma se c'è ancora bisogno di me per l'orchestra, lei me lo deve dire perché io posso fare qualcosa. Ho capito che da solo non posso stare, in poco tempo me ne vado. Se invece c'è bisogno di me, mi guardo intorno, cerco una compagnia e tento ancora di farcela». L'altro, che aveva ascoltato tutto il ragionamento senza interromperlo, come era nei patti, fu nella risposta abbastanza perentorio: «Io sono molto contento, Cavaliere, che lei si sia riposato in tutti questi mesi. Tuttavia il presidente Pertini le ha fatto avere la Croce di Cavaliere della Repubblica perché lei suonasse il violino, non perché andasse a spasso. Senza di lei l'orchestra è finita e lei lo sa bene. Faccia quello che vuole ma non mi venga a mancare perché la Pro Senectute ha troppo bisogno dell'orchestra: non può *assolutamente* farne a meno».

Conoscendo la franchezza e l'onestà di Giuseppe Ricca, il presidente assicura che il vecchio violinista cercava veramente di conoscere il suo pensiero, prima di lasciarsi andare definitivamente e che il suo scopo recondito non era quello — come si potrebbe sospettare — di avere via libera per cercare, a ottant'anni, la sua terza moglie. Ricerca che — peraltro — dopo quel colloquio partì immediatamente dando i suoi frutti nel giro di pochi mesi. Oggi, ottobre 1990, il Cav. Giuseppe Ricca, classe 1905, operaio tessitore fino alla pensione, musicista dal 1976, è passato direttore da qualche mese perché la moglie, la terza moglie, trova che, con il marito sul podio, l'orchestra rende meglio. E gli altri, anche se il suo violino tace, sono d'accordo.

La vicenda, incredibile ma vera, delle vie attraverso le quali si è ottenuto l'ennesimo recupero di un uomo dal temperamento eccezionale, induce a riflettere sulle possibilità di ripresa e di mantenimento che potrebbero attuarsi con un lavoro d'animazione sociale sistematico e qualificato.

Nessun individuo può dirsi realizzato in nessuna stagione della vita, soltanto per il fatto che siano garantiti i suoi diritti fondamentali, soddisfatti i suoi bisogni primari. In un sistema apparentemente orientato verso la massima libertà sociale, ma in effetti governato da precise convenzioni, esistono ruoli e programmi per l'uomo in tutte le età della sua esistenza, tranne che nell'età della senescenza. Egli può aspirare solo a un ruolo di protagonista passivo quando sopraggiunge la malattia, quando perde l'autosufficienza, quando il sistema lo emargina consegnandolo all'assistenza. Non c'è un ruolo né un progetto sociale preciso, per l'uomo sano che intenda restare protagonista attivo amministrando risorse recenti: vitalità e salute che pensionamento prematuro, allungamento della vita, progressi della medicina mettono a sua disposizione. Eppure sembra che una vita attiva, relativamente ricca di contenuti, sia

quanto gli occorre per tutelare e preservare il più a lungo possibile la propria autosufficienza, il più prezioso dei beni al quale egli possa tendere.

Ma invece di azzardare suggerimenti sui contorni di un progetto, varrebbe la pena di soffermarsi sui percorsi attraverso i quali si viene a formare la motivazione. Un diffuso luogo comune porterebbe a credere che una persona anziana, visto che ha raggiunto l'età della pensione, si gratificherebbe con passatempi banali, con esercitazioni puerili, con incombenze mediocri. «È necessario che gli anziani coltivino un hobby», si legge con frequenza. «Il nonno è contento di accompagnare il bambino all'asilo»; «Mia suocera si sente utile se la mando a fare la spesa», si sente dire, come se invecchiando si abbassasse il livello delle nostre ambizioni e noi tutti ci accontentassimo di buon grado di ciò che in gioventù non avremmo neppure preso in considerazione.

In effetti, la disinvoltura con la quale si dà per acquisito che «il nonno sarà felice di andare all'asilo o al supermercato» nasconde il progetto di chi vuole sbarazzarsi di un'incombenza scomoda o fastidiosa per sé. Il rischio è che lo stesso equivoco possa viziare anche le scelte degli amministratori pubblici quando, con una certa pigritia, dichiarano di essere intenzionati a «mandare» gli anziani a vigilare di qua e a sorvegliare di là come si fa in Unione Sovietica.

Come si può formare una motivazione forte quando il contesto — familiare e sociale — non sa esprimere per gli anziani proposte al di là di «io lo mando — noi li mandiamo»? Eppure, tra le altre generazioni, il rispetto reciproco della libertà di pensiero e d'espressione, delle libere scelte, ha regole rigide e prevede severe denunce.

Perché l'anzianità, anziché stagione della rassegnazione, non può essere la stagione della riscoperta dei sogni nel cassetto? Quando è stanco, quando è sfiduciato e deluso il vecchio ha pochissime carte da giocare, specialmente se vive in un contesto che difficilmente accetterebbe di prenderlo in considerazione nel ruolo inconsueto di sognatore. Eppure un vecchio — al pari di un giovane — custodisce il proprio sogno, che può essere semplicemente un progetto quieto di pace e di riposo, ma può essere grandioso e scintillante come la fantasia quando non muore. Il lavoro, i figli, la casa possono avere suggerito una sequela di accantonamenti, visto che il buon senso suggeriva di dare certe precedenza. Ma il progetto è sempre lì, non è morto, è il nuovo, il mai vissuto, l'affascinante.

Finalmente arriva il giorno: c'è il tempo, le risorse non mancherebbero, ma adesso manca il coraggio — che cosa penseranno i figli? E la gente? Che cosa dirà la gente? Quanto sangue cattivo, quanta rinuncia, quanta rassegnazione forzata, nella vecchiaia, per il timore di ciò che dirà la

gente! Sei vecchio, dunque devi stare al tuo posto. Ma così il sogno muore e con esso muore la speranza ultima di poter finalmente «essere qualcosa per noi stessi», mentre la vita giorno dopo giorno se ne va.

Il sogno di Edoardo De Monti, ex tintore del 1912, era quello di veder sorgere a Omegna un «percorso vita». Montanaro di razza, grande sportivo, non poteva ammettere che una certa collina sovrastante la cittadina non venisse trasformata in un grande impianto sportivo all'aperto, a disposizione di tutta la comunità ma soprattutto dei ragazzi e degli sportivi. Proponeva l'esigenza, nel trattare l'argomento con le associazioni, con la stessa amministrazione comunale, con i club sportivi, come se la cosa fosse tanto ovvia da non meritare neppure una discussione. Era ovvia per lui, veterano del trofeo Mezzalama, capace di festeggiare tutti i suoi compleanni, anche dopo i 70, in una pericolosa baita a quota 4000, sperduta tra le crode del Monte Rosa. Non era altrettanto ovvia per le associazioni interpellate, che avevano i propri programmi da realizzare, né per l'amministrazione comunale, che mai e poi mai avrebbe investito centinaia di milioni in una struttura astrusa che nessuno in città reclamava.

Edoardo De Monti era sul punto di perdere la pazienza quando in città ebbe grande risonanza il fatto che — senza ricevere un centesimo di finanziamento pubblico — i volontari della Pro Senectute, in prevalenza anziani, avevano costruito e arredato un Centro d'incontro e lo avrebbero regalato alla città. Edoardo si mise immediatamente in contatto con gli anziani della Pro Senectute e convenne che un Centro d'incontro poteva sì essere utile, ma che non era paragonabile a un «percorso vita». La trattativa andò avanti quasi due anni, ma finalmente nella primavera del 1981 Edoardo De Monti, al comando di una squadra che comprendeva altri cinque pensionati, iniziò i lavori.

Valutare oggi, a opera ultimata, l'enormità dell'impegno al quale si stavano accingendo, è una cosa che spaventa. Ma forse la passione, come la fede, non vuoi saperne di ragionamenti: rinnova tutti i giorni le sue motivazioni, rigenerandosi ogni volta che nasce il sole. Fu realizzato un sentiero di 2000 metri, con massicciate, ponti, scalinate, portando a braccia legname, acqua, sassi, cemento e attrezzi. Nelle tredici piazzole ricavate sul sentiero furono costruiti e collocati bellissimi attrezzi in legno, in parte acquistati e messi in opera con i soldi delle donne. Come entrarono le donne in questo progetto? Il loro contributo, come era già avvenuto per il Centro d'incontro, si espresse nell'allestimento di mostre-mercato di articoli artigianali (soprattutto pizzi e ricami), che venduti al giusto prezzo consentirono importanti acquisti (va detto che in quindici anni di allestimenti il ricavato delle mostre non è stato mai

impiegato per gite, feste o comunque iniziative godute dagli anziani, ma è sempre stato investito in progetti di pubblica utilità).

L'opera di costruzione del «percorso vita» fu sostenuta in più riprese da gruppi di volontari, giovani e meno giovani, che occasionalmente andarono a dar man forte ai sei «titolari». Ma il grosso del lavoro fu svolto da questi, che per lunghi periodi investirono nel lavoro tutte le ore di luce dal mattino presto al tramonto. E non ci furono, per loro, gratificazioni intermedie, come quando il lavoro del volontario avviene sotto gli occhi di tutti e tutti possono stimarlo e apprezzarlo. Il «percorso vita» progrediva lentamente nel bosco, sui fianchi e al culmine di una collina ai margini della città. Più il lavoro si faceva duro, più ha pesato la paura di non farcela e il fatto che, in città, quasi nessuno era al corrente di quella fatica.

Un giorno Vittorio Cancelli, uno dei sei, disse: «Certe volte, dal mal di schiena, ti viene voglia di bestemmiare. Poi pensi che un giorno i ragazzi di Omegna verranno qui a far ginnastica, su questo sentiero, e camminando arriveranno qui, dove le piante si aprono e si spalanca il lago. Allora che cosa puoi fare? Tieni duro e vai avanti».

Sarà la «piccola immortalità» di cui si parla? Sarà il bisogno di lasciare un segno? O sarà soltanto amore per la vita, per la gente, per il lavoro che è una delle buone ragioni per esistere?

Quando il lavoro fu quasi ultimato ed era già fissata la data dell'inaugurazione, i vandali andarono sul posto a sfregiare, incendiare, sporcare. Alcuni pesanti tronchi, trasportati a braccia in cima alla collina, furono rotolati a valle. Edoardo fu il primo ad accorgersi dell'accaduto. Era di mattino presto, andò a chiamare i cinque amici e insieme si sedettero sull'erba a osservare il disastro. «E adesso che cosa si fa?» chiese agli altri, e quello, ammette, fu un attimo difficile. Dice però che proprio in quel momento il sole andò a stamparsi sulla cima del Monte Mazzuccone, di fronte a loro, sull'altro versante della valle. E quello, dice, fu il momento decisivo. Gli sguardi si incrociarono e uno di essi — Edoardo non ricorda più quale dei suoi cinque compagni — fece, alzandosi: «Si ricomincia, che cosa si deve fare?»

Il «percorso vita» fu inaugurato l'8 giugno 1985, e anche quello fu consegnato dagli anziani al sindaco della città perché potesse farne dono ai giovani e agli sportivi. All'inizio del sentiero, sotto un grande cartello di saluto, si poteva leggere uno speciale benvenuto indirizzato ai vandali:

Siate benvenuti anche voi, che la gente chiama vandali.

Noi diciamo *amici*, condannati purtroppo da una triste educazione a calpestore ciò che noi faticosamente costruiamo.



Questo sentiero è fatto anche per voi: perché possiate distruggerlo tante volte quante noi avremo la forza di ricostruirlo.

Speriamo che comprendiate prima che sia troppo tardi, che la nostra fatica di vecchi va rispettata.

Speriamo di vincerla, questa battaglia, insieme a voi, altrimenti insieme a voi l'avremo perduta.

Le sei persone che hanno costruito il «percorso vita» di Omegna non avevano mai risposto agli inviti che il Comune e la Pro Senectute in precedenza avevano rivolto agli anziani per farne degli alleati in progetti «socialmente utili». Perché? Forse perché le iniziative «comunalì» hanno sempre, in qualche misura, il sapore dell'assistenza e molti uomini, anche tra quelli potenzialmente generosi, quando cominciano a invecchiare rifuggono da tutto ciò che ha a che fare con l'assistenza; forse perché ci sono persone che non sono portate per un progetto di massa mentre sono disponibili per un impegno in qualche modo elitario. Ma la ragione principale è da ricercare nel fascino che seppe esercitare in quei sei uomini la grandiosità dell'obiettivo che si ponevano dinanzi, un obiettivo capace di offrire risposte al loro bisogno di straordinario e di segnare le loro vite per sempre. Corrono dunque il rischio di sbagliare gli amministratori di scarsa fantasia quando prospettano l'impiego degli anziani in incombenze mediocri, perché rischiano di ferire la suscettibilità di un'intera fascia di popolazione che ha esigenze diversificate e potrebbe, quindi, offrire una gamma assai ricca di disponibilità.

Non è sempre vero che una persona anziana, quando gode buona salute ed è ben disposta verso una vita attiva, si appaghi di un hobby qualsiasi o rimanga gratificata da impegni blandi e di scarsa responsabilità. Un'indagine sugli orientamenti e le aspettative degli anziani attivi, condotta con la perizia psicologica necessaria a superare resistenze e riserve, deluderebbe coloro che non ne prospettano l'impiego se non in ruoli di modesto profilo.

Sorprende, infatti, la crescente disponibilità alla dedizione e al sacrificio mano a mano che l'obiettivo da raggiungere aumenta di livello e di ambizione: ma per giungere a ciò è necessario che — come nella realtà in esame — si creino le condizioni perché gli anziani, trattati come persone e non come categoria, possano liberamente esprimersi dopo aver liberamente scelto. E in questa fase — di presa di coscienza individuale e di esplorazione allargata — che l'amministrazione pubblica può con vantaggio allearsi con un volontariato maturo, che sappia svolgere nei confronti degli anziani un ruolo di animatore sociale.

Quale possa essere la forma associativa da scegliere è decisione da lasciare alle sensibilità locali, anche se la cooperativa di solidarietà so-

ziale appare lo strumento giuridico più adatto a legare volontari puri a prestatori di lavoro retribuito. Una cooperativa di solidarietà sociale, la Ponte Antico s.r.l., gestisce oggi a Omegna una struttura realizzata in regime di volontariato dalla Pro Senectute: l'Oasi della vita.

Ai primi del 1980, quando il Centro d'incontro era già una realtà funzionante, venne bandito un programma denominato «Il tempo ritrovato», una specie di concorso di idee attraverso il quale riportare alla luce «progetti e sogni degli anziani, messi da parte ma non abbandonati». Mentre Giuseppe Ricca recuperava alla musica altri anziani strumentisti dilettanti per rinforzare la sua «Omegna Cara», mentre Edoardo De Monti batteva la città per scovare spiriti indomiti capaci di appassionarsi al suo «percorso vita», un altro gruppetto di pensionati — galvanizzati anch'essi da un'aria di avventura che circolava in quei giorni nell'ambiente — mise gli occhi su un terreno in località Bagnella, di proprietà comunale. Era un'area incolta di circa diecimila metri quadrati, coperta da una coltre di sterpaglia fitta e alta a misura d'uomo.

Si presentarono sul posto un mattino di febbraio con vanghe e picconi perché avevano letto che a Modena il Comune assegnava orti agli anziani e «quello che fanno da altre parti, noi dobbiamo riuscire a farlo anche senza il Comune». Furono strappati alla selva pochi metri quadrati e subito si notò che il terreno sottostante era tutto una sassaia. Nei giorni successivi furono raccolti i sassi e, per non fare un investimento di fatica su un terreno senza qualità, un giorno di marzo decisero di saggiare gli umori del suolo con qualche manciata di semente. Poiché il seme — forse più per rispondere all'attesa di quei vecchi che per sua naturale propensione — finì per germogliare e per dar vita a steli gracili ma affidabili, gli uomini partirono a bonificare una prima area che già in quella primavera fu lottizzata e offerta ai più ansiosi di coltivare un fiore o un po' di verdura.

Parlare con enfasi di orti per anziani oggi può far sorridere, poiché ovunque si sa di amministrazioni comunali che organizzano questo servizio. La caratteristica che rende originale l'esperienza di Omegna sta nel regime di autogestione che — dal primo colpo di piccone ai giorni nostri — ha governato ininterrottamente i rapporti. Ogni anno il 10 novembre, giorno di San Martino, da sempre designato dalla tradizione contadina all'avvicendamento sui fondi rustici, gli uomini dell'Oasi si riuniscono ed eleggono il «capo degli Orti». Costui resta in carica un anno, durante il quale riceve le domande di assegnazione, decide sulle controversie, tiene i rapporti con il mondo esterno. Ciascuno coltiva il proprio rettangolo di 50 metri quadrati e dispone come gli piace dei prodotti della terra. Intorno agli orti dell'Oasi non ci sono reticolati, come

in qualche luogo si son visti, non ci sono recinzioni di alcun genere. In dieci anni non sono sorte controversie tra gli utenti. Alcuni problemi giungono in più occasioni da una casa limitrofa, i cui abitanti lamentano che gli anziani, dopo una giornata di lavoro, disturbano la quiete cantando ad alta voce. Più volte sono stati chiamati sul posto Carabinieri e Polizia senza risultati apprezzabili.

L'Oasi della vita non è più soltanto il luogo dove gli anziani coltivano gli orti. Questa attività appare oggi marginale rispetto a uno scenario di iniziative e insediamenti che ne fanno un piccolo tempio dell'impegno e del dono. C'è una balera dove, sotto un pergolato, l'Orchestra «Omegna Cara» intrattiene in molti pomeriggi primaverili ed estivi le comitive di gitanti che vengono in visita; ci sono due campi di bocce e c'è un ristorante capace di servire — in via eccezionale — fino a 150 persone. Ci sono piccoli capannoni in legno attrezzati a laboratori, dove vecchi artigiani si prodigano a insegnare un mestiere a giovani handicappati psichici. E c'è un vecchio autobus, ormai un cimelio, che prima delle costruzioni in muratura, opportunamente trasformato in rustico salotto, veniva utilizzato per le riunioni dei coltivatori. Il primo capo degli Orti fu eletto là, un certo anno, il giorno di San Martino.

Esaminare queste realizzazioni con occhio distratto vuoi dire non rimanere minimamente impressionati poiché in anni recenti, con investimenti pubblici, si è fatto di più e forse di meglio in diverse località. Non si può invece sorridere se si pensa che tutto quanto è stato realizzato in questa comunità, all'insegna del volontariato *con e degli* anziani, non è costato neppure una lira di denaro pubblico. Tutto è stato realizzato all'insegna del dono. Anche oggi che quest'ultima struttura, l'Oasi della vita, viene gestita da una cooperativa, sono i giovani disoccupati a percepire compensi per il loro lavoro, mentre gli anziani continuano tenacemente a difendere la loro scelta di servizio gratuito.

Tale orientamento, non rarissimo, induce a pensare che molte persone anziane, dopo il momento dell'emancipazione dei figli, rimangono in qualche modo defraudate da quella speciale gratificazione che proviene dal dono. Intuiscono forse che la considerazione, come del resto l'affetto, non si possono chiedere per ciò che una volta si è fatto o si è dato. Si debbono meritare, cercando di offrire in ogni giorno della propria vita - perciò anche nella vecchiaia - il meglio di se stessi.

Effettivamente, esperienze ricche e durevoli come quella di Omegna consentono di individuare una demarcazione netta tra l'atteggiamento dell'anziano orientato a lavorare e produrre per sé dopo la pensione e l'atteggiamento dell'anziano disponibile a prestare servizio come volontario. Come dal primo è difficile ottenere prestazioni gratuite, così al

secondo è difficile fare accettare compensi per un impegno che deve apparirgli meno gratificante nel momento in cui gli viene retribuito. L'impressione è che, dopo aver finalizzato ogni minimo sforzo durante la stagione produttiva, molti uomini cerchino volentieri, durante l'anzianità, le occasioni per dar corso al dono di se stessi.

E anche nei confronti dei più giovani, esperienze come quella di Ome-gna recano in sé la volontà di rivalutare la figura dell'anziano in una società che invecchia e nella quale i bambini tendono a perdere il contatto con il nonno, visto che gli spazi domestici si fanno sempre più angusti per le due generazioni. Si potrebbe pensare al trasferimento delle funzioni dell'anziano — fatte di premure, attenzioni, vigilanza, dono, trasmissione di esperienze — dall'ambito familiare a un contesto più ampio: quello sociale.

Se nascono sempre meno bambini non deve comunque scomparire la figura del nonno. Il nonno, dopo aver scoperto che l'inattività non gratifica, potrebbe convogliare in un prezioso servizio per la comunità a quelle risorse che destinava alla cura familiare. Potrebbe diventare il «nonno sociale». A condizione, ovviamente, che non venga relegato a incombenze subalterne, quando mostri di non gradirle, e che si tenga conto delle sue ambizioni quando non sia rassegnato a un ruolo di comparsa.

Come ebbe a dire in un'intervista rilasciata al quotidiano «l'Avvenire» Alessandro Maderna, a proposito del Centro d'incontro di Ome-gna: «... sarà sempre utilizzato al meglio perché, che io sappia, è il primo a non venir calato burocraticamente dall'alto ma ad essere stato pensato, tenacemente *voluto* e faticosamente *costruito*, dagli anziani stessi». Ma non si deve pensare che siano state tutte rose e fiori, visto che gli stessi protagonisti di quest'avventura, raccontando, sembrano non ricordare che gli incontri lieti e i momenti belli. Si dovettero affrontare incomprensioni ottuse e pregiudizi; la stessa compattezza del gruppo di volontari fu più volte sul punto di sgretolarsi per via di incompatibilità e insofferenze che parvero a volte insanabili. I contrasti furono frequenti, in realtà, le discordie talvolta laceranti. Ma come sempre accade quando, alla fine, si stringe in pugno qualcosa di buono, discordie e contrasti vennero spazzati via dalla gioia della meta raggiunta. E la regola vale anche per un lavoro di quindici anni che, se ti lascia alla fine più ricco, ti fa dimenticare le delusioni e le fatiche del percorso.

Ecco, forse, che cosa manca ai nostri anziani oggi, anche se sono blanditi e corteggiati dai politici e dal mercato visto che sono tanti, votano e consumano; manca la fantasia per pensare in grande, visto che mancano le condizioni per volere e gli strumenti per costruire, magari fatico-

samente. Ecco allora un compito suggestivo per una nobile alleanza tra le istituzioni e un volontariato in cerca di nuove frontiere: l'animazione e la promozione di risorse addormentate, affinché ciascuno, in un clima autenticamente democratico, possa fare e scegliere al di fuori di strumentalizzazioni e di appiattimenti burocratici. In modo che — chi veramente lo vuole — possa applicarsi a realizzare finalmente se stesso in vecchiaia, libero dal *pregiudizio* che a volte infligge ferite più profonde del bisogno e della malattia.

## SECONDA PARTE

Aspetti sociali della condizione anziana



# Psicogerontologia: attualità e nuove prospettive

*Maria Antonietta Aveni Casucci*

## 1. *Criteri cronologici d'invecchiamento*

*L'invecchiamento biologico.* Che cosa vuoi dire «invecchiare»? Che cosa vuol dire «essere vecchi»? Che cosa vuol dire «longevità»?

Per invecchiamento si intende il processo attraverso il quale ci si modifica in funzione del tempo; il termine implica spesso un significato negativo, di perdita, di decadimento, per cui le conseguenze dell'invecchiamento sono considerate in termini deficitari<sup>1</sup>.

Quando si incomincia a invecchiare? Una prima risposta ci viene dalla biologia. Si comincia a invecchiare, per alcuni, quando si finisce di crescere o, per altri, da quando si è concepiti. Vecchio è colui che ha raggiunto un determinato livello temporale di età, generalmente indicato intorno ai 65 anni.

Il termine invecchiamento designa quel processo — comune a tutte le specie — che implica il modificarsi dell'essere vivente nel periodo compreso fra la cessazione della sua attività riproduttiva e la morte. Riferito all'uomo, l'inizio dell'invecchiamento viene fatto coincidere con il momento in cui, terminato l'accrescimento, lo sviluppo fisico dell'individuo si è completato, e cioè intorno ai 22-25 anni di età.

In termini biologici quindi, il termine «invecchiamento», così come il sinonimo «senescenza», indica quel complesso di modificazioni cui l'individuo va incontro nelle sue strutture e funzioni, in relazione al progredire dell'età.

Se per «accrescimento» intendiamo il processo attraverso il quale l'individuo aumenta quantitativamente le proprie strutture e funzioni e le differenzia qualitativamente, l'invecchiamento, o senescenza, è allora il processo attraverso il quale l'individuo diminuisce quantitativamente le proprie strutture e perde quasi sempre progressivamente le proprie funzioni.

<sup>1</sup> Si veda M. Cesa Bianchi, *Psicologia dell'invecchiamento*, Roma, NIS, 1987.



Oggi la psicologia considera lo sviluppo umano un unico e indivisibile processo che inizia al momento del concepimento e termina con la morte: infanzia, fanciullezza, adolescenza, maturità, senescenza, vecchiaia (o senilità) e longevità sono differenti fasi di questo processo. Per cui definiamo nella terza età tre fasi: *senescenza* e cioè invecchiamento, *senilità*, ovvero vecchiaia, e *longevità* che, come dice il termine stesso, è lunga vita oltre la vecchiaia.

Abbiamo già visto che in generale la biologia fa iniziare l'invecchiamento al venticinquesimo anno di età. Accade a volte di sentire un bambino dire: «mio fratello, più vecchio». Così si esprime per esempio un bambino di 12 o di 6 anni che si riferisce a uno di 14 anni. Si intende quindi «il vecchio», «la vecchiaia» in quel dire «il più vecchio di me».

La vecchiaia inizia nel momento in cui è possibile rilevare i «segni» fisici della stessa, sia esterni sia a carico dei diversi organi e apparati, e anche determinate limitazioni in alcune funzioni. Il concetto di *invecchiamento biologico* passa perciò attraverso questo «non essere più al massimo dell'efficienza». In realtà, quando si comincia a vedere che una persona invecchia, questa nel frattempo è già invecchiata. Se ci si accorge di avere le rughe e i capelli bianchi, vuoi dire che nel frattempo è già trascorso tutto il tempo che ha permesso alla ruga di formarsi sulla pelle, al capello di diventare bianco totalmente. Questi sono i «segni» palesi, i «fenomeni» che ci fanno dire: «costui è invecchiato».

In ogni lustro o decennio spostiamo in là proprio il concetto d'invecchiamento, tant'è vero che oggi si ritiene che l'invecchiamento proceda fino ai 75 anni: i veri vecchi cominciano a essere tali a 75 anni e longevi a 85. Dobbiamo tuttavia osservare che una tale impostazione ci pare limitante. Infatti nell'organismo umano si manifesta, quasi universalmente, il fenomeno *dell'eterocronia dell'invecchiamento*.

In altri termini, quasi sempre i diversi organi e apparati mostrano segni anatomici e funzionali di invecchiamento in momenti differenti. Un uomo infatti può, per molteplici ragioni, presentare anche a 40 anni i segni di decadimento o degenerazione a carico dell'apparato cardio-circolatorio, tanto da doverlo considerare vecchio, mentre tutti gli altri organi sono ancora «giovani», cioè sani ed efficienti. Oppure un uomo di 70 anni, accanto ai segni manifesti di vecchiaia a carico di molti organi, può conservare apparati e organi come quello circolatorio o del movimento ancora relativamente «giovani». Questo problema sembra assai importante, in quanto esiste, soprattutto nel nostro paese, una tendenza al pregiudizio, allo stereotipo e a costruire tipologie, categorie di individui solo riferendoci ai criteri cronologici dell'età.

Anche sul piano applicativo concreto ciò non è senza rilievo. Infatti

una persona, a 60 anni, viene comunemente considerata vecchia ed esclusa inesorabilmente dal mondo del lavoro. Chiunque può osservare spesso che la persona anziana conserva una notevole, giovanile efficienza psichica (attenzione, memoria, logica, creatività ecc.), mentre appare vecchia in molte funzioni fisiche e in molti organi in fase di avanzata involuzione senile. Viceversa, talora si osservano persone anziane che, pur conservando fisicamente caratteristiche tali da poterle ancora considerare relativamente giovani, mostrano chiaramente i segni di un deterioramento mentale senile. Tale stato è reso evidente dalla riduzione o dalla scomparsa della memoria dei fatti recenti, dall'incapacità di mantenere un soddisfacente livello di attenzione e di autostima, dalla difficoltà di comprendere il significato di un'astrazione, dalla riduzione delle capacità logico-matematiche ecc.

In questo senso si può affermare che la vecchiaia biologica, ossia fisica, e quella psicologica non coincidono necessariamente. Appare dunque chiara, da quanto finora esposto, l'arbitrarietà del criterio cronologico di determinazione dell'inizio della vecchiaia, che, dal punto di vista biologico, non può né deve essere rigidamente fissato.

*L'invecchiamento sociale.* Anche la sociologia pone limiti cronologici. Secondo le leggi vigenti nel nostro paese, al sessantesimo anno termina l'età matura, inizia la vecchiaia e si entra nel *pensionamento*. A 60 anni, la maggior parte degli uomini e delle donne abbandona infatti la propria attività lavorativa e deve perciò trovare un *adattamento* a nuove condizioni di vita dal punto di vista individuale, familiare, sociale ed economico. Vi è un forzato mutamento delle abitudini di vita che può facilitare — e talvolta condizionare o addirittura determinare — il manifestarsi di uno stato di disadattamento all'età senile.

Nella nostra realtà sociale, come si è già detto, il lavoro, con gli aspetti economici connessi, ha un'enorme importanza per l'uomo: abbandonarlo, perdere una sorta di prestigio familiare e sociale e i ruoli ad esso riferiti di capo famiglia, nonché subire l'inadeguatezza delle previdenze pensionistiche, soprattutto dal punto di vista economico, non può non condizionare riflessi psicologici e sociali. Si realizza quindi a 60 anni un mutamento profondo che porta variazioni psicologiche anche comportamentali.

Tuttavia, dire che socialmente si ritiene vecchio un soggetto quando va in pensione è limitativo, perché si può andare in pensione molto precocemente, ma si può diventare vecchio «socialmente» senza esserlo biologicamente, per il solo fatto di venir mandati in pensione quando si è ancora molto efficienti. Se parliamo poi di invecchiamento come sindrome di decadimento, di deterioramento, ma anche di disadattamento, vedremo come la crisi del pensionamento sia importantissima.

Riprendendo a parlare di invecchiamento da un punto di vista sociale, possiamo affermare che esso sussiste tutte le volte che si perdono ruoli significativi in una società in cui l'efficientismo, la bellezza, la giovinezza a ogni costo sono cliché e schemi che vengono imposti; in realtà quel soggetto è un «adulto che sta invecchiando», non un vecchio da espellere. Per cui dire «vecchio» socialmente significa dire pensionato/a e vecchi sono ritenuti «tutti quelli che sono esclusi o si lasciano escludere, che non sono aggiornati e al passo con i tempi».

Se osserviamo gli annunci e le proposte di lavoro sui giornali, leggiamo spesso «max 35enne, militesente, almeno 3 lingue, una o più lauree». Questo soggetto, visto che in Italia ci si laurea in media intorno ai 25-28 anni, che cosa ha potuto vivere e sperimentare in 6 anni?

Anche l'atleta già a 27-30 anni è considerato «vecchio» e viene allontanato. Si è spesso considerati quindi «socialmente vecchi» nel lavoro, nella pubblicità, nello sport prima ancora di entrare nella vita adulta.

In realtà il concetto di vecchiaia è assolutamente relativo e soggiace a tali e tanti condizionamenti, stereotipi e pregiudizi che non è possibile un unico criterio, salvo che intendiamo con il termine «vecchio»: «superato dalle nuove generazioni che incalzano».

*L'invecchiamento psicologico.* La psicologia sottolinea ancora una volta come l'uomo possa sviluppare la propria personalità nelle funzioni cognitive, affettive e motivazionali, crescere in esperienze, rivestire ruoli significativi fino alla morte.

Quanto abbiamo detto fino ad ora riguardo all'invecchiamento può essere inteso come un «essere meno»: dal punto di vista *biologico*, infatti, sei «meno» efficiente, hai «meno» forza muscolare, «meno» agilità, «meno» capacità fisica e di efficienza biologica; da quello *sociologico*, vali «meno» nel settore del lavoro, del mercato, della valutazione economica, di quella sociale in genere; da quello *psicologico*, invece, possiamo dire che «più» si invecchia, «più» si cresce fino all'atto compiuto della vita: la morte. Questo perché si hanno più contatti, si conoscono più persone, si ha più esperienza di vita, si può imparare di «più», si può essere «più» utili per gli altri, si può acquisire sempre qualcosa di nuovo ecc. E dunque un pregiudizio ritenere che l'apprendimento in età avanzata non sia possibile.

Non è poi corretto riferirci sempre e soltanto a grandi vecchi, «grandi» per notorietà e per doti particolari: Pertini, il senatore, l'uomo eccellente, Orowitz musicista, von Karajan maestro, piuttosto che Picasso pittore o Chaplin grande artista, deceduti in età molto avanzata. Abbiamo ottanta-novantenni più che vigili, tra contadini, montanari, pescatori, artigiani, operai, casalinghe e donne comuni, professionisti ecc.

La longevità è un privilegio non riservato a precise categorie. In realtà, se l'anziano mantiene un ruolo significativo, sociale, affettivo, se mantiene interessi lavorativi, culturali, se è o diventa nonno o bisnonno è un longevo da imitare. E chi non ha esempi di vita vissuta di novantenni che sono autonomi o altri che, aiutati, sorretti, tenuti in famiglia, amati, vivono certamente come un adulto invecchiato, ma un adulto che partecipa alla «vita»?

Gli anziani decaduti, deteriorati, che alcuni fra medici, politici ecc. tendono a far entrare in strutture, progettate per non autosufficienti, in realtà hanno avuto un invecchiamento biologico di tipo negativo per turbe o per malattie e un invecchiamento sociale negativo per essere stati privati di tutto — ruoli, affetti, compagnia —, lasciati nella clausura di certi luoghi assistenziali, spesso privi di attenzione alla prevenzione, alla cura e alla riabilitazione.

Riteniamo, poi, che neanche il dolore faccia invecchiare in modo assolutamente negativo. Abbiamo infatti soggetti ultraottantenni, novantenni che davanti a prove dolorose quali la prematura morte di un figlio soffrono, profondamente e a lungo, però sono sopravvissuti, sopravvivono e riescono, pur nel dolore e nella sofferenza, a rassegnarsi. Il dolore non invecchia e non fa perdere la ragione se in noi c'è quella forza psichica che ci fa lottare, che ci permette di riconoscerci in un «ruolo», di non perdere l'identità, l'autonomia, il protagonismo.

Invecchiare psicologicamente in modo positivo significa quindi restare nella società, avere un buon livello d'autostima, non delegare ad altri le nostre scelte, saper sempre perseguire obiettivi utili a noi stessi e agli altri, tendere al *protagonismo* e soprattutto *all'autonomia*, aggiungere all'età adulta matura tutte quelle esperienze che la vita ci offre senza perdere mai la progettualità.

## 2. *Frustrazione e disadattamento*

Abbiamo detto che la sindrome generale di disadattamento può essere generata da molte cause, affettive, fisiche o cognitive. Si possono verificare situazioni stressanti molto simili, determinate da problemi familiari o affettivi che si presentano in modo identico a molti individui. Tuttavia esiste un modo individuale di reagire a un evento stressante. Questa individualità di reazione agli stress è tanto più marcata quanto più lo stimolo stressante agisce in maniera cronica. La valutazione cognitiva che l'individuo dà dello stimolo stressante è collegata con il suo «stile» generale di interpretazione della realtà. Alcuni tendono a enfatizzare negativamente i comuni eventi, altri invece a minimizzarli.

Per *struttura della personalità* di un individuo intendiamo quell'insieme di tratti caratteriali che si sono formati attraverso l'interazione tra il suo patrimonio genetico e gli eventi che si sono succeduti nella sua storia personale. Il pensionamento, l'affievolimento di alcune capacità fisiche o mentali, connesso con l'invecchiamento, l'adeguamento dell'immagine di sé al progredire dell'età, sono tutti eventi potenzialmente stressanti con cui l'anziano è chiamato a confrontarsi. Di fronte a queste circostanze nell'anziano scatterà una reazione generale di adattamento — lo stress — che in realtà è una forma di disadattamento.

#### *Cause di disadattamento*

##### *Cause sociali*

Ignoranza alla prevenzione  
 Mancanza di strumenti culturali adeguati  
 Veloce trasformazione della struttura sociale  
 Pensionamento  
 Cessazione coatta di attività lavorativa e/o produttiva  
 Delega  
 Emarginazione  
 Ruoli sociali perduti:  
 - vedovanza  
 - lutti  
 - perdite economiche  
 - esclusioni  
 Livello economico inadeguato

##### *Cause psicologiche*

Resistenza al cambiamento  
 Perdita della capacità critica  
 Pregiudizi e stereotipi  
 Labilità emotiva  
 Insicurezza, ansia  
 Consapevolezza della perdita delle capacità superiori  
 Sentimento di debolezza e di impotenza  
 Sentimento di esclusione e di isolamento  
 Sentimento di:  
 - solitudine  
 - abbandono  
 - marginalità  
 Demotivazione ai processi vitali  
 Mancanza di interessi  
 Lentezza ideativ  
 Disinteresse accentuato  
 Labilità attentiva  
 Decadimento delle capacità di concentrazione  
 Egocentrismo ed egoismo  
 Carenze ideologiche di sostegno  
 Inattività e apatia  
 Perdita delle capacità creative  
 Rifiuto e sentimento di inattività  
 Sentimento di improduttività  
 Incapacità ideativa  
 Condizionamenti negativi, segregazione  
 Deprivazione psico-sensoriale  
 Apatia e disinteresse alla vita

È nota a tutti la definizione di adattamento e disadattamento fornita dall'Oms: «Un uomo si dice adattato quando fruisce di un relativo benessere fisico e psichico, si sente bene e non è turbato da alcuna preoccupazione; mentre è disadattato quando si trova in una situazione parzialmente o completamente opposta a quella sopra descritta»<sup>2</sup>. Tuttavia, la nostra realtà sociale rende raramente possibile questo adattamento, perciò la maggioranza degli anziani oggi in Italia, in famiglia o in istituto, è disadattata.

Sinonimo di disadattamento è la frustrazione. Parlare di frustrazione equivale a parlare di meccanismi di difesa. Rosenzweig sostiene che «frustrazione è la situazione in cui si viene a trovare un soggetto che andando verso la meta trova un ostacolo; oppure quando un soggetto va alla meta e non trova la meta».

Un anziano che rivolge tutta la propria tensione esistenziale alla ricerca di un ruolo significativo soddisfacente può trovare una serie di ostacoli che gli impediscono di esercitare il ruolo, ad esempio quello di coniuge, che gli è stato sottratto dalla morte, nel caso del vedovo. L'ostacolo può essere interno o esterno all'uomo, attivo o passivo. L'anziano con difficoltà motorie, per rallentamento, per diminuzione, per impossibilità, trova non solo la città, ma la sua stessa abitazione o residenza, disadatte allo svolgimento della sua attività psicomotoria. Per questo motivo le barriere architettoniche spaziali diventano barriere psicologiche e vere inibizioni a qualsiasi tentativo di entrare in relazione con l'ambiente e con i suoi abitanti.

Questi sono ostacoli esterni passivi, ovvero inamovibili per le persone in età avanzata; sono invece ostacoli esterni attivi: la velocità dei mezzi di trasporto, il traffico convulso della città o qualsiasi altro mezzo di locomozione che non rispetta i ritmi rallentati e i limiti dell'anziano. Ostacoli interni attivi possono essere il basso livello di autostima, il sentimento di non appartenenza, le regole di vita passate a cui l'anziano è abituato e che vengono sostituite violentemente dalla società con altre del tutto diverse. Un ostacolo attivo esterno nel rapporto medico-paziente è il terapeuta che impone regole di vita, terapie ecc. senza cercare o trovare la collaborazione del paziente.

I meccanismi di difesa più comuni che l'anziano mette in atto in difesa dell'Ego sono:

— *la fuga*, con varie modalità di espressione come: spostamento; rimozione; censura; compensazione;

<sup>2</sup> OMS 1982.

<sup>3</sup> Rosenzweig, Firenze, O.S.

— *l'aggressione*, che si esprime con aggressività verso le persone, verso l'oggetto, verso se stessi; trasgressione; coprolalia; opposizione ecc.

Tra i due poli poniamo la sublimazione. Il discorso sarebbe troppo lungo se ci addentrassimo nella spiegazione di ogni termine. Precisiamo soltanto che di solito si individuano nell'uomo due poli maggiori di risposta alla frustrazione: aggressività e fuga.

Tuttavia, mentre in tutte le età fino all'inizio della senescenza prevalgono meccanismi riferibili all'aggressività come la coprolalia, l'oppositività, l'aggressione del soggetto verso l'interno e verso l'esterno, nell'età più avanzata e soprattutto nella vecchiaia la modalità di risposta alla frustrazione è la fuga nelle modalità già dette, quali il rifiuto, la rinuncia, la negazione, lo spostamento, la compensazione, la sublimazione ecc. E qui ci si potrebbe addentrare nelle cause psicologiche riferibili alla cognitività, all'affettività, alla conatività, alla creatività, e nelle cause sociali di disadattamento.

Riassumiamo elencando le cause che provocano nell'uomo disadattamento e angoscia tali da impedire addirittura una vita fisiologica normale. Esse sono rapportabili a tutto quello che «provoca stress»: perdita di ruoli significativi, lutti, perdite di oggetti, della casa (come traslocare, essere sradicati, essere portati via da un territorio abituale, da un ambiente, dai contatti umani), il pensionamento prima e tutto quello che comporta poi, l'ansia della vita, la depressione. Reagire allo stress può diventare positivo per il soggetto. La salute non consiste nell'evitare di esporsi a eventi stressanti, ma nel trovare il modo migliore di rapportarsi ad essi, accettando le emozioni che provocano senza negarli, attuando strategie di comportamento per rimanere adattati anche nella longevità. Bisogna imparare a invecchiare da giovani!

L'anziano, dinanzi alla diminuzione dei tempi medi di reazione allo stimolo può compensare con attitudini soggettive acquisite con l'esperienza; davanti alla resistenza al cambiamento e alla difficoltà ad adattarsi a modificazioni fisiologiche può non rassegnarsi e lottare per mantenere plasticità, per trovare soluzioni ai suoi bisogni e per mantenere capacità critica e soprattutto autocritica. Sicuramente gli affetti sono di grande aiuto: sono importanti i parenti, gli amici, tutti coloro che stanno vicino all'anziano e lo assistono. Occorre quindi mettere in atto la preparazione degli operatori sanitari di assistenza geriatrica.

Importante è mantenere l'anziano il più a lungo possibile nel proprio habitat e attivo nelle relazioni interpersonali. E infine occorrono una maggiore efficienza e adeguatezza assistenziale, gli strumenti culturali, la caduta di certi pregiudizi che si riferiscono all'età senile e che purtroppo condizionano molti momenti della vita dell'anziano. I più co-

muni sono: «la vecchietta è di per se stessa una malattia; l'anziano è come un bambino; l'anziano perde completamente la memoria, ripete sempre le stesse cose ed è quindi noioso; l'anziano "decade" sempre mentalmente in misura più o meno accentuata; l'anziano perde ogni forza fisica e non può più impegnarsi in nessuna attività motoria, manuale o intellettuale; l'anziano "deve godersi il proprio meritato riposo", inattivo, possibilmente solo».

Tutti questi pregiudizi servono anche come «momento decolpevolizzante» per la società e quindi come alibi per l'incapacità di proporre all'anziano ruoli significativi e di offrirgli rapporti interpersonali validi e continuativi che possano sedare in lui l'ansia dell'esclusione. L'ideale è prevenire!

Una persona può essere psichicamente vecchia anche a 30 anni, se è sclerotizzata, se è rigida, se non accetta compromessi utili alla sopravvivenza, se non accetta il cambiamento. Alcune caratteristiche negative dell'invecchiamento psichico sono: trincerarsi dietro a sicurezze superate, non accettare alcun cambiamento, non adeguarsi ai tempi, non avere relazioni con le generazioni più giovani, non capirei problemi altrui e voler pensare solo ai propri, essere molto egocentrici ed egoisti, sopravvivere sulla pelle degli altri.

Essere vecchi e longevi vuol dire però anche avere più esperienza, quindi più capacità di comprensione e di accettazione. Il disadattamento del pensionamento è perciò dovuto a un modo errato di concepire la vita, poiché, se la «sindrome del pensionamento» è una delle cause maggiori di stress e di disadattamento, bisognerebbe fare in modo che le persone potessero scegliere il pensionamento nei tempi o nei modi che ritengono opportuni per la propria personalità. Si eviterebbero così gravi forme di rifiuto della vita, di rinuncia alla partecipazione, di disadattamento, spesso deleterie e di alto costo sociale, ma soprattutto umano.

### 3. Geragogia e attivazione psichica

Abbiamo già detto: l'ideale sarebbe prevenire la vecchietta negativa. Ma come? Come possiamo evitare lo stress e il disadattamento? La risposta è facile:

— attraverso la conoscenza: è necessario crescere in saggezza prima della vecchietta, «... non dovevi farti vecchio prima d'esserti fatto savio»<sup>4</sup>, dice il matto al vecchio re Lear!

<sup>4</sup>W. Shakespeare, *King Lear*, trad. it. *Re Lear*, Torino, Einaudi, 1956, p. 58.



— attraverso nuove strategie di comportamento che dovranno prestare maggiore attenzione ai problemi psichici e all'igiene mentale.

Una maggiore attenzione agli aspetti psichici è stata comunque riservata in questi ultimi anni anche alla psicogerontologia da parte della geriatria ufficiale. Un approccio multidisciplinare, un lavoro in équipe, in cui anche gli psicologi, gli psicogerontologi possono essere di fattiva utilità nella valutazione psicologica, nell'approccio al paziente anziano, sia nelle strutture ospedaliere e sanitarie sia in quelle del tempo libero. Spesso la «non partecipazione» dell'anziano è dovuta a eccessivo stress e quindi a una reazione contraria: per sottrarsi allo stress, rinuncia a vivere. Si dovrebbe imparare a invecchiare fin dalla gioventù, mettendo in atto metodi educativi informativi e di costume. Un'operazione culturale che trova espressione nel concetto di «psicogeragogia», neologismo che racchiude in sé tre parole: vecchiaia, mente, educazione.

L'uomo, per Havighurst, «deve imparare a invecchiare con successo»<sup>5</sup>.

L'Istituto di Psicologia dell'Università di Milano da vent'anni si è occupato di questo argomento con una visione globale, allargata. Geragogia, come bene ha definito Antonini,<sup>6</sup> è profiassi dell'invecchiamento, è vera e propria educazione a invecchiare, è ricerca di uno stile di vita idoneo alla vecchiaia, ma comprende anche il concetto di educazione permanente, di attivazione dell'anziano.

La geragogia è stata definita «la scienza che vuole insegnare come invecchiare con serenità, come diventare anziani restando autonomi, come rimanere *in fino alla fine della vita*».

L'importante è affrontare il problema quando si è ancora giovani e inserirlo nella progettualità globalmente investendo l'aspetto biologico, psicologico e sociale della personalità. Si ha quindi per geragogia il duplice significato di educazione *alla vecchiaia* e di educazione *nella vecchiaia*. Le linee programmatiche di un'azione psicogeragogica dovrebbero comprendere quattro aspetti diversi ma complementari:

*conoscere la vecchiaia* — Intellecta Senectus;

*prepararsi alla vecchiaia* — Parata Senectus;

*ritardare la vecchiaia* — Dilata Senectus;

*vivere bene la vecchiaia* — Bene Gesta Senectus.

<sup>5</sup> R. J. Havighurst e R. Albrecht, *Older People*, New York, Longmans Green, 1953; R. J. Havighurst, «Funzione sociale e struttura biologica nell'invecchiamento» in *Longevità*, 1, 1958.

<sup>6</sup> Si veda F. M. Antonini, «Presentazione», in M. Barucci, *Psicogeragogia*, Torino, Utet Libreria, 1989.

Per poter applicare alla realtà quest'azione psicogeragogica, occorre un'educazione che abbia inizio dall'infanzia. «La scuola deve contribuire a una sana vita adulta prima e a una valida vecchiaia poi», dice Barucci<sup>7</sup>. Non abbiamo inteso dare dei consigli, né voluto assumere o suggerire un'etica professionale, o addirittura fare della filosofia morale, dell'esistenzialismo. Verifichiamo però ogni giorno che lo stress porta l'uomo a una tale fatica di sopravvivenza nella realtà sociale odierna, che spesso c'è da invidiare il vecchio contadino che, seguendo la natura, viveva la sua vita e moriva dopo la grande fatica del vivere, ma vedeva il tramonto del sole e l'alba, vedeva nella natura le stagioni... viveva evidentemente la contemplazione, lo spazio, la natura, la vita più semplice, senza troppa ambizione, senza troppo stress nel mantenere quel ritmo che spesso è impossibile per l'uomo cittadino. Ci dobbiamo fermare qualche volta per chiederci dove stiamo andando e considerare che il progresso, il ritmo della vita d'oggi, l'efficienza a ogni costo, fisico, psichico, sociale, non ci portano che a una disumanizzazione della vita.

Se da un lato l'attivazione psichica ci permette di rimanere efficienti, autonomi, protagonisti, dall'altro, l'eccessivo stress, dovuto alla necessità di mantenere ritmi non fisiologici, ci porta all'ansia, all'angoscia, al sentimento di inefficienza, di inadeguatezza, di inutilità.

La preparazione all'invecchiamento, alla vecchiaia, alla longevità ci aiuta invece ad accettare le *défaillances*, i limiti dell'età che avanza; a comprendere i fenomeni non sempre correlati delle modificazioni fisiche, psichiche, sociali, non come perdita e malattia ma come una naturale *evoluzione* della vita di ciascuno di noi. E ancora ci aiuta ad apprezzare tutti gli aspetti positivi dell'invecchiamento, quali l'esperienza, la serenità, la gioia delle piccole cose: la profondità di pensiero, la capacità di riflessione, l'equilibrio, la saggezza.

#### 4. Nuovi ruoli sociali e affettivi nell'anzianità futura

*Alcuni aspetti dell'affettività e della sessualità.* Il discorso sulla sessualità nelle persone anziane, limitatamente alle componenti e alle prospettive psicologiche che non possono essere artificiosamente occultate da quelle biologiche, fisiopatologiche e sociali, investe ampie aree di studio e di ricerca della psicologia e implica la conoscenza e il rispetto di impostazioni dottrinali polimorfe.

<sup>7</sup> Barucci, *Psicogeragogia* cit.

In particolare, la psicologia dinamica, la psicologia sociale, la psicofisiologia, la psicopedagogia, la psicobiologia dell'invecchiamento e della vecchiaia contribuiscono in larga misura a facilitare la comprensione di un complesso di fatti, avvenimenti, situazioni, condizioni, che è stato troppo a lungo riguardato, studiato, analizzato, interpretato esclusivamente alla luce delle conoscenze biologiche e fisiopatologiche.

Nell'anziano il comportamento è insicuro perché nulla gli dà sicurezza. I problemi del sesso hanno angustiato il suo lento procedere verso la vecchiaia. Si può affermare che in molte persone dai 50 anni in avanti un'eventuale sintomatologia nevrotica appare strettamente legata al timore della fine della sessualità. Ci sembra particolarmente vera l'affermazione di Barrymore, secondo il quale l'uomo non è vecchio finché i rimpianti non prendono il posto dei sogni. Per quanto riguarda la sessualità, l'uomo troppo spesso popola la propria mente di rimpianti. Ciò vuol dire che questo tipo di vecchiaia generalmente è troppo precoce e la rinuncia è ingiusta.

Non vi è dubbio che il condizionamento è violento e, a nostro avviso, deve essere combattuto. Erikson<sup>8</sup> ha ben definito il concetto di crisi di identità, dell'adolescenza e della vecchiaia. In questi periodi i mutamenti significativi nella situazione biologica, nella collocazione sociale, nel vissuto psicologico di ciascuno, sono molto difforni da quelli che si verificano nelle altre età della vita, dove pure avvengono. Interviene infatti una variazione di enorme importanza: alla perdita di ruolo, alla rinuncia fisiologica a uno status, non corrisponde l'assunzione di altri ruoli e di un altro status. L'adolescente e l'anziano hanno abbandonato un ruolo nella società, che competeva loro e non ne hanno ancora trovato un altro. L'adolescente lo troverà comunque, oppure si disadatterà e incanalerà allora la propria dialettica dell'esistenza nell'ambito della dissocialità della antisocialità. L'anziano continuerà invece tristemente a vivere la propria crisi di identità senza possibilità di uscita. Il fatto stesso di riconoscersi anziano determinerà in lui la crisi d'identità e la mancata conseguente percezione del proprio ruolo lo condurrà all'anomia. L'identità personale dell'anziano diventa quella che stereotipatamente viene proposta come modello dal resto del sociale.

Questo discorso non può trascurare, pur non essendo esauriente, una connotazione tipica della società contemporanea, sia essa industriale o agricola: in ogni età della vita esistono due differenti fondamentali modelli comportamentali, evolutivi e involutivi, fra loro molto difforni: quello maschile e quello femminile, il primo che concede relativamente

<sup>8</sup> Si veda E. H. Erikson, *Cicli della vita. Continuità del movimento*, Roma, Armando, 1984.

maggior libertà rispetto al secondo, entro cui si perpetuano una limitazione e una repressione ancestrali. Queste sono alcune delle ragioni per cui ancora oggi una percentuale molto inferiore al 100 per cento delle persone anziane sane non ha regolarmente rapporti sessuali, come, a nostro parere, sarebbe possibile, lecito e auspicabile.

Che cosa si può suggerire di fare, per cambiare la situazione? Le nostre esperienze e quelle dei colleghi italiani ci hanno indotto a formulare le seguenti ipotesi:

- 1) La vecchiaia non è asessuata.
- 2) Il climaterio maschile e femminile non segna ineluttabilmente il termine dell'attività sessuale.
- 3) Almeno il 30 per cento delle persone che hanno superato i 60 anni, nonostante la repressione, i condizionamenti, la censura morale, le difficoltà obiettive, continua ad avere rapporti sessuali regolari e soddisfacenti.
- 4) I veri, autentici e sofferti motivi di cessazione dell'attività sessuale sono eminentemente e in modo preponderante di natura psicologica e sociale.
- 5) La popolazione italiana di ogni età e condizione socio-culturale non ha informazioni corrette sulla fisiologia, sulla patologia, sui bisogni, sui desideri, sulle attese delle persone anziane.
- 6) Gli adolescenti, i giovani, le persone di media età, le persone anziane istituzionalizzate e non, hanno opinioni errate e atteggiamenti scorretti nei confronti dei problemi sessuali della senescenza e dell'età senile.
- 7) In ogni epoca della vita, anche nella vecchiaia, esistono pregiudizi e stereotipi estremamente rigidi, che hanno un significato, un valore e un effetto repressivi e inibitori nei confronti dell'attività sessuale delle persone anziane.

Quasi universalmente, in persone di ogni età, esiste un'immagine pressoché totalmente deformata dell'anziano per quanto riguarda le sue esigenze, i suoi bisogni e i suoi rapporti sessuali. Se queste ipotesi, verosimili, legittime e probabili, fossero verificate positivamente, anche solo in misura parziale, sarebbe necessaria una vasta opera di informazione, educazione e intervento capillare per giungere a rifondare concettualmente l'immagine dell'anziano, per sradicare pregiudizi e stereotipi, per modificare gli atteggiamenti di tutti, anche delle persone anziane stesse.

*La donna nei suoi ruoli nuovi.* Tutti sappiamo che la quota di popolazione anziana è in crescita, così come la longevità è sempre più diffusa anche in Italia, ma non dobbiamo convincerci di essere diventati mi-

glieri, solo perché il numero degli anziani è costantemente in aumento. Dobbiamo mirare alla qualità, nella quantità, sia essa riferita allo svolgimento del nostro ruolo di operatori geriatrici o alle condizioni di vita in cui si verranno a trovare gli anziani. Essi saranno sicuramente diversi nel prossimo futuro, secondo quanto indicano i dati previsionali delle ricerche recenti. Uno dei più importanti cambiamenti si verificherà domani nella condizione della donna; la sociologa Florea<sup>9</sup> l'ha ampiamente e validamente dimostrato nell'ormai nota ricerca internazionale sulla donna anziana in Europa.

Da una vita spesa soprattutto nell'ambito della famiglia con una dipendenza spesso totale dall'uomo — padre, fratello o coniuge —, dipendenza questa non solo economica, ma troppo spesso anche legata a un prestigio sociale soltanto se esso è dell'uomo capofamiglia, lentamente ma inesorabilmente la donna si è resa autonoma nel settore del lavoro e questa autonomia economica permetterà in futuro anche un'autonomia sociale e psicologica. Se oggi, ancora troppo spesso, la donna è condizionata dal ruolo di casalinga, dal doppio lavoro, sicuramente domani i riconoscimenti, che in parte già oggi ha raggiunto, le permetteranno una sempre più ampia autonomia nei rapporti sociali, nella scelta di vita non solo legata allo stato civile, nell'emancipazione e liberazione dalle povertà culturale, sessuale e lavorativa.

Secondo Florea, «i valori si modificheranno, non solo quantitativamente ma anche qualitativamente; si raggiungeranno un grado di scolarità più diffuso e più alto, esperienze lavorative di autorealizzazione, un vissuto di tempo libero con spazi sempre maggiori di autonomia, esperienze di vita familiare sempre più fuori dallo schema patriarcale, esperienze di vita associativa, politica, sindacale, sempre più continue e intense, un atteggiamento critico nei confronti dell'autoritarismo e del paternalismo, una forte coscienza di diritti e doveri, una maggiore capacità e voglia di vivere con tante aspettative»<sup>10</sup>.

E che dire dell'uomo? Dovrà cambiare proprio in funzione del cambiamento del ruolo femminile. L'auspicata parità, di diritti e doveri, anche solo nell'ambito della famiglia, porterà l'uomo a una maggiore flessibilità e plasticità nei ruoli familiari di figlio, di padre e, perché no, anche di nonno. Dovrà confrontarsi sul piano politico, sociale e lavorativo, nella vecchiaia, sia nella coppia sia nella vita sociale; gli anziani tutti vivranno esperienze più socializzanti, auspichiamo in comunità da loro stessi gestite, in relazione con mondi sicuramente più aperti e più autonomi.

<sup>9</sup> Si veda A. Florea, *L'anziano in famiglia*, Roma, Il pensiero scientifico, 1962.

<sup>10</sup> A. Florea, *Anziano e tempo libero*, Firenze, NIS, 1982.

E l'operatore? Dovrà adeguare il suo passo ai tempi, essere partecipante ma non direttivo e iperprotettivo, dovrà, come dicevamo molti anni or sono, «aiutare l'anziano ad aiutarsi», non sostituirsi a lui; imparare soprattutto a crescere insieme a lui per raggiungere una qualità di vita più dignitosa.

Per gli anziani, e gli operatori geriatrici tutti, con Mansfield, diciamo: «Gli anni futuri sono là che ti tendono le mani; con un grido di gioia ti getterai tra le loro braccia».

*Il ruolo di nonni ovvero la «nonnità».* Non possiamo ignorare la grande importanza degli aspetti affettivi che rivivono negli anziani in una rinnovata maternità e paternità, quando i figli offrono loro una nuova vita da amare che discende da loro stessi.

Tutti sappiamo che l'esperienza precedente di genitori — carica di ansia, preoccupazioni, sentimenti di incapacità e di insicurezza — lascia il posto, nell'esperienza di nonni, alla tenerezza permissiva, alla comprensione e alla complicità verso i nipoti. I vecchi non devono essere a tutti i costi severi, esigenti, burberi e direttivi; possono lasciarsi andare, ascoltare con pazienza senza limiti di tempo e di spazio le confidenze, le ansie, talora anche i capricci dei più piccoli, così come possono comprendere meglio le turbe dei passaggi d'età nell'adolescenza e nella giovinezza, possono consigliare senza prevaricare, suggerire senza imporre. Gli adulti dovrebbero comprendere tutto questo e, distruggendo competizione e conflitti, favorire gli incontri e le confidenze.

Se poi nell'età più avanzata non si ha l'opportunità di diventare nonni per eredità biologica, si può ugualmente svolgere questo ruolo presso chi non ha la fortuna di avere i nonni o di averli vicini. Alcuni anni or sono, psicologi, sociologi e politici auspicarono di trovare dei nonni adottivi per piccoli i cui genitori troppo occupati nel lavoro o disturbati da traversie non avessero sufficiente tempo, soprattutto per donare loro affetto. Si pensò persino di inventare il ruolo di quinto nonno, uno in più dei quattro fisiologici, che potesse scegliere o essere scelto da un nipotino.

Oggi molti enti e associazioni tendono a sviluppare questo tipo di rapporto, favorendo quello più complesso fra generazioni.

Sicuramente se si potesse attuare questo piano senza conflitti, lotte di priorità e di competenza, si raggiungerebbe un nuovo obiettivo psicologico e sociale, quello di prevenire l'asocialità, la violenza, la dipendenza da sostanze e da persone nocive per la giovinezza, oltre a permettere ad alcuni anziani di recuperare un nuovo senso alla vita.

Tuttavia, perché non si pensi che l'affettività dell'anziano abbia nel ruolo di nonno la sua unica espressione, anche se questa resta la più pregnante, vogliamo accennare a tutti gli altri ruoli affettivi, comuni comunque a tutte le età della vita: amico, parente, compagno, coniuge, partner ecc. L'amicizia fra compagni di scuola, di lavoro, di associazioni di ogni genere, invecchiata con gli anni, permette aiuto, solidarietà, assicurazione e protezione, senza contare il significato pieno di valore del riandare al passato, del raccontarsi i comuni ricordi lieti o tristi e le esperienze vissute insieme. L'amore che ha accompagnato talora anche per molte decine di anni la vita di una coppia, con tutte le sue espressioni fisiche, psichiche e tutta la sua gamma di emozioni, sensazioni, sentimenti e passioni, non può far altro che rendere più serena, valida ed emblematica la vecchiaia. Talvolta poi, e non è così raro come sembra, finito o scomparso un amore, è possibile, anche in età avanzata, ritrovare la capacità di amare, di donarsi la voglia di vivere insieme a un partner che interrompa la solitudine e l'indifferenza che troppo spesso amareggiano l'ultima parte della vita.

Si può quindi concludere che in una società in cui il vivere di corsa viene ingiustamente interpretato come motivo esistenziale e in cui prevalgono ad ogni istante le finalità produttiva e consumistica, la figura del nonno si inserisce come perno di stabilità all'interno del nucleo familiare e come raccordo di riflessione e di coesione fra le generazioni.

Portatore di un patrimonio ricchissimo di esperienze, oltre che di cultura e di storia, il nonno rappresenta l'argine naturale della famiglia, così come l'anziano lo è per la società; ciò naturalmente avviene quando nella famiglia esiste anche un'educazione all'invecchiamento e il rispetto verso i valori individuali e quando nella società la cessazione dal ruolo produttivo tradizionalmente inteso non coincide con un declassamento che non è solo materiale ma soprattutto morale.

La funzione determinante del ruolo di nonno è legata alla sua esistenza: rappresenta la metafora della vita, l'espressione della sua dinamicità, la lezione della storia. Su di lui si realizza la convergenza di tipi di affettività che il rapporto con i genitori non può contenere. Al nonno e all'anziano in generale, si lega l'immagine della tradizione, la cui definizione deve essere liberata dall'accezione che l'accompagna e che la inchioda rigidamente in schemi comportamentali intoccabili.

La tradizione che il nonno porta con sé è il suo passato che si fa vivo nel rapporto con il nipote, proponendosi come riferimento e base di partenza in aggiunta al mondo dei genitori.

Il pregio della figura di nonno, infatti, è la sua complementarità alla figura di genitore, di cui costituisce la disponibilità integrativa, in quanto rappresenta, per il nipote, il lato piacevole e discorsivo del quotidiano, quello che troppo spesso il giovane è costretto a ricercare e a gestire da solo. Questa è una funzione di grandissima rilevanza che richiede una preparazione adeguata nella convivenza di più ruoli educativi da parte di tutti e che può dare un contributo efficacissimo e irrinunciabile allo sviluppo armonico della personalità dei nipoti, determinandone anche una notevole crescita civile.

Su questa base il discorso della funzione del nonno può intendersi allargata a quella dell'anziano nella realtà sociale, per cui il ruolo di nonno si svincola dal legame parentale che lo caratterizza, per proporsi come ruolo dell'anziano nei rapporti con le generazioni dei giovanissimi, rapporti che possono trovare la loro sede all'interno delle organizzazioni educative, scolastiche e ricreative.

#### Riferimenti bibliografici

- Abraham G., *Introduzione alla sessuologia medica*, Milano, Feltrinelli, 1975.
- Antonini F. M., «Presentazione» in Barucci M., *Psicogeragogia* cit.
- Aveni Casucci M. A., «La sessualità e l'anziano», in *Geriatrics oggi*, Cosenza, Bios, 1988.
- (a cura di), *Psicologia e Gerontologia*, Milano, Claire, 1984.
- Barucci M., *Psicogeragogia*, Torino, Utet Libreria, 1989.
- Cesa Bianchi M., *Psicologia dell'invecchiamento*, Roma, NIS, 1987.
- Confort A., «Sexuality in old age» in *Journal of American Geriatric Society*, 32, 1974.
- Erikson E. H., *Cicli della vita. Continuità del movimento*, Roma, Armando, 1984.
- Florea A., *L'anziano in famiglia*, Roma, Il pensiero scientifico, 1962.
- *Anziano e tempo libero*, Firenze, NIS, 1982.
- Freud S., *Vita sessuale*, Torino, Boringhieri, 1971.
- Havighurst R. J., «Funzione sociale e struttura biologica nell'invecchiamento» in *Longevità*, 1, 1958.
- Havighurst R. J. e Albrect R., *Older people*, New York, Longmans Green, 1953.
- Maderna A. M. e Aveni Casucci M. A., «Su alcuni problemi psicologici della sessualità degli anziani. Sessuologia» in *Giornale di Gerontologia*, XVII, 5, 1970, ora in Aveni Casucci A. M., *Psicologia e Gerontologia* cit. OMS 1982.
- Rosenzweig, Firenze, O.S.
- Shakespeare W., *King Lear*, trad. it. *Re Lear*, Torino, Einaudi, 1956





L'invecchiamento della popolazione italiana  
in un contesto internazionale

*Antonio Golini e Agostino Lori*

*Premessa*

Per le società occidentali l'invecchiamento della popolazione costituisce il fenomeno demografico più rilevante della fine del XX secolo e sarà ancora più cospicuo nei primi decenni del XXI, a causa delle sue molteplici conseguenze di natura economica, socio-sanitaria, politica e culturale.

Da un punto di vista demografico l'invecchiamento di una popolazione consiste nell'incremento sia del *numero* delle persone anziane e vecchie, sia del loro *peso relativo* sul complesso della popolazione.

Il problema perciò non è quello dell'invecchiamento in sé, fenomeno scontato e quindi necessario, il vero problema riguarda la *velocità* e l'*intensità* dell'invecchiamento — che sono, in una certa misura, «regolabili» dalla società — e quindi anche la possibilità di saperlo prevedere e gestire. A quest'ultimo riguardo c'è da considerare che una difficoltà connessa con le tendenze e le proiezioni demografiche è che esse non danno l'idea dell'urgenza. Infatti è facile che vengano accantonati problemi che si manifesteranno se non dopo anni, eppure il 2000 è molto vicino, dista soltanto dieci anni e le scadenze matureranno «inesorabilmente» giacché si riferiscono a *persone reali* e non a eventi ipotetici: per fare un solo esempio, basti considerare che i bambini nati nel 1989 si troveranno a vivere quasi tutta la vita scolastica e l'intera vita lavorativa nel nuovo millennio.

Questo fenomeno demografico, in base al quale la quota di ultrasessantenni, in una popolazione contemporanea, potrebbe passare in pochissimi decenni dal 10 fino al 45 per cento e quella degli ultraottantenni dall'1 al 10 per cento, è senza precedenti storici ed è decisamente rivoluzionario perché altera in misura straordinaria equilibri millenari. Esso rimette infatti in discussione la struttura economica, l'organizzazione sociale, la visione del ciclo della vita, il sistema di relazioni interpersonali e intergenerazionali.

Accurate e approfondite analisi consentono di prevedere molte conseguenze dell'invecchiamento della popolazione, di modo che si possa considerare l'inevitabile invecchiamento un *processo* e non una *malattia* sociale. Per fare solo qualche esempio, già si sottolineano alcuni degli aspetti positivi di grandissimo rilievo che deriverebbero dall'invecchiamento: dall'aumento dell'età media della popolazione può derivare un forte impulso alla pace mondiale e, grazie a tale aumento, possono prefigurarsi lotte più efficaci alla malattia e alla morte, stili di vita in cui siano via via ridotti gli eccessi di alcool, fumo e alimentazione e sia data maggiore attenzione ai problemi ambientali.

### 1. *Aspetti demografici dell'invecchiamento*

*Generalità.* La distribuzione per età di una popolazione dipende dalle tendenze passate e attuali della fecondità e della mortalità e, quando queste sono rilevanti nella vita di una popolazione, dalle migrazioni.

La grande trasformazione demografica si va consumando per l'Occidente da un periodo di tempo relativamente breve: in poco più di un secolo è triplicata la durata media della vita e si è ridotta a un terzo, e anche meno, la fecondità. Il controllo sempre più efficace e vincente sulla nascita involontaria e sulla morte ha provocato una straordinaria rarefazione di questi due eventi fondamentali nella vita di una popolazione.

Per quel che riguarda l'invecchiamento, c'è da precisare che la natalità relativamente alta di 60 e più anni fa, associata con la formidabile riduzione delle malattie infettive e parassitarie e della mortalità infantile e materna e con la migliorata nutrizione, hanno consentito che si accrescesse sensibilmente il *numero* di coloro che arrivano alle età anziane e vecchie. Questo numero è aumentato anche in conseguenza dei miglioramenti generalizzati nei servizi sanitari pubblici e privati, nell'istruzione e nei redditi.

Il loro *peso proporzionale*, rispetto a tutta la compagine demografica, dipenderà invece anche, e in buona misura, da quanto variano le nascite che alimentano la parte bassa della piramide delle età. L'invecchiamento perciò è funzione di due velocità: quella con cui cresce il numero di vecchi e quella con cui decresce il numero di giovani.

Per meglio comprendere quali siano i meccanismi alla base del processo d'invecchiamento, si può ricordare che un calo più o meno accentuato della crescita della popolazione in età giovanile, dovuto principal-

mente a un calo della fecondità o delle nascite, provoca un «invecchiamento alla base» della piramide delle età, ed è stato questo il fattore che finora ha agito più intensamente. Un'accelerazione della crescita della popolazione in età anziana e senile — che è generalmente il frutto di una discesa della mortalità delle età anziane più intensa di quella relativa alle età giovani — provoca un «invecchiamento della parte alta». Ma, riguardo ai fattori dell'invecchiamento, le cose vanno comunque mutando: Caselli e Vallin, in un recente lavoro<sup>1</sup>, hanno messo in risalto come in Italia, qualunque sia l'evoluzione futura della fecondità, l'invecchiamento della parte alta della piramide delle età sarà nel prossimo futuro non solamente ineluttabile ma anche destinato ad assumere proporzioni mai registrate finora, anche se i progressi futuri della speranza di vita dovessero essere modesti.

*Andamento della fecondità.* La parte bassa della piramide delle età, alimentata da un flusso di nascite che si riduce anno dopo anno, va comunque assumendo in tutti i paesi occidentali la forma di un fuso. Bambini e ragazzi vanno rarefacendosi in misura assolutamente imprevedibile, né si riesce a intuire se e quando questa discesa possa fermarsi. Nei paesi in via di sviluppo, invece, la discesa della fecondità, pure sensibile, non ha ancora ridotto in maniera drastica le nascite, che anzi continuano a crescere in valore assoluto per il gran numero di persone che si trovano in età feconda.

In Italia la denatalità ha superato largamente quella di paesi tradizionalmente a bassa o bassissima fecondità come Francia e Svezia (si veda la tabella 1).

L'ultimo dato disponibile per l'Italia, per un singolo anno, il 1988, conferma il numero medio di figli per donna al livello di 1,3; questo valore è inferiore del 35 per cento al livello di sostituzione, cioè a 2 figli per donna i quali, sostituendo numericamente i genitori, assicurano la crescita zero della popolazione. In cifre assolute, il flusso annuale di nati vivi è stato in Italia pari a circa 1 milione lungo quasi tutto un secolo; a partire dal 1974 la discesa si è accentuata e attualmente una generazione è composta da circa 550 mila nati. Con una fecondità così bassa, il processo di invecchiamento è accelerato; può perciò mettersi in moto un circolo vizioso, che si autoalimenta, fra invecchiamento della popolazione e declino demografico dovuto a bassa natalità e alta mortalità

<sup>1</sup> Si veda G. Caselli e J. Vallin, «Mortality and Population Ageing» in *Proceedings of the International Conference on Ageing of Population in Developed Countries*, Praga, 3-7 luglio 1989.

Tabella 1. *Numero medio di figli per donna nel mondo e in alcuni paesi, 1950-85 e stima per il 1985-90.*

	1950-55	1960-65	1970-75	1980-85	1985-90
Mondo intero	5,00	4,97	4,45	3,61	3,27
Paesi in via di sviluppo	6,18	6,08	5,41	4,19	3,72
Kenia	7,51	8,12	8,12	8,12	7,81
Egitto	6,56	7,07	5,53	5,27	4,61
Argentina	3,15	3,09	3,15	3,15	2,82
Brasile	6,15	6,15	4,70	3,81	3,20
Cina	6,24	5,93	4,76	2,36	2,25
India	5,97	5,81	5,43	4,75	4,10
Turchia	6,85	6,11	5,04	3,89	3,34
Paesi sviluppati	2,84	2,69	2,20	1,93	1,85
Usa	3,45	3,31	1,97	1,82	1,77
Giappone	2,75	2,01	2,07	1,76	1,65
Urss	2,82	2,54	2,44	2,35	2,35
Ungheria	2,72	1,82	2,08	1,80	1,70
Svezia	2,21	2,33	1,89	1,66	1,60
Regno Unito	2,18	2,82	2,04	1,80	1,75
Francia	2,73	2,85	2,31	1,87	1,82
Germania federale	2,08	2,48	1,62	1,36	1,36
Italia	2,32	2,55	2,27	1,55	1,40

Fonte: Uniteci Nations, *World Popselation Prospects 1938*, New York, 1989.

e che potrebbe portare per alcune specifiche subpopolazioni addirittura alla scomparsa, come già chiaramente lasciano vedere ricerche sulle «aree di malessere demografico» italiane<sup>2</sup>.

*Andamento della mortalità.* Per quel che concerne invece l'andamento della mortalità, va rilevato come ancora al 1881 la vita media era, in Italia, di 35 anni sia per gli uomini sia per le donne e, a quell'epoca, non più del 33 per cento di una generazione riusciva a toccare i 60 anni e il 6-7 per cento gli 80. Dopo poco più di 100 anni, nel 1988 si stima che la durata media della vita abbia toccato in Italia 73 anni per gli uomini e 80 per le donne: valori molto simili si osservano nella maggior

<sup>2</sup> Si veda A. Golini e D. Mussino, «Individuazione e caratteristiche demografiche delle aree di malessere» in *Atti Convegno S.I.S.*, Perugia, 1987.

Tabella 2. *Durata media della vita (in anni) nel mondo e in alcuni paesi, 1950-85 e stima per il 1985-90.*

	1950-55	1960-65	1970-75	1980-85	1985-90		
	MF	MF	MF	MF	MF	M	M
Mondo intero	45,9	51,5	56,7	59,6	61,5	60,0	63,0
Paesi in via di sviluppo	41,0	47,6	54,2	57,6	59,7	58,6	61,0
Kenia	41,0	46,0	51,0	56,0	58,4	56,5	60,5
Egitto	42,4	47,4	52,1	58,1	60,6	59,3	62,0
Argentina	62,7	65,5	67,3	69,7	70,6	67,3	74,0
Brasile	51,0	55,9	59,8	63,4	64,9	62,3	67,6
Cina	40,8	49,5	63,2	67,8	69,4	68,0	70,9
India	38,7	45,5	50,3	55,4	57,9	57,8	57,9
Turchia	43,6	52,1	57,9	61,6	64,1	62,5	65,8
Paesi sviluppati	65,7	69,8	70,9	72,3	73,4	69,8	77,2
Usa	69,0	70,0	71,3	74,5	75,4	71,9	79,0
Giappone	63,9	69,0	73,3	76,9	78,1	75,4	81,1
Urss	64,1	69,2	68,6	67,9	69,5	65,0	74,2
Ungheria	63,9	69,0	69,9	69,6	70,1	66,5	74,0
Svezia	71,8	73,5	74,7	76,3	77,1	74,2	80,1
Regno Unito	69,2	70,8	72,0	74,0	75,2	72,4	78,1
Francia	66,5	71,0	72,4	74,7	75,6	71,7	79,8
Germania federale	67,5	70,0	70,6	73,9	74,8	71,6	78,2
Italia	66,0	69,9	72,1	74,6	75,6	72,4	79,1

Fonte: United Nations, *World Population Prospects 1988* cit.

parte dei paesi più evoluti (si veda la tabella 2) mentre per i paesi in via di sviluppo il distacco è ancora molto sensibile.

L'esame dell'evoluzione del numero di donne sopravvivenenti ai 60 e agli 80 anni di età dimostra chiaramente quanto importanti siano stati i guadagni di sopravvivenza in pochi decenni (si fa riferimento alla popolazione femminile per la maggiore sopravvivenza che la caratterizza).

Per la generazione di donne nate nel 1870, quelle sopravvivenenti a 60 anni, nel 1930, erano il 35 per cento; poi questa proporzione è continuamente salita fino al 62 per cento della generazione nata nel 1919. Ci si aspetta che la proporzione di donne che sono riuscite a toccare gli 80 anni salga dal 12 per cento della generazione del 1870 al 27 per cento per quella nata nel 1919: una proporzione che è cresciuta da 1 a 2,25 nel giro di soli 49 anni. Infatti è proprio la popolazione con 80

anni e più il segmento di popolazione che in tutto il mondo sviluppato è cresciuto di gran lunga più in fretta di tutti gli altri.

Sembra, alla luce dell'esperienza storica, abbastanza sicuro che il 90 per cento delle generazioni femminili arrivi a toccare il traguardo dei 60 anni. La domanda più rilevante diventa allora *quando* questo potrà accadere, se più in fretta e quindi già con la generazione di donne nate nel 1940, o più lentamente, con la generazione nata nel 1960. Altrettanto sicuro sembra il fatto che il 50 per cento delle generazioni femminili arrivi a toccare il traguardo degli 80 anni; questo potrebbe accadere già con le generazioni nate nel 1935-40, mentre le generazioni nate nel 1960 potrebbero arrivarci addirittura per il 60 per cento.

Ai fini della piena valutazione della portata futura del grado e della velocità dell'invecchiamento della popolazione, però, quello che sembra fondamentale è sapere se il numero di sopravvivenuti a 80 anni di una generazione riuscirà a raggiungere la quota del 70-80 per cento e se la vita media residua a 80 anni riuscirà a toccare i 10-15 anni (attualmente nelle tavole per contemporanei il valore per le femmine è di 7,4). Nelle condizioni psicofisiche in cui si vengono a trovare i grandi vecchi (cioè gli ultraottantenni), al giorno d'oggi, il conseguimento di questi due traguardi creerebbe problemi di enorme portata in tutte le società avanzate, in quanto gli anni di vita che si possono aggiungere all'attuale vita media, se si realizzassero queste condizioni, sono quasi tutti in prossimità degli 80 anni.

Alla luce delle cognizioni attuali, si pensa da parte di alcuni demografi (i biologi hanno differenti criteri e metri di valutazione e di giudizio e si spingono ben più in là nelle stime) che la vita media possa in un prossimo futuro toccare il traguardo dei 90 anni e che la proporzione dei sopravvivenuti a 80 anni possa per l'appunto arrivare al 70-80 per cento (o addirittura, secondo altri studiosi, al 92 per cento).

In tale situazione ci si può chiedere quali benefici ci si possa aspettare da questi incrementi. Infatti, per diversi studiosi guadagni nella longevità attualmente possono rappresentare solo anni aggiunti di malattie croniche. I trattamenti di queste malattie potrebbero essere solo palliativi utili a posporre la morte, lasciando la salute del paziente seriamente danneggiata. Se invece la lotta all'invecchiamento biologico, verso la quale in tutto il mondo sviluppato si vanno destinando risorse ingenti (anche in Italia è stato recentemente varato dal Cnr un programma finalizzato «invecchiamento»), dovesse rivelarsi vincente anche parzialmente, allora tutto il capitolo della durata media della vita e delle condizioni psicofisiche nella sua parte terminale dovrebbe essere riscritto.

Uno degli aspetti più interessanti e più importanti dell'andamento della mortalità riguarda le *differenze fra i due sessi*. Gli uomini sono caratterizzati a tutte le età della vita da un'accentuata supermortalità, che si va accrescendo con l'età via via che aumenta la mortalità dovuta a tumori e malattie cardiocircolatorie, verso cui le donne hanno una sorta di «protezione» le cui cause sono in larga parte ancora sconosciute; le differenze di mortalità sono perciò cresciute proprio nelle età anziane e senili, nelle quali si ritrova quindi una larga eccedenza di donne che aumenta al crescere dell'età. In tutte le società sviluppate le donne vivono in media più a lungo degli uomini: la durata media della vita femminile eccede quella maschile di oltre 8 anni in Francia, in Finlandia e nell'Urss, di 6-7 anni in quasi tutti gli altri paesi europei (Italia compresa) e in Nord America. Nei paesi in via di sviluppo la differenza è generalmente inferiore e si aggira sui 3-6 anni. Le più recenti tendenze sembrano suggerire la possibilità di un livellamento o di un rovesciamento di tali differenze, ma è ancora troppo presto per dire se la differenza maschi-femmine nella vita si restringerà effettivamente. È comunque questo un aspetto di enorme rilievo che va seguito con la massima attenzione.

*Definizione e classificazione della popolazione anziana.* In base a quanto finora specificato, risulta evidente come la classificazione della popolazione anziana accettata in sede internazionale appaia eccessivamente sintetica in quanto assai spesso riunisce la popolazione anziana in un unico gruppo al di sopra dei 60 e dei 65 anni, facendo inoltre riferimento al gruppo degli ultraottantenni per definire i cosiddetti «grandi vecchi». Tuttavia una definizione dinamica di «anziano», che dovrebbe basarsi su dati biofisiologici (del variare della capacità e dell'autonomia psicofisica in media con l'età), è assai difficile da dare. Questa definizione è troppo legata, infatti, alle condizioni ambientali e alla storia passata e presente, comprese le abitudini di vita, delle generazioni che si trovano a convivere in una stessa popolazione.

Per tener conto di questa variabilità temporale della condizione dell'anziano, si è proposta una definizione basata su metodi biostatistici, che reputa vecchia la popolazione che può aspettarsi di vivere in media ulteriori  $n$  anni. La considerazione di base è che sarebbero, in ogni caso e per tutti,  $n$  gli anni lungo i quali agirebbe la «capacità biologica» di resistere alla mortalità<sup>3</sup>. Secondo tale criterio e scegliendo per esempio

<sup>3</sup> Si veda V. Egidi, «Durata della vita, invecchiamento e stato di salute», in *L'invecchiamento della popolazione in Italia e nelle società occidentali*, Roma, Irp, 1987.



$n = 10$  dovrebbe essere ritenuta vecchia la popolazione del 1901 che aveva 66 anni o più, giacché a quell'epoca tanto i maschi quanto le femmine, arrivati a 66 anni, potevano aspettarsi di vivere ulteriori 10 anni. Nel 1985 dovrebbero invece considerarsi vecchie, in base a questo criterio, la popolazione maschile con 71 anni e più e la popolazione femminile con 76 anni e più.

Sulla definizione di anziano sono state recentemente avanzate due proposte metodologiche: la prima, legata all'efficienza, allo stato di salute, all'integrità fisica e psichica, considera l'individuo «anziano» non più sulla base del numero complessivo di anni che ha ancora da vivere, ma in base al numero di anni che può vivere in buona salute<sup>4</sup>; la seconda proposta determina l'età di vecchiaia in base a una soglia, fissata in corrispondenza dell'età in cui la durata media dell'ulteriore sopravvivenza risulta pari a una certa aliquota della vita vissuta fino al raggiungimento della soglia stessa<sup>5</sup>.

Tali nuove ottiche attraverso cui osservare il fenomeno dell'invecchiamento potrebbero consentire di riconsiderare e ridimensionare il problema dell'aumento della popolazione anziana nelle società moderne e delle conseguenze economiche e sociali del loro crescente invecchiamento. Su di esse, però, c'è ancora da lavorare, magari mettendo insieme dati statistico-demografici con dati clinici.

*Misure dell'invecchiamento.* Le prime ovvie misure fanno riferimento alla *quantità assoluta* di persone anziane presenti in una popolazione e alla *velocità della sua crescita*, che può a sua volta essere vista in termini assoluti (incremento assoluto medio annuo) e in termini relativi (tasso di incremento medio annuo).

Le misure *relative*, o indicatori dell'invecchiamento, fanno riferimento a una serie di rapporti fra i quali i più usati sono: *a)* la percentuale di popolazione con 60 (o 65) anni e più sul totale della popolazione; *b)* la percentuale di popolazione con 80 anni e più; *c)* la percentuale dei «grandi vecchi» sul totale degli anziani (popolazione con 80 anni e più rispetto a 60 o 65 e più); *d)* il rapporto, moltiplicato per cento, fra popolazione con più di 65 anni (o 60) e popolazione con meno di 15 anni (rapporto usualmente chiamato «indice di vecchiaia»); *e)* rapporto, moltiplicato

<sup>4</sup> Si veda V. Egidi, «Stato di salute e morbosità della popolazione» in *Secondo rapporto sulla situazione demografica italiana*, Roma, Isp, 1988.

<sup>5</sup> Si veda A. De Simoni, «Un semplice criterio per determinare l'età di vecchiaia» tenendo conto dell'evoluzione della speranza di vita: applicazione all'esperienza italiana degli ultimi cento anni» in *Atti della giornata di studi sugli aspetti biologici della sopravvivenza*, Messina, 3-4 novembre 1989.

per cento, fra popolazione con più di 60 (o 65) anni e popolazione in età compresa fra 20 e 59 (o 64 anni) (rapporto usualmente chiamato «indice di dipendenza della popolazione anziana»).

## 2. *L'invecchiamento in Italia e nel resto del mondo*

*Italia.* I valori riportati nelle tabelle 3 e 4 e gli andamenti delle figure 1 e 2 evidenziano la dinamica dell'invecchiamento della popolazione italiana dopo l'Unità, con prospettive fino ai primi due decenni del XXI secolo; nelle tabelle sono anche contenuti alcune misure e alcuni indicatori dell'invecchiamento.

La grande svolta dell'invecchiamento si è avuta in questo secolo: il numero delle persone in età 0-19 anni, che durante i primi ottant'anni si era mantenuto intorno a un livello abbastanza costante di 15-17 milioni di unità, dovrebbe, nei prossimi cinquant'anni, registrare un forte decremento che lo porterebbe ad attestarsi, intorno al 2030, sui 7 milioni di unità. Al contrario, gli ultrasessantenni dovrebbero salire nello stesso periodo dai 3 ai 17 milioni. La popolazione della classe di età 0-19 anni, che era nel 1970 il doppio di quella della classe 60 anni e più, diventerà nel 2020 la metà, facendosi così assistere a un completo capovolgimento della proporzione delle classi di età.

E negli ultimi vent'anni, durante i quali ogni tre anni di calendario si è avuto un incremento di un anno nella durata media della vita, e in particolare dopo il 1974, data di inizio del grande declino della fecondità italiana, che il fenomeno dell'invecchiamento è diventato manifesto in tutta la sua portata. Nel periodo 1981-88 la popolazione con meno di vent'anni è diminuita di 337.000 unità ogni anno, gli ultrasessantenni sono aumentati, ogni anno, di 218.000 unità e gli ultraottantenni nella misura di 60.000 all'anno. Non meno intensi saranno nel prossimo decennio la velocità di crescita — fortissima e tale da comportare un raddoppio della popolazione molto vecchia ogni 16 anni — e l'incremento assoluto che toccherà le 82.000 persone all'anno. Per il 2018 una persona su quattro di tutta la popolazione anziana sarà ultraottantenne.

Nel futuro più lontano la crescita degli ultrasessantenni e degli ultraottantenni sarà rallentata in termini assoluti e relativi, ma coinciderà con una scontata diminuzione del resto della popolazione. Fra il 1998 e il 2018 le persone con 60 anni e oltre dovrebbero accrescersi annualmente di 112.000 unità, ma tutto il resto della popolazione, quella con meno di 60 anni nell'ipotesi di fecondità costante e quindi nemmeno la più pessimistica, dovrebbe calare di 317.000 unità. Crescerà quindi

Tabella 3. *Popolazione totale, anziana e vecchia in Italia, 1861-1988 e previsioni fino a 2018.*

Classi di età	1861	1901	1951	1981	1988	1998	2018
Valori assoluti (in migliaia)							
<i>Totale</i>	26.328	34.015	47.540	56.557	57.399	57.814	53.713
0-19	11.465	14.849	16.471	16.816	14.790	11.840	9.216
20-59	13.136	15.901	25.293	29.890	31.451	32.658	28.949
60-79	1.627	3.061	5.267	8.604	9.550	10.887	11.909
80 e più	100	204	509	1.247	1.607	2.429	3.640
Valori in percentuale							
<i>Totale</i>	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
0-19	43,5	43,7	34,7	29,7	25,8	20,5	17,2
20-59	49,9	46,7	53,2	52,9	54,8	56,5	53,9
60-79	6,2	9,0	11,1	15,2	16,6	18,8	22,1
80 e più	0,4	0,6	1,0	2,2	2,8	4,2	6,8

N.B.: a) popolazione riferita alla fine dell'anno per 1861, 1951 e 1981, all'inizio dell'anno per le altre date; b) popolazione dei censimenti, ricostruita a confini attuali, fino al 1981, stima Istat per il 1988; c) previsioni Isp per il 1998 e 2018, ipotesi di fecondità costante e migrazioni nulle.

Fonte: elaborazioni sulle fonti indicate.

Tabella 4. *Incremento assoluto e velocità di incremento della popolazione anziana e vecchia in Italia, 1861-1988 e previsioni fino al 2018.*

Classi di età	1861-1901	1901-1951	1951-1981	1981-1988	1988-1998	1998-2018
Incremento medio annuo (in migliaia)						
0-19	85	32	12	-337	-295	-131
20-59	69	188	153	260	121	-186
60-79	36	44	111	158	134	51
80 e più	2	6	25	60	82	61
Tasso di incremento medio annuo (valori in percentuale)						
0-19	0,65	0,21	0,07	-2,12	-2,20	-1,24
20-59	0,48	0,93	0,56	0,85	0,38	-0,60
60-79	1,59	1,09	1,65	1,75	1,32	0,45
80 e più	1,80	1,85	3,03	4,32	4,22	2,04

N.B.: a) popolazione riferita alla fine dell'anno per 1861, 1951 e 1981, all'inizio dell'anno per le altre date; b) popolazione dei censimenti, ricostruita a confini attuali, fino al 1981, stima Istat per il 1988; c) previsioni Isp per il 1998 e 2018, ipotesi di fecondità costante e migrazioni nulle.

Fonte: elaborazioni sulle fonti indicate.

Figura 1. *Popolazione giovane e anziana in Italia (dal 1988 prevista in assenza di migrazioni e in regime di fecondità costante; valori in migliaia).*

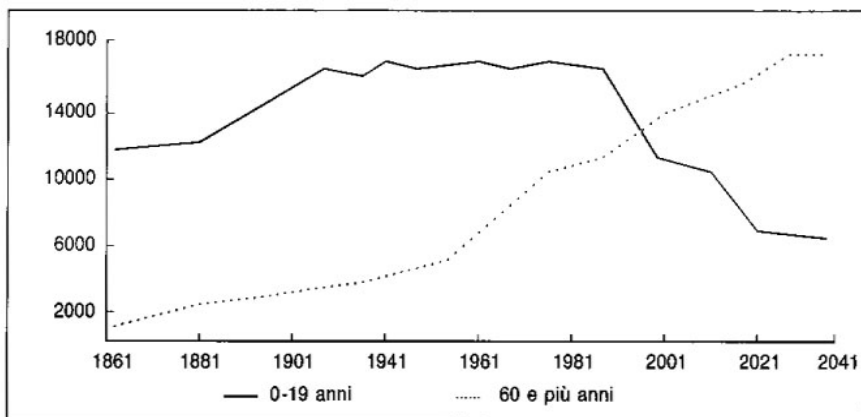
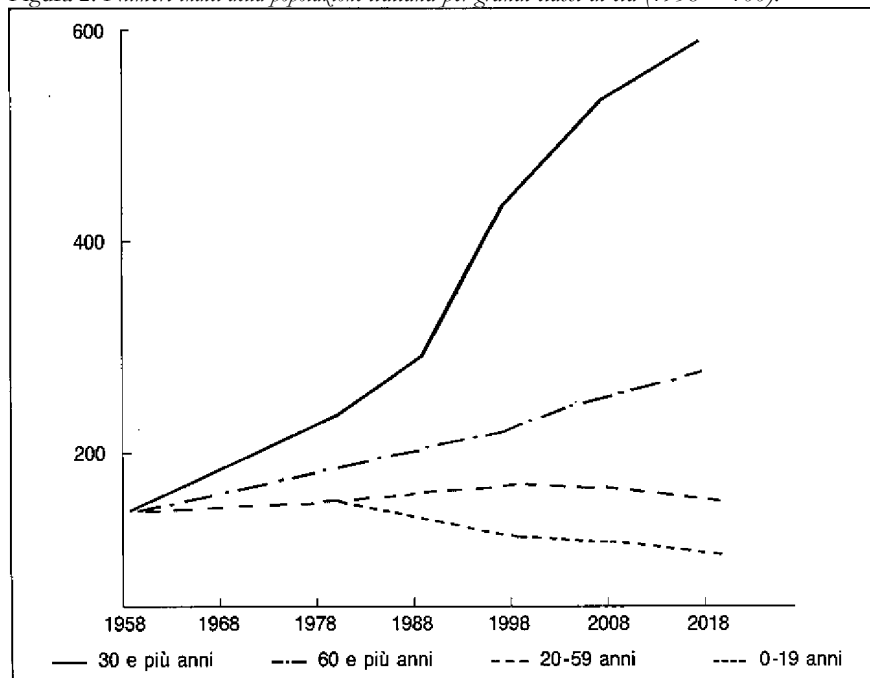


Figura 2. *Numeri indici della popolazione italiana per grandi classi di età (1958 = 100).*



molto sensibilmente il peso relativo della popolazione anziana e vecchia sul resto della popolazione e questo è riscontrabile sia nell'indice di vecchiaia, sia nell'indice di dipendenza degli anziani dalla popolazione in età lavorativa (si veda la tabella 5).

L'accentuarsi nel tempo della supermortalità maschile fa sì che la popolazione anziana sia sempre più una popolazione composta prevalentemente di donne. Negli anni recenti le donne rappresentano il 58 per cento del totale fra gli ultrasessantenni; fra gli ultraottantenni due su tre sono donne, ammontando (1988) queste ultime a 1.083.000 e gli uomini a 524.000.

*Il resto del mondo.* L'andamento temporale e le differenze territoriali della popolazione anziana e vecchia e dei processi di invecchiamento nel mondo sono ben evidenti nelle tabelle 6-8 e nelle figure 3-4, per cui ci si limita in questo contesto a qualche breve considerazione.

L'invecchiamento costituisce, almeno per ora, un problema del mondo sviluppato. Infatti i paesi a sviluppo avanzato (PSA), nonostante avessero al 1985 soltanto il 24 per cento della popolazione mondiale, comprendevano il 44 per cento degli ultrasessantenni (189 milioni su 432) e il 62 per cento degli ultraottantenni (28 milioni su 45). Sul totale della popolazione, le persone con 60 anni e oltre rappresentano (1985) il 16,1 per cento nei PSA contro il 6,6 dei paesi in via di sviluppo (PVS), con un rapporto perciò di 2,4 a 1; i grandi vecchi (80 anni e più) contano invece per il 2,4 per cento nei PSA e per lo 0,5 nei PVS con un rapporto di 4,8 a 1.

Se nei paesi in via di sviluppo il fenomeno è attualmente di scarsa rilevanza, c'è da sottolineare come esso tende a crescere a velocità fortissima, maggiore di quella dei PSA. Nei primi, infatti, gli ultrasessantenni dovrebbero passare fra il 1985 e il 2020 da 243 a 715 milioni, con un incremento del 194 per cento; nei secondi, invece, da 189 a 318 milioni, con un incremento del 68 per cento.

Fra i paesi sviluppati, la Svezia è attualmente il più «vecchio» paese del mondo, con il 23,6 per cento di ultrasessantenni e il 4 di ultraottantenni. Il Giappone è, d'altra parte, il paese che «invecchierà» con la maggior velocità. La proporzione di ultrasessantenni pari al 14,8 per cento nel 1985 dovrebbe divenire pari al 29 per il 2020. L'Italia si colloca ai primi posti, con percentuali (1985) di anziani (18,4) e di vecchi (2,5) che tendono a crescere molto in fretta. Nei paesi a sviluppo avanzato, con 60 anni o più c'era 1 persona su 9 nel 1950 e dovrebbe essercene 1 su 4 nel 2020; con 80 o più 1 persona su 100 nel 1950 e 1 su 25 nel 2020. Una rivoluzione di straordinaria portata, consumata nel giro di soli settant'anni.

Tabella 5. *Indicatori dell'invecchiamento della popolazione italiana e loro variazioni medie annue, 1861-1988 e previsioni fino al 2018. Valore dell'indicatore (moltiplicato per cento).*

	1861	1901	1951	1981	1988	1998	2018
	Indice di vecchiaia						
P65 + /P0-15	13,2	17,7	31,4	59,7	77,2	116,9	184,3
	Indice di dipendenza degli anziani						
P60 + /P20-59	13,1	20,5	22,8	33,0	35,5	40,8	53,7
	Percentuale di donne sul totale degli anziani						
P60+	48,8	50,7	55,1	57,9	58,0	57,6	56,7
P80+	48,2	51,3	56,9	67,1	67,4	66,4	64,1

N.B.: a) popolazione riferita alla fine dell'anno per 1861, 1951 e 1981, all'inizio dell'anno per le altre date; b) popolazione dei censimenti, ricostruita a confini attuali, fino al 1981, stima Istat per il 1988; c) previsioni Irp per il 1998 e 2018, ipotesi di fecondità costante e migrazioni nulle.

Fonte: elaborazioni sulle fonti indicate.

Tabella 6. *Popolazione al 1985 (in milioni di abitanti) e percentuale di popolazione con 60 anni e più nel mondo e in alcuni paesi, 1950-85 e previsioni fino al 2020.*

	1985	1950	1979	1985	2000	2020
Mondo intero	4.854	8,0	8,3	8,9	9,8	12,8
Paesi in via di sviluppo	3.680	6,3	6,0	6,6	7,6	10,6
Kenia	20,4	6,3	5,9	4,5	3,7	4,2
Egitto	48	5,2	6,7	6,1	6,3	10,1
Argentina	30,3	7,0	10,7	12,6	13,6	15,3
Brasile	136	4,2	5,4	6,6	8,0	12,1
Cina	1.060	7,5	6,8	8,2	10,3	16,6
India	769	5,6	6,0	6,7	7,8	10,9
Turchia	50	6,0	7,0	6,4	8,3	11,8
Paesi sviluppati	1.174	11,4	14,2	16,1	18,7	23,7
Usa	239	12,1	14,0	16,5	16,8	24,2
Giappone	121	7,7	10,6	14,8	21,7	29,1
Urss	277	9,0	11,5	13,5	16,9	19,1
Ungheria	10,6	11,3	17,2	18,1	19,9	25,1
Svezia	8,4	14,9	19,6	23,6	22,8	29,0
Regno Unito	57	15,5	18,7	20,7	20,4	25,2
Francia	55	16,2	18,1	18,2	19,9	25,4
Germania federale	61	14,0	19,3	20,2	23,8	29,7
Italia	57	12,2	16,1	18,4	22,4	27,2

Fonte: United Nations, *World Population Prospects 1988* cit.

Le previsioni elaborate dalle Nazioni Unite e presentate nelle tabelle 6, 7 e 8 si basano, per l'Italia, su ipotesi di ripresa della fecondità. Per questo motivo i valori stimati per il nostro paese non sono immediatamente confrontabili con quelli derivanti dalle proiezioni Irp (a tassi di fecondità costanti) presentati in altre tabelle.

Tabella 7. *Popolazione con 80 anni e più nel mondo e in alcuni paesi, 1950-85 e previsioni fino al 2020 (valori in percentuale).*

	1950	1970	1985	2000	2020
Mondo intero	0,5	0,7	0,9	1,1	1,5
Paesi in <i>via di</i> sviluppo	0,3	0,4	0,5	0,6	1,0
Kenia	0,4	0,5	0,4	0,4	0,4
Egitto	0,2	0,4	0,5	0,5	0,8
Argentina	0,5	0,8	1,2	1,7	2,1
Brasile	0,3	0,4	0,6	0,8	1,3
Cina	0,3	0,5	0,6	1,0	1,7
India	0,3	0,3	0,4	0,5	1,0
Turchia	0,3	0,3	0,5	0,6	1,1
Paesi sviluppati	1,0	1,5	2,4	2,8	4,1
Usa	1,1	1,8	2,5	3,3	3,9
Giappone	0,4	0,9	1,8	2,9	5,9
Urss	0,7	1,1	2,2	2,0	3,2
Ungheria	0,8	1,5	2,2	2,3	3,4
Svezia	1,5	2,3	4,0	5,0	5,5
Regno Unito	1,5	2,2	3,2	3,7	4,3
Francia	1,7	2,3	3,3	3,2	4,6
Germania federale	1,0	1,9	3,1	3,6	5,9
Italia	1,1	1,8	2,5	3,2	5,4

Fonte: United Nations, *World Population Prospects 1988* cit.

Grandissime sono nei paesi sviluppati le differenze territoriali nell'invecchiamento della popolazione, con aree che hanno, come percentuale, meno del 6 per cento di ultrasessantenni e aree che ne hanno più del 23. C'è in Europa una fascia di fortissimo invecchiamento che corre dal Nord al Sud, dalla Svezia all'Italia, lungo un semicerchio che inizia nella parte centro-meridionale di Svezia e Norvegia, passa per la parte centro-meridionale del Regno Unito, per quella meridionale della Francia e per quella centrale della penisola iberica per terminare in Italia in alcune province liguri e piemontesi. È il gioco di tutta la demografia del passato - nascite, morti, urbanizzazione, spopolamento rurale e montano, migrazioni internazionali - che si combina variamente nei diversi paesi europei per dar luogo alla situazione attuale.

*Differenze territoriali sub-nazionali.* Rilevanti sono pure le differenze territoriali che si riscontrano nelle ripartizioni italiane (si veda la t a-

Tabella 8. *Tasso di incremento medio annuo della popolazione anziana e vecchia, 1985-2020 (valori in percentuale).*

	60 anni e più		80 anni e più	
	1985-2000	2000-20	1985-2000	2000-20
Mondo intero	2,36	2,65	2,65	3,07
Paesi in via di sviluppo	2,98	3,26	4,15	3,90
Kenia	2,83	3,77	2,66	3,53
Egitto	2,54	3,83	2,68	3,66
Argentina	1,71	1,57	3,41	1,99
Brasile	3,22	3,47	4,38	3,75
Cina	2,83	3,08	4,77	3,55
India	3,05	3,09	4,59	4,49
Turchia	3,68	3,05	2,71	4,64
Paesi sviluppati	1,48	1,51	1,55	2,20
Usa	0,81	2,38	2,60	1,26
Giappone	3,06	1,51	3,64	3,61
Urss	2,24	1,15	-0,01	2,94
Ungheria	0,54	1,06	0,03	1,96
Svezia	-0,24	1,13	1,48	0,42
Regno Unito	0,01	1,07	1,12	0,83
Francia	0,96	1,40	0,22	2,01
Germania federale	0,97	0,73	0,87	2,02
Italia	1,42	0,78	1,80	2,48

Fonte: United Nations, *World Population Prospects 1988* cit.

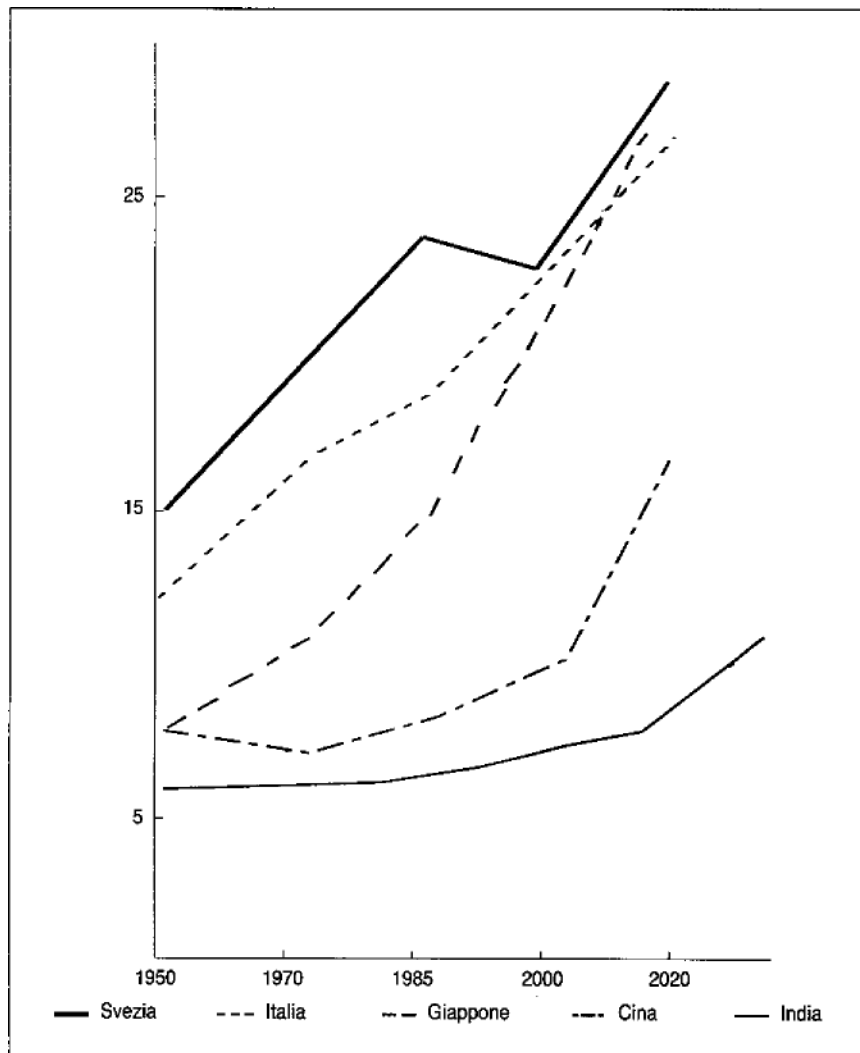
bella 9). La percentuale di popolazione con 60 anni e più presenta al 1988 uno scarto di 4,8 punti fra Centronord (21,2) e Mezzogiorno (16,4), scarto che tende a dilatarsi fortemente con il passare del tempo: nella ipotesi di fecondità costante tale divario arriva a 7,2 punti nel 1998 e a 12 nel 2018. A quell'epoca potrebbe essere anziano o vecchio quasi 1 abitante su 3 nel Centronord e 1 su 5 nel Mezzogiorno.

Lo stesso andamento si riscontra nella popolazione con 80 anni e più: una differenza di 0,9 punti percentuali al 1988 che dovrebbe accrescersi nel tempo fino al 2018, quando il Centronord potrebbe avere una proporzione doppia di ultraottantenni rispetto al Mezzogiorno. L'età media della popolazione dovrebbe essere di 41 anni nella parte meridionale del paese e di oltre 49 in quella centrosettentrionale.

Più forti sono le differenze fra le varie regioni: il minimo invecchiamento spetta alla Campania, nella quale la fecondità si è mantenuta piut-

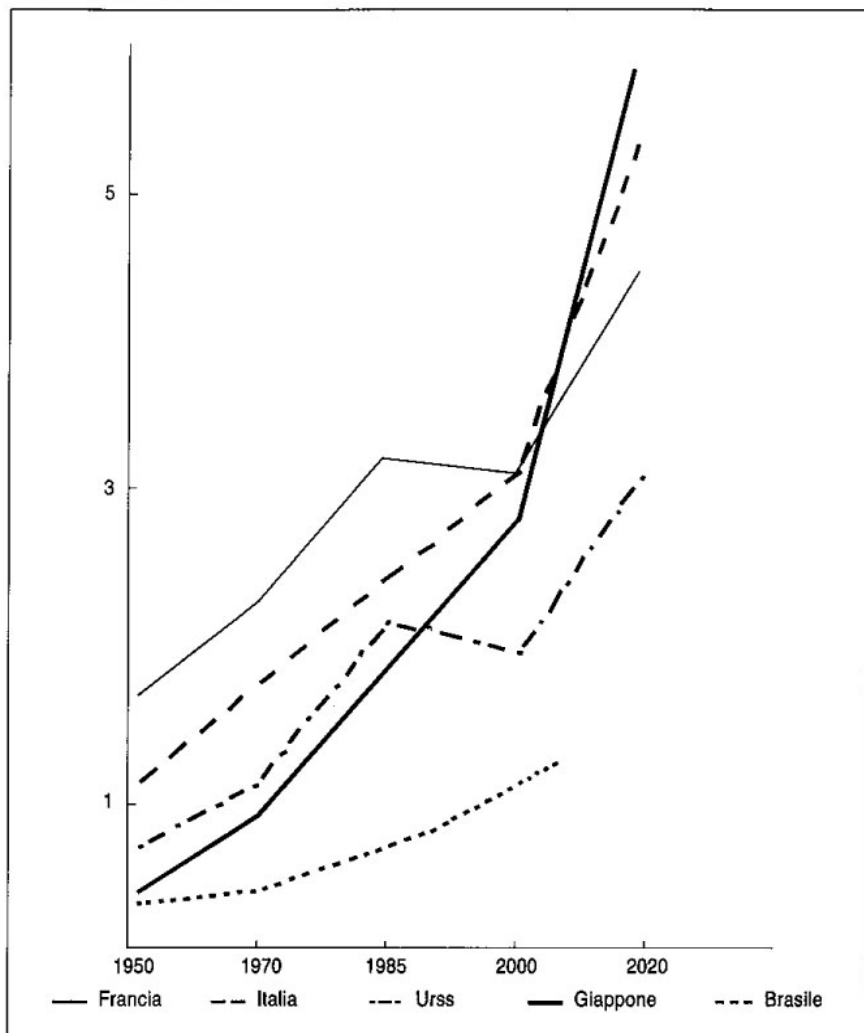


Figura 3. *Proporzione della popolazione anziana con 60 anni e più in alcuni paesi, 1950-2020 (valori in percentuale).*



tosto elevata fino a pochissimi anni fa, mentre il massimo compete alla Liguria, regione nella quale la denatalità è stata più precoce e più intensa che in qualsiasi altra regione italiana e verso la quale vi è un non trascurabile flusso migratorio di pensionati che vi si recano a trascorrere

Figura 4. *Proporzione della popolazione anziana con 80 anni e più in alcuni paesi, 1950-2020 (valori in percentuale).*



la parte finale della vita. Le differenze sono tali che al 1988 è ultrasessantenne 1 abitante su 4 in Liguria e 1 su 7 in Campania. Nell'ipotesi di fecondità costante, al 2018 in Liguria quasi il 40 per cento degli abitanti avrebbe 60 anni o più e 111 per cento ne avrebbe 80 o più; in

Tabella 9. *Differenze territoriali nella percentuale di popolazione anziana vecchia e nell'età media della popolazione, 1955-88, e previsioni fino al 2018.*

	1955	1970	1988	1998	2018
	60 anni e più				
Italia	12,6	15,9	19,4	23,0	28,9
Centronord	13,6	17,0	21,2	25,8	34,0
Mezzogiorno	10,8	13,9	16,4	18,6	22,0
Liguria	16,8	21,5	26,8	31,4	38,0
Campania	10,0	12,4	14,7	17,0	20,4
	80 anni e più				
Italia	1,1	1,8	2,8	4,2	6,8
Centronord	1,2	1,8	3,1	4,9	8,6
Mezzogiorno	1,1	1,6	2,2	3,0	4,3
Liguria	1,6	2,6	4,5	6,8	10,6
Campania	0,9	1,3	1,8	2,6	4,1
	Età media fin anni)				
Italia	n. d.	n. d.	37,9	40,8	45,7
Centronord	n. d.	n. d.	39,7	43,1	49,1
Mezzogiorno	n. d.	n. d.	34,8	36,9	41,0
Liguria	n. d.	n.d.	43,3	46,4	51,7
Campania	n. d.	n.d.	33,5	35,7	39,7

Fonte: elaborazioni su dati Dipartimento di Scienze demografiche de «La Sapienza» di Roma e Irp. Per le previsioni: ipotesi di fecondità costante.

Campania il processo di invecchiamento sarà assai meno intenso e nel 2018 i suoi abitanti potrebbero avere un'età media di 40 anni contro i 52 dei liguri.

Ancora più ampio è il divario che si riscontra fra provincia e provincia e fra zone territoriali all'interno di una stessa regione o di una stessa città. In numerosi piccoli comuni delle zone interne del Centronord, per anni e anni non si è registrata una sola nascita, sicché si possono individuare comprensori di comuni in cui la percentuale di ultrasessantenni arrivava già, al censimento del 1981, al 35-40 per cento e quella di ultrasettantacinquenni al 15-20 per cento (a livello di singoli comuni non si hanno dati per le età superiori ai 75 anni).

Non meno importanti e significative sono le differenze all'interno delle grandi città; è ben noto che i centri storici sono molto più «vec-

chi» dei quartieri periferici e questa circostanza contribuisce non poco al loro degrado. Ma anche le città di media ampiezza sono ormai investite da questo fenomeno: a Brescia, ad esempio, la proporzione di ultrasessantenni è, nella nona circoscrizione, più di 2 a 1 rispetto a quella della quinta; per gli ultraottantenni lo squilibrio fra le due circoscrizioni è di 4 a 1.

Una situazione tanto diversificata pone problemi politici e organizzativi di grande portata e di non facile soluzione. Innanzitutto la questione dell'allocazione di risorse e di localizzazione di strutture e servizi socio-sanitari; in secondo luogo il problema della razionalizzazione delle risorse esistenti: per fare un solo esempio, l'opportunità della riconversione del personale e dei reparti ospedalieri in funzione dell'assai ridotto flusso di nascite e dell'assai incrementato flusso di anziani e di vecchi.

### 3. Condizioni di vita dell'anziano

*La struttura demografico familiare.* La presenza e il ruolo della famiglia sono intimamente legati al benessere economico, sociale e psicologico degli anziani. Così come la morte di membri della famiglia o la loro grande distanza assumono crescente importanza nell'invecchiamento degli individui, l'insieme delle risposte individuali a tali circostanze assume grande rilevanza per la società nel suo complesso. Le modificazioni nello *stato civile* e nella sistemazione abitativa costituiscono perciò componenti essenziali nell'analisi dell'invecchiamento.

Dall'esame dei dati internazionali si vede come da un terzo alla metà degli anziani (con riferimento, per la disponibilità dei dati, ai primi anni ottanta e alle persone con 65 anni e più) sono vedovi e fra le persone con 75 anni e più la proporzione va dal 46 al 61 per cento. L'Italia si trova in una situazione intermedia sia per la percentuale dei vedovi ultrasessantacinquenni, 37 per cento, sia per quella dei vedovi fra gli ultrasettantacinquenni, 54 per cento; trent'anni prima, al 1951, le proporzioni dei vedovi erano più alte e pari rispettivamente al 42 e al 58 per cento: il calo della mortalità ha infatti aumentato anche la probabilità di sopravvivenza della coppia.

A essere vedovi sono però soprattutto le donne, che hanno per l'appunto una probabilità molto più elevata di ritrovarsi a vivere sole. La assai diversa distribuzione per stato civile fra maschi e femmine nelle età anziane è largamente spiegata dalla differente longevità dei due sessi. Ci sono altri fattori importanti, come la tendenza degli uomini a spo-

sare donne più giovani di 3-4 anni e la maggiore probabilità di un nuovo matrimonio per gli uomini rimasti soli. I dati del censimento del 1981 dimostrano come in Italia nelle età 60-69 anni siano ancora sposati circa 9 persone su 10 tra gli uomini e solo 6 su 10 tra le donne; nelle età 80 e oltre lo è ancora più di i uomo su 2 e soltanto 1 donna su 8. Al censimento si sono contati in tutte le età 3.242.000 vedove e 656.000 vedovi, con un rapporto di circa 5 a 1. Certo, questo divario fra i sessi non aiuta a vivere serenamente la propria vecchiaia dal punto di vista psicologico e pratico. Anche fra separati e divorziati le donne sono più frequenti, ma la percentuale di persone separate e divorziate fra gli anziani e i vecchi è tuttora molto ridotta, trattandosi di generazioni fra le quali la rottura del matrimonio era ancora poco diffusa. Le proporzioni più elevate si riscontrano in Svezia, dove fra gli ultrasessantacinquenni sono separati o divorziati il 4,9 per cento degli uomini e il 5,6 delle donne (Italia: 0,7 per cento). Questo aspetto del problema diverrà in prospettiva molto importante, man mano che arriveranno alle età più avanzate le generazioni in cui il divorzio va diffondendosi con grande intensità: in Inghilterra, in Svezia e in Danimarca fra i più giovani si è arrivati al 43-45 per cento di scioglimenti per divorzio.

Attualmente — e molto di più in futuro — la famiglia si trova gravata per una durata di tempo assai più lunga che nel passato di un numero molto maggiore di anziani a cui fornire cure, assistenza economica e altri sostegni. Per di più, questo accade quando il processo di urbanizzazione e di sviluppo economico ha profondamente mutato la natura della famiglia, passata da quella estesa e composita a quella nucleare, dove l'importanza della persona sola e dell'anziano è largamente aumentata.

Al 1988 in Italia in 1 famiglia su 3 è presente un anziano di 65 anni e più e in 1 su 7 un vecchio di 75 anni e oltre. Ad avere una maggiore proporzione di famiglie con anziani e vecchi sono i centri urbani del Centro-nord e i piccolissimi comuni del Mezzogiorno, svuotati nelle fasce centrali da una massiccia emigrazione; le minori proporzioni si riscontrano nei comuni contermini ai centri urbani.

Nel mondo occidentale è diventato sempre più comune vivere da soli e questo fenomeno sta diventando la norma in alcuni paesi sviluppati. Dati recenti riguardanti gli Usa, il Canada, il Regno Unito e l'Australia, mettono in luce che quasi un terzo degli ultrasessantacinquenni vivono soli; tra le persone con 75 anni e più tale condizione è vissuta, al 1985, dalla metà delle donne e da un quinto degli uomini. Valori molto simili si riscontrano anche per l'Italia (si veda la tabella 10), con non piccole differenze fra Nord e Sud, soprattutto per le età meno anziane.

L'inchiesta multiscope sulla famiglia del 1988, condotta dall'Istat,

Tabella 10. *Anziani che vivono in famiglie unipersonali in Italia, 1983 e 1987 (valori in percentuale).*

Classi di età	1983			1987		
	Centronord	Mezzogiorno	Italia	Centronord	Mezzogiorno	Italia
	Stessa età					
55-64	8,9	5,8	7,9	9,2	7,4	8,7
65-74	18,1	12,5	16,4	20,6	16,1	19,2
75 e più	25,2	24,5	25,0	33,0	31,8	32,7
	Donne fra le famiglie unipersonali					
55-64	74,9	79,8	76,2	71,4	84,2	75,0
65-74	79,0	75,5	78,3	83,5	88,3	84,9
75 e più	83,0	77,0	81,3	83,9	84,4	84,0

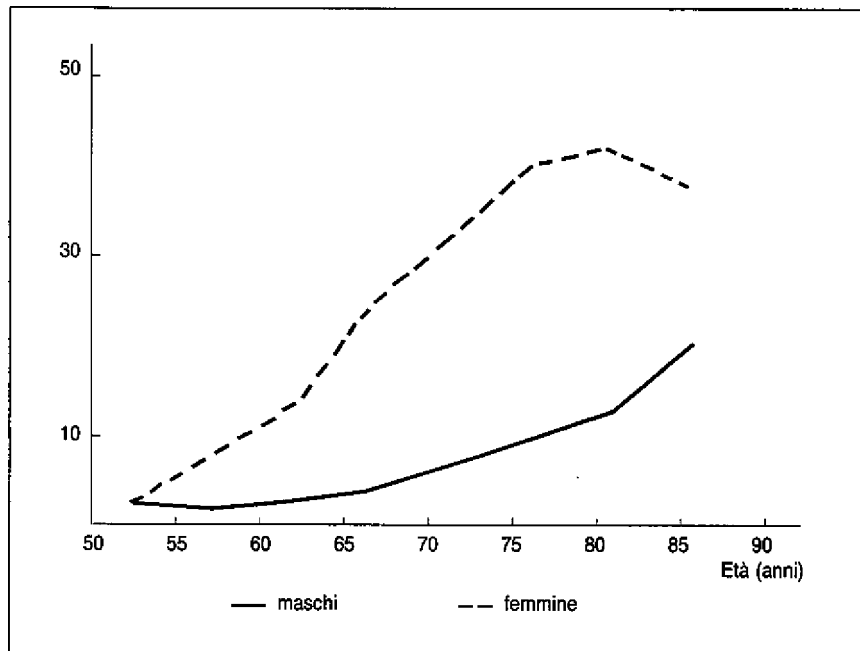
Fonte: indagini Istat sulle famiglie.

conferma, per il nostro paese, le tendenze che ben si conoscono e le precisa in termini quantitativi. Ad esempio, è da sottolineare come dopo gli 85 anni comincia, ovviamente, a declinare la proporzione di donne che riesce a vivere da sola (si veda la figura 5), mentre consistente anche nelle età senili permane la percentuale di maschi (85-89 anni: 41 per cento) che vivono in coppia coniugale (si veda la figura 6).

Un ulteriore dato interessante ricavato da tale indagine è che ben il 58 per cento degli ultrasessantacinquenni che non vive solo, si trova a convivere con una persona che ha, a sua volta, più di 65 anni di età.

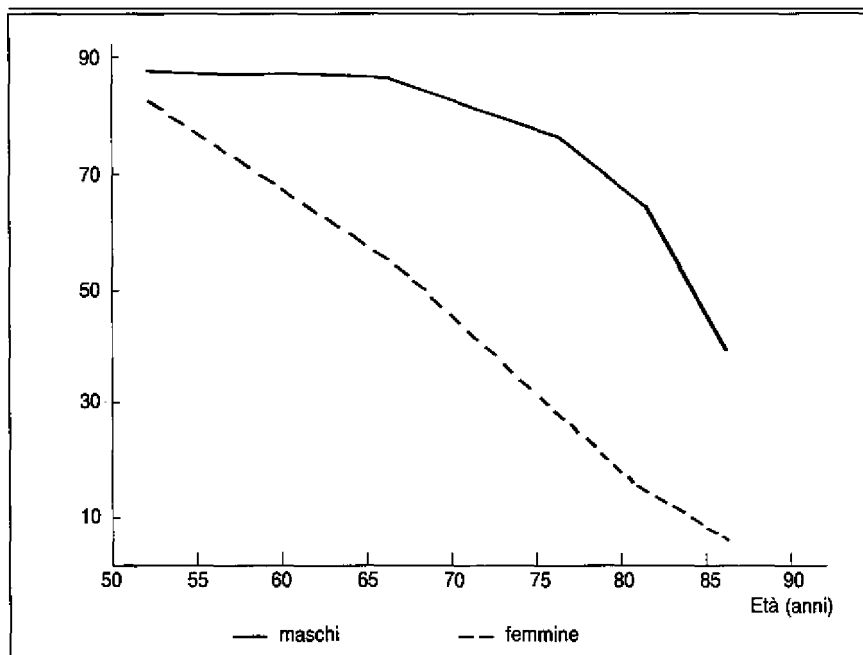
Del tutto diversa la situazione del Giappone, dove la tradizione e la conseguente diversa struttura familiare fanno sì che meno di 1 giapponese su 10 di oltre 65 anni viva da solo. Quasi il 75 per cento degli anziani vive con parenti e più della metà di queste persone in famiglie nelle quali si trovano a convivere tre generazioni.

*Stato di salute e mortalità per causa.* Il grado di autosufficienza delle persone anziane, che è uno dei fattori che più condizionano la qualità e la durata della vita, costituisce un parametro indispensabile per un'adeguata programmazione dell'assistenza sanitaria. Dalle indagini Istat sullo *stato di salute* (si veda la tabella 11), come «percepito e dichiarato», si rileva che a sentirsi in non buone condizioni di salute siano più le donne che gli uomini; tra gli ultrasessantacinquenni tale percezione negativa è avvertita dal 55-59 per cento delle persone.

Figura 5. *Persone che vivono sole in Italia, 1988 (percentuale sulla popolazione).*

Le risposte degli anziani sottolineano la forte incidenza di malattie cronico-degenerative e di invalidità di natura motoria (75 anni e oltre: 8 invalidi per 100 abitanti). Per quanto concerne i ricoveri ospedalieri, si osserva che nel corso del 1986 il 16 per cento degli ultrasettantacinquenni ha fatto ricorso a tale servizio sanitario con una degenza media di 25 giorni.

Dall'inchiesta multiscopo sulla famiglia del 1988 emerge che gli anziani sono sottoposti a un maggior rischio di subire un incidente domestico (65 anni e oltre: 5 incidenti per ogni 100 abitanti), che spesso provoca la frattura (26-27 per cento). Inoltre si rilevano, nell'arco di età che va dai 45 ai 75 anni, proporzioni crescenti di persone che hanno subito un incidente alla testa (dal 9 al 21 per cento), che richiede frequentemente l'assistenza di familiari non conviventi o di vicini (5,5-24 per cento), oppure il ricovero ospedaliero (8,5-18 per cento). Da qui l'esigenza di un'adeguata rete familiare e di assistenza socio-sanitaria per gli anziani.

Figura 6. *Persone che vivono in coppia coniugale in Italia, 1988 (percentuale sulla popolazione).*

*La lotta contro la morte* ha conseguito negli ultimi anni (1971-82) ulteriori consistenti successi; tali guadagni riguardano, seppur in misura minore, anche le età anziane e senili.

La supermortalità maschile interessa tutte le classi di età e si è andata accentuando nel tempo: attualmente nelle età anziane il rischio di morte per un individuo di sesso maschile risulta circa il doppio di quello per un individuo di sesso femminile.

Nel nostro paese la recente evoluzione delle cinque principali cause di morte, i cui livelli raggiunti sono quelli riportati nella figura 7, mostra per tutte le classi di età una tendenza della mortalità generalmente decrescente, ma non in modo uniforme per i due sessi. In questo quadro positivo l'unica eccezione riguarda il rischio di morte per tumore, che almeno per i maschi continua la sua evoluzione negativa.

A livello territoriale si è verificata un'evoluzione più favorevole per quelle cause di morte che nelle regioni del Mezzogiorno presentavano i più elevati livelli di mortalità (malattie infettive e malattie del sistema



Tabella 11. *Proporzione di popolazione in non buone condizioni di salute nelle quattro settimane precedenti l'intervista (quotienti per 100 abitanti).*

Periodo,	sesso	Età			
		45-64	65-74	75 e più	Tutte le età
<i>In non buone condizioni di salute</i>					
1986-87	M	35,6	50,3	59,1	29,0
	F	44,8	51,9	58,7	35,1
	T	40,4	51,2	58,9	32,1
1987-88	T	34,2	47,4	55,0	28,2
<i>Cause di non buona salute</i>					
Malattie sistema osteo-muscolare					
1986-87		22,5	29,8	35,4	11,8
1987-88		11,2	17,1	20,7	6,2
Malattie dell'apparato respiratorio					
1986-87		18,1	23,1	22,5	18,9
1987-88		12,3	16,8	19,4	13,2
Malattie del sistema circolatorio					
1986-87		6,0	11,5	21,0	3,9
1987-88		4,1	9,5	15,3	2,7
<i>Cause di invalidità</i>					
Cecità					
1986-87		0,35	1,41	3,05	0,40
Sordità					
1986-87		0,61	1,62	4,48	0,52
Invalidità motoria					
1986-87		2,00	4,06	7,75	1,45
<i>Ricoveri</i>					
Almeno un ricovero nell'ultimo anno					
1986-87		8,5	12,6	16,0	7,0
Degenza media per ricoverato (giorni)					
1986-87		20,9	21,5	25,1	18,0

Fonte: Istat, 1987 e 1989.

respiratorio), mentre la riduzione è stata meno accentuata per quelle patologie che hanno, o avevano, maggiore diffusione nell'Italia settentrionale (tumori, malattie cardio-vascolari, malattie dell'apparato digerente, cause violente).

Le cifre della tabella 12 mostrano la forte variabilità interregionale nella mortalità maschile di alcune fra le più rilevanti cause di morte. Ta-

Figura 7. Mortalità per causa secondo il sesso e la classe di età in Italia, 1982 (valori in migliaia).

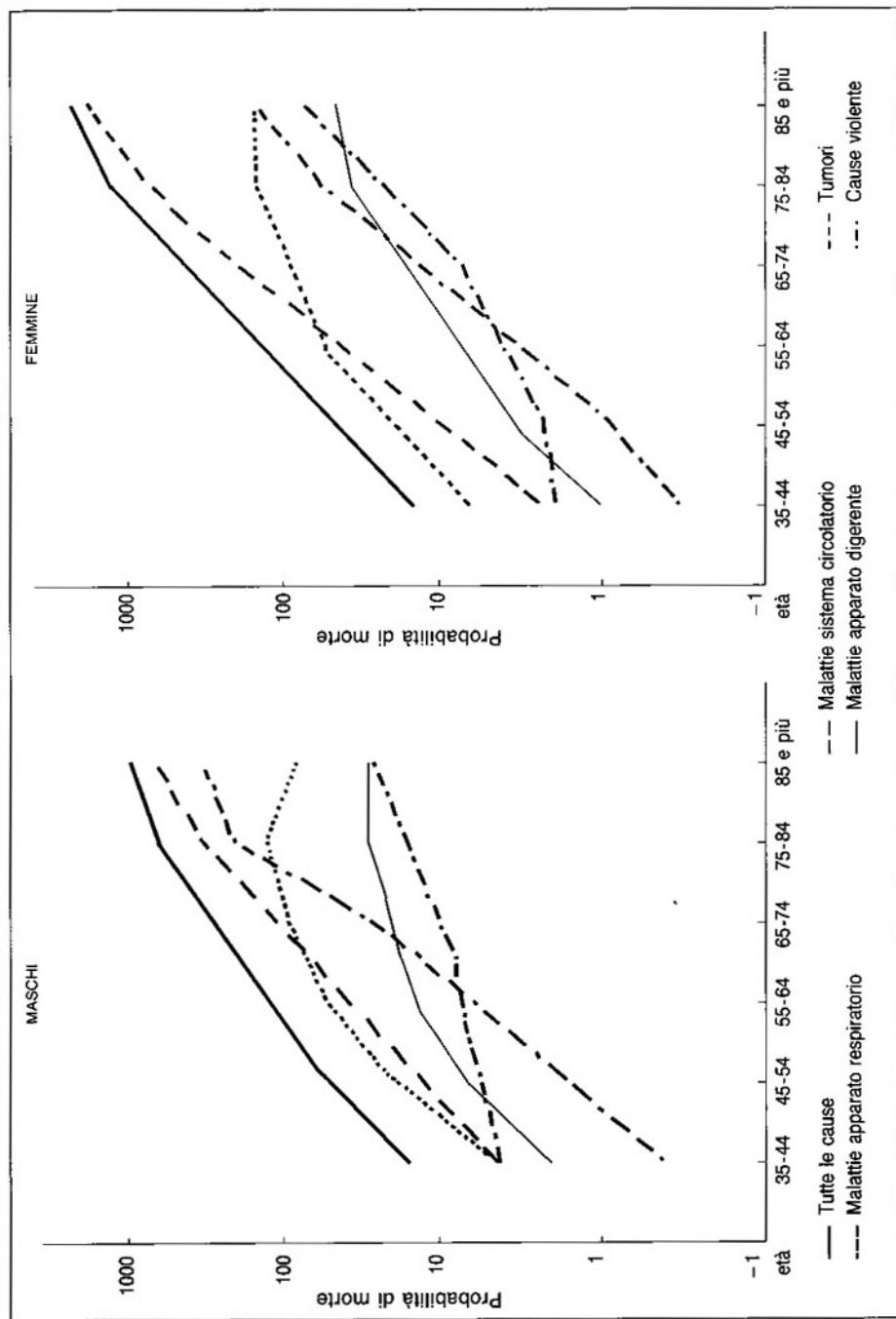


Tabella 12. *Mortalità maschile per alcune cause, Italia 1980-82. Probabilità di morte (per 1000), supernormalità maschile e rapporto fra valore massimo e valore minimo regionale (Classificazione Internazionale delle Malattie, IX revisione 1975).*

Indicatori	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85 +
Tumori (Cim 140-239)						
Probabilità di morte	5,40	22,20	58,97	105,36	134,72	98,13
M/F	1,03	1,58	1,97	1,99	1,70	1,35
Rapporto max/min.	1,82	2,43	2,28	2,22	2,00	2,48
Malattie ischemiche del cuore (Cim 410-414)						
Probabilità di morte	2,62	10,44	28,57	57,25	99,60	136,87
M/F	6,57	6,21	4,28	2,19	1,27	0,95
Rapporto max/min.	1,86	1,79	1,52	1,46	1,93	2,46
Cirrosi epatica (Gin, 571)						
Probabilità di morte	2,13	6,61	12,53	16,35	15,62	8,41
M/F	3,04	3,53	3,03	2,55	2,08	1,88
Rapporto max/min.	5,56	3,65	2,48	1,95	2,05	2,66
Cause violente (Cim 800-999)						
Probabilità di morte	5,37	6,94	8,51	11,47	18,53	28,84
M/F	3,58	3,54	2,99	2,18	1,18	0,79
Rapporto max/min	2,51	2,12	1,85	2,22	1,24	2,04

Fonte: Irp, 1989.

le variabilità raggiunge il minimo nella classe di età 65-74 anni ed è poi crescente con l'età.

Al fine di adeguare le strutture socio-sanitarie di supporto, la programmazione sanitaria dovrebbe tener conto non solo delle grandi differenze nel numero e nella proporzione di anziani, ma anche della diversa incidenza territoriale delle varie malattie e cause di morte in funzione dell'età.

*Le condizioni socio-economiche e l'attività lavorativa.* Non solo anziani e vecchi sono più vulnerabili per il complesso delle condizioni fisiche, di salute e di sistemazione abitativa, ma anche per il fatto che sono meno istruiti e meno ricchi del resto della popolazione.

Alcuni aspetti dell'attuale condizione anziana in Italia vengono messi in luce dai dati dell'indagine multiscopo sulla famiglia (1988). L'indagine, per esempio, fa il punto sul *grado di istruzione* degli anziani che risulta essere piuttosto basso. Infatti fra gli ultrasessantacinquenni solo il

Tabella 13. *Popolazione anziana per grado di istruzione più elevato conseguito, 1988 (valori in percentuale).*

Grado di istruzione	45-54	55-64	65 e oltre	Totale
Laurea e diploma universitario	5,4	3,8	2,9	4,4
Diploma di istruzione superiore	15,7	11,6	6,7	20,6
Licenza media inferiore	20,8	13,9	9,4	27,3
Licenza elementare	50,2	53,6	47,0	32,1
Nessun titolo — sa leggere e scrivere	6,5	13,6	27,7	13,4
Nessun titolo — non sa leggere e/o scrivere	1,2	3,1	6,0	1,9

Fonte: Istat, Imf 1988.

3 per cento risulta laureato e il 7 per cento fornito di un diploma di scuola superiore contro circa il 4 e il 21 per cento del totale della popolazione. Per contro il 47 per cento degli anziani ha una licenza elementare e il 34 risulta senza alcun titolo di studio (si veda la tabella 13).

Bisognerà aspettare fino al 2030-40 perché arrivino alle età più avanzate generazioni bene istruite. Fino a quelle date nella valutazione del problema degli anziani e delle possibili politiche da adottare per fronteggiarlo bisognerà tener conto anche di questo fattore.

La partecipazione *all'attività lavorativa* da parte dei lavoratori più anziani è declinante nella maggior parte dei paesi. Il calo è particolarmente evidente nei paesi sviluppati, dove dapprima la variazione della struttura produttiva (dalla preminenza dell'agricoltura a quella dell'industria, a quella dei servizi) e poi l'innovazione tecnologica hanno mutato la struttura occupazionale.

I tassi di attività si presentano pertanto in forte diminuzione con l'età e nel tempo. In soli dieci anni in Italia, fra i censimenti del 1971 e del 1981 (si veda la tabella 14), la partecipazione al lavoro di coloro che hanno oltre 65 anni si è ridotta di quasi la metà e quella relativa alle età 55-64 si è ridotta del 10 per cento, perché l'assai modesto incremento del lavoro della donna non ha controbilanciato in quest'ultima età il forte declino maschile.

Una situazione del tutto opposta si osserva (1980) in Giappone e negli Stati Uniti, dove la proporzione di uomini economicamente attivi con 65 anni e più risulta rispettivamente di circa sette (46 per cento) e tre (19,3 per cento) volte quella italiana (6,8 per cento). Analogamente la probabilità che una donna giapponese ultrasessantacinquenne sia

Tabella 14. *Popolazione attiva per sesso ed età in Italia ai censimenti del 1971 e 1981 (valori in percentuale).*

Età	Maschi		Femmine		Totale	
	1971	1981	1971	1981	1971	1981
55-64	58,2	50,6	13,4	14,0	34,6	31,0
65 e più	13,4	6,8	3,2	1,9	7,5	3,9
65-69	21,1	11,1	5,4	3,4	12,5	6,8
70-74	11,8	6,0	3,0	1,8	6,7	3,6
75 e più	4,6	2,3	1,1	0,6	2,5	1,2

Fonte: Istat.

ancora parte della forza-lavoro è molto più elevata di quella delle donne di altri paesi, ad esempio di oltre otto volte quella delle italiane (16,1 contro 1,9 per cento).

Nei paesi in cui è diffuso il lavoro a tempo parziale, le indagini rivelano che esso interessa una larga proporzione di anziani, ad esempio più della metà in Giappone e nel Regno Unito. Perciò la popolazione più anziana si trova sempre più spesso a competere, a soccombere, per il part time non solo con i giovani ma soprattutto con le donne di tutte le età.

La popolazione anziana e vecchia è inoltre indiscutibilmente caratterizzata da un minor grado di benessere economico rispetto al resto della popolazione, e questo dipende in primo luogo dal fatto che i *redditi da pensione* sono in media minori di quelli da lavoro e che al crescere delle età, a parità di altre condizioni, le pensioni vanno diminuendo. Va in secondo luogo considerato che in larga maggioranza gli anziani sono donne e vedove e che per esse, rimaste a vivere da sole nella casa coniugale con una pensione di reversibilità (che è largamente ridotta), le spese per il mantenimento della casa e le spese collegate (luce, gas, telefono, televisione ecc.) non si riducono proporzionalmente rispetto alla situazione familiare precedente.

L'entrata nella fase del pensionamento determina notevoli modifiche dei comportamenti economici delle famiglie degli anziani. Infatti la riduzione del reddito dovuto alla conclusione del periodo lavorativo e al conseguente inizio del pensionamento provoca una sensibile riduzione dei *consumi* delle persone ultrasessantacinquenni, che si accentua per il sesso femminile e interessa specialmente i consumi non alimentari. Dall'*Indagine sui consumi delle famiglie* del 1987 si rileva che la capacità di spesa media mensile di una persona che vive da sola e che ha

meno di 65 anni (1.300.000 lire) è quasi del 60 per cento superiore a quella di una persona nelle stesse condizioni, ma che abbia più di 65 anni (815.000 lire).

La condizione socio-economica dell'anziano è tale che questi risulta penalizzato sotto ogni punto di vista rispetto al resto della popolazione. E perciò, pensando alle forti ineguaglianze sociali che si sono riscontrate in tutto il mondo nei confronti della morte e della malattia — nel senso della maggior vulnerabilità alla malattia e alla morte che in ogni caso presentano le classi sociali più deboli —, si può intendere come, con ogni probabilità, larga parte dei problemi che gli anziani si trovano a fronteggiare derivano in buona misura dalla loro condizione socio-economica così sfavorita, oltre che dal trovarsi in una età più o meno avanzata.

### *Conclusioni*

In chiusura si può ricordare che, mentre la vecchiaia è una situazione individuale e privata, l'invecchiamento è un fenomeno collettivo e sociale. Comprendere l'invecchiamento è quindi un'esigenza vitale, da qualunque punto di vista lo si guardi, e in questo senso sarebbe opportuno promuovere un'opera di informazione e di sensibilizzazione dell'opinione pubblica su questo tema, in modo da fornire informazioni puntuali e corrette sui bisogni e sulle capacità degli anziani.

Infatti, gli stereotipi correnti degli anziani, come gruppo marginale che ha smesso di contribuire all'economia e alla produzione, che ha perduto molto del suo ruolo sociale, che è diventato dipendente dagli altri e dallo Stato, sono sempre più frequentemente rimessi in discussione da economisti, sociologi, gerontologi per il modo diverso in cui si arriva alla vecchiaia e la si vive (o la si dovrebbe vivere). Essi comunque sono dannosi non solo per l'accettazione dell'anziano come membro a pieno titolo dell'intera comunità, ma anche per una rivalutazione dell'immagine e della considerazione che l'anziano ha di se stesso.

A fronteggiare tutti i problemi che nascono dall'invecchiamento della popolazione occorrono certo mirate politiche di settore nel campo del sistema pensionistico, della sanità, del lavoro ecc., ma anche una politica sociale globale. Interventi di questo tipo diventeranno tanto più necessari in quanto le trasformazioni demografiche in atto — con l'incremento crescente e consistente degli anziani, dei vecchi e dei grandi vecchi e con l'alterazione violenta degli equilibri millenari fra i vari segmenti della popolazione — sono profondissime e in larga misura irrefrenabili.

Inoltre, dato che la famiglia ha mostrato di essere, rispetto alle strutture pubbliche, più efficace e più efficiente nel prendersi cura degli anziani, le iniziative di politica sociale devono prendere in considerazione non solo i bisogni degli anziani, ma anche quelli degli altri membri della famiglia al fine di favorire e di non deteriorare i rapporti intergenerazionali. Infatti la presenza di un anziano non autosufficiente in casa non deve diventare per la famiglia stessa una forma più o meno grave di penalizzazione permanente, tanto più ora che la prolungata sopravvivenza aumenta il periodo di assistenza e il decrescente numero dei rimanenti familiari, dovuto alla riduzione dell'ampiezza media della famiglia, aumenta il «peso» procapite per ognuno di essi.

L'invecchiamento è un processo sociale e non una «malattia», è lo sbocco naturale dell'evoluzione della popolazione che l'uomo ha voluto e determinato. Il nuovo mondo demografico, nel quale stiamo entrando, metterà a dura prova la nostra capacità tecnico-politica di assicurare alla società il necessario dinamismo istituzionale e organizzativo.

### Riferimenti bibliografici

- Antonini F. M. e Maciocco G., *L'invecchiamento della popolazione*, Roma, NIS, 1983.
- Bourgeois-Pichat J., «Future Outlook for Mortality Decline in the World» in *Population Bulletin of the United Nations*, 11, 1978, pp. 12-41.
- Caselli G. e Vallin J., «Mortality and Population Ageing» in *Proceedings of the International Conference on Ageing of Population in Developed Countries*, Praga, 3-7 luglio 1989.
- Chaloupek G., Lamel J. e Richter J. (a cura di), *Bevölkerungsrückgang und Wirtschaft*, Heidelberg, Physica, 1988.
- Clark R. L. e Spengler J. J., *The Economics of Individual and Population Aging*, Cambridge, Cambridge University Press, 1980.
- Council of Europe, *Proceedings of the Seminar on Demographic Problem Areas in Europe*, Strasbourg, 1986.
- Cowgill D. O., *Aging Around the World*, Belmont, Wadsworth Publ., 1986.
- Davis K. e Van Den Oever P., «Age Relations and Public Policy in Advanced Industrial Society» in *Population and Development Review*, 7, 1981, pp. 1-18.
- De Simoni A., «Un semplice criterio per determinare l'«età di vecchiaia» tenendo conto dell'evoluzione della speranza di vita: applicazione all'esperienza italiana degli ultimi cento anni» in *Atti della giornata di studi sugli aspetti biologici della sopravvivenza*, Messina, 3-4 novembre 1989.

- Dooghe G., *Social Aspects of Aging*, relazione presentata al «Meeting on Economic and Social Consequences of Aging», Bruxelles, 1988.
- Egidi V., «Durata della vita, invecchiamento e stato di salute» in *L'invecchiamento della popolazione in Italia e nelle società occidentali*, Roma, Irp, 1987.
- «Stato di salute e morbosità della popolazione» in *Secondo rapporto sulla situazione demografica italiana*, Roma, Irp, 1988.
- Espenshade T., «How a Trend Towards Stationary Population Affects Consumer Demands» in *Population Studies*, 1, 1978, pp. 147-58.
- Fuà G. (a cura di), *Conseguenze economiche dell'evoluzione demografica*, Bologna, Il Mulino, 1986.
- Giori D. (a cura di), *Vecchiaia e Società*, Bologna, Il Mulino, 1984.
- Golini A., «L'invecchiamento della popolazione italiana in un quadro internazionale» in Irp-Istituto di Ricerche sulla popolazione del Cnr, *L'invecchiamento della popolazione italiana e nelle società occidentali* cit.
- Golini A., De Simoni A. e Heins A., *Tre Scenari per il possibile sviluppo della popolazione delle regioni italiane al 2038*, Roma, Irp, 1989.
- Golini A. e Mussino D., «Individuazione e caratteristiche demografiche delle aree di malessere» in *Atti Convegno S.L.S.*, Perugia, 1987.
- Irp-Istituto di Ricerche sulla popolazione del Cnr, *L'invecchiamento della popolazione italiana e nelle società occidentali*, Roma, Irp, 1987.
- Institut de Demographie, Université Catholique de Louvain, *Population âgées et révolution grise*, Chaire Quételet '86, Ciaco, 1990.
- Keyfitz N., «Age and Productivity» in *Journal of Political Analysis*, 1984, pp. 633-43.
- March J. G., *Aging, Stability and Change in the Family*, New York, Academic Press, 1981.
- Paillat P., *Vieillessement et vieillesse*, 2<sup>a</sup> ed. riveduta, Paris, PUF, 1986.
- Richter J., *Economic Aspects of Aging: an Overview*, redazione presentata al «Meeting on Economic and Social Consequences of Aging», Bruxelles, 1988.
- Steinmann G. (a cura di), *Economic Consequences of Population Change in Industrialized Countries*, New York, Springer-Verlag, 1984.
- Suzman R. e White Riley M. (a cura di), «The oldest old», numero speciale del *Milbank Memorial Fund*, 2, 1985.
- United Nations, *Vienna International Plan of Action on Aging*, New York, 1983.
- *The World Aging Situation: Strategies and Policies*, New York, 1985.
- Victor C. R., *Old Age in Modern Society*, London, 1987.
- Vitali O., «Invecchiamento della popolazione e riflessi sul sistema pensionistico» in *Atti della XXXI Riunione Scientifica della Società Italiana di Statistica*, vol. II, 1982, pp. 267-94.





## L'anziano e l'innovazione tecnologica

*Francesco Jovane e Roberto Groppetti*

### *Premessa*

Il contributo, che può essere fornito da chi si occupa dello studio della tecnologia e dei suoi processi di innovazione, a una definizione della condizione dell'anziano sano e attivo nella società attuale, può consistere nell'analizzare quale sia il rapporto dell'anziano con la tecnologia, con la produzione e con l'innovazione tecnologica, in un contesto industriale o, come più precisamente si può definire, in un contesto «postindustriale», quale quello attuale.

Da un punto di vista della tecnologia si può ritenere accettabile, soltanto come ipotesi iniziale, l'identificazione dell'anziano come colui che ha lasciato il proprio ruolo attivo nell'ambito dell'organizzazione della produzione ed è uscito dal mercato del lavoro. Per altro ciò non corrisponde in generale all'invecchiamento biologico endogeno o patologico e, come è noto, il passaggio allo stato di anzianità viene vissuto e percepito soggettivamente come determinato da eventi esogeni, essenzialmente di natura sociologica. L'abbandono di tale ruolo attivo può essere indotto da un degradamento, effettivo o reputato da altri o percepito dal soggetto, delle prestazioni rispetto al livello atteso, o dall'incapacità di operare o di adeguarsi a un contesto produttivo mutato, ovvero può essere imposto o consentito, come un dovere o un diritto, dall'ordinamento del lavoro industriale.

Una serie di domande può essere posta riguardo a tale abbandono. Ci si può chiedere quali determinanti facciano sì che un anziano sano e attivo non sia più in grado di soddisfare il livello delle prestazioni attese. Ci si può chiedere quali determinanti impongano la cessazione del rapporto fra l'individuo anziano e l'organizzazione produttiva e se questo modello di relazioni, sviluppato nell'ambito della società industriale, possa ritenersi ancora valido per l'impresa e per l'individuo, in un

contesto «postindustriale», o se nuove strutture organizzative e tecnologiche e nuove relazioni si propongano al fine di una più razionale gestione dei fattori e delle risorse produttive umane e tecniche.

### 1. *Il mutamento del modello tecno-economico*

Si possono rilevare alcuni fattori principali che stanno modificando lo scenario della tecnologia e dell'organizzazione produttiva:

#### *a) fattori demografici*

- il calo del tasso di natalità;
- l'aumento dell'attesa di vita;
- e quindi l'aumento della percentuale della popolazione anziana e la diminuzione di quella industrialmente attiva;

#### *b) fattori tecnologici*

- la rapida obsolescenza delle tecnologie e la loro sostituzione con tecnologie innovative, ovvero la rapida innovazione tecnologica nei prodotti, nei processi tecnologici, nei sistemi di produzione, nella fabbrica o e nei servizi;
- il ruolo strategico delle tecnologie avanzate nella competizione industriale;
- il trasferimento intersettoriale delle tecnologie e la interdipendenza dei settori industriali;
- la ricerca organizzata e finanziata dallo stato e i trasferimenti di innovazione tecnologica pianificati;
- la collaborazione internazionale;
- nuovi modelli organizzati di tipo sistemico nell'impresa, nella produzione e nei servizi;
- l'esigenza di nuove e più elevate competenze e professionalità;
- la necessità di riqualificazione professionale;
- l'esigenza di razionalizzazione e di astrazione;
- l'importanza crescente delle tecnologie dell'informazione sia nella produzione sia nei servizi;

#### *c) fattori di mercato*

- la segmentazione del mercato;
- la differenziazione e la varietà dei prodotti finali;
- la standardizzazione dei componenti;
- la competizione industriale internazionalizzata e aggressiva;
- l'interdipendenza di settori e mercati;

- il rischio e l'opportunità di prodotti sostituiti e di nuovi concorrenti;
- il breve ciclo di vita dei prodotti;
- la competizione basata sul tempo che si impiega per raggiungere il mercato con un prodotto nuovo, oltreché sull'innovazione, sulla differenziazione e sui costi;

*d) fattori culturali:*

- un più elevato livello del tenore di vita in termini di quantità e di qualità di beni e servizi;
- un più elevato livello di istruzione e un iter formativo più lungo;
- una disaffezione per il lavoro manuale;
- la necessità della riqualificazione professionale, l'addestramento e la formazione continua;
- l'indisponibilità a eseguire mansioni gravose o pericolose;
- una sensibilità elevata per il rischio tecnologico, per la tutela della salute, dell'ambiente, del minore, dell'anziano, del disabile, del lavoratore;
- modifiche nella qualità e quantità del lavoro e del tempo libero;
- nuovi schemi di distribuzione del reddito.

I fattori elencati non influenzano soltanto l'organizzazione produttiva: i loro effetti pervadono l'economia e la società, sia dal punto di vista settoriale sia dal punto di vista funzionale, determinando il cambiamento del modello tecno-economico, influenzando le tecnologie applicate, i prodotti, i processi, i sistemi di produzione, la struttura dei costi dei fattori produttivi, l'organizzazione produttiva, l'organizzazione e i percorsi dell'istruzione e della formazione, il rapporto fra risorse destinate alla produzione industriale o ai servizi.

L'organizzazione produttiva attuale può essere definita di transizione da uno stadio «industriale» a uno «postindustriale», in cui il modello tecno-economico è determinato dalla tecnologia informatica distribuita, dalla microelettronica, dall'automazione e dalla robotica, dai materiali innovativi, dalla biotecnologia. Alla produzione di grande serie dello stadio «industriale», i cui fattori critici erano la manodopera generica, l'energia, i modelli organizzativi gerarchici, la complessità delle procedure, il prodotto con un lungo ciclo di vita, la standardizzazione del prodotto, l'elevato tempo di sviluppo del prodotto, l'automazione rigida, la produzione con scorte e la separazione fra progettazione e produzione, si contrappone la produzione per lotti di piccola e media dimensione, al limite unitaria, dello stadio «postindustriale», i cui fattori sono costituiti dall'elevata qualificazione e specializzazione della manodopera, con capacità di gestire informazioni in modo più efficiente, da modelli organizzativi nuovi, varietà e differenziazione del prodotto, mag-

giore complessità funzionale del prodotto, breve ciclo di vita del prodotto, standardizzazione e semplificazione dei componenti, produzione flessibile per volumi e varietà di prodotto senza perdita di produttività, produzione senza scorte (*Just In Time*), applicazione estensiva e intensiva dell'informatica distribuita, automazione o supporto dell'elaboratore delle funzioni di fabbrica, automazione programmabile o flessibile, integrazione informatica delle funzioni di fabbrica (*Computer Integrated Manufacturing*), integrazione logistica della produzione, controllo totale della qualità (*Total Quality Control*), produzione senza difetti, collegamento stretto fra progettazione e produzione.

## 2. *La discontinuità tecnologica e la «fabbrica della conoscenza»*

Questo nuovo modello tecno-economico, al pari di un nuovo «paradigma», come proposto da Kuhn per lo sviluppo scientifico, pone in crisi la produzione industriale e i servizi, gli equilibri precostituiti, le competenze disponibili, impone la riqualificazione, genera problemi strutturali nei settori industriali e impone nuove soluzioni sociali e politiche a livello nazionale e internazionale. Si può rilevare ancora che probabilmente tale situazione, causata dal cambiamento del modello tecno-economico, mentre prima è stata di transizione ora appare strutturale, nel senso che il processo di innovazione, accelerato e in certa misura pianificato e indotto dalle sempre più elevate quote del Pil destinate alla ricerca tecnologica e all'istruzione nei paesi più avanzati, non è destinato ad arrestarsi o a concludersi. Si può affermare che nella società «postindustriale» esista una «fabbrica della conoscenza» che produce innovazione, come nella società «industriale» esiste una «fabbrica dei prodotti» che produce beni e servizi. In altre parole, si può affermare che siamo destinati a convivere in una situazione di mutamento tecnologico, o mutamento di «paradigma», accelerato e strutturale, o di «discontinuità tecnologica» imposta dal continuo sviluppo della conoscenza tecnologica.

Le tecnologie, in passato stabili per lunghi periodi, addirittura nel corso di ere — basti pensare alle culture della preistoria che si basarono sulla tecnologia di produzione di specifici materiali, quali la pietra, il rame, il bronzo, il ferro — potevano essere considerate «diacroniche», eccettuati i periodi di transizione, per cui intere generazioni operavano in un orizzonte tecnologico stabile. Il mutamento tecnologico nella società industriale, e ancor più in quella postindustriale, è invece un fenomeno che tende a divenire «sincronico» e che viene sviluppato nel corso della vita individuale.

Se Leonardo da Vinci, che pur sempre cercava e innovava «le diverse macchine ed altre cose» anche nella sua vecchiaia alla corte di Francesco I, poteva scrivere «acquista cosa nella tua gioventù che ristori il danno della tua vecchiezza. E se tu intendi la vecchiezza avere per suo cibo la sapienza, adoprati in tal modo in gioventù, che a tal vecchiezza non manchi il nutrimento»<sup>1</sup>, attualmente anche i cammini e i modelli tradizionali dell'istruzione e della formazione, che sono restati sostanzialmente tali fino ad oggi, sembrano entrare in crisi e non rispondere più alle necessità.

Il mutamento tecnologico sincronico impone nuovi modelli educativi: è necessaria l'educazione al metodo da applicare per formarsi con continuità; è necessaria la formazione continua e l'aggiornamento, e ancora più la riqualificazione professionale, la disponibilità e la preparazione a modificare il proprio metodo. Uno dei più influenti artefici della società industriale, Henry Ford, scrisse a tale proposito:

Ho visto grandiose attività ridursi a poco più di un nome perché qualcuno aveva pensato di poterle gestire come si era sempre fatto, senza tenere conto che se ai suoi tempi la gestione era magari ottima, lo era perché teneva conto delle tecnologie più avanzate, non certo perché rimaneva ancorata a tradizioni obsolete (...); quando un individuo comincia a pensare di avere finalmente trovato il proprio metodo, dovrebbe piuttosto riesaminarsi a fondo per vedere quale zona del suo cervello si è nel frattempo addormentata<sup>2</sup>.

Il problema a livello industriale e generale attualmente non è più soltanto quello di possedere un metodo per gestire razionalmente e ottimamente la tecnologia e quindi le risorse produttive, umane, tecniche e finanziarie, ma piuttosto quello di possedere un metodo per gestire «strategicamente» il mutamento e la discontinuità tecnologica, o l'innovazione tecnologica, che sincronicamente ha luogo in modo accelerato. Il problema consiste nel saper guidare il cambiamento del modello tecno-economico in un contesto di variabilità strutturale, per tener conto e servirsi della tecnologia più innovativa e conseguire, come afferma Porter, un «vantaggio competitivo»<sup>3</sup>. Perché l'innovazione tecnologica venga trasferita e diffusa e perché effettivamente sia possibile gestire la discontinuità tecnologica è necessaria, come affermava Schumpeter<sup>4</sup>, la sinergia della triade formata da inventore, imprenditore, finan-

<sup>1</sup> Si veda A. M. Brivio (a cura di), *Scritti scelti di Leonardo da Vinci*, Torino, Utet, 1952.

<sup>2</sup> H. Ford e S. Crowther, *My Life and Work*, New York, Doubleday & Company, 1922.

<sup>3</sup> M. Porter, *Competitive Advantage*, New York, The Free Press, 1985.

<sup>4</sup> Si veda J. A. Schumpeter, *Business Cycles: a Theoretical, Historical and Statistical Analysis of the Capitalistic Process*, New York, McGraw-Hill, 1939.

ziere: figure che di volta in volta possono essere giovani o più anziane, a seconda delle vocazioni e delle caratteristiche individuali.

Ci si può chiedere come sia possibile gestire la discontinuità tecnologica in un contesto complesso e turbolento come quello attuale, a cui si aggiunge una situazione demografica di diminuzione dei tassi di natalità e di mortalità. L'informatica distribuita e l'automazione industriale e nei servizi riducono a breve termine l'occupazione in mansioni generiche e in professionalità obsolete, ma esigono allo stesso tempo nuove mansioni più specializzate e professionalmente più elevate, e la riqualificazione professionale per progettare le soluzioni innovative nella «fabbrica della conoscenza» e per trasferirle e realizzarle e gestirle nella «fabbrica dei prodotti».

Quindi, come mostra l'esperienza, possono generarsi, da un lato, disoccupazione e, dall'altro, domanda inesausta di nuove professionalità. Una risposta che si impone è l'aggiornamento e la formazione continua per tutti, la riqualificazione professionale per alcuni e la destinazione di sempre maggiori risorse umane, tecniche e finanziarie alla «fabbrica della conoscenza», alla formazione e alla ricerca. La società che nello stadio «postindustriale» destina maggiori risorse ai servizi e all'amministrazione, piuttosto che alle attività produttive industriali, e si configura quindi come «società del terziario», sembra già privilegiare fra i servizi la «fabbrica della conoscenza», la formazione, la ricerca, l'innovazione tecnologica, e sembra quindi migrare verso una società, che si potrebbe definire, del «terziario avanzato» o del «quaternario».

### 3. *Un nuovo modello formativo*

La durata della formazione nella società «postindustriale» tende a diventare più lunga e a non arrestarsi più all'università, ma a proseguire come specializzazione postlaurea e formazione continua. Si delinea quindi un nuovo modello formativo: la formazione non può essere relegata soltanto agli anni iniziali della vita, come il modello tradizionale e istituzionalizzato ha sempre voluto. Certamente il modello tradizionale si fonda sul fatto che un giovane è biologicamente più adatto all'apprendimento, più recettivo, più plasmabile e più adattabile. Nei riguardi dell'innovazione tecnologica, ad esempio di fronte all'innovazione determinata dall'informatica distribuita, certamente si mostra più recettivo e più adattabile di un anziano. Apparentemente sembra avere un vantaggio rispetto all'anziano; ma la ragione di ciò può essere ricercata nel fatto che è stato educato in un contesto nel quale le soluzioni della tecnologia innova-

tiva, ad esempio gli strumenti informatici, fanno parte integrante del suo orizzonte culturale e della sua visione del mondo, e sono, per così dire, percepiti come «naturali», mentre l'anziano li percepisce come «artificiali». Il vantaggio può mostrarsi ben presto apparente e caduco, perché anche quello che il giovane ha imparato può diventare rapidamente obsoleto. Così anche il giovane, come l'anziano, deve essere disponibile a comprendere i metodi, i modelli e la logica del cambiamento, e culturalmente e «ideologicamente» disponibile al mutamento del «paradigma» e all'innovazione. Non è detto in generale che il giovane sia strutturalmente più disponibile di un anziano ad accogliere l'innovazione, perché probabilmente è una caratteristica comune alla maggioranza degli uomini il preferire le soluzioni tradizionali, gli «ordini vecchi», come scriveva Machiavelli nel sesto capitolo del *Principe*, come ammaestramento all'innovatore, che si appresti a introdurre «nuovi ordini»:

E debbasi considerare, come non è cosa più difficile a trattare, né più dubbia a riuscire, né più pericolosa a maneggiare, che farsi capo ad introdurre nuovi ordini. Perché lo introduttore ha per nimici tutti quelli che delli ordini vecchi fanno bene, et ha tepidi defensori tutti quelli che delli ordini nuovi farebano bene. La quale Lepidezza nasce, parte per paura delli avversarii, che hanno le leggi dal canto loro, parte dalla incredulità delli uomini; li quali non credano in verità le cose nuove, se non ne veggono nata una ferma esperienza<sup>5</sup>.

Quindi entrambi, giovane e anziano, sono chiamati a sviluppare una professionalità che ricerchi non soltanto il perfezionamento nell'ambito delle discipline già conosciute, ma esplori incessantemente le possibilità che si offrono al di fuori. Come hanno fatto i grandi artisti, dei quali soltanto, spesso, si è conservata ammirata memoria come prototipi «agiografici», che hanno superato la «τέχνη» per conseguire l'«ars», che non è altro che il risultato di un continuo perfezionamento e di una continua ricerca, testimoniati dai risultati. Così si possono ricordare Leonardo da Vinci, il quale, eclettico come pochi, ma conscio della propria professionalità da firmarsi nelle lettere «pictor», anche da vecchio sperimentava rischiosamente nei dipinti più impegnativi tecniche e materiali innovativi, e Francisco Goya y Lucientes, il quale in vecchiaia, quando «nella sua fedeltà all'arte aveva passato gli ultimi dieci anni della sua vita a disegnare», come fu scritto nell'elogio funebre, rappresentava se stesso in un disegno, ormai vecchio con barba bianca e sorretto da due bastoni, con il motto «Imparo ancora». Si possono ricordare anche Ti-

<sup>5</sup> N. Machiavelli, *IL principe*, (a cura di L. Firpo), Torino, Einaudi, 1961, p. 28.



ziano Vecellio e ancora Goya, che in tarda età lavoravano ai loro ultimi dipinti, i «dipinti tardi» di Tiziano e le «pitture nere» di Goya, con uno stile nuovo ridotto all'essenziale, di soli colori, luce e buio, quasi «impressionistici».

Ci si può domandare se l'«imparare ancora» sia possibile soltanto ai «grandi vecchi». Forse, in passato, soltanto ai grandi era possibile tendere alla perfezione, ricercandola nelle «arti liberali», o forse più probabilmente si è persa memoria degli oscuri e migliori artigiani, che hanno operato nel medesimo modo nelle «arti servili» o nelle «arti minori». Certamente oggi non soltanto è possibile, in virtù proprio di un più agevole accesso alle informazioni e agli strumenti di conoscenza, ma è necessario per tutti, giovani e anziani, perché la rapida innovazione induce a questo. Inoltre, proprio gli anziani possono avvicinarsi alle tecnologie innovative con maggiore fiducia di non esserne esclusi, perché c'è bisogno anche di loro. Infatti, se è vero che i giovani possiedono una più elevata capacità di apprendimento e di adattamento, il che sembra dimostrato dalla biologia e dalla psicologia, gli anziani possiedono una maggiore esperienza. Per entrambi la tecnologia potrà essere continuamente innovativa, ed entrambi potranno essere indotti a un atteggiamento innovativo o conservativo, ma dovranno essere in grado di operare il mutamento culturale ed esistenziale che richiede la coesistenza con il mutamento delle tecnologie, dei «valori», delle ideologie, con l'incertezza, il rischio, l'innovazione.

#### 4. *La tecnologia informatica*

Può essere interessante sviluppare il discorso riguardo alla tecnologia informatica che pervade orizzontalmente tutti i settori della produzione e dei servizi e verticalmente tutte le funzioni immateriali e materiali, di progettazione, pianificazione e controllo della produzione, di trasformazione e di transazione. Si può rilevare come questa tecnologia tenda ad essere «amichevole verso l'utente», ad accettare comandi in linguaggio naturale, a interagire in modo «multimediale» con l'utente. Inoltre, abbinata all'automazione e ai servosistemi, non richiede, ma anzi libera l'utente dalle prestazioni fisiche, che possono essere particolarmente gravose per un anziano o per un disabile, giovane o anziano che sia.

Quindi l'informatica, come ogni altra tecnologia innovativa, costituisce un'opportunità, per il giovane e per l'anziano, di espandere le proprie possibilità, e in particolare la propria mente, al di fuori di sé per acquisire, elaborare, gestire e comunicare informazioni. Un prodotto ma-

teriale o immateriale, che sia costituito o che inglobi soluzioni informatiche, non è più soltanto un «manufatto», nel senso etimologico, ma è diretta espressione ed estensione anche della mente. Inoltre gli strumenti informatici, prototipo attuale delle tecnologie innovative, non sono in effetti altro che strutture, algoritmi e dati, «guscio» senza contenuto, nel quale l'utente è chiamato a inserire dati, informazioni, regole, conoscenza, esperienza. Strumenti quali le «basi di dati» o i «sistemi esperti» sono strutture o strumenti predisposti per organizzare e per «navigare» più o meno agevolmente ed efficientemente nella conoscenza. Richiedono quindi che, chi dispone di conoscenza e di esperienza in un definito dominio, analizzi le situazioni, raccolga i dati, individui le regole, formalizzi la conoscenza.

Dal punto di vista della tecnologia, quindi, l'anziano potrebbe essere identificato non come colui che è uscito dal mercato del lavoro, o che ha raggiunto una determinata età cronologica, o che dista un definito numero di anni dal valore atteso di vita, o che fornisce prestazioni inferiori a un determinato livello, ma come «individuo con esperienza», definizione che ricorda quella classica, in un contesto di tecnologie diacronicamente stabili e di valori immutabili, in cui l'anziano è il «saggio», colui che ha sapienza, il «senex» che siede nel «senatus» per consigliare e per deliberare. L'anziano è chiamato, quindi, in un contesto di innovazione tecnologica a sostenere il ruolo, non soltanto, come avveniva nei modelli organizzativi ed educativi tradizionali, di colui che trasferisce ai giovani la conoscenza già codificata e strutturata, come il saggio maestro o il pedagogo, ma anche come tramite della conoscenza che proviene direttamente dalla viva esperienza e che viene testimoniata e posta apertamente in discussione (si vedano a tale proposito i metodi basati sulla discussione di «casi» applicati nelle «business school»). Tale conoscenza, che proviene dall'esperienza in uno specifico dominio, può essere trasferita, inoltre, direttamente agli strumenti informatici stessi, e addirittura sono già stati realizzati «sistemi esperti» in grado di autoapprendere interagendo con un esperto mentre questi risolve problemi specifici.

Chi abbia operato in azienda sa quanto sia critico l'avvicinarsi generazionale, il pensionamento, l'assunzione di nuovo personale, il trasferimento delle conoscenze aziendali, frutto dell'esperienza personale e collettiva, dall'anziano al giovane, e come sia particolarmente critica e preziosa nella situazione attuale la risorsa umana e la sua gestione ottimale. Per altro la risorsa umana non viene contabilizzata nello stato patrimoniale di un'impresa, sebbene possa costituirne in effetti l'«attivi-

tà» più rilevante. Tale risorsa è critica e preziosa perché soltanto la risorsa umana può attualmente gestire sia l'attività quotidiana industriale, il «business», sia «la strategia» tecnologica e il cambiamento tecnologico, compito quest'ultimo che, come dicono gli americani, «è facile quanto sostituire il motore a un aeroplano in volo».

Il trasferire la conoscenza, e l'evitare la perdita di esperienza, che può verificarsi all'atto dell'abbandono del lavoro attivo da parte dell'anziano, possono essere effettuati mediante l'applicazione di strumenti informatici, come i «sistemi esperti», che possono «contenere» e attivare la conoscenza direttamente alla soluzione di problemi applicativi. Ma tali sistemi richiedono la collaborazione attiva dell'esperto nella fase di costituzione. L'anziano, ovvero l'esperto, in un contesto di integrazione informatica delle funzioni aziendali (*Computer Integrated Manufacturing*), può condividere con altri informazioni coerenti, relative alle funzioni e alle attività aziendali utilizzando un «database», e può cooperare in virtù della propria esperienza ad arricchire questo strumento di integrazione. Inoltre, l'anziano può conservare memoria delle soluzioni precedenti, come ha scritto acutamente Isaac Asimov nel 1957, in un racconto di «science-fiction», *Feeling of the Power*<sup>6</sup>, che fa riferimento a un futuro diverso, utopico-fantastico, in cui tutti ormai sono in grado di eseguire calcoli soltanto con le calcolatrici, senza saper nulla degli algoritmi che queste ultime utilizzano, un «tecnico di infimo rango, già abbastanza avanti negli anni, che dopo aver fallito tutte le prove di selezione destinate a individuare i cervelli umani meglio dotati, s'era ormai rassegnato da anni a un lavoro oscuro e monotono», assume il ruolo di memoria storica del calcolo manuale, eseguibile con carta e matita soltanto.

##### 5. *Il ruolo dell'anziano nel contesto tecnologico «postindustriale»*

Nella situazione attuale, proprio l'innovazione tecnologica, applicata alle scienze mediche, offre all'anziano la possibilità di estendere la propria attesa di vita in una condizione fisica e mentale migliore, e quindi di poter partecipare a pieno titolo, con la propria esperienza, al processo di innovazione dell'industria, dei servizi e della società, superando i limiti tradizionalmente riconosciuti alla condizione anziana, espressi bene da Terenzio nella massima «senectus ipsa morbus»<sup>7</sup>.

<sup>6</sup> Si veda I. Asimov, «Feeling and Power», trad. it. in S. Solini e C. Fruttero (a cura di), *Le meraviglie del possibile*, Torino, Einaudi, 1982, pp. 317-31.

<sup>7</sup> Terenzio, *Narrato*, 4, I, 9, in Reverdito G. (a cura di), *Le commedie*, trad. it. di F. Bertini e V. Faggi, Milano, Garzanti, 1989.

Una visione attenta dell'anziano, che consideri il ruolo che è tenuto ad assumere in un contesto di innovazione tecnologica, rigetta con convinzione la marginalità o l'emarginazione che relega l'anziano alla solitudine o a un'attività «ludica» estraniata dalla realtà, quando ovviamente non sia deliberatamente ricercata dall'interessato. Rigetta ancor più ogni tentazione di eliminazione dell'anziano nel caso di incapacità a determinate prestazioni, allucinata possibilità descritta così efficacemente dal Matheson nel racconto di «science-fiction» *The Test*<sup>8</sup>, nel quale una prova, a cui per legge deve essere sottoposto ogni anziano, verifica la rispondenza a un livello prefissato di prestazioni, al di sotto del quale non è consentita la vita all'anziano: il protagonista del racconto, come un eroe della tragedia antica, deliberatamente si toglie la vita, rifiutandosi di sostenere la prova.

L'innovazione tecnologica, contrariamente alle aspettative di alcuni, presenta uno scenario positivo per l'anziano, a patto che si operi una coerente modifica dei modelli tradizionali.

All'anziano possono offrirsi opzioni diverse: dedicarsi all'attività «Indica» se lo desidera, godendo, finché sarà possibile, il frutto del proprio lavoro e dei propri risparmi; dedicarsi alle attività sociali e al volontariato, finalmente sollevato dal peso della competizione e dell'attività «business oriented»; dedicarsi alla cultura e all'autoformazione, magari in discipline nuove o diverse, o più semplicemente proseguire a operare nel proprio contesto produttivo industriale o professionale, eventualmente come consulente.

In un contesto «postindustriale» di rapida innovazione, persino i conflitti generazionali potrebbero essere ridotti, perché giovani e anziani saranno omologati nel porre in discussione il proprio metodo e la propria esperienza. E se il conflitto deriva dalle resistenze dell'anziano, che siede nel «senatus», a cedere alla generazione successiva il potere, che tiene saldamente nelle proprie mani, potrà avvenire che proprio l'innovazione tecnologica, ponendo in crisi sia il giovane sia l'anziano, in una certa misura li accomuni.

Il modello tradizionale, che vede l'anziano portatore dei «valori tradizionali» e il giovane portatore dei «valori nuovi», potrà non essere più valido perché l'innovazione tecnologica porrà in crisi i valori sia dell'uno sia dell'altro, ed entrambi dovranno ricercare, riconoscere, accettare e condividere «valori nuovi» per entrambi.

Chi si occupa professionalmente degli anziani sembra proporre, e forse

<sup>8</sup> Si veda R. Matheson, «The Test», trad. it. in S. Solini e C. Fruttero (a cura di), *Le meraviglie del possibile* cit., pp. 501-24.

recuperare dal passato, il concetto di relazioni e di «comunità», all'interno delle quali l'anziano, e forse anche il giovane, omologati dall'innovazione tecnologica, devono riscoprire le risposte esistenziali ai propri bisogni materiali, intellettuali, affettivi.

Chi si occupa di innovazione tecnologica sembra proporre la «continuità del mutamento», la necessità della formazione continua e del recupero dell'esperienza, pur senza dimenticare che, come scrisse Whitehead, «una scienza che esita a dimenticare i suoi fondatori è perduta». L'anziano a un tempo costituisce una memoria storica delle esperienze passate e delle tecnologie obsolete e un segno «vivente» dell'«evoluzione» o della «rivoluzione», per modifica o per negazione, che sviluppa le tecnologie innovative, mentre l'organizzazione produttiva si rinnova e la società persiste. Come ha scritto Gardner, citato da Foster:

La nostra concezione su crescita e decadimento è condizionata dall'idea di un ciclo di vita individuale, animale o vegetale che sia. La piantina, il pieno rigoglio e la morte (...). Ma per una società che si rinnova di continuo l'immagine appropriata è un giardino, un acquario o qualche altro sistema in equilibrio ecologico. Alcune cose nascono, altre fioriscono, altre ancora muoiono: ma il sistema persiste<sup>9</sup>.

### *Conclusioni*

Recuperare l'anziano all'organizzazione della produzione e dei servizi non è soltanto una soluzione «postindustriale», per ovviare alla carenza di nuove forze per la «Fabbrica dei prodotti» e di nuove forze per la «Fabbrica della conoscenza», indotte dal calo della natalità, a meno di non ipotizzare che nuove forze possano migrare da paesi con tassi di natalità fortemente positivi, ma è anche una soluzione per non emarginare gli anziani e per non disperderne l'esperienza accumulata. E questa esperienza diventerà necessaria non soltanto per gestire «la tecnologia» ma anche «la discontinuità della tecnologia». Ciò potrà consentire di ridurre i conflitti generazionali, di non dissipare risorse umane esperie disponibili, di mantenere una memoria storica critica, non soltanto dei fatti culturali e politici, ma anche dei fatti scientifici e tecnologici, che, pure superati da una realtà, necessariamente sempre più sincronica, costituiscono i legami diacronici che collegano le tecnologie innovative con le tecnologie obsolete, gli «ordini nuovi» con gli «ordini vecchi».

<sup>9</sup>J. W. Gardner, *Self-Renewal*, New York, W. W. Norton, 1981.

*Riferimenti bibliografici*

- Asimov I., «Feeling and Power», trad. it. in Solmi S. e Fruttero C. (a cura di), *Le meraviglie del possibile* cit., pp. 317-31.
- Brivio A. M. (a cura di), *Scritti scelti di Leonardo da Vinci*, Torino, Utet, 1952.
- Dumbleton J. H., *Management of High-Technology Research and Development*, Amsterdam, Elsevier, 1986.
- Ford H. e Crowther S., *My Life and Work*, New York, Doubleday & Company, 1922.
- Foster R., *Innovation. Il vantaggio di chi attacca*, Milano, Sperling & Kupfer, 1987.
- Freeman C. e Perez C., «La diffusione delle innovazioni e il cambiamento del modello tecno-economico» in R. Galli (a cura di), *Cambiare con la tecnologia* cit., pp. 17-40.
- Galli R. (a cura di), *Cambiare con la tecnologia*, Torino, ISEDI-Petrini, 1987.
- Gardner J. W., *Self-Renewal*, New York, W. W. Norton, 1981.
- Hamilton D., *Technology. Man and Environment*, London, Faber and Faber, 1973.
- Holt K., *Innovation: a Challenge to the Engineer*, Amsterdam, Elsevier, 1987.
- Kuhn T. S., *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*, Torino, Einaudi, 1969.
- Machiavelli N., *Il principe* (a cura di L. Firpo), Torino, Einaudi, 1961.
- Matheson R., «The Test» trad. it. in Solmi S. e Fruttero C. (a cura di), *Le meraviglie del possibile* cit., pp. 501-24.
- Porter M., *Competitive Advantage*, New York, The Free Press, 1985.
- Schumpeter J. A., *Business Cycles: a Theoretical, Historical and Statistical Analysis of the Capitalistic Process*, New York, McGraw-Hill, 1939.
- Solmi S. e Fruttero C. (a cura di), *Le meraviglie del possibile*, Torino, Einaudi, 1982.
- Staudenmaier J. M., *I cantastorie della tecnologia*, Milano, Jaca Book, 1988.
- Terenzio, *Phormio*, 4, I, 9, in Reverdito G. (a cura di), *Le commedie*, trad. it. di F. Bertini e V. Faggi, Milano, Garzanti, 1989.
- Von Hippel E., *The Sources of Innovation*, New York, Oxford University Press, 1988.



# La tutela giuridica dell'anziano

*Luigi Mengoni*

## 1. *L'antropologia sottesa ai codici liberali*

Le codificazioni del secolo scorso e le loro propaggini di questo secolo (non escluso il codice italiano del 1942, salva qualche norma del libro V, dove è disciplinato il rapporto di lavoro nella moderna impresa di produzione in massa) non si preoccupano dei bisogni della vita materiale se non allo scopo di attivare, secondo un certo ordine, le solidarietà familiari in soccorso delle persone incapaci di provvedere a se stesse. A parte le norme sull'obbligo di mantenimento tra coniugi e dei genitori verso i figli, e sull'obbligazione alimentare tra parenti e affini, la vita, la salute, l'integrità fisica, la capacità di guadagno per il sostentamento proprio e della propria famiglia non formano oggetto, nel codice civile, di norme promozionali, ma soltanto di norme riparatorie, nella forma del risarcimento dei danni, quando subiscano una lesione prodotta da fatti illeciti altrui.

La ragione di tale agnosticismo risiede nell'antropologia sottesa al diritto degli stati liberali. È un diritto destinato a regolare una società di proprietari intenti ad aumentare la propria ricchezza mediante il libero scambio di beni sul mercato. Anche il prestatore di lavoro subordinato è trattato a questa stregua in virtù della finzione economica che separa la forza-lavoro dalla sua persona e la oggettivizza in un bene di mercato. Ne consegue che la cura della persona in quanto organismo corporeo è lasciata nella sfera giuridicamente irrilevante in cui si svolge il godimento discrezionale del proprietario, il quale da buon padre di famiglia provvede con i suoi beni a sé e ai propri figli.

Al modello dell'« individualismo possessivo » corrisponde una concezione volontaristica del diritto, il quale viene fondato non sull'uomo nella sua realtà globale, ma su un soggetto astratto: un attributo della persona, la capacità di intendere e di volere, viene isolato con un procedimento di astrazione ideatrice e rappresentato come un'unità intellettuale. Perciò l'età è rilevante solo come indice di maturità psichica, ossia qua-



le criterio di capacità negoziale ai fini della circolazione dei beni. E poiché il traffico giuridico esige speditezza e sicurezza, direttamente rilevante non è l'età biologica, che ha un andamento variabile da individuo a individuo, ma l'età cronologica o anagrafica, determinata in base a valutazioni tipiche. Questa soglia, denominata «maggiore età», separa i cittadini in due categorie, formate l'una da coloro che possono partecipare personalmente al traffico giuridico, l'altra da coloro che, essendo reputati psichicamente immaturi, debbono essere rappresentati da altri. La possibilità che, con l'avanzare dell'età, il soggetto diventi in tutto o in parte incapace di amministrarsi è presa in considerazione soltanto come un caso del problema più generale di tutela, da un lato, dell'interesse alla conservazione del patrimonio degli infermi di mente (e più precisamente, per quanto attiene ai valori capitali, alla conservazione dei beni nella famiglia), dall'altro dell'interesse dei terzi acquirenti alla sicurezza dei rapporti di scambio. In funzione di tali interessi sono impostati gli istituti dell'interdizione e dell'inabilitazione. Anche le norme sull'amministrazione dei beni dell'interdetto e dell'inabilitato corrispondono alle strutture economiche delle società del secolo scorso, nelle quali era ancora preminente la ricchezza immobiliare, mentre nella società contemporanea è divenuta sempre più importante la ricchezza mobiliare.

L'indifferenza del codice civile per le esigenze biologiche dell'uomo connesse all'età, alla salute ecc. non significa che i legislatori del secolo scorso le ignorassero. Significa, piuttosto, che il modello antropologico di riferimento non consentiva di percepirle se non nell'orizzonte sociale della povertà, dell'incapacità di produrre, dell'impossibilità di integrarsi in un gruppo, familiare o di altra natura. Esse erano percepite soprattutto come problemi di ordine pubblico da risolvere con l'ausilio di quella specie inferiore di diritto che sono i regolamenti di polizia. I problemi giuridici della salute erano visti come questioni di tutela non tanto della salute quale bene fondamentale della persona, quanto della «sanità pubblica», ossia dell'interesse pubblico a impedire la diffusione delle malattie e a separare i malati dalla compagnia dei sani; i problemi dell'età evolutiva erano visti come questioni di ricovero in ospizi dei minori senza famiglia e in stato di abbandono ovvero di segregazione correzionale dei minori devianti.

## 2. *Il modello dell'«individualismo proprietario» dell'uomo produttore*

Il modello dell'individualismo proprietario è stato corretto dal diritto del lavoro, che comincia a svilupparsi verso la metà del secolo XIX, o verso la fine nei paesi, come l'Italia, a ritardato sviluppo capitalistico.

In quanto presuppone l'uomo che lavora, e non semplicemente un proprietario di forza-lavoro che la offre sul mercato, il diritto del lavoro instaura l'antropologia definitiva del diritto moderno, fissata nell'art. 1 della Costituzione del 1948, che proclama essere il nostro ordinamento «fondato sul lavoro». Al posto dell'individuo proprietario assume progressivamente una posizione centrale la figura dell'uomo produttore, imprenditore o prestatore di lavoro inserito nell'organizzazione produttiva di un'impresa.

Questo mutamento, che ha fatto emergere sul piano della rilevanza giuridica un uomo in carne e ossa, e non più soltanto l'astratto individuo moralmente autonomo dell'etica formale kantiana, ha determinato lo sviluppo di una legislazione protettiva della salute e dell'integrità fisica dei lavoratori e in pari tempo ha promosso una valutazione più realistica di essi come classe istituzionalmente incapace di provvedere da sé, mediante il risparmio privato, ai bisogni futuri derivanti da cause fisiologiche o patologiche di inabilità al lavoro, e perciò bisognosa di provvidenze pubbliche atte a garantire la continuazione del reddito nei casi di malattia o di invalidità e nell'età della senescenza.

Insieme con la legislazione scolastica e con la legislazione sulla formazione professionale e sulla tutela del lavoro minorile, la legislazione sulle pensioni della previdenza sociale ha diviso i cittadini in tre classi di età: l'età scolare, tendenzialmente coincidente con la fanciullezza (nel senso del diritto del lavoro, per il quale sono «fanciulli» i minori di 15 anni); l'età lavorativa, comprendente l'adolescenza (dai 15 ai 18 anni) e l'età adulta; l'età pensionabile, che di regola è raggiunta al sessantesimo anno, con facoltà per le lavoratrici di anticiparla al cinquantesimo. A questa divisione corrisponde una differenziazione sociale, cioè una diversificazione di ruoli e di aspettative coordinata con le esigenze del sistema produttivo. Particolarmente notevole è la differenziazione delle aspettative rispetto alla stabilità del posto di lavoro prevista dall'art. 11 della legge n. 604 del 1966, a norma del quale la protezione contro il licenziamento cessa allorché il lavoratore viene in possesso dei requisiti del diritto alla pensione di vecchiaia.

### *3. Considerazione giuridica della gioventù e degli anziani*

La tutela della vita materiale nelle varie età dell'uomo non può essere assunta dal diritto del lavoro oltre certi limiti. Anzitutto limiti intrinseci, derivanti dal collegamento della tutela al rapporto di lavoro. Ad esempio, i problemi della senescenza sono percepiti dal diritto del

lavoro esclusivamente sotto il profilo del pensionamento del lavoratore e dell'adeguamento della prestazione previdenziale alle sue esigenze di vita. In secondo luogo opera il limite esterno definito dall'oggetto stesso del diritto del lavoro. Essendo costituito per la tutela dei lavoratori, esso non può estendere la propria normativa oltre la cerchia degli occupati se non con istituti, quali il collocamento e l'assicurazione contro la disoccupazione, aventi la funzione di favorire l'inserimento o il reinserimento nella vita professionale.

La correzione dell'individualismo proprietario in senso produttivistico segna un progresso decisivo dell'attenzione del diritto per la persona umana e per i problemi della giustizia distributiva (mentre il codice civile è concentrato sui problemi della giustizia commutativa), ma in pari tempo insinua un criterio di discriminazione nei confronti dei membri più deboli della società, di coloro che per fattori fisio-psichici o sociali o economici rimangono esclusi dal mondo del lavoro. Questa tendenza discriminante, che può ritorcersi sugli stessi lavoratori in altri ruoli sociali (in quanto consumatori, inquilini ecc.), è mitigata dalle norme costituzionali dette «promozionali», le quali sviluppano il concetto di giustizia identificato dall'art. 3, secondo comma, nella rimozione degli ostacoli di ordine economico e sociale che impediscono il pieno sviluppo della persona umana. Esse introducono una caratterizzazione ulteriore dell'ordinamento giuridico nel senso del principio di eguaglianza sostanziale, inteso come momento essenziale della dignità umana. In tal senso, definito primariamente a livello antropologico, il principio di eguaglianza significa che la dignità umana non dipende da circostanze esteriori, dai ruoli sociali occupati dall'individuo, ma è un valore inerente all'uomo in quanto uomo.

Sulla base del principio dell'art. 3, secondo comma, della Costituzione, la tutela giuridica dei bisogni vitali si inserisce nella sfera dei diritti fondamentali della persona e viene organizzata con la tecnica garantistica. L'art. 32 protegge la salute come «fondamentale diritto dell'individuo», oltre che come interesse della collettività, e riserva alla legge la possibilità di disporre trattamenti sanitari obbligatori nei limiti imposti dal rispetto della dignità umana. L'art. 38, primo comma, riconosce a ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere il diritto al mantenimento e all'assistenza sociale. Ma va ricordato anzitutto l'art. 31 in quanto norma di sostegno della famiglia nell'adempimento dei compiti che le competono ai fini dello sviluppo della personalità umana. Il secondo comma delinea una parziale periodizzazione della vita dell'uomo, assumendo a oggetto di speciale tutela, oltre alla maternità e quindi ai periodi prenatale e perinatale della

vita, l'infanzia e la gioventù, con riferimento a tutte le esigenze, non solo igienico-sanitarie, ma pure psichico-affettive delle varie fasi dell'età evolutiva.

La presenza nella Costituzione di una norma che programma una tutela speciale dei giovani in quanto tali, cioè un corpo normativo organico definibile come «diritto della gioventù» e formato sia da norme (sostanziali e processuali) di diritto pubblico sia da norme di diritto privato (si pensi all'istituto dell'adozione legittimante), è indice di una differenza di fondo tra la considerazione giuridica dei giovani e la considerazione giuridica degli anziani. I giovani sono connotati da caratteristiche ed esigenze tipiche, sono esponenti di una categoria designabile col nome astratto di gioventù. L'ampiezza della categoria varia a seconda delle finalità delle norme che ad essa si riferiscono, ma sempre sulla base di valutazioni tipiche. Di solito essa coincide con la categoria dei minori di età, ma nel campo della formazione professionale comprende i giovani fino a 20 anni per quanto riguarda la capacità di essere assunti come apprendisti, mentre ai fini dell'assunzione mediante contratto di formazione e lavoro si è reputati giovani dalla legge fino a 29 anni.

L'anziano, invece, non è una figura tipica, non forma una categoria. Il sostantivo «anzianità» non corrisponde all'aggettivo anziano come gioventù a giovane. Il termine anzianità designa la durata di un certo rapporto, alla quale la legge collega effetti giuridici indipendenti dall'età del soggetto. Alla pensione di anzianità si ha diritto dopo 35 anni di servizio, e quindi a 50 anni per chi abbia cominciato a lavorare a 15. Così pure sono indipendenti dall'età gli effetti collegati dalla disciplina del rapporto di lavoro al progredire dell'anzianità di servizio del prestatore (scatti di anzianità, allungamento dei periodi di compenso per malattia e di preavviso ecc.). Nell'art. 38, secondo comma, della Costituzione, compare la parola «vecchiaia» (parola «forte» da cui la società di oggi rifugge come da tutto ciò che è forte), ma non nel senso di una connotazione dell'anziano come tale, come soggetto caratterizzato esclusivamente in funzione dell'età. Nel linguaggio della previdenza sociale questa parola indica il rischio di perdita della capacità di guadagno derivante, secondo una valutazione tipica, dal superamento di un certo limite di età, contro il quale i lavoratori sono assicurati da un istituto previdenziale denominato appunto pensione (sociale) di vecchiaia. Destinatari di tale previdenza non sono gli anziani (ultrasessantenni o, in certi casi, ultrasessantacinquenni) in quanto tali, ma in quanto lavoratori, subordinati o autonomi, che siano in grado di far valere, oltre al requisito di età, una certa anzianità di affiliazione e di contribuzione all'assicurazione.

#### 4. *La tutela delle esigenze di vita degli anziani nella legislazione*

Insieme con l'art. 32, l'art. 38, primo comma, la cui tutela è riferita a ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere, impartisce una direttiva di integrazione della previdenza sociale, riservata ai lavoratori, con un sistema generale di sicurezza sociale, al quale sono interessati eminentemente gli anziani, l'età avanzata essendo una causa di indebolimento della capacità di lavoro e non di rado anche portatrice di infermità. In attuazione di questa direttiva la riforma delle pensioni del 1969 ha istituito la «pensione sociale» in favore di tutti i cittadini ultrasessantacinquenni in disagiate condizioni economiche. Si osservi però che il ruolo di lavoratore precedentemente ricoperto durante l'età lavorativa, mentre non è più criterio esclusivo di accesso alla pensione, rimane un criterio di diversificazione del diritto. Ai lavoratori è riservato un trattamento preferenziale, commisurato alle «esigenze di vita», mentre ai cittadini non abbienti inabili al lavoro è riconosciuto soltanto il diritto al mantenimento. Per i primi la pensione ha natura di retribuzione differita, per i secondi una funzione assistenziale.

Gli altri problemi della «terza età» rientrano nell'ambito dell'art. 32 concernente la tutela della salute, che è venuta sempre più differenziandosi dalla tutela del reddito. La legge n. 833 del 1978, che ha sostituito all'assicurazione contro le malattie legata al rapporto di lavoro il servizio sanitario nazionale, espone nell'art. 2 una definizione degli obiettivi del servizio articolata anche in funzione delle varie età degli utenti, con specifico riguardo, da un lato, alla tutela della salute nell'età infantile e nell'età evolutiva, dall'altro alla «tutela della salute degli anziani, anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione».

Alla stregua di questo ampio concetto di salute, intesa non semplicemente nel senso negativo di assenza di malattia, ma nel senso positivo di «benessere biologico e psichico dell'uomo», condizionato dalla «qualità della vita», si può dire che contribuisce alla tutela della salute degli anziani, sebbene non esclusivamente destinato a loro, anche il nuovo trattamento successorio del coniuge, introdotto dalla legge di riforma del diritto di famiglia (1975), il quale comprende inderogabilmente i diritti di abitazione sulla casa adibita a residenza familiare e di uso sui mobili che la corredano, se di proprietà del coniuge defunto o di entrambi (art. 540 del codice civile): diritti ordinati ad assicurare al coniuge superstite, al di là del semplice interesse a disporre di un alloggio, la conservazione del rapporto affettivo con l'ambiente in cui è vissuto

in comunione di vita col coniuge scomparso e dello standard di vita precedentemente fruito.

La preoccupazione di mantenere per quanto possibile l'anziano nel suo ambiente originario di vita, o almeno di riprodurre nel nuovo ambiente in cui viene ospitato le sue abitudini precedenti, qualifica tutta la legislazione regionale sull'assistenza agli anziani. Accanto all'assistenza di tipo tradizionale fornita dalle case di riposo o dai gerontocomi in caso di malattie croniche o di grave debilitazione delle facoltà intellettive, sono previste nuove forme che si riassumono nella nozione di «servizi aperti»: assistenza domiciliare, assistenza abitativa, centri diurni d'incontro, soggiorni climatici ecc. Tutte queste forme (che dovranno però essere selezionate nell'inevitabile ridimensionamento del *welfare state*) mirano a supplire le funzioni di protezione e di accoglienza dei vecchi un tempo adempiute dalla grande famiglia, con la differenza però, incolmabile, che la cura disinteressata e personalizzata dei familiari è ora sostituita dall'assistenza professionalizzata di operatori salariati. Il volontariato può in qualche misura lenire questo inconveniente, ma non eliminarlo.

In conclusione, raramente, e in casi marginali rispetto alla generalità dei consociati, la norma giuridica si rivolge all'anziano come tale. Si possono ricordare, nel codice civile, l'art. 352 n. 5, che attribuisce a chi ha compiuto i 65 anni il diritto di essere dispensato, a sua domanda, dall'assumere o dal continuare l'ufficio di tutore; nel codice penale, l'art. 163, terzo comma, sulla sospensione condizionale della pena per i reati commessi da ultrasettantenni; nel codice di procedura penale, l'art. 275, quarto comma, che vieta la custodia cautelare in carcere di persone ultrasessantacinquenni, salvo che sussistano esigenze cautelati di eccezionale rilevanza. A parte questi casi, una tutela giuridica speciale è riferita all'anziano non in quanto tale, ma in quanto persona bisognosa di assistenza e di cure. L'antico aforisma *senectus ipsa morbus* è estraneo all'esperienza e alla cultura della società contemporanea. È in via di superamento anche la posizione sociologico-giuridica che attribuisce all'anziano il ruolo fisso di ex produttore, di persona ormai estromessa definitivamente dai processi produttivi e collocata in quiescenza: ne è un sintomo, ad esempio, l'abbandono della norma della legge sul collocamento del 1949 che discriminava i pensionati in cerca di occupazione prevedendo per essi una classificazione nelle liste di avviamento al lavoro separata e postergata rispetto agli altri iscritti. Si tende, al contrario, a valorizzare il lavoro degli anziani nel quadro di politiche dirette a impedirne l'emarginazione sociale e in pari tempo ad alleggerire l'onere finanziario degli istituti erogatori delle pensioni di vecchiaia.

### 5. *La tutela patrimoniale degli anziani infermi di mente*

L'età avanzata può essere una causa di indebolimento delle facoltà mentali o di alterazione delle facoltà fisiche tale da impedire l'espressione della volontà del soggetto. Perciò il problema degli anziani interferisce con il problema del trattamento degli atti civili compiuti da persone malate mentalmente o fisicamente, ma pur sempre legalmente capaci di agire. Su questo punto il nostro ordinamento giuridico è gravemente arretrato rispetto ad altri paesi a noi vicini.

Paradossalmente la situazione si è aggravata dopo la legge 13 maggio 1978, n. 180, che ha abrogato l'art. 420 del codice civile, a norma del quale il tribunale, nel disporre in via definitiva il ricovero di un infermo di mente in manicomio o altro istituto, poteva nominargli un tutore provvisorio, con conseguente perdita della capacità di agire anche se non fosse stato avviato il procedimento di interdizione. Nella prassi di alcuni importanti tribunali, a tale provvedimento corrispondeva l'apertura di una tutela provvisoria nell'ufficio del giudice tutelare. Questa prassi aveva sortito in molti casi risultati positivi perché comportava i vantaggi del controllo del giudice tutelare senza gli svantaggi dell'interdizione formale.

Oggi la capacità di agire si può perdere, in tutto o in parte, soltanto in forza di una sentenza di interdizione o di inabilitazione: rimedi sempre meno applicati nella pratica, essendo fondati, come già si è accennato, su un'antropologia giuridica superata e caratterizzati da una disciplina rigida (tutti gli atti compiuti dall'interdetto e tutti gli atti di straordinaria amministrazione compiuti da solo dall'inabilitato sono annullabili), comportante costi umani e sociali sproporzionati alle esigenze di amministrazione di patrimoni di solito modesti.

Si impone perciò in primo luogo una profonda riforma dei due istituti, eventualmente con mutamento anche del nome: si potrebbe chiamarli, come in Francia, rispettivamente tutela o curatela dei maggiori di età. Essi devono essere riorganizzati con uno spirito nuovo, entro un ambito applicativo più ristretto e controllato; occorre definire più rigorosamente gli estremi dell'infermità mentale che può dar luogo all'uno o all'altro provvedimento e devono essere introdotte condizioni più severe di ammissibilità dell'azione unitamente a garanzie processuali di tutela della personalità dell'interdicendo o dell'inabilitando. Non è opportuno limitare il potere di promuovere l'azione al pubblico ministero, ma la legittimazione dei parenti deve essere integrata col requisito di un procedimento preliminare di autorizzazione o almeno col requisito dell'allegazione alla domanda giudiziale del parere conforme di uno spe-

cialista di malattie mentali iscritto in apposito albo. Dovrebbe poi essere allentata la rigidità dell'incapacità legale derivante dall'interdizione, in guisa da consentire al giudice di adattare gli effetti del provvedimento alle varie condizioni dell'interdetto, le quali potrebbero essere tali da far riscontrare, su parere del medico curante, l'idoneità a compiere certi atti da solo o con la semplice assistenza del tutore. Tali atti, per i quali è esclusa la necessità della rappresentanza legale del tutore, dovrebbero essere indicati dal giudice nel decreto di nomina del tutore o in un decreto successivo (sempre revocabile o modificabile), esso pure soggetto alla pubblicità nei registri dello stato civile prevista dall'art. 423 del codice civile.

#### 6. *La protezione delle persone legalmente capaci di agire, ma affette da infermità fisica o mentale*

Indipendentemente dalla riforma degli istituti dell'interdizione e dell'inabilitazione, è urgente affrontare il problema della protezione delle persone legalmente capaci di agire, e in particolare degli anziani, che siano affette da infermità mentale o fisica tale da renderle di fatto incapaci di autoamministrarsi.

L'art. 428 del codice civile, che dispone l'annullabilità degli atti compiuti da persona incapace di intendere o di volere con grave suo pregiudizio, è del tutto insufficiente. La norma è ispirata da una preoccupazione di tutela dell'affidamento dei terzi e di sicurezza del traffico giuridico piuttosto che di protezione del malato: attribuisce rilevanza ai soli stati di infermità mentale, per cause durature o transitorie, da cui derivi uno stato di incapacità di intendere o di volere (concetto quanto mai incerto) nel momento in cui l'atto è compiuto, e se si tratta di contratto ne subordina l'impugnabilità alla prova della mala fede dell'altro contraente. L'interpretazione giurisprudenziale più recente ha distanziato l'art. 428 dal sistema delle incapacità legali e lo ha avvicinato al sistema dei vizi del consenso escludendo la necessità di un obnubilamento totale della mente del contraente (tale cioè che, se duraturo, potrebbe dar luogo all'interdizione) e ammettendo che il presupposto della mala fede della controparte possa essere provato anche con indizi diversi da «grave pregiudizio». Ma rimane sempre il limite costituito dal requisito dello stato di incapacità di intendere o di volere, sia pure non totale e assoluta, così che non sono compresi nella previsione normativa altri stati transitori di alterazione delle facoltà mentali o fisiche, nonché gli stati di indebolimento delle facoltà sensoriale o di giudizio dovuti all'età, i



quali, senza configurare un'infermità mentale in senso proprio, richiedono tuttavia che il soggetto sia protetto nel compimento degli atti della vita civile.

Inoltre l'art. 428 dispone soltanto un rimedio repressivo degli atti compiuti dall'infermo psichico con pregiudizio dei propri interessi, mentre occorre provvedere anche al caso opposto in cui certi atti necessari o utili all'infermo non possono di fatto essere da lui compiuti a cagione dell'impedimento derivante dal suo stato, né possono essere compiuti da altri in suo nome, essendo esclusa, per la medesima ragione, la possibilità di rilascio di una valida procura. In questi casi alcuni giudici tutelari, e in particolare il giudice tutelare di Milano, hanno fornito al malato un'amministrazione di sostegno utilizzando l'art. 3, sesto comma, della legge n. 180 del 1978 (poi divenuto l'art. 35, sesto comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833), che autorizza il giudice tutelare ad adottare i provvedimenti occorrenti per conservare e amministrare il patrimonio dell'infermo. Con tali provvedimenti sono stati nominati dei tutori provvisori (o confermati quelli già nominati in base all'abrogato art. 420 del codice civile) con autorizzazione a compiere, per conto della persona protetta, gli atti di ordinaria amministrazione (ad esempio, riscossione della pensione o di altre rendite) e/o specifici atti di straordinaria amministrazione (riscossione di capitali, vendite di beni immobili ecc.). Ma la legittimità di questa prassi non è sicura. La norma si riferisce espressamente soltanto all'ipotesi di assoggettamento del malato a trattamento sanitario obbligatorio, di guisa che l'estensione ai casi di trattamento sanitario di persone ricoverate volontariamente o curate a domicilio è ostacolata dalla lettera della legge; inoltre, mentre la norma autorizza certamente la nomina di un curatore speciale per il compimento di uno o più atti determinati di cui si ravvisi la necessità o l'utilità per la cura degli interessi dell'infermo, è assai dubbio che autorizzi la nomina di un tutore provvisorio con facoltà di compiere in via generale atti di ordinaria amministrazione, dando luogo a una figura anomala di rappresentanza legale di persona tuttavia legalmente capace di agire.

Il diritto vigente non fornisce risorse adeguate per risolvere il problema a livello di interpretazione. Occorre un intervento del legislatore, per il quale non mancano modelli nelle legislazioni straniere: si pensi all'istituto della *sauvegarde de justice* introdotto nel codice civile francese dalla legge 3 gennaio 1968, n. 68, o della *Sachwalterschaft* (patrocina-tura) introdotto in Austria dalla legge 2 febbraio 1983, n. 136, sull'amministrazione di persone portatrici di handicap mentali. Il primo è il più vicino alla tecnica di intervento sugli atti compiuti dagli infermi di mente adottata dal nostro art. 428. L'assoggettamento a *sauvegarde de justice*,

la quale non tocca minimamente la capacità legale dell'infermo e non dà luogo alla nomina di un amministratore, ha precisamente la funzione di rimuovere il limite della tutela (impugnabilità dell'atto), costituito dal presupposto del compimento dell'atto in stato di insania mentale. A questa forma di protezione, attivabile con un semplice procedimento amministrativo, consistente nel deposito e nella registrazione presso l'ufficio del procuratore della repubblica di una dichiarazione del medico curante, possono essere sottoposte anche persone affette soltanto da indebolimento delle facoltà sensoriali o di giudizio dovuto all'età, con la conseguenza che i contratti da esse stipulati, sebbene senza versare in stato di incapacità di intendere o di volere, sono rescindibili o modificabili dal giudice, «tenuto conto dell'entità del loro patrimonio, della buona o mala fede dell'altro contraente, dell'utilità o meno dell'operazione» (art. 491-2 del codice civile francese). In tal modo però, mentre si mette riparo alle insufficienze sopra lamentate a proposito dell'art. 428 del nostro codice, si crea un altro, e forse più grave, inconveniente, cioè il rischio di un isolamento del soggetto protetto dal traffico giuridico. Il deterrente della rescindibilità del contratto distoglie i terzi dall'entrare in rapporti negoziali con persone delle quali sia stata resa pubblica la sottoposizione a *sauegarde de justice*.

La soluzione preferibile dovrebbe perciò essere cercata in una via mediana tra il modello francese e quello austriaco. Sull'esempio della Francia devono essere conservati, ma incisivamente riformati, gli istituti dell'interdizione e dell'inabilitazione, respingendo le suggestioni radicali di soppressione provenienti dalla psichiatria ideologizzata. Ma, sull'esempio del legislatore austriaco, occorre in pari tempo introdurre forme di amministrazione di sostegno, adattabili alle varie esigenze dei singoli casi, per le persone inferme che non si trovano in condizioni tali da rendere necessari provvedimenti restrittivi o privativi in via generale della capacità di agire.



# La salute dell'anziano: valutazione dei meccanismi di plasticità

*Renzo Rozzini, Angelo Bianchetti e Marco Trabucchi*

## 1. *Due casi clinici*

G. M., novantenne, è ricoverato in reparto ospedaliero per dispepsia e calo ponderale. Il paziente viene visitato, ne viene raccolta l'anamnesi e vengono iniziati gli accertamenti diagnostici, che prevedono l'ospedalizzazione per una settimana.

Per oltre 70 anni G. M. ha fatto il sagrestano della parrocchia del paese in cui abita; dalla nascita alla morte ha accompagnato le tappe più importanti della maggior parte dei parrocchiani. In particolare riferisce di aver assistito alla celebrazione dei funerali di oltre 2.000 persone, accompagnando al cimitero alcune generazioni. Nelle famiglie aveva assistito alla nascita, ai matrimoni, alle morti. G. M. riferisce al medico con parole semplici quest'esperienza vitale e si dice incapace di separare la propria vita da quella di tutta la comunità. Fino a pochi giorni prima del ricovero andava ogni giorno, con il sole o con la pioggia, in bicicletta al cimitero per ricordare, scorrendoli velocemente, i concittadini scomparsi; l'esperienza di questo contatto rinnovato ogni giorno viene riferita come fondamento essenziale di vita. Gli è impossibile immaginare la sua esistenza senza ricordare quel passato, fatto di uomini e donne del suo paese.

Qualche giorno dopo il ricovero, G. M. esprime al medico curante il suo disagio per essere in ospedale, dove si sente privato di tutte quelle pratiche di umana pietà che danno senso alla sua vita. Per lui è impossibile non prendere ogni giorno la bicicletta per andare al cimitero, è impossibile restare fermo in corsia senza l'opportunità di esercitare «il ricordo»; senza «la memoria» non può vivere.

Nei giorni seguenti il ricovero, viene realmente notato un peggioramento. Da un lato la sintomatologia specifica regredisce rapidamente (dopo l'esame gastroscopico che aveva rilevato un'ulcera dello stomaco era stata instaurata una terapia specifica), dall'altro, tuttavia, le condizioni generali mostrano un significativo declino, dal punto di vista psicologico e della mobilità.

G. M. si lamenta e chiede con insistenza di poter tornare a casa. Si decide di interrompere la degenza (sarebbe rientrato nell'eventualità di istologia positiva per malignità), e il signor G. M. torna rasserenato alla propria casa.

In ospedale per un controllo ambulatoriale dopo 15 giorni, riferisce di aver ripreso completamente la vita precedente al ricovero e di essere ritornato a tutte le pratiche di umana piet : ogni giorno va al cimitero in bicicletta a ricordare i morti trovando speranza e serenit .

L. F., ottantaduenne, laureato, volontariamente in pensione dall'et  di 74 anni, ha sempre goduto di buona salute,   in trattamento da quattro anni per ipertensione lieve. La moglie afferma che lo stato mentale   del tutto sovrapponibile a quello di quando era adulto: mantiene interesse per i problemi economico-finanziari, partecipa attivamente alle attivit  di un'organizzazione parrocchiale di pensionati, non lamenta problemi di memoria. La valutazione neuropsicologica rileva integrit  del linguaggio (non errori alla Aphasia Battery), un completo orientamento, integrit  della memoria a breve termine e remota; l'esame fisico e quello neurologico non indicano segni di patologia. I test di laboratorio e la tomografia encefalica sono normali.

A un anno dalla valutazione iniziale, la moglie riferisce che non vi sono modificazioni nelle funzioni fisiche, emotive e intellettive. Continua a partecipare attivamente alle attivit  associative. La Dementia Scale e le prove del linguaggio dimostrano un'assoluta integrit , come pure i test di valutazione della memoria e delle funzioni intellettive. La valutazione clinica, neurologica e generale non rileva segni di patologia.

All'et  di 84 anni, cio  due anni dopo le prime osservazioni, lo stato di salute del paziente rimane buono; continua a partecipare alle attivit  comunitarie, ma con minore interesse.   funzionalmente indipendente. La moglie non riferisce alcun deficit cognitivo, tuttavia afferma che da sei mesi circa dimostra un lieve deficit intellettivo, caratterizzato da un contenuto del pensiero pi  «vago», con difficolt  a ricordare gli appuntamenti e a gestire le finanze familiari (per la prima volta ha bisogno di aiuto); presenta problemi di orientamento quando   fuori casa.

Alla valutazione neuropsicologica non dimostra deficit di linguaggio, ma fa qualche errore nelle prove di memoria. L'esame clinico e neurologico   normale. Quattro mesi pi  tardi le condizioni psichiche e fisiche del paziente si aggravano progressivamente, dimostrando un deterioramento cognitivo globale; si alimenta sempre meno. Spedalizzato per polmonite sinistra, appare confuso. Non vi sono segni neurologici focali. Muore dopo 8 giorni dalla spedalizzazione.

I casi riportati indicano due diverse condizioni di rottura della plasticità vitale dell'anziano: la prima secondaria a un evento stressante, l'ospedalizzazione; la seconda legata a un evento patologico, la malattia. In entrambi i casi l'equilibrio era conservato sino in età molto avanzata (80-90 anni); nel primo la rimozione della causa ha ripristinato lo stato di salute, nel secondo, per le caratteristiche della patologia, questo non è stato possibile. In entrambi i casi la manifestazione precoce di rottura dell'equilibrio-salute (i prodromi) è stata un'aspecifica perdita dell'interesse vitale e un malessere non quantificabile secondo i comuni criteri diagnostici: la patologia, anche grave, si presenta con manifestazioni comportamentali apparentemente non correlabili.

Questa condizione ha suscitato l'interesse dei ricercatori, portando a coniare nel 1989 il termine di AADL (Advanced Activities of Daily Living) per indicare funzioni che, non indispensabili nella conservazione di una vita autonoma, riguardano le attività ricreative, occupazionali, di responsabilità collettiva ecc., indicative di una volontà di vita. È stato ipotizzato che un declino delle AADL sia *marker* precoce di compromissione funzionale<sup>1</sup>.

Questa concettualizzazione è molto importante nello studio della salute dell'anziano, sia perché focalizza il benessere in termini funzionali, sia perché una modificazione peggiorativa delle AADL è in grado, meglio di qualsiasi altro indicatore, di rilevare una situazione patologica ancora a un livello di possibile reversibilità. D'altro canto, la modificazione peggiorativa dello stato funzionale — di base, strumentale o avanzato — necessita sempre la pronta individuazione dei fattori che ne sono la causa. Un'attenzione completa alla salute dell'anziano è in grado di produrre nuovi e specifici parametri quantitativi, precedentemente non considerati, e fa avanzare ulteriormente le specifiche conoscenze.

L'approccio valutativo alla persona che invecchia (*assessment not neglect*) rappresenta la novità di maggior rilievo nella ricerca geriatrica e gerontologica degli ultimi anni, la base su cui poggia la maggior parte delle conoscenze attuali, assai lontane e spesso di categoria diversa dai «miti» («cuore senile», «rene senile» ecc.) che hanno guidato l'operare medico sino a oggi, e invece in linea con le osservazioni della biologia contemporanea che descrive i meccanismi di plasticità conservati a tutte le età<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Si veda D. B. Reuben e D. H. Solomon, «Assessment in geriatrics: of caveats and narnes» in *Journal of the American Geriatrics Society*, 37, 1989, pp. 370-72.

<sup>2</sup> Si veda R. Kane, J. G. Ouslander e I. B. Abrass, *Essentials of Clinical Geriatrics*, New York, McGraw-Hill, 1989.

## 2. *Plasticità e invecchiamento*

La medicina classica insegna che nel corso dell'invecchiamento si verifica una progressiva riduzione età-correlata della funzione di numerosi organi, quali il cuore, i reni, i polmoni, il sistema immunitario ecc., con conseguente aumento della vulnerabilità di fronte a varie *noxae* patogene: per questo motivo aumenta la morbilità connessa a malattie acute, traumi, interventi chirurgici o alla somministrazione di farmaci. Nell'organismo che invecchia si verifica una ridotta capacità di conservare l'equilibrio interno di fronte alle varie sollecitazioni esterne, con maggiore probabilità di andare incontro a malattia.

Nell'invecchiamento sono presenti malattie e perdite da usura dipendenti dall'età. Un deficit del visus, l'ipoacusia, la perdita dell'equilibrio, la riduzione del movimento, la perdita della memoria recente, l'artrosi, l'osteoporosi, l'enfisema, sono perdite di capacità fisiologiche di vari organi e apparati che possono rendere difficile e penosa la vita.

Un'analisi acritica vede la vecchiaia fisiologica invariabilmente, anche nelle situazioni ottimali, come evento di perdita, una malattia che porta inesorabilmente alla morte: «senectus est ipsa morbus». Quanto i fattori siano da ascrivere realmente all'invecchiamento di per sé o a perdite da usura non è però stato completamente chiarito; la gerontologia moderna afferma che gli eventi di perdita nell'anziano sono nella maggior parte dei casi, se non invariabilmente, frutto di condizioni patologiche stratificatesi con la storia dell'individuo piuttosto che legati ai processi di invecchiamento<sup>3</sup>. Per questo motivo ogni modificazione che si rileva in età avanzata deve essere analizzata secondo una modalità valutativo-diagnostica, atta a identificare i meccanismi fisiopatologici sottostanti la modificazione stessa e non deve essere vista come evoluzione «naturale» della vita.

Un bellissimo editoriale di Franklin Williams<sup>4</sup>, l'attuale direttore del National Institute on Aging, affermava che la prima necessità per il geriatra è rimanere al corrente dell'evoluzione rapida sulle conoscenze circa l'invecchiamento e i problemi dell'anziano. In questo sforzo deve fare da guida un approccio critico e scettico nei confronti di tutte le nozioni date per acquisite in passato. Questa modalità deve certamente

<sup>3</sup> Si veda R. Rozzini, A. Bianchetti, C. Carabellese e M. Trabucchi, «Depression, life events and somatic symptoms» in *The Gerontologist*, 28, 1988, pp. 229-32.

<sup>4</sup> Si veda T. F. Williams, «Geriatrics: The fruition of the clinician reconsidered» in *The Gerontologist*, 26, 1986, pp. 345-49.

essere alla base di tutte le scienze mediche, ma lo deve essere ancor di più in geriatria, a causa delle osservazioni sperimentali, che portano rapidamente a considerare obsolete le nozioni date per acquisite in passato.

Diversi studi riportano una riduzione dei valori di albumina sierica in rapporto all'invecchiamento. In uno tra i più significativi è stata rilevata nei soggetti sani non istituzionalizzati una caduta dell'albumina sierica di circa il 6 per cento per decade di età a partire dai 45 anni, in un altro studio il decremento rilevato è del 2 per cento. Analizzando 241 soggetti apparentemente sani di età variabile dai 55 ai 101 anni, è stato osservato che in 45 anni l'albuminemia si riduce del 14 per cento, cioè circa lo 0,3 ogni anno. L'analisi dettagliata dei dati indica che il fenomeno è rilevante nelle età superiori ai 70 anni; nei soggetti più giovani, infatti, l'albuminemia non varia con l'età.

Tuttavia, tenendo conto che l'ipoalbuminemia può associarsi a un deficit nutritivo, che i farmaci ne possono modificare la concentrazione plasmatica e che le patologie croniche possono ridurre la concentrazione, si conclude che se l'età può avere qualche effetto sulla sintesi di albumina, la sua rilevanza clinica è molto scarsa, mentre la presenza di una riduzione albuminemia clinicamente rilevante è da imputare alla malattia piuttosto che a un normale fenomeno legato all'invecchiamento<sup>5</sup>. Analoghe conclusioni possono essere fatte relativamente alla patologia arteriosclerotica.

Nel Baltimore Longitudinal Study sull'invecchiamento è stata valutata la funzione cardiaca a riposo e in seguito a un esercizio standard di tolleranza. Accanto alla normale rilevazione elettrocardiografica, sono state effettuate valutazioni con tallio radioattivo, che permettono di analizzare le più piccole modificazioni coronariche mediante la comparsa di aree di ridotta perfusione. Con questo metodo è stato possibile rilevare che il 50 per cento dei soggetti di 70-80 anni ha segni variabili di coronaropatia, ma che l'altra metà presenta una perfusione coronarica integra. La malattia arteriosclerotica aumenta quindi certamente con gli anni, ma non è un'inevitabile conseguenza dell'invecchiamento.

È stato inoltre riscontrato che nei soggetti senza evidenza di patologia coronarica l'output cardiaco durante i test da sforzo rientra negli stessi range (11-27 litri per minuto) delle persone giovani<sup>6</sup>.

Questi dati smentiscono le acquisizioni precedenti su un'invariabile

<sup>5</sup> Si veda J. K. Cooper e C. Gardner, «Effect of aging on serum albumin» in *Journal of the American Geriatrics Society*, 37, 1989, pp. 1039-42.

<sup>6</sup> Si veda E. G. Lakatta, «Health, disease, and cardiovascular aging» in Institute of Medicine / National Research Council (a cura di), *Health in an Older Society*, Washington (D.C.), National Academy Press, 1985, pp. 73-104.



riduzione della portata cardiaca con l'invecchiamento (i risultati sono dovuti certamente a errori metodologici di reclutamento dei pazienti, infatti negli studi venivano inseriti anche soggetti con assenza solo apparente di una cardiopatia).

Un altro importante esempio, relativo al cosiddetto invecchiamento normale, è la riduzione della funzione renale. Questo dato è sempre stato considerato inconfutabile: anche J. F. Fries e L. M. Crapo, autori dell'ormai celebre (anche per la sfortuna delle loro ipotesi) *Vitality and Aging*, collocano la riduzione della funzione renale tra le modificazioni età-dipendenti non suscettibili di prevenzione né di modificazione<sup>7</sup>. La maggior parte degli studi trasversali riporta un progressivo declino nella filtrazione glomerulare col passare degli anni. Invece nello studio longitudinale di Baltimora la filtrazione glomerulare, valutata mediante lo studio della clearance della creatinina, nel 30 per cento degli anziani sani non dimostra alcuna modificazione; il 5 per cento ha un sensibile aumento della funzione e il 65 dimostra una riduzione di ampiezza variabile. Anche in questo caso, pertanto, la riduzione della funzione renale non è inevitabilmente associata all'invecchiamento<sup>8</sup>.

Anche la visione di una senescenza cerebrale come inesorabile processo di depauperamento anatomico-funzionale appare obsoleta, non tenendo conto delle potenzialità di compenso del cervello senile. Il primo tentativo di effettuare un calcolo della perdita di neuroni nell'uomo durante l'invecchiamento risale al secolo scorso, a opera di Hodge<sup>9</sup>. Sarebbe un problema di facile soluzione con strumenti semplici di indagine anatomica; invece ragioni di ordine tecnico e culturale hanno impedito a lungo di raggiungere risultati chiari e significativi. Si pensi anche che quasi gli interi numeri del dicembre 1987 e del dicembre 1988 della rivista *Neurobiology of Aging* sono ancora dedicati a una serie di interventi per fare il punto su quali e quanti neuroni muoiano durante l'invecchiamento dei mammiferi e per comprendere i meccanismi specifici che determinano questo evento, correlandoli alle alterazioni delle funzioni corticali superiori, in particolare alla memoria. L'affermazione più importante, sottolineata da tutti gli autori, è nell'assenza, nel corso dell'età avanzata, di una perdita generalizzata, a favore invece di una serie di variazioni regolate geneticamente (o da variazioni del microam-

<sup>7</sup> Si veda J. F. Fries e L. M. Crapo, *Vitality and Aging*, San Francisco, W. H. Freeman and Company, 1981.

<sup>8</sup> Si veda R. D. Lindeman, J. Tobin e N. Shock, «Longitudinal studies on rate of decline in renal function with age» in *Journal of the American Geriatrics Society*, 33, 1985, pp. 278-85.

<sup>9</sup> Si veda C. F. Hodge, «Changes in ganglion cells from birth to senile death. Observations on man and honey bee» in *Journal of Physiology*, 17, 1894, pp. 129-34.

biente, anch'esse in parte sotto controllo genetico), il cui significato rimane ancora largamente da comprendere<sup>10</sup>.

Dal punto di vista clinico, alcune funzioni cerebrali tradizionalmente considerate in declino hanno dimostrato, a un attento studio, un quadro molto variegato o addirittura sorprendentemente stabile: è il caso dell'intelligenza o dei processi cognitivi in generale. Particolarmente indicativi in tal senso sono non tanto gli innumerevoli studi trasversali, che subiscono importanti distorsioni da parte di fattori educativi, socioculturali e sanitari, quanto i pochi studi longitudinali: si è addirittura giunti a parlare di «mito» a proposito del declino intellettivo senile. A fianco del versante cognitivo esistono altri aspetti della personalità che con l'invecchiamento si possono consolidare o addirittura accrescere: ad esempio la sensibilità estetica, la capacità di sintesi, l'intensità affettiva. Alcuni settori di ricerca neuropatologica e funzionale (in particolare attraverso l'uso della tomografia a emissione di positroni o PET) hanno individuato nei livelli di prestazioni neurologiche dell'anziano un mutamento qualitativo che non è di segno semplicisticamente negativo. Si potrebbe dire che il cervello anziano risparmia energia usando strategie diverse, tempi più lenti, ma con parità di risultati complessivi in termini di rendimento. Particolarmente suggestivi in questo senso appaiono i dati sulla progressiva riduzione del consumo di ossigeno e di glucosio, che non provoca di per sé alcun sintomo e può essere, almeno in parte, compensata da adeguate stimolazioni<sup>11</sup>. Altri studi sono apparsi ancor più conservativi, rilevando una dissociazione fra flusso cerebrale ematico — ridotto — e metabolismo tissutale sostanzialmente immodificato per quanto riguarda il consumo di ossigeno e modicamente ridotto per quello di glucosio.

Gli esempi sopra riportati indicano chiaramente che il vecchio non può essere definito secondo caratteristiche uniformi e onnicomprehensive e giustificano in buona misura l'ampio ventaglio di risultati ottenuti nei vari studi e le conclusioni spesso discrepanti, di volta in volta riportate. La maggiore o minore oculatezza nella scelta della casistica, l'accuratezza o meno nell'identificazione di anziani sani possono aver contribuito in modo altrettanto consistente a rendere confuso il quadro di insieme,

<sup>10</sup> Si veda M. S. Magnoni, S. Govoni, F. Battaini e M. Trabucchi, «Biochemical changes of brain microvessels during aging» in F. Battaini *et al.* (a cura di), *Regulatory Mechanisms of Neuron to Vessel Communication in the Brain*, Nato Asi Series, Berlin-Heidelberg, Springer Verlag, 1989, pp. 169-82.

<sup>11</sup> Si veda L. Sokoloff, «Measurement of regional hemodynamic and metabolic changes in the central nervous system with imaging techniques» in F. Battaini *et al.* (a cura di), *Regulatory Mechanisms of Neuron to Vessel Communication in the Brain* cit., pp. 345-92.

a sfumare i limiti e le distinzioni fra normalità e patologia, fino a renderli impercettibili. La realtà clinica è invece molto precisa: i meccanismi delle plasticità permettono all'anziano sano di conservare intatta la funzione di specifici organi e tessuti, finché compare la malattia che nel vecchio rompe l'omeostasi e tende a diventare condizione irreversibile se non viene prontamente diagnosticata e curata.

### 3. *Diagnosi, funzione, plasticità*

Le osservazioni riportate, relative all'impatto dell'invecchiamento sulle caratteristiche anatomico-funzionali dell'organismo, e la mancata definizione di ciò che è normale e di ciò che è patologico, rendono difficile caratterizzare le modalità di intervento più opportune nella gestione dei problemi della terza età: il medico si trova a dover valutare situazioni vitali in cui le strette interrelazioni tra stato funzionale, patologie, modificazioni età-dipendenti si condizionano reciprocamente al punto che il significato dell'una è incomprendibile se non in funzione dell'altra (qual è tra queste la primaria?)

La plasticità vitale dell'anziano, che si rileva empiricamente nella pratica quotidiana (molte delle risposte positive ai trattamenti non sono spiegabili con i soli trattamenti), è una realtà che nega gli approcci statici e schematici sino a oggi utilizzati, ma sottende la necessità di criteri valutativi più consoni al rapporto dinamico tra le diverse componenti della salute di cui la diagnosi e la funzione sono solo due dei diversi aspetti (gli altri sono la personalità, la motivazione, la cultura ecc.).

Il superamento della discussione tra primato della diagnosi clinica su quello della funzione o viceversa è possibile soltanto con la convinzione che la risposta si può ottenere definendo tutti gli aspetti della salute secondo criteri precisamente quantificabili.

Il dibattito di qualche anno fa, relativo alla definizione di salute nell'anziano — meglio comprensibile in termini di funzione (cioè di capacità di svolgere le attività necessarie per il proprio autonomo mantenimento) mentre la diagnosi clinica non è più in grado di caratterizzarla e quindi perde di significato perseguire il raggiungimento — appare non ancora definitivamente concluso. Se è vero che l'obiettivo orientato sulla patologia specifica sminuisce l'aspetto primario della cura del paziente anziano, che deve essere la massimalizzazione della funzione, della creatività, del benessere, della felicità, è altrettanto vero che la funzione è il risultato del peso che le diverse condizioni patologiche esercitano su di essa. D'altro canto, la ricerca di una patologia reversibile rappresenta

in ogni situazione il compito primario del rapporto medico-paziente; la cura di un anziano consiste nell'identificare un problema suscettibile di correzione e di trattarlo. Nessun tipo di riabilitazione, di cura compassionevole, di manipolazione ambientale compenserà la mancata diagnosi di una patologia trattabile.

Ci si è chiesti su che cosa si baserebbe il rapporto stesso quando, come abitualmente avviene nell'anziano, la gran parte delle patologie non sono reversibili?

Certamente molte delle condizioni dell'anziano sono strutturate e irreversibili e per questo potrebbe venir meno il ruolo primario dell'approccio medico, ma la loro ineluttabilità (e quindi anche la loro reversibilità) è stata completamente definita? Ancora troppe patologie di cui soffre l'anziano non sono considerate tali, sebbene sia noto che la loro individuazione è in grado di modificare positivamente la salute del vecchio. Ancor meno è stato definito il ruolo che la somma di queste condizioni ha nel determinismo dello stato funzionale. Per questo motivo l'approccio valutativo tradizionale (la diagnosi) deve essere applicato primariamente nella cura del paziente; lo studio dell'insieme non può avvenire che attraverso la completa conoscenza delle singole parti che lo compongono.

Le condizioni patologiche trattabili possono essere individuate con il metodo tradizionale della diagnosi?

La prevalenza dei disturbi mentali e comportamentali nella casa di riposo supera il 50 per cento, sebbene sia frequentemente non riconosciuta, mal diagnosticata, o diagnosticata in modo che non emerga la sua suscettibilità alla terapia.

Comportamenti quali l'agitazione psicomotoria, l'aggressività, il delirium pesano sulla qualità della vita degli ospiti; se queste manifestazioni comportamentali sono sintomo di disturbi mentali potenzialmente trattabili, la loro caratterizzazione è molto importante per la cura, come lo è per ogni sintomo in medicina, è stimolo per il riconoscimento della patologia responsabile, sollievo dallo stress e opportunità di applicazione per il gruppo medico nel riconoscere l'importanza del comportamento come sintomo.

La valutazione dello stato mentale nelle istituzioni geriatriche è difficile; probabilmente questa è la causa della mancanza di studi che utilizzano una metodologia clinica<sup>12</sup>. La limitata coscienza di sé dell'esaminato, la presenza di deficit neuropsicologici, la resistenza all'esame e le reazioni catastrofiche complicano la possibilità di valutazione. Cio-

<sup>12</sup> Si veda D. De Leo, G. Stella e A. Spagnoli, «Prescription of psychotropic drugs in geriatric institution» in *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 4, 1989, pp. 11-16.

nonostante è stato ampiamente dimostrato che l'apprezzare queste limitazioni, l'impiego di strumenti appropriati, l'effettuare un'intervista strutturata, aumentano la capacità diagnostica e riducono di molto i comportamenti patologici e le sofferenze psicologiche dell'ospite<sup>13</sup>.

Il discorso della valutazione diagnostica vale anche per altri problemi medici la cui correzione è possibile e può migliorare le condizioni di salute della persona (ipovisus, patologie iatrogene ecc.). Tale approccio d'altro canto deve essere fatto anche per le patologie croniche, non apparentemente suscettibili di reversibilità.

Un concetto oggi ampiamente dibattuto è quello della comorbidità; è noto che la coesistenza di diverse patologie croniche è frequente nell'età avanzata; è altrettanto noto che la comorbidità affligge gravosamente la salute della persona anziana rendendola a particolare rischio di perdita dello stato funzionale. Poco si sa, tuttavia, circa le caratteristiche di questa condizione e circa l'impatto sulla salute soggettiva dell'anziano, sulla storia naturale delle diverse singole patologie e sulla disabilità. Molte patologie croniche, le più diverse, anche senza uno specifico rapporto tra loro né con la funzione motoria o psichica, sono in grado di minare l'integrità funzionale dell'anziano, e la sua autosufficienza. Sembra cioè che la perdita di quest'ultima non dipenda soltanto dalle singole patologie, ma dal loro insieme, la cui rilevanza ha un peso maggiore della pura somma.

L'approccio diagnostico, cioè la rilevazione della presenza di una patologia, acquista pertanto un significato importante, indipendentemente dalla reversibilità o meno della patologia.

Un esempio può venire dallo studio dei rapporti di causalità nel determinismo delle cadute. Analizzando l'evento cadute in un gruppo di pazienti geriatrici specializzati, in 3 mesi il 30 per cento dei soggetti studiati aveva presentato almeno una caduta; vi sono almeno 9 fattori che si correlano in modo indipendente alla caduta stessa. Il numero di fattori, piuttosto che la loro singola presenza, ha un ruolo critico nel determinismo della caduta. Tra gli anziani che presentano da 7 a 9 fattori di rischio la caduta si è osservata nel 100 per cento dei casi; il 35 per cento dei soggetti con 4-6 fattori di rischio sono caduti; in quelli con 0-3 fattori non si è osservata alcuna caduta: il deficit funzionale che porta alla caduta sembra quindi dipendere dalla presenza di cause multiple, nessuna delle quali da sola è sufficiente.

<sup>13</sup> Si veda D. G. Blazer, «The epidemiology of psychiatric disorders in late life» in E. W. Busse e D. G. Blazer (a cura di), *Geriatric Psychiatry*, Washington (D.C.), American Psychiatric Press, 1989, pp. 235-62.

In un altro studio è stato evidenziato che la probabilità di cadere di un anziano è fortemente correlata alla forza dei muscoli della dorsiflessione del piede e dei fasci inferiori del muscolo trapezio; è stato dimostrato come gli esercizi isometrici di rinforzo di tale muscolatura riducano significativamente il rischio di caduta. Sulla scorta di queste osservazioni è stato definito che gli esercizi di rinforzo muscolare sono indicati in tutti i soggetti che dimostrano particolare suscettibilità alle cadute, ad esempio coloro che hanno avuto una caduta nell'anno precedente, anche se non dimostrano ancora un deficit funzionale nelle attività della vita quotidiana<sup>14</sup>.

Il problema della definizione diagnostica mantiene poi una rilevanza fondamentale nella gestione della patologia acuta, anche la più grave, quando l'approccio venga effettuato ricercando i meccanismi patogenetici. Un esempio può derivare dall'esperienza dell'Unità di cura intensiva coronarica geriatrica dell'Università di Firenze; dopo la sua istituzione la mortalità residua per infarto miocardico acuto è oggi attribuibile prevalentemente — a differenza del passato — allo sviluppo di complicanze emodinamiche dipendenti dalle dimensioni della necrosi miocardica. Nella fase iniziale della malattia infartuale una stima accurata dell'estensione del danno miocardico ischemico può essere effettuata in modo indiretto dai dati derivabili dal cateterismo cardiaco destro: quanto più esteso l'infarto, tanto più depressi sono gli indici di pompa e più elevate le pressioni nel circolo polmonare, indicatori di insufficienza ventricolare sinistra.

L'esecuzione del cateterismo cardiaco destro su grandi numeri ha permesso di rilevare che non vi è alcuna significativa correlazione tra età e alcuni parametri emodinamici (frequenza cardiaca, indice sistolico, indice di lavoro sistolico del ventricolo sinistro, pressione arteriosa sistolica e diastolica, pressione arteriosa polmonare media, resistenze vascolari sistemiche totali). Cade quindi il «mito» indiscusso dell'infarto miocardico più esteso nei pazienti anziani già all'inizio della malattia. È invece dimostrato che le frequenti complicazioni extracardiache (infezioni broncopolmonari, insufficienza renale, malnutrizione proteica) contribuiscono in modo sostanziale alla comparsa di quadri clinici erroneamente attribuiti, per la loro bassa specificità semeiotica, a un deficit di pompa età-dipendente. È stato inoltre dimostrato che tecniche di assistenza medica intensiva, che prevedono il monitoraggio continuo dei parametri vitali e un *nursing* geriatrico specifico (mobilitazione, presidi antidecubito, alimentazione ecc.),

<sup>14</sup> Si veda M. Tinetti, T. F. Williams e R. Mayewsky, «Fall risk index for elderly patients based on the number of chronic disabilities» in *American Journal of Medicine*, 80, 1986, pp. 429-34.

riducono in modo drastico la mortalità di complicanze non cardiache a livelli sovrapponibili a quelli dell'età giovane-adulta<sup>15</sup>.

Un altro esempio proviene dall'analisi dei risultati relativi all'efficacia della chirurgia in età avanzata. È universalmente accettato che l'età rappresenti un fattore di rischio indipendente in qualunque procedura chirurgica. I risultati di un'ampia serie di lavori confermano che qualunque intervento — sia d'elezione sia d'urgenza — è gravato da mortalità crescente all'aumentare dell'età, tanto che si consiglia spesso, pur in presenza di un'indicazione operatoria relativamente netta, una politica conservativa e attendista. In realtà, qualora si stratifichi la casistica secondo il rischio anestesiológico, è stato dimostrato che non si rileva alcun incremento di mortalità correlato all'età all'interno di ciascuna classe. I problemi anestesiológicos del paziente anziano dipendono da diversi fattori: dalle modificazioni fisiologiche dell'individuo, dalle patologie concomitanti e dai problemi di farmacodinamica.

I risultati ottenuti in seguito alla terapia cardiocirurgica (bypass aortocoronarico, sostituzione valvolare aortica e sostituzione initalica) su anziani cardiopatici dai 70 ai 90 anni confermano queste ipotesi. A causa dell'elevata frequenza delle complicanze postoperatorie dell'intervento chirurgico a cuore aperto, le indicazioni a tale intervento sono risultate sino a oggi sempre assai limitate. I dati dello studio tuttavia non comprovano la bontà di tale atteggiamento. Infatti, la mortalità tra i pazienti ultraottantenni è simile a quella degli ultrasettantenni. L'elevato rischio dei pazienti richiede tuttavia una particolare abilità anestesiológica, un ottimo monitoraggio intra e postoperatorio, un'esperienza chirurgica e una tecnica assistenziale intensiva<sup>16</sup>.

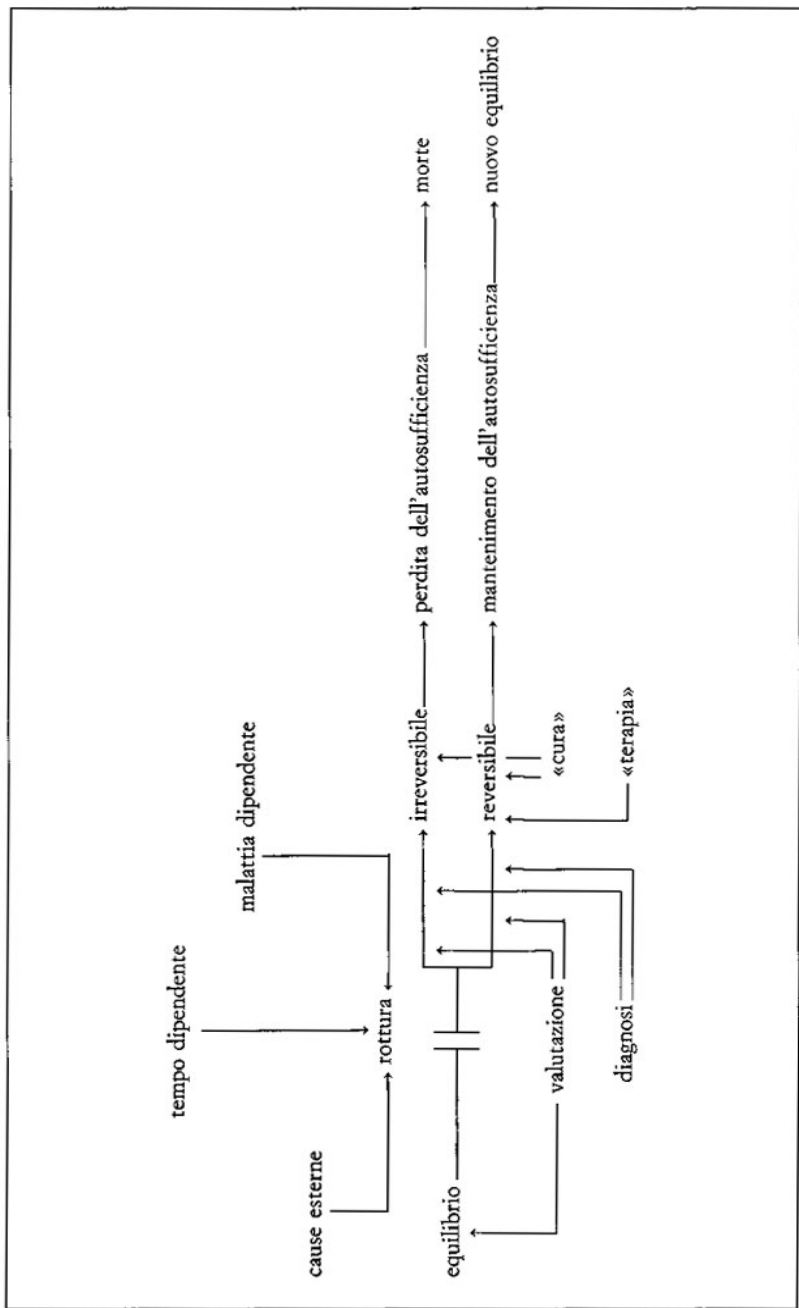
In conclusione si può ipotizzare che il compito della geriatria sia duplice: 1) una valutazione clinica attenta e la gestione terapeutica dei problemi suscettibili di terapia, 2) un eguale e competente valutazione funzionale per definire come l'autonomia possa essere massimalizzata da un'assistenza umana e strumentale e da manipolazioni ambientali.

La finalità della geriatria è di aumentare la sensibilità della cultura medica per la valutazione della persona nel suo insieme e nel suo ambiente, con particolare attenzione per la ricerca delle condizioni cliniche suscettibili di trattamento.

<sup>15</sup> Si veda N. Marchionni e L. Ferrucci, «Prediction of left ventricular function in acute anterior myocardial infarction by serum creatine kinase activity and precordial ECG mapping» in *Clinical Cardiology*, 9, 1986, pp. 187-93.

<sup>16</sup> Si veda G. Silvay, N. Bodner, B. Koffsky, B. P. Mindich, R. S. Litwack e J. A. Kaplan, «Open heart surgery in patients in the eighth and ninth decades of life» in *Journal of the American Geriatrics Society*, 36, 1988, pp. 1123-25.

Schema 1. L'equilibrio-salute dell'anziano: rischi di rottura e modalità di mantenimento.



Fonte: elaborazione degli autori.



*Riferimenti bibliografici*

- Battaini F. *et al.* (a cura di), *Regulatory Mechanisms of Neuron to Vessel Communication in the Brain*, Nato Asi Series, Berlin-Heidelberg, Springer Verlag, 1989.
- Blazer D. G., «The epidemiology of psychiatric disorders in late life» in Busse E. W. e Blazer D. G. (a cura di), *Geriatric Psychiatry* cit.
- Busse E. W. e Blazer D. G. (a cura di), *Geriatric Psychiatry*, Washington (D.C.), American Psychiatric Press, 1989.
- Cooper J. K. e Gardner C., «Effect of aging on serum albumin» in *Journal of the American Geriatrics Society*, 37, 1989.
- De Leo D., Stella G. e Spagnoli A., «Prescription of psychotropic drugs in geriatric institution» in *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 4, 1989.
- Fries J. F., *Aging Well*, Massachusetts, Addison-Wesley Publishing Company, 1989.
- Fries J. F. e Crapo L. M., *Vitality and Aging*, San Francisco, W. H. Freeman and Company, 1981.
- Hodge C. F., «Changes in ganglion cells from birth to senile death. Observations on man and honey bee» in *Journal of Physiology*, 17, 1894, pp. 129-34.
- Institute of Medicine / National Research Council (a cura di), *Health in an Older Society*, Washington (D.C.), National Academy Press, 1985.
- Kane R., Ouslander J. G. e Abrass I. B., *Essentials of Clinical Geriatrics*, New York, McGraw-Hill, 1989.
- Lakatta E. G., «Heart, disease, and cardiovascular aging» in Institute of Medicine / National Research Council (a cura di), *Health in an Older Society* cit.
- Lindeman R. D., Tobin J. e Shock N., «Longitudinal studies on rate of decline in renal function with age» in *Journal of the American Geriatrics Society*, 33, 1985.
- Magnoni M. S., Govoni S., Battaini F. e Trabucchi M., «Biochemical changes of brain microvessels during aging» in Battaini F. *et al.* (a cura di), *Regulatory Mechanisms of Neuron to Vessel Communication in the Brain* cit.
- Marchionni N. e Ferrucci L., «Prediction of left ventricular function in acute anterior myocardial infarction by serum creatine kinase activity and precordial ECG mapping» in *Clinical Cardiology*, 9, 1986.
- Reuben D. B. e Solomon D. H., «Assessment in geriatrics: of caveats and names» in *Journal of the American Geriatrics Society*, 37, 1989.
- Rozzini R., Bianchetti A., Carabellese C. e Trabucchi M., «Depression, life events and somatic symptoms» in *The Gerontologist*, 28, 1988.

Silvay G., Bodner N., Koffsky B., Míndich B. P., Litwack R. S. e Kaplan J. A., «Open heart surgery in patients in the eighth and ninth decades of life» in *journal of the American Geriatrics Society*, 36, 1988.

Sokoloff L., «Measurement of regional hemodynamic and metabolic changes in the central nervous system with imaging techniques» in Battaini F. *et al.* (a cura di), *Regulatory Mechanisms of Neuron to Vessel Communication in the Brain* cit.

Tinetti M., Williams T. F. e Mayewsky R., «Fall risk index for elderly patients based on the number of chronic disabilities» in *American journal of Medicine*, 80, 1986.

Williams T. F., «Geriatrics: The fruition of the clinician reconsidered» in *The Gerontologist*, 26, 1986.



## Lavoratori anziani: ambivalenza e interventi

*Harris T. Schrank e Joan M. Waring*

### *Premessa*

La società americana mostra un'ambivalenza nel giudizio sui lavoratori anziani. Da una parte si rispetta chi rimane produttivo fino alla vecchiaia, considerandolo un'interessante eccezione allo stereotipo del vecchio impegnato in attività futili o inoccupato e dipendente; dall'altra si lanciano messaggi inequivocabili sul fatto che la produttività dei *vecchi* non è necessaria né desiderata e sul fatto che essi non solo hanno diritto, ma vengono addirittura esortati ad andare in pensione molto prima di raggiungere la vecchiaia. Anche sul lavoro è presente quest'ambivalenza; benché le aziende siano spesso amministrate da dirigenti maturi, ripetutamente avvisati della futura scarsità di forza-lavoro derivante dai bassi tassi di natalità degli anni sessanta e settanta, in esse si tende frequentemente a sfoltire i ranghi dei lavoratori anziani. Gli stessi lavoratori offrono risposte ambigue sul fatto di desiderare o meno mantenere l'impiego in vecchiaia. La maggior parte va in pensione molto prima di quanto dovrebbe; anche se molti riconoscono gli effetti salutari di un'attività produttiva, temono il regime pensionistico e vorrebbero integrare il proprio reddito.

Questi atteggiamenti ambivalenti offrono l'occasione di riconsiderare il rapporto età/lavoro e di riportarlo alla realtà di una società post-industriale. La possibilità di comporre queste due posizioni è costituita dal fatto che i criteri secondo i quali vengono assegnati o conservati gli impieghi ambiti divengano l'abilità, la capacità, la motivazione e il rendimento e non l'età in sé. Si suggerisce, quindi, di risolvere — e dissolvere — l'ambivalenza attraverso interventi che favoriscano l'integrazione o la reintegrazione nella forza-lavoro dei lavoratori anziani che desiderano lavorare. Questi interventi ci paiono necessari e desiderabili sia perché giusti nei confronti dei vecchi lavoratori sia perché creeranno una forza-lavoro più produttiva per l'organizzazione. Inoltre, questi interventi costituiscono valide e sensate regole di amministrazione che

potrebbero migliorare la qualità della vita lavorativa per le persone di tutte le età. La nostra opinione, basata sia su osservazioni personali sia su ricerche sistematiche, è che i lavoratori dovrebbero poter lavorare finché possono e vogliono. Mostriamo che il fattore età è irrilevante nell'organizzazione del lavoro.

### 1. *Alcune fonti di ambivalenza: il livello sociale*

Consideriamo i tre livelli ai quali si manifesta l'ambivalenza verso i vecchi lavoratori: la società, l'organizzazione e il lavoratore. Esaminando l'elemento costituito dalla società, tra le tendenze più ineluttabili del XX secolo, e soprattutto della sua seconda metà, si sono registrate la costante anticipazione della scadenza della vita lavorativa e l'estensione degli anni di pensionamento. Queste tendenze, in grande misura alimentate dal declino dell'agricoltura e della piccola impresa agricola, dall'affermarsi di imprese sempre più grandi e dalla crescita del livello di istruzione relativo all'occupazione insieme alla diminuzione della mortalità, hanno permesso di arrivare alla conclusione che l'attività economica dei vecchi non è necessaria e che il riposo in vecchiaia non solo è giustificato ma è un diritto<sup>1</sup>.

E comunque probabile che il XXI secolo rechi con sé condizioni che annullino queste tendenze. Le previsioni di scarsità di lavoro e, ancor più, le proiezioni degli enormi costi sociali e personali del prolungato pensionamento, hanno già incoraggiato politiche pubbliche e private che promuovono l'estensione — piuttosto che la riduzione — della vita lavorativa.

Ad esempio, l'eliminazione del pensionamento obbligatorio si sta facendo strada in tutti gli stati degli USA e viene presa seriamente in considerazione come legge nazionale. La legge sulle discriminazioni di età e impiego proibisce considerazioni sull'età nelle assunzioni e nelle promozioni e per il resto protegge gli interessi dei lavoratori anziani. E sebbene il sistema della Sicurezza sociale continui a incoraggiare il pensionamento anticipato di gran parte dei lavoratori, si stanno facendo cambiamenti che favoriscano la continuazione — e non la cessazione — del lavoro. Ad esempio, è stato innalzato il tetto del reddito che permette di fruire dei benefici della Sicurezza sociale. Le pensioni sono più sostanziose quando il pensionamento è rimandato; le pensioni dei percettori di redditi alti vengono tassate; le prossime generazioni dovranno

<sup>1</sup> Si veda A. Foner e K. Schwab, *Aging and Retirement*, Monterey, Brooks/Cole, 1981.

aspettare più a lungo — cioè raggiungere i 67 anni invece dei 65 — per ottenere il pagamento di tutta la pensione; le nuove leggi ordinano la continuazione dei pagamenti dei contributi e dell'assistenza medica oltre la cosiddetta normale età di pensionamento.

Esistono però altri fattori che contribuiscono all'intensificarsi dell'ambivalenza. In futuro, quando molti si aspettano che si farà maggiore affidamento sui lavoratori più vecchi per far fronte alla domanda dell'industria, le caratteristiche di questi lavoratori saranno probabilmente molto diverse da quelle dei lavoratori anziani di oggi<sup>2</sup>. Ad esempio, i lavoratori reclutati nella generazione del *baby boom* godranno probabilmente di condizioni di salute migliori e saranno probabilmente meglio attrezzati ad affrontare invalidità o malattie croniche, di quanto storicamente sia mai stato possibile per gli anziani; saranno più istruiti; saranno più probabilmente cresciuti tra le file dei «colletti bianchi»; saranno stati formati alle tecnologie dell'economia postindustriale o di servizio. Date queste caratteristiche, l'insieme di lavoratori abili e tecnologicamente sofisticati potrebbe desiderare di lavorare in età avanzata, ma potrebbe non rappresentare il rimedio previsto da chi, ora, tenta di risolvere semplicemente i problemi dell'offerta di lavoro e gli squilibri della domanda. I lavoratori anziani di domani potrebbero essere troppo qualificati per gli impieghi che saranno richiesti, in particolare per le posizioni di primo impiego a bassi livelli di salario nel settore dei servizi. Se i futuri lavoratori di primo impiego avranno gravi problemi culturali — come alcuni prevedono — il bisogno di lavoro sui mercati secondari del lavoro potrebbe essere intenso.

## 2. *Ambivalenza organizzativa*

Oltre all'ambivalenza nella società in generale, le organizzazioni di lavoro sono molto ambigue nel loro comportamento verso i dipendenti che invecchiano. Sebbene le politiche organizzative siano generalmente avviate e gestite da dirigenti e amministratori che sono essi stessi anziani, queste spesso offrono ai dipendenti anziani buoni motivi per andare in pensione. Le organizzazioni tendono a conferire all'età — e al suo correlativo, l'esperienza — retribuzioni più alte, maggior potere e occupazioni migliori. Eppure, essere un dipendente anziano, in molte aziende, significa anche essere vulnerabile e insicuro. Significa vedersi offrire

<sup>2</sup> Si veda J. M. Waring, «Social Replenishment and Social Change» in *American Behavioral Scientist*, 19, 1975, pp. 237-56.

progetti «open-window»<sup>3</sup>, venire incoraggiati ad andare presto in pensione, o semplicemente venir messi da parte e addirittura congedati, spesso per essere rimpiazzati da lavoratori più giovani generalmente meno pagati. Le organizzazioni lanciano segnali ambigui ai lavoratori: sviluppano politiche miste e contraddittorie e incoraggiano politiche sociali ambivalenti.

*Costo.* La portata negativa di questa ambivalenza è costosa sia per il datore di lavoro sia per il dipendente. Ci sono molte regioni — solitamente non analizzate — per cui i «custodi» degli interessi delle organizzazioni, dirigenti e responsabili del personale, incoraggiano i vecchi lavoratori a lasciare le proprie aziende e ad andare in pensione. Una ragione è la consapevolezza che i lavoratori anziani costano più di altri, giovani, che svolgano il medesimo compito<sup>4</sup>. A volte è vero che i lavoratori anziani vengono pagati di più per quello che appare, solo sulla carta, lo stesso lavoro; tuttavia i vecchi lavoratori sono spesso più produttivi di quelli più giovani, perché conoscono il contenuto del lavoro. Sono più efficienti quando l'esperienza permette loro di applicare soluzioni collaudate che i più giovani dovrebbero scoprire da soli. Poiché essi tendono ad avere una maggiore memoria storica rispetto ai più giovani, è necessario spendere meno denaro che per la ricerca, la selezione e la formazione dei principianti. Perciò, quando i lavoratori più vecchi sono pagati di più per quel che appare il medesimo lavoro, essi spesso producono un lavoro di livello superiore o addirittura differente da quello dei colleghi più giovani.

Rimpiazzare con dei giovani lavoratori gli anziani allontanati forzatamente può anche produrre illusorie diminuzioni di costi. Quando i giovani salgono nella gerarchia dell'organizzazione si attendono aumenti di retribuzione in linea con l'aumento di responsabilità. Inoltre, se un lavoratore giovane resta in servizio per molto tempo, anche gli ostacoli alla mobilità saranno più difficili da superare. Se i lavoratori più giovani non hanno rendimenti buoni, l'organizzazione dovrà fronteggiare le costose conseguenze di questo processo di copertura delle cariche affidate ai giovani, solo perché sono giovani. Meglio licenziare gli esecutori inefficienti indipendentemente dall'età.

<sup>3</sup> I progetti «open-window» offrono ai lavoratori un trattamento pensionistico economicamente più vantaggioso o una liquidazione maggiorata se questi, volontariamente, decidono di andare in pensione entro un determinato periodo di tempo, entro un «window». I progetti «open-window» sono parte di un tentativo di riduzione dell'organico.

<sup>4</sup> A questo proposito si veda H. T. Schrank e J. M. Waring, «Aging and Work Organizations» in M. White Riley, B. B. Hess e K. Bond (a cura di), *Aging in Society: Selected Reviews of Recent Research*, Hillsdale, Lawrence Erlbaum, 1983, pp. 53-70.

La convinzione che per i lavoratori più vecchi le indisposizioni siano più frequenti e i contributi per la salute e la pensione più gravosi, costituisce un'altra ragione che induce a vedere questi lavoratori come più costosi rispetto ai giovani. Questa convinzione è basata su calcoli che variano molto secondo il lavoro, l'industria e il periodo storico, ma se i calcoli vengono effettuati correttamente — il che è raro — i risultati sono spesso sorprendenti. In alcuni ambienti le persone più anziane si ammalano meno di frequente, fanno meno assenze per esigenze di assistenza ai familiari e hanno minori distrazioni che interferiscono con gli impegni di lavoro; sono più accurati sul lavoro e subiscono meno incidenti.

Il calcolo dei costi di pensione è materia complicata. Spesso gli anziani lavorano in posti in cui non potrebbero ricevere una pensione o addirittura non ne hanno bisogno; qualche volta sono già coperti e possono permettersi di lavorare a bassi salari e senza una sicurezza pensionistica aggiuntiva.

Ci sono però altre considerazioni. Quando le società proiettano i costi del mantenimento delle crescenti schiere dei loro attuali pensionati, dovendo dichiarare le spese future come una passività corrente nei confronti della «bottom line», possono tendere a riprendersi alcuni dei generosi sussidi medici e pensionistici accordati ai primi pensionati. In alcune aziende minori, il costo per fronteggiare gli obblighi imposti dalla nuova legislazione sulla copertura pensionistica fa sorgere domande sull'opportunità di inserire le pensioni nella struttura delle compensazioni. In breve, le pensioni elargite ai dipendenti e la copertura medica durante il pensionamento possono essere al contempo più onerose e meno generose che in passato, fornendo così minori motivazioni sia al datore di lavoro a incoraggiare il pensionamento sia al dipendente a lasciare il lavoro il più presto possibile.

*Nuove energie.* Un altro insieme di ragioni per cui i dirigenti vogliono liberarsi dei lavoratori più vecchi si centra sul desiderio di portare «nuove energie» nell'organizzazione. Utilizziamo quest'espressione deliberatamente in quanto è tipico che i vecchi siano spinti o obbligati ad abbandonare le organizzazioni per nessun'altra ragione al di fuori della semplicistica conclusione che c'è bisogno di nuove energie. Sarebbe errato concludere che siano considerazioni, sui costi o sulle prestazioni, le ragioni principali per cui le società espellono i dipendenti più vecchi, quando il vero fondamento di questa politica è l'età.

Un'origine emotiva di questo atteggiamento è che i lavoratori più vecchi sono spesso visti come i responsabili degli errori dell'organizzazione. I lavoratori più vecchi, dopo tutto, sono con l'azienda da anni, a



differenza dei dipendenti più giovani. Questi ultimi non possono essere facilmente incolpati dei problemi dell'azienda, perché semplicemente non erano presenti quando è sorto il problema. In realtà, i contributi dei nuovi dipendenti spesso non sono ben conosciuti; solitamente servono anni alle organizzazioni per stabilire se le persone, soprattutto i dirigenti, sono esecutori efficienti. Così, quando un'azienda ha dei problemi di efficienza, e molte aziende alla lunga ne hanno, il vecchio lavoratore diviene il capro espiatorio.

Tuttavia le aziende solitamente sono gestite da dirigenti anziani, i quali decidono di sbarazzarsi dei vecchi lavoratori; a questa decisione solitamente non si oppongono i lavoratori giovani che si rendono conto di avere qualcosa da guadagnare dall'allontanamento di coloro dai quali si sentono frenati nella gerarchia organizzativa. Così la proposta di nuove energie è spesso accolta da scarsa opposizione e può affermarsi con ampio sostegno.

La tesi della «nuova energia» cade, comunque, alla luce della prova pratica: non c'è ragione di supporre che i lavoratori giovani, siano più intelligenti, creativi, scrupolosi o produttivi di quelli vecchi. È più probabile, invece, che i giovani stiano imparando il fatto loro e, cercando di eseguire i propri compiti, come pure sforzandosi in ogni modo di diventare parte dell'organizzazione, siano impediti a fare qualcosa di creativo o altrimenti eccezionale. L'esperienza di molti osservatori è che i membri meno creativi delle organizzazioni siano proprio i nuovi assunti. Viceversa, i lavoratori anziani sono spesso più fiduciosi e desiderosi di esprimersi, hanno meno da perdere sotto molti punti di vista. Hanno assimilato sia le prestazioni sia gli impegni dell'azienda e solitamente godono di maggiore autonomia rispetto ai colleghi più giovani. Inoltre, essi pensano di non avere tempo per i giochi di potere, e vogliono solo migliorare le cose e per questo sono schietti, onesti e sinceri. Sul lavoro possono permettersi di essere maestri, senza più bisogno di essere allievi.

Queste considerazioni suggeriscono la sostanza di alcune delle ambivalenze organizzative, delle giustificazioni cui ci si appella per estromettere i vecchi lavoratori e delle ragioni per cui i manager possono ingannarsi. Ci sono anche altre ragioni per cui le organizzazioni dovrebbero desiderare di tenere i vecchi dipendenti. A volte questi ultimi costituiscono un gruppo di lavoro utilizzabile quando gli altri lavoratori non lo sono. Ad esempio McDonald e altre aziende trovano nei pensionati un'importante fonte di manodopera. Costrette ad assumere lavoratori anziani solo perché disponibili e disposti a lavorare per salari bassi, le aziende hanno scoperto le loro numerose qualità. Appare sempre più evidente che i lavoratori anziani in questi ambienti sembrano possedere

quell'etica del lavoro apprezzata dai datori di lavoro. Sono già stati «educati» a operare nel posto di lavoro. Il lungo processo di «educazione» produce lavoratori con una serie di capacità, taluni in grado di tener presenti gli interessi dell'azienda e del cliente anche svolgendo il più umile dei compiti.

*Il paradosso del vecchio manager.* In molte organizzazioni l'esperienza, l'abilità, la formazione, la saggezza e la produttività dei lavoratori più vecchi sono effettivamente apprezzate e ricompensate. Come abbiamo avuto modo di notare in precedenza, anche se ciò risulta poco rilevante nella letteratura specialistica, la maggior parte delle aziende, e sicuramente le più grandi, sono gestite da funzionari anziani: supervisori, dirigenti, amministratori. Essi detengono la memoria storica; evitano che la ruota venga riscoperta; sono i maestri delle organizzazioni, i portatori della cultura organizzativa; hanno sviluppato rapporti con i clienti, hanno condotto operazioni e gestito la contabilità; essi sono al vertice praticamente di ogni gerarchia organizzativa.

L'aspetto positivo della scala dell'ambivalenza, l'alta considerazione verso i lavoratori anziani a tutti i livelli della gerarchia, è evidente nell'esercizio quotidiano della funzione decisionale, come l'assegnazione di compiti critici, e nella tipica struttura delle retribuzioni in base all'età. È paradossale, allora, che gli stessi lavoratori anziani — dirigenti e amministratori per la precisione — siano coloro che prendono decisioni tese a incoraggiare i vecchi lavoratori di tutti i livelli ad andarsene.

### 3. *Ambivalenza dei lavoratori*

Date le ambivalenze sociali e organizzative e le relative contraddizioni delle politiche riguardanti i lavoratori anziani, è difficile sorprendersi se gli stessi lavoratori spesso manifestano atteggiamenti ambigui riguardo alla prolungata permanenza nella forza-lavoro. Sebbene dalle ricerche risulti che le persone desiderano continuare a lavorare — anche se non hanno alcuna necessità economica a farlo — solo poche denotano interesse per un incarico a tempo pieno o per l'impiego che ha caratterizzato la loro carriera<sup>5</sup>. Benché alcuni siano dispiaciuti all'idea di ritirarsi, il fatto che la maggior parte vada in pensione prima del necessario è indice di una forzatura.

<sup>5</sup> Si veda R. P. Quinn e G. L. Staines, *The 1977 Quality of Employment Survey*, Ann Arbor, University of Michigan, Survey Research Center, 1979.

Nel 1986, ad esempio, solo il 55 per cento degli uomini tra i 60 e i 64 anni e il 25 per cento di quelli tra i 65 e i 69 erano ancora attivi. Per le donne le cifre corrispondenti sono del 33 e del 14 per cento<sup>6</sup>. La spinta al pensionamento è così forte che alcuni studiosi sono scettici sul fatto che possa esistere un incentivo che possa eliminare o invertire la tendenza al pensionamento anticipato.

Molti, non di meno, si oppongono all'abbandono del lavoro. Quelli che lavorano fino alla vecchiaia solitamente esercitano una professione privata o un'attività in proprio. Coloro i quali esercitano una professione o altre funzioni da colletti bianchi spesso possono continuare a lavorare nelle posizioni che detengono anche oltre la normale età del pensionamento. Molti altri, dipendenti di grandi aziende, decidono di restare approfittando dell'opportunità offerta dall'assenza, almeno fino ai 70 anni, dell'obbligo del pensionamento.

#### 4. *Interventi entro l'ambiente organizzativo*

Gran parte delle decisioni politiche e pratiche che potrebbero contribuire a ridurre l'ambivalenza verso i lavoratori anziani pertengono all'organizzazione. Le politiche nazionali a favore della vecchiaia, e soprattutto a favore dei lavoratori anziani, hanno un impatto maggiore sul posto di lavoro. Le modifiche del sistema di Sicurezza sociale basate sui costi — diritto a benefici posticipati, tassazione dei percettori di alti redditi, innalzamento delle limitazioni di reddito — sono incentivi per i vecchi a rimanere nella forza-lavoro. Altre legislazioni ideate dopo le leggi sui diritti civili sono intese a facilitare l'ottenimento, il mantenimento e il miglioramento dell'occupazione da parte dei vecchi lavoratori. L'effetto reale di queste leggi non è ben documentato. Recenti rapporti riguardanti l'incapacità della Equal Employment Opportunity Commission (Commissione sulle Equal Opportunity di Impiego) di portare a giudizio entro i termini legali di tempo centinaia di casi di discriminazioni in base all'età suggeriscono l'idea che le leggi non vengano applicate in maniera efficace. L'opportunità di lavoro rivolta agli anziani e finanziata federalmente ha avuto scarsa rilevanza per le recenti amministrazioni, anche se i programmi di servizi volontari di anziani sono spuntati sul territorio. La legge e altre regolamentazioni delle pensioni hanno creato una figura mista. Mentre la legge ha contribuito con ragionevoli clausole di

<sup>6</sup> Si veda Comitato Speciale sull'Invecchiamento del Senato degli Stati Uniti, *Aging America: Trends and Projections, 1987-1988*, 1988, p. 91.

assegnazione ed eleggibilità a far sì che i fondi pensionistici fossero adeguatamente consolidati, alcuni piccoli imprenditori hanno trovato tale legge gravosa e altri hanno cancellato i propri programmi pensionistici. La legge non garantisce che gli imprenditori abbiano un programma di pensioni per i loro dipendenti. Dal momento che, comunque, l'adeguatezza del reddito è un fattore determinante nella decisione di ritirarsi, le azioni sul fronte del governo e le risposte dal fronte dell'industria sono il fattore più importante che influisce sulla durata della vita lavorativa.

Poiché circoscritti, saranno descritti in queste pagine gli interventi pratici di tipo organizzativo e non le politiche sociali. È all'interno delle organizzazioni che i messaggi contraddittori, lanciati e ricevuti, riguardo ai lavoratori anziani sono più vincolanti e forse più facilmente riconciliabili.

##### 5. *Prospettiva sugli interventi: l'irrelevanza dell'età*

La sfida alle risorse umane per i lavoratori che invecchiano è sotto molti aspetti la stessa che incontrano i lavoratori di tutte le età: assicurarsi di avere l'abilità, le risorse, le motivazioni, gli incentivi, i contesti e gli incarichi per fare bene il proprio lavoro. Queste sono richieste per cui l'età è irrilevante e cui si fa ripetutamente riferimento durante la carriera di qualunque lavoratore. Se questi fondamentali rapporti di risorse umane vengono ignorati, attraverso la disattenzione o l'inettitudine della gestione, il risultato probabile sarà una supposta o reale obsolescenza delle capacità e un languire della carriera tra i lavoratori che prolungano la propria permanenza nell'azienda. Vale a dire una gestione mediocre può far nascere condizioni che divengono la base del pregiudizio verso i vecchi lavoratori.

Politiche che determinino interventi a vantaggio dei lavoratori anziani in quanto tali non sono probabilmente né necessarie né sagge. Non solo i lavoratori anziani sono un gruppo vario ma hanno anche maggiori probabilità di essere sani e capaci rispetto ai coetanei che non lavorano più. Come sappiamo, la sola età anagrafica non è un indicatore valido dello stato di salute o delle capacità fisiche e intellettuali di una persona. Ugualmente importante, anche quando l'invecchiamento può essere associato o correlato al declino di certe capacità, è che non c'è uniformità di declino con l'età. Quindi nessun insieme di considerazioni unitarie può essere utilizzato per gestire né il lavoratore anziano né quello giovane<sup>7</sup>.

<sup>7</sup> Per una rassegna della ricerca scientifica sull'età e sull'invecchiamento e per una bi-

Un pericolo nel creare politiche speciali è il fatto che esse possono rafforzare, addirittura creare, lo stereotipo che i lavoratori anziani non possono offrire contributi ad alto livello, in assenza di particolari strutture di supporto o che sono costosi da assumere. Inoltre i privilegi e le politiche ufficiali per i dipendenti anziani possono trovare l'opposizione delle direzioni d'azienda in quanto ingiusti verso gli altri lavoratori o in quanto vantaggi di tipo corporativo non coerenti con un'organizzazione efficiente.

È risultato dalla nostra ricerca aziendale che molti dei più importanti interventi a favore dei lavoratori anziani che le direzioni possono attuare sono provvedimenti che dovrebbero esser messi in atto a favore di ogni lavoratore. I lavoratori anziani non sono sostanzialmente diversi da quelli giovani per tutte le caratteristiche che contraddistinguono la vasta gamma di impieghi e di attività di lavoro dell'economia postindustriale. Alcuni dirigenti possono essere increduli su questo punto, in quanto poche aziende hanno esperienza di una forza-lavoro anziana, data la prassi di incoraggiare i vecchi lavoratori a lasciare l'azienda; per tale motivo i dirigenti non dovrebbero presumere di sapere come il vecchio lavoratore reagirà a una buona direzione.

### 6. Esempi di interventi organizzativi

I mezzi propri per la gestione delle risorse umane, che dovrebbero essere forniti a tutti, spesso non sono messi a disposizione dei lavoratori anziani. Così il primo gruppo di interventi che suggeriamo comprende l'utilità di fornire al lavoratore i benefici di una buona gestione. Procederemo ora all'esame di alcuni dei più importanti elementi della gestione delle risorse umane e dei metodi per riportare in scena i vecchi lavoratori.

*Valutazione delle prestazioni.* Uno dei principali strumenti utilizzabile dai dirigenti per mantenere il livello atteso dei rendimenti e fornire il *feed-back* per migliorarli è la valutazione delle prestazioni. Se il processo funziona correttamente, i lavoratori di tutte le età dovrebbero operare in modo accettabile e coloro che non dovessero farlo dovrebbero ricevere l'aiuto necessario per migliorare, oppure andarsene. I nostri dati di ricerca, tuttavia, mostrano che spesso i lavoratori anziani vengono

omessi nel processo di valutazione dei risultati e così vengono loro negati l'aiuto costruttivo e la possibilità di porsi quegli obiettivi di sviluppo che tali esami potrebbero fornire. I vecchi lavoratori, che vengono esclusi, a volte sono autorizzati ad andare in pensione mentre ai giovani, al contrario, vengono proposte iniziative personali per progredire. Di conseguenza, i vecchi lavoratori diventano i primi candidati per i tagli del personale.

La valutazione delle prestazioni diventa di somma importanza per tutti i lavoratori di quelle aziende che effettuano riduzioni di personale. Quando un'organizzazione si ridimensiona, gli esecutori marginali devono essere individuati in tutte le fasce di età. Troppo spesso coloro i quali vengono scelti o spinti ad andarsene sono vecchi lavoratori che la direzione crede possano passare direttamente alla pensione. Questa soluzione, che semplifica la decisione per i dirigenti, non è necessariamente ottimale per l'organizzazione: gli esecutori marginali verranno tenuti e alcuni buoni esecutori verranno persi.

*Aggiornamento.* È una panacea frequentemente raccomandata che i vecchi lavoratori debbano ricevere un aggiornamento per modificare capacità ritenute obsolete. Che le capacità dei vecchi lavoratori siano più soggette all'obsolescenza di quelle dei lavoratori di mezza età o giovani è una questione opinabile, perché è improbabile che i vecchi lavoratori siano gli unici dipendenti carenti di capacità aggiornate. L'introduzione dei macchinari, nuove generazioni di computer, software aggiornato e nuove leggi possono rendere le conoscenze di molti lavoratori obsolete in brevissimo tempo, indipendentemente dall'età. L'aggiornamento continuo dovrebbe essere routine per ognuno.

La nostra esperienza e una ricerca informale non pubblicata, svolta di recente sul campione di una dozzina di aziende di New York, mostrano che non solo esistevano pochi programmi di formazione specifici per i lavoratori anziani ma che i vecchi lavoratori erano grandemente sottorappresentati in programmi apparentemente accessibili a tutti. Ciò non avveniva perché essi fossero formalmente esclusi dai programmi di addestramento, anche se questo era il risultato accidentale; molto più spesso negli inviti o nel materiale promozionale c'erano sottili messaggi che scoraggiavano la partecipazione dei vecchi lavoratori. Tali messaggi facevano anche apparire il loro apprendimento di secondaria importanza agli occhi della direzione. Certamente i vecchi lavoratori possono essere riluttanti a iscriversi alla formazione che tradizionalmente viene fornita ai lavoratori nuovi o meno esperti; possono sentirsi sminuiti dal partecipare alla formazione elementare o per principianti.

In molte grandi imprese il miglioramento dei dipendenti in generale, così come l'acquisizione di nuove e migliori capacità, è incoraggiato dall'utilizzo dei programmi di finanziamento dell'istruzione presso istituti educativi locali. Tali investimenti in capitale umano sono considerati spesso più appropriati per i giovani che non per i vecchi lavoratori, per via del fatto che la liquidazione è considerata più lontana nel tempo. L'errore potenziale di questa visione è che il lavoratore giovane può lasciare l'azienda una volta che gli sia stata pagata l'istruzione. In alcune grandi aziende però il congedo a scopo istruttivo, utilizzando i fondi di finanziamento, è incoraggiato per i vecchi lavoratori per prepararsi a una seconda carriera o anche al pensionamento.

In ogni caso i dirigenti possono avvantaggiarsi dell'incoraggiamento ai vecchi lavoratori a frequentare la scuola non solo per il corso specifico ma anche per gli stimoli che gli incontri possono fornire. Inoltre, i vecchi lavoratori che approfittano delle esperienze educative resteranno più probabilmente con l'azienda fino al termine della loro carriera, cosicché anche questa otterrà dei benefici.

*Esperienze di aggiornamento parziale.* La maggior parte dell'addestramento aziendale è formale, tenuto in classi o in strutture esterne, sollevando i dipendenti dai loro compiti abituali. Le persone che partecipano vengono istruite, spesso acquisiscono certificati o diplomi e, a volte, come risultato di queste esperienze, salgono nella gerarchia. Ma nelle organizzazioni ci sono anche molte esperienze di aggiornamento parziale: ad esempio congressi, per categorie di lavoro e professionali, in cui i lavoratori possono imparare le tecniche più recenti e conoscere persone che svolgono lavori simili in altre aziende; incontri interni con consulenti che presentano nuovi programmi o discutono questioni di lavoro; programmi di sviluppo organizzativo che utilizzano consulenti o personale interno per effettuare cambiamenti organizzativi, nominare commissioni specifiche o gruppi di esperti per risolvere i problemi organizzativi. I progetti creano programmi e sistemi necessari all'attività dell'impresa, ma aiutano anche i partecipanti al progetto a imparare come realizzare le cose. Queste esperienze hanno dimostrato di essere utili per l'apprendimento e lo sviluppo delle conoscenze acquisite dai giovani e dai vecchi. Gli uni e gli altri hanno bisogno di essere incoraggiati a parteciparvi.

*Canali di mobilità.* I lavoratori, specialmente nelle organizzazioni gerarchiche, hanno bisogno di avere l'opportunità di muoversi verso l'alto o lateralmente, di affrontare nuove sfide, di imparare lavori nuovi o di

porsi di fronte a nuove prospettive e di crescere come lavoratori e come esseri umani. Le promozioni sono tipicamente più frequenti tra i giovani, e questo ha un senso per ragioni strutturali. La tipica gerarchia organizzativa ha meno posizioni vicino al vertice che al centro. Anche se in vecchiaia le promozioni possono essere più significative, in termini di posizione e di compenso, i lavoratori tendono a ricevere meno promozioni col crescere di età ed esperienza. Ciò naturalmente non preclude di considerare i più vecchi quando si assegnano le promozioni, ma suggerisce che le opportunità di promozione possono tendere a diminuire con l'età e l'esperienza. I dirigenti dovrebbero essere consapevoli di questa evenienza ed essere preparati a fornire altre opportunità che motivino e arricchiscano la vita dei lavoratori. Ciò è vero indipendentemente dall'età. Ogni volta e ovunque vengano meno le possibilità di promozione, i dirigenti devono inventare nuovi metodi per motivare e trattenere i lavoratori; questo problema di mobilità è più comune fra i lavoratori anziani. La mobilità orizzontale è un meccanismo utilizzato dalle organizzazioni per fornire esperienze di apprendimento e sviluppo, per coprire le posizioni senza rivolgersi all'esterno e, a volte, solo per permettere alle persone di muoversi verso l'alto sulla curva dell'apprendimento. Nelle aziende in cui questi spostamenti sono considerati utili allo sviluppo, i vecchi lavoratori non dovrebbero venire esclusi.

La mobilità discendente è relativamente rara nella maggior parte delle organizzazioni. Molti dirigenti vi si oppongono e preferiscono licenziare i lavoratori o incoraggiarli ad andare in pensione, piuttosto che proporre loro compiti a salari o a livelli di gerarchia inferiori. Questa posizione ideologica dovrebbe probabilmente essere riconsiderata, in quanto alcuni studi, in modo forse sorprendente, hanno mostrato che la mobilità discendente è una soluzione soddisfacente. Alcuni lavoratori preferiscono un lavoro qualsiasi al non lavoro e apprezzano l'opportunità di mantenere i benefici, non ultimo quello pensionistico, il vantaggio di una stabilità familiare e la presenza di amici all'alternativa di cercare un nuovo lavoro. La mobilità discendente è stata troppo spesso proibita arbitrariamente, quando invece sarebbe stata un'alternativa accettabile, o almeno funzionale per lavoratori vecchi o anche giovani.

*Reclutamento.* L'assunzione di lavoratori giovani è diventata una tradizione aziendale. I funzionari a ciò preposti solitamente hanno colloqui con persone dell'ultimo anno delle scuole superiori o delle università, in procinto di diventare avvocati o contabili, oppure studenti prossimi a ottenere il master in amministrazione commerciale. I lavoratori più vecchi sono assunti in modo meno sistematico e spesso ad hoc per



posizioni particolari, ma mai in massa. Si pensa che le organizzazioni debbano essere ripopolate dai giovani. Chi assume sembra dare per scontato che i giovani daranno all'azienda il servizio per tutta la vita e che sarebbe uno spreco destinare a un vecchio il costoso processo di reclutamento e assunzione. Tali «reclutatori», comunque, commettono un errore. Poiché i vecchi lavoratori mediamente hanno maggiore memoria storica, gli anni totali di lavoro che apporta all'impresa l'assunzione di un anziano saranno probabilmente più numerosi di quanti possano essere assumendo un giovane. Le persone anziane sono più propense a rimanere con la compagnia che li assume; per cui ha poco senso assumere giovani, addestrarli e poi perderli, spesso a favore di concorrenti. A molte compagnie capita questo, ma la tendenza ad assumere candidati giovani resta.

*Ridefinizione dei compiti.* È nell'interesse della direzione così come del singolo lavoratore assicurarsi che l'idoneità al compito sia tale da mantenere alti i livelli di produttività e di lavoro. Ma sia le persone sia il lavoro cambiano e non necessariamente in modo compatibile, così un'adeguatezza di lavoro in passato soddisfacente può venir meno col tempo.

Può darsi il caso che i vecchi lavoratori siano più suscettibili a questa divergenza tra lavoro e persona solo perché è probabile che essi siano rimasti su quel lavoro per più tempo. Un compito può diventare insopportabilmente privo di interesse quando cessa di porre sfide o fa un uso inadeguato delle capacità o dell'esperienza del lavoratore. Tali situazioni richiamano le considerazioni sul trasferimento, ma suggeriscono anche la possibilità di ridefinizione o riorientamento del tipo di lavoro attuale, in linea con gli interessi e le capacità del lavoratore. I compiti ordinari dei lavori noiosi possono essere sostituiti o integrati con altri nuovi. E anche possibile aggiungere compiti di tipo amministrativo ai lavori di tipo materiale o ravvivare le giornate di altri includendo attività di tipo materiale. Con immaginazione, tali punti possono essere relativamente facili da realizzare entro alcuni gruppi di lavoro.

Ma c'è un principio più importante riguardante la definizione dei compiti, che è relativo ai lavoratori di tutte le età. La ricerca di Kohn e Schooler mostra che la struttura del lavoro insieme alle sue condizioni hanno conseguenze sulle funzioni mentali come pure sulla visione del mondo nel corso della vita<sup>8</sup>. Essi hanno trovato che l'autonomia nel lavoro, in particolare la sua consistente complessità, aumenta l'elasticità

<sup>8</sup> Si veda M. Kohn e C. Schooler, *Work and Personality: Aft Inquiring into the Impact of Social Stratification*, Norwood, Ablex, 1983.

mentale e promuove un orientamento autonomo verso sé e verso la società. Al contrario, i lavori che limitano l'autonomia tendono a diminuire l'elasticità intellettuale e promuovono un atteggiamento conformista verso sé e verso la società. Queste scoperte, ricavate da dati longitudinali, confermano l'importanza delle condizioni di lavoro per l'influsso che hanno sui processi intellettuali sia tra i vecchi sia tra i giovani lavoratori. Cioè, condizioni «positive» di lavoro possono contribuire al mantenimento di un «positivo» funzionamento mentale.

### *7. La non incidenza del fattore età come principio per gli interventi*

In sintesi, il principio della non incidenza dell'età nella formulazione di politiche aiuta a delineare alcuni dei vantaggi a disposizione degli anziani entro la cornice di pratiche e politiche aziendali più generali. In tal senso, politiche indifferenti all'età possono servire ai bisogni particolari dei lavoratori anziani senza minacciare quelli più giovani. Ad esempio, le diverse attività e i servizi di controllo sulla salute offerti dalle aziende — indagini sulla presenza di malattie in forma acuta, dispensa di assistenza di emergenza, offerta di controlli periodici e così via — possono essere allargati fino a includere il controllo della pressione arteriosa, il test per il glaucoma o gli esami per altre condizioni legate all'età. Le politiche di permessi al personale potrebbero essere ampliate per includere l'assistenza al coniuge ammalato o ai genitori anziani, come sono ammesse per bambini ammalati. L'estensione del tempo flessibile, che solitamente permette di negoziare le ore di inizio e fine lavoro, può essere una risposta al bisogno dei vecchi di andare e tornare dal lavoro a ore diverse da quelle di punta, quanto è utile ai giovani per facilitare l'assestamento della propria vita. Le prassi tipiche riguardo al rientro da indisposizione o malattia possono essere migliorate per i vecchi, così come lo sono per le giovani madri, permettendo settimane lavorative più brevi o soluzioni di lavoro a domicilio.

Tutti i lavoratori, giovani e vecchi, hanno diritto a un ambiente di lavoro che non sia solo sicuro, ma che permetta anche di essere quanto più produttivi. Ciò significa condizioni di lavoro che non distolgano il lavoratore dai propri compiti e che non ne richiedano l'adattamento piuttosto che assecondarne le esigenze. Ad esempio, un'illuminazione adeguata ed efficace è necessaria a tutti i lavoratori per evitare l'affaticamento degli occhi e gli errori, o altre inefficienze, che possono conseguire. Anche se i problemi di vista sono più comuni tra i vecchi, anche i giovani li hanno, e c'è una crescente preoccupazione di tutte le fasce di età, per via dell'uso diffuso degli schermi dei computer, soprat-

tutto per i lavoratori delle aziende di servizi. Il riverbero di questi schermi è considerato fonte di problemi e i rimedi sono stati trattati in alcuni contratti di lavoro. Di più, fornire aiuto con schermi anti riflesso e pause aiuta sia i giovani sia i vecchi. Allo stesso modo, caratteri di stampa indistinti, illeggibili o eccessivamente piccoli possono essere difficili da leggere per lavoratori di ogni età, ma sono particolarmente problematici per i vecchi. Nell'interesse della qualità del lavoro all'interno dell'organizzazione, il problema della stampa può essere risolto con un'inchiostatura delle stampanti e delle macchine fotocopiatrici più frequente o migliore e con la disponibilità di lenti di ingrandimento.

Il punto fondamentale dunque è che quegli interventi che sono importanti per i dipendenti di ogni età saranno di aiuto anche ai vecchi lavoratori, ma probabilmente non è necessario operare interventi di questo tipo, sostanzialmente nuovi, soprattutto per i vecchi lavoratori. E il caso, tuttavia, che nell'insieme delle politiche da applicare, oltre al riconoscimento generale dei bisogni individuali, i lavoratori anziani possano godere di una sistemazione soddisfacente sul posto di lavoro.

#### 8. *Interventi per facilitare la transizione al pensionamento*

Tra gli interventi che sono stati pensati specificamente per gli anziani ci sono quelli relativi al pensionamento<sup>9</sup>, soprattutto se il pensionamento come processo prolungato, piuttosto che come evento brusco, può abbracciare un ampio periodo della vita lavorativa. Le prove sia quantitative sia aneddotiche mostrano che molti vecchi non vogliono un pensionamento totale o irrevocabile. Le ricerche hanno ripetutamente presentato alti livelli di interesse, da parte degli anziani, per il lavoro part time, ma a particolari condizioni. Mentre le piccole imprese sono evidentemente spesso in grado di fare tali concessioni ai vecchi lavoratori, le politiche del personale delle imprese più grandi sono a volte meno flessibili; comunque molte più aziende di quante lo facciano correntemente potrebbero tentare di provvedere in modo reciprocamente soddisfacente.

*Pensionamento elastico.* Tra i tipi di politiche del personale che meglio conciliano il desiderio degli anziani lavoratori di abbreviare gli orari e il bisogno dell'azienda di trattenere lavoratori esperti e affidabili c'è

<sup>9</sup> Si veda M. H. Morrison, «Work and Retirement» in A. Pifer e L. Brante (a cura di), *Our Aging Society: Paradox and Promise*, New York, Norton, 1986, pp. 341-65.

quello della riduzione dell'orario di lavoro. Esso permette al lavoratore di avvicinarsi al pensionamento attraverso una riduzione graduale delle ore lavorative, con l'offerta di lavori part time, l'autorizzazione ai dipendenti di spartirsi i compiti (una forma di lavoro part time), la riassunzione part time di dipendenti già pensionati, l'assegnazione di lavoro a domicilio e l'offerta di possibilità di occasionali consulenze dopo il pensionamento.

È stato osservato che, nel corso della vita, la transizione dalla fase di istruzione a quella di lavoro dura 12-16 anni o più, mentre ci si aspetta che il passaggio dal lavoro al riposo si completi nel giro di un week-end. Nella maggior parte delle imprese il pensionamento è brusco, ma sono sempre più numerosi i programmi di preparazione al pensionamento disponibili per i dipendenti. Questi programmi forniscono soprattutto qualche consulenza finanziaria, compreso una disamina delle indennità della sicurezza sociale e delle pensioni, ma spaziano anche su argomenti come la salute, l'impiego, le relazioni sociali, il riposizionamento sociale e il tempo libero. I programmi di pianificazione del pensionamento sono considerati più efficaci se cominciati all'inizio della carriera lavorativa, anche per dipendenti trentenni. In alcune aziende tali programmi si stanno trasformando in una specie di consulenza sulla vita. Questo è un esempio eccellente di come un programma pensato per i vecchi lavoratori si sia esteso ad altre età.

*Pensionamento a fasi.* Le politiche di pensionamento il più possibile flessibili meglio rispondono ai bisogni di lavoratori e organizzazioni. Tra queste, una delle più apprezzate — sulla carta se non in pratica — è il pensionamento a fasi.

Lo scopo dei programmi di pensionamento a fasi è di dare ai lavoratori un'opportunità di ritirarsi gradualmente dagli orari usuali della vita lavorativa, e di prepararsi poco a poco a una vita con più tempo libero. Questa riduzione del tempo di lavoro a piccoli passi libera ore ed energie per imparare a svolgere attività di tipo diverso, adattando in modo soddisfacente le esigenze del lavoro con qualunque limitazione fisica portata dall'età e dal declino della salute, oppure acquisendo competenze nelle occupazioni del tempo libero.

Il pensionamento a fasi è anche visto come un modo per evitare la minaccia, a volte notevole, che il pensionamento repentino può portare alla salute e al morale. Ci sono anche vantaggi per l'organizzazione. Le imprese, con programmi di tale tipo in corso, affermano che il pensionamento a fasi mantiene alta la produttività dei vecchi lavoratori, inco-

raggia quelli con scarse capacità a restare in attività e facilita la trasmissione dei compiti. Esse lo vedono anche come un modo per aumentare l'elasticità della gestione delle risorse umane.

Nonostante le molte qualità, questi programmi sono pochi, e, dove sono disponibili, c'è poca partecipazione. Sono state identificate diverse ragioni per lo scarso utilizzo e molte di esse potrebbero venir corrette per rendere i programmi più largamente accessibili. Alcuni programmi di pensionamento a fasi sono prevalentemente, o interamente, finanziati dall'azienda, mentre per altri il costo resta a carico del dipendente. Nei programmi finanziati dall'azienda i dipendenti riducono il tempo di lavoro senza perdite sul compenso usuale a tempo pieno, sui benefici e sugli altri profitti dati dall'azienda. È tipico di questi programmi concedere ai dipendenti, nell'ultimo anno di lavoro, tempo libero extra o una diminuzione dei giorni lavorativi. A volte il tempo libero prende la forma di un anno sabbatico. Non è del tutto chiaro perché i dipendenti non approfittino pienamente di questa opportunità, ma è evidente che non lo fanno. Alcuni dirigenti suggeriscono che si tratta di un altro esempio del forte impegno dei lavoratori anziani.

Nei programmi finanziati dai lavoratori, la riduzione del lavoro è accompagnata da proporzionali riduzioni del salario e delle indennità basate sul salario, mentre l'assicurazione sulla salute viene mantenuta a pieno. Ci sono però degli svantaggi. Un orario di lavoro part time prima della pensione può essere ben visto da coloro per i quali i vantaggi di un minore carico di lavoro superano i disagi di uno stile di vita a reddito inferiore o di una preoccupazione costante durante il pensionamento. Per altri lavoratori, comunque, una retribuzione *pro rata* e le indennità di un orario part time — detratte le tasse imponibili — possono non eguagliare l'aggiustamento pensionistico, che include la Sicurezza sociale, cui si rinuncia decidendo di continuare a lavorare. Inoltre, quando la formula pensionistica si basa sulla media delle retribuzioni degli ultimi «x» anni di lavoro e sulla durata del servizio, i dipendenti che scelgono un programma di pensionamento a fasi che implichi una qualunque riduzione di stipendio o di servizio sono penalizzati, a meno che non si provveda ad annualizzare la retribuzione per questo computo.

Dalle nostre osservazioni sul comportamento delle aziende, appare chiaro che i benefici del pensionamento a fasi dovrebbero essere condizione sufficiente, sia per i datori di lavoro sia per i dipendenti, a cercare soluzioni accettabili da entrambi sul piano economico e su quelli ad esso legati che paiono ancora frenarne la diffusione massiccia.

*Lavoro part time dopo il pensionamento.* Come accennato prima, la chiara preferenza di molti pensionati desiderosi di lavorare è per qualche forma di attività part time, nella quale possano avere un controllo sui propri orari e anche sul reddito, in modo da rimanere entro i limiti di guadagno della Sicurezza sociale. Alcuni datori di lavoro, soprattutto del commercio al dettaglio o delle banche, sono stati in grado di favorire facilmente questa preferenza, per l'assegnamento che essi generalmente fanno sull'aiuto part time. Altri datori di lavoro, che solitamente non usano lavoro part time in via regolare, hanno creato gruppi di pensionati da utilizzare come provvisori durante le vacanze, le malattie o altre assenze del loro staff regolare o nei periodi di punta. I vantaggi di queste soluzioni per i datori di lavoro sono ovvi, essi recuperano lavoratori che hanno familiarità con le regole degli affari, le organizzazioni e la gente. In più, il gruppo provvisorio di pensionati costa meno all'impresa, rispetto al pagare lo straordinario o al passare attraverso la noiosa routine delle agenzie di collocamento.

Mentre l'utilizzo di pensionati è spesso un intervento che accontenta gli impiegati e i lavoratori di altro tipo, la consulenza part time spesso crea una relazione soddisfacente per manager ormai in pensione e per professionisti. Di nuovo il vantaggio sta nella familiarità con la situazione, nella saggezza e nella visione prospettica che gli anziani lavoratori portano al loro incarico.



## Il medico e l'anziano

*Carlo Vergani*

### *Premessa*

I trend demografici che caratterizzano i paesi occidentali evidenziano come l'invecchiamento della popolazione sia un fenomeno consistente e progressivo<sup>1</sup>. Nel corso di questo secolo si sono guadagnati circa 26 anni nell'attesa media di vita, un guadagno pari a quello che si è avuto dal 3000 a.C. (età del bronzo) al 1900, che è stato di circa 29 anni. Si ritiene che negli Stati Uniti entro il 2000 quasi la metà dei decessi avverrà dopo gli ottant'anni<sup>2</sup>. In Italia è stato eliminato oltre l'80 per cento delle morti premature (prima dei 60 anni) (si veda la figura 1) e alla fine del secolo i soggetti di età superiore ai 60 anni saranno più numerosi di quelli di età inferiore ai 20 (si veda la figura 2). Già ora, per la prima volta nella nostra storia, gli italiani di età superiore ai 65 anni sono più numerosi di quelli di età inferiore ai 25. E un evento epocale che pone in discussione il retaggio culturale e le istituzioni socio-sanitarie programmate per i bisogni di una popolazione che vedeva all'inizio del secolo solo il 4 per cento di ultrasessantacinquenni.

Secondo alcuni autori, tra i quali Brody<sup>3</sup>, è oggi necessario procedere a una fase 2, operativa, che superi la fase 1, puramente analitica, del fenomeno dell'invecchiamento della popolazione.

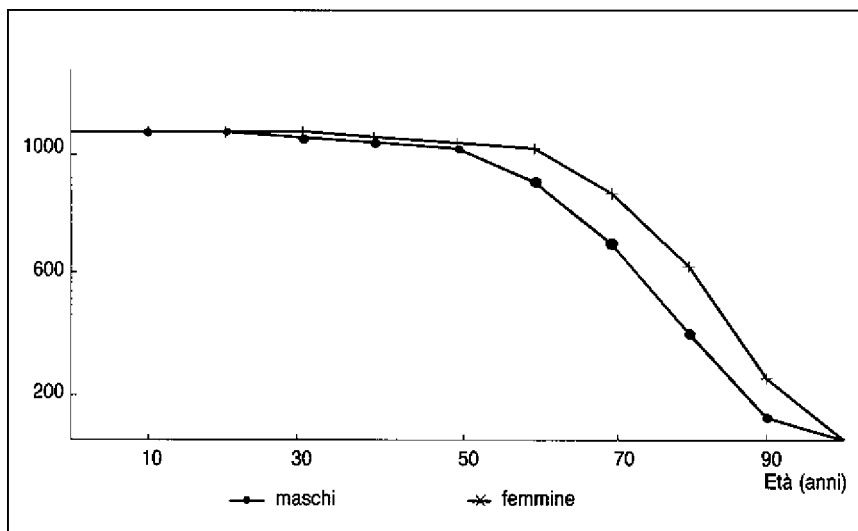
L'anziano, che è il protagonista di questa nuova rivoluzione demografica, esprime bisogni nuovi, completamente diversi da quelli del resto della popolazione.

<sup>1</sup> Si veda A. Golini, «Di alcuni aspetti demografici e socio-economici dell'invecchiamento della popolazione in Italia» in Atti del Congresso, *Aspetti medico-sociali in Gerontologia e Geriatria*, a cura della Scuola di Specializzazione in Geriatria, Università degli studi di Milano, Milano, 2-3 giugno 1989, pp. 17-33.

<sup>2</sup> Si veda J. A. Brody, D. B. Brock e T. F. Williams, «Trends in the Health of the Elderly Population» in *Annual Review of Public Health*, 8, 1987, p. 211.

<sup>3</sup> Si veda J. A. Brody, «Age, Aging and Diseases» in Atti del Congresso, *Aspetti medico-sociali in Gerontologia e Geriatria* cit., pp. 39-47.



Figura 1. *Sopravviventi in Italia su 1000 nati vivi, 1983.*

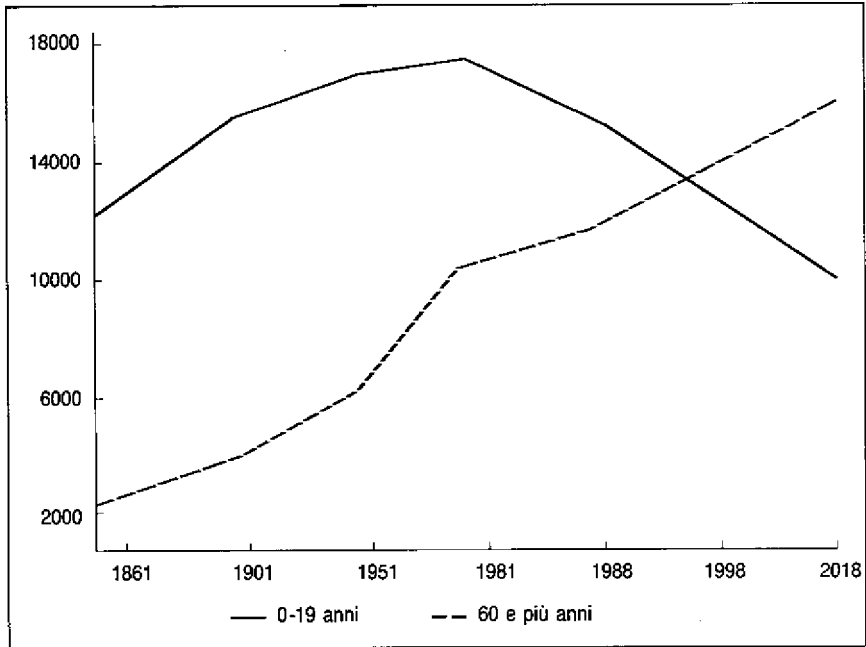
Fonte: Istat, 1989.

La sua domanda di salute pone in primo piano, come esigenza specifica, la qualità della vita<sup>4</sup>. Tutto ciò mette in crisi l'approccio medico tradizionale, basato sul rapporto interpersonale medico-paziente e sull'iter diagnosi-terapia-guarigione della singola lesione organica<sup>5</sup>. Accanto alla componente biologica, la componente psico-sociale è un elemento determinante del benessere nella persona anziana.

<sup>4</sup> Si veda «Salute e Previdenza» in *XXII Rapporto Censis/1988 sulla situazione sociale del paese*, Roma, F. Angeli, 1988, pp. 401-584.

<sup>5</sup> Si veda F. Capra, *Il punto di svolta. Scienza, Società e cultura emergente*, Milano, Feltrinelli, 1986.

Figura 2. Confronti fra adolescenti e anziani sul totale della popolazione italiana, 1861-2018 (valori in migliaia).



Fonte: Irp.

### 1. La componente biologica

La dinamicità del processo di invecchiamento e, pertanto, la sua non prevedibilità spiegano la grande variabilità che si riscontra nelle prestazioni funzionali degli individui anziani<sup>6</sup>.

Con il passare del tempo le differenze interindividuali si accentuano sempre di più: intorno ai 20 anni si può osservare una convergenza dei parametri verso una media dei valori, mentre al di là dei 40 si evidenzia un'ampia dispersione degli stessi. L'invecchiamento è pertanto un processo unidirezionale e irreversibile ma non predeterminato e univoco nella sua espressione.

<sup>6</sup> Si veda J. F. Fries e L. M. Crapo, «The Emergence of Chronic, Universal Disease» in W. H. Freeman (a cura di), *Vitality and Aging*, San Francisco, 1981, pp. 79-96; G. M. Martin, «Current View on the Biology of Aging» in R. N. Butler e A. G. Bearn (a cura di), *The Aging Process: Therapeutic Implication*, New York, Raven Press, 1984, pp. 21-39.

Nell'ambito delle teorie biologiche sull'invecchiamento<sup>7</sup> un'interpretazione generale del fenomeno è stata fornita da Sacher<sup>8</sup> e Cutler<sup>9</sup> con il concetto di «natura benigna» e da Hayflick<sup>10</sup> con il concetto di «post-developmental longevity». Secondo tali teorie, l'organismo umano possiede alla nascita delle potenzialità, dovute a una ridondanza di strutture e di funzioni, che gli consentono di raggiungere il massimo delle prestazioni fra i 20 e i 30 anni e di assicurare, primariamente, la riproduzione della specie: dopo i 30 anni la durata nel tempo e la qualità della vita sono strettamente dipendenti dalle modalità con cui sono state gestite queste potenzialità. La programmazione genetica opera, pertanto, solo in senso positivo. La graduale perdita delle riserve funzionali, che pongono normalmente l'organismo al riparo da forze destabilizzanti la sua omeostasi, comporta la comparsa di malattie cronico-degenerative che possono essere causa di disabilità.

In Italia oggi il 3-5 per cento degli ultrasessantacinquenni non è autosufficiente e il 10 è parzialmente non autosufficiente<sup>11</sup>.

L'attesa di vita alla nascita (*life expectancy*) supera di circa dieci anni l'attesa di «salute» (*health expectancy*), la cui fine coincide con l'insorgenza della malattia, singola o plurima. Quest'ultima è, come si è detto, un fattore determinante, ma non unico, della disabilità.

La figura 3 riporta le curve della normalità, della disabilità e della morbilità in una popolazione dei paesi occidentali. Al di sotto della curva della mortalità stanno le altre due curve che hanno una rilevanza clinica notevole.

Lo studio dei meccanismi biomolecolari che presiedono al processo dell'invecchiamento consentirà di comprendere l'eziopatogenesi delle malattie prevalenti nel soggetto anziano e, conseguentemente, di comprimere morbilità e disabilità verso la curva della mortalità, guadagnando anni di vita attiva<sup>12</sup>.

<sup>7</sup>Si veda R. W. Hart e A. Turturro, «Evolution of Life Span in Placental Mammals» in H. R. Warner, R. N. Butler, R. L. Sprott e E. L. Schneider (a cura di), *Modern Biological Theories of Aging*, New York, Raven Press, 1987, pp. 5-18.

<sup>8</sup>Si veda G. A. Sacher, «Evolutionary theory in gerontology» in *Perspectives in Biology and Medicine*, 25, 1982, p. 339.

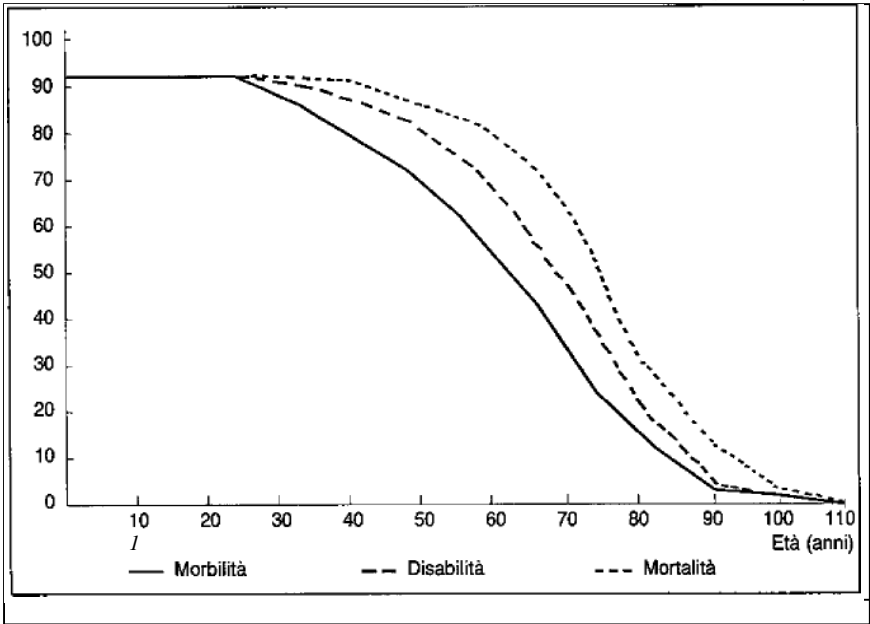
<sup>9</sup>Si veda R. G. Cutler, «Longevity is determined by specific genes: Testing the hypothesis» in R. C. Adelman e G. S. Roth (a cura di), *Testing the Theories of Aging*, Boca Raton, CRC Press, 1982, pp. 25-114.

<sup>10</sup>Si veda L. Hayflick, «Origins of Longevity» in R. Warner Huber, R. N. Butler, R. L. Sprott e E. L. Schneider (a cura di), *Modern Biological Theories of Aging* cit., vol. 31, pp. 21-34.

<sup>11</sup>Si veda *Bozza di Piano Sanitario Nazionale 1989-1991. Tutela della salute degli anziani*, Roma, dicembre 1988.

<sup>12</sup>Si veda J. F. Fries, «Aging, Natural Death, and the Compression of Morbidity» in *New England Journal of Medicine*, 130, 1980, p. 303.

Figura 3. *Mortalità, disabilità e morbidità in una popolazione occidentale (valori in percentuale).*



Fonte: J.W. Rowe, «Aging and Geriatric Medicine» in J. Wingarden e I. Smith (a cura di), *Text Book of Medicine*, Philadelphia, W.V. Saunders Co, 1988, pp. 21-34.

Figura 4. *Probabilità di morte per tumore per classi di età, 1981.*

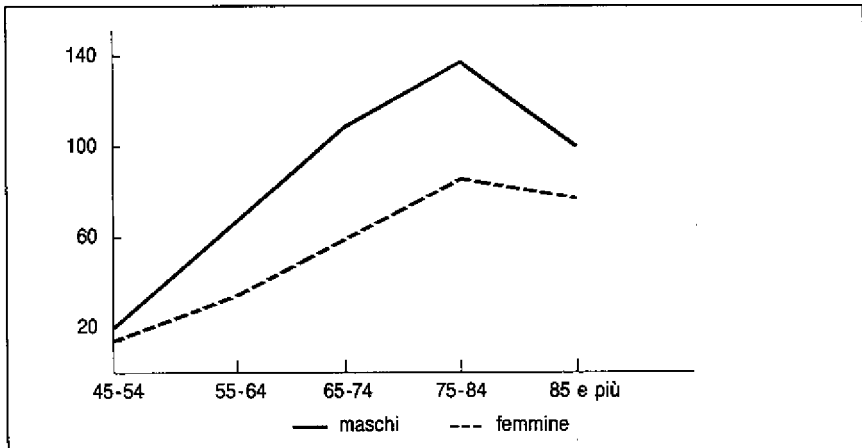
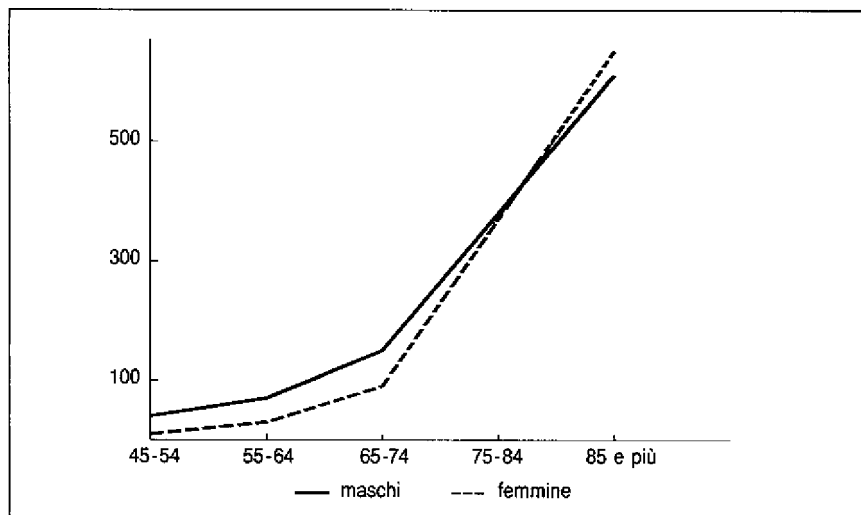


Figura 5. Probabilità di morte per malattia del sistema cardiocircolatorio per classi di età, 1981.



Secondo alcuni autori<sup>13</sup>, è opportuno differenziare le malattie associate all'invecchiamento di malattie età-dipendenti e malattie età-correlate. Le prime dipendono dall'invecchiamento stesso e la loro prevalenza nella popolazione ha un andamento parallelo a quello della curva di Gompertz<sup>14</sup>; le seconde sono dovute, invece, a un danno che si accumula con il passare del tempo e la loro prevalenza ha un andamento che diverge dalla curva medesima. Le figure 4 e 5 riproducono la probabilità di morte per tumore — patologia età-correlata — e per malattie del sistema cardiocircolatorio — patologia età-dipendente — in Italia. Mentre è possibile rimuovere nell'anziano le malattie età-correlate, è solo possibile controllare le malattie età-dipendenti (ad esempio, oltre alle malattie cardiocircolatorie, l'osteoporosi e la malattia di Alzheimer) dilazionando la loro insorgenza nel tempo fino a impedirne l'estrinsecazione clinica.

<sup>13</sup>Si veda J. A. Brody e E. L. Schneider, «Disease and Disorders of Aging: A Hypothesis» in *Journal of Chronic Diseases*, 39, 1986, p. 871.

<sup>14</sup>L'equazione di Gompertz esprime il rapporto fra il tasso di mortalità e l'età:

$$\mu_x = \mu_0 \exp(ax) \text{ dove}$$

$\mu_x$  = tasso di mortalità all'età  $x$ ;

$\mu_0$  = tasso di mortalità all'età 0;

$\alpha$  = tasso di aumento della mortalità col tempo.

L'equazione viene migliorata dall'introduzione di un'ulteriore costante,  $\mu_x = [\mu_0 \exp(\alpha x)] (\alpha x) + \beta$  o equazione di Gompertz-Makeliam, dove  $\beta$  rappresenta la mortalità non età-dipendente.

## 2. *La componente psico-sociale*

La componente relazionale e il ruolo sociale rivestono un'importanza notevole per il benessere dell'anziano. L'invecchiamento non comporta di per sé una condizione di decadimento e di emarginazione; tuttavia è di facile riscontro nell'anziano l'attenuarsi di funzioni preposte alla vita di relazione: la vista, l'udito, la funzione motoria e la capacità di adattamento alle situazioni nuove subiscono un calo progressivo.

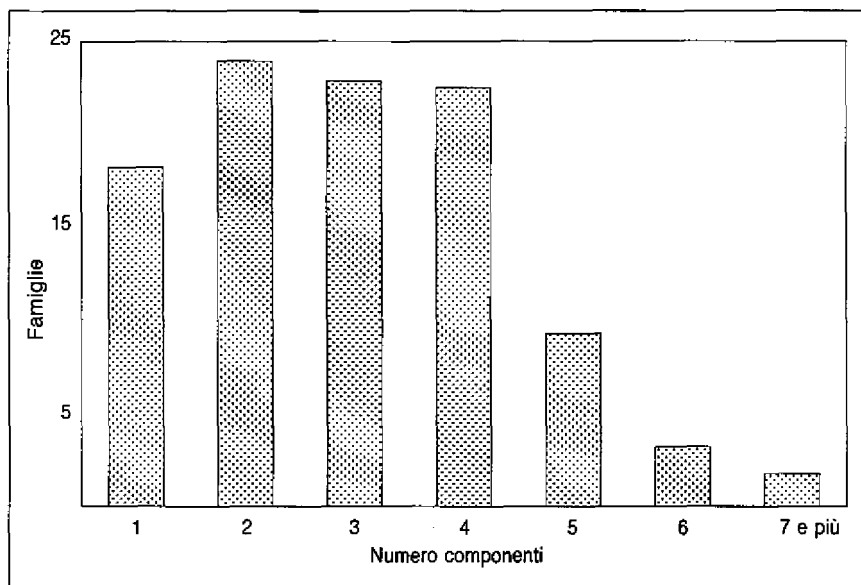
La comprensione delle singole attività elementari non porta necessariamente al decadimento globale della persona nelle sue manifestazioni esistenziali, dal momento che l'organismo è in grado di vicariare le perdite settoriali.

L'afasia che compare dopo una lesione acuta dell'emisfero cerebrale dominante può recedere lentamente per l'instaurarsi di una supplenza da parte dell'altro emisfero. D'altra parte, quando un gruppo di cellule del cervello muore, le altre prolungano i loro dendriti aumentando i punti di contatto intercellulare, nel tentativo di reintegrare una rete intersinaptica. Peraltro, per la comparsa di deficit funzionali significativi, si richiede la perdita di un numero consistente di cellule specializzate: il diabete insipido, dovuto alla carenza di ormone antidiuretico, compare solo quando le cellule secernenti dei nuclei sopraottico e paraventricolare del cervello sono meno del 10-15 per cento del loro numero normale.

Nonostante queste capacità di compenso, la concomitanza di più deficit sublimali, specie se associata a componenti negative di tipo sociale, può rompere l'equilibrio adattativo dell'individuo anziano e causarne la scarsa reattività relazionale e l'isolamento. Trai fattori più incisivi nel determinare il crollo della *compliance* psicosociale dell'anziano figurano il livello culturale, la condizione economica e l'ambiente familiare.

La possibilità di mantenere fino in età avanzata la capacità intellettuale è strettamente connessa al livello culturale di base e alla costante sollecitazione. L'interruzione dell'attività lavorativa, che è oggi obbligatoria, totale, repentina e precoce, coincide spesso con la cessazione di ogni stimolo intellettuale e con la perdita di ogni ruolo sociale. Diversi studi hanno sottolineato l'importanza che il fattore economico riveste nella fenomenologia dell'invecchiamento: le persone economicamente penalizzate sono spesso costrette a vivere in condizioni precarie e, talvolta, a lasciare la propria abitazione per ritirarsi in istituzioni dove l'isolamento e l'inattività contribuiscono in maniera irreversibile al decadimento fisico-psichico.

Figura 6. Famiglie residenti per ampiezza al dodicesimo censimento (valori in percentuale).



Fonte: Istat, 1989.

Nel Centro-Nord d'Italia in una famiglia su tre vive un anziano: l'onere del peso assistenziale per l'anziano è per l'80 per cento di tipo informale e grava sulla famiglia. Le modificazioni che in questi ultimi anni hanno interessato la struttura familiare, che tende a divenire mononucleare, contribuiscono a loro volta ad accentuare l'incapacità di adattamento del soggetto anziano. In Italia il numero medio dei componenti la famiglia è di circa 2,7 (si veda la figura 6). Le famiglie monocomponenti sono 3.200.000, di queste il 57 per cento è costituito da ultrasessantacinquenni, in prevalenza di sesso femminile.

L'assenza di un supporto assistenziale complementare al domicilio del soggetto anziano che vive solo oppure alla famiglia che se ne fa carico spesso determina la comparsa della non autosufficienza e la scelta obbligata dell'istituzionalizzazione.

### 3. *Un modello biomedico nuovo*

Gli organismi viventi sono interpretabili come sistemi aperti in transazione (flusso continuo di energia, informazione e materia) con l'ambiente esterno. La visione sistemica dell'organismo offre un valido contributo per la costruzione di un modello biomedico nuovo, perfettamente in sintonia con la tradizione ippocratica della medicina occidentale. Attraverso un'interpretazione analitica funzionale l'approccio all'individuo anziano non avviene solo in base ai «bisogni» di tipo fisiologico, ma anche e soprattutto in base a «problemi», che presuppongono una storia e una cultura.

Fisiologia e storia sono i due poli dell'interpretazione dello stato di salute dell'anziano. Resta, tuttavia, ancora assai difficile stabilire il confine della «normalità» fisiologica nell'anziano. Il fenotipo corrispondente al processo dell'invecchiamento «normale» non è tuttora noto.

L'analisi epidemiologica trasversale, da cui derivano i parametri biologici sugli anziani e a cui attualmente si fa riferimento, si presta a numerose critiche: essa risulta influenzata da una parte dalla presenza nel campione in esame di soggetti affetti da malattia e dall'altra dall'«effetto coorte» per cui vengono comparati soggetti non coevi, che hanno un impatto con l'ambiente esterno modellante e un vissuto completamente diversi.

Gli studi epidemiologici longitudinali di Göteborg<sup>15</sup> e di Baltimora<sup>16</sup> inducono a rivedere alcuni dei dati sulla perdita delle riserve funzionali in rapporto all'età forniti dagli studi trasversali di Nathan Shock nel 1960<sup>17</sup>. In molti soggetti alcuni processi fisiologici declinano con l'età (ad esempio, il flusso ematico renale e la filtrazione glomerulare, la frequenza massima e la gettata cardiaca sotto sforzo, la tolleranza glucidica e l'immunità cellulare), ma altri non si modificano (ad esempio, molte funzioni epatiche e la capacità polmonare totale). La secrezione dell'ormone antidiuretico in risposta a stimoli osmolari risulta poi aumentata.

<sup>15</sup> Si veda A. Svanberg, «Cohort differences in the Göteborg studies of Swedish 70-years-olds» in J. Brody e G. Maddox (a cura di), *Epidemiology of Aging*, New York, SpringerVerlag, 1987.

<sup>16</sup> Si veda N. W. Schock, R. C. Grulich, R. Andres, D. Arenberg, P. T. Costa, E. G. Lakatta e J. S. Tobin, «Normal human aging» in *The Baltimore Longitudinal Study of Aging*, 84-2450, National Institutes of Health Publications, Washington (D.C.), US Government Printing Office, 1984.

<sup>17</sup> Si veda N. W. Schock, «Systems integration» in C. E. Finch e L. Hayflick (a cura di), *Hand-book of the Biology of Aging*, New York, Van Nostrand Reinhold Co, 1977, pp. 639-65.



Nel complesso è possibile sostenere che l'anziano con il passare del tempo, pur perdendo parte delle funzioni, non va mai al di sotto della richiesta basale che gli consente una prestazione psico-fisica sufficiente per una vita autonoma. Le alterazioni fisiologicamente presenti nel soggetto anziano rendono ragione di alcune manifestazioni cliniche peculiari. La malattia può presentarsi in maniera atipica, come nel caso dell'infarto miocardico indolore e della pseudodemenza da depressione, oppure in maniera del tutto particolare come nel caso del coma iperosmolare non chetotico. Tali alterazioni predispongono, inoltre, alla comparsa della malattia stessa (infezioni, morbo di Parkinson) e alla facile insorgenza di reazioni avverse da farmaci (sindrome extrapiramidale).

Invecchiamento normale e patologico sono, pertanto, due entità separate che possono facilmente sconfinare l'una nell'altra. Questa consapevolezza sta alla base della valutazione globale del soggetto anziano.

La valutazione globale (*Comprehensive Assessment*), che è tipica dell'approccio sistemico, è un processo analitico multidimensionale condotto da un team multidisciplinare che ha come scopo quello di rilevare gli aspetti medici, psicologici, sociali e le dotazioni funzionali al fine di predisporre un intervento onnicomprensivo per la cura e il *follow-up* del soggetto<sup>18</sup>:

MODELLO BIOMEDICO TRADIZIONALE

Med/Pz —> accertamento diagnostico —> terapia —> guarigione

MODELLO BIOMEDICO PER L'ANZIANO

Team/Anz. —> valutazione -- intervento —> autosufficienza globale

L'intervento mira a garantire uno stato di autosufficienza che può risultare compromessa anche in assenza di una specifica malattia; esso, in ogni caso, non comporta necessariamente la guarigione dell'eventuale patologia. Sapere interpretare il «malessere» (*illness*) dell'anziano, che può essere presente pur senza una malattia specifica (*disease*), è il cuore della geriatria.

Esiste un equilibrio dinamico tra autosufficienza e non autosufficienza che richiede prioritariamente la definizione, mediante l'applicazione di scale di valutazione<sup>19</sup>, della «base-line», al fine di poter rilevare nel tempo le più modeste variazioni nello stato funzionale del soggetto.

<sup>18</sup> Si veda R. Sharma, «Definitions: Demographic, Comparative and Differential Aging» in P. S. Timiras (a cura di), *Physiological Basis of Aging and Geriatrics*, New York, MacMillan Publishing Co., 1988, pp. 7-26.

<sup>19</sup> Si veda F. Boulière, *The Assessment of Biological Age in Man*, Public Health Papers,

Attualmente in Italia più del 95 per cento degli anziani vive sul territorio in condizioni di autosufficienza; per essi il momento di maggior rischio di perdita dell'autosufficienza coincide con la comparsa di un episodio morboso acuto. Per superare nel migliore dei modi questo momento si richiede un intervento medico geriatrico<sup>20</sup> che tenga conto dei diversi aspetti che influenzano la salute del soggetto. L'intervento del geriatra in fase acuta non solo mira a una soluzione di tipo funzionale, ma tiene conto anche delle particolari risposte al farmaco<sup>21</sup>. Là dove le Unità Operative Geriatriche hanno preso in cura l'anziano ospedalizzato si sono osservati notevoli vantaggi in termini sia di mantenimento o ripristino dell'autosufficienza sia di risparmio della spesa sanitaria<sup>22</sup>.

Una nuova figura di medico si richiede pertanto per gli anziani, un medico che sia esperto non solo in biologia e medicina, ma anche in scienze sociali e umanistiche, un medico che, come dicono Christine Cassel e John Walsh, abbia una formazione ampia, analoga a quella dell'uomo di scienza del Rinascimento<sup>23</sup>.

Per questo l'anziano che interpella tutta la società d'oggi sollecita anche la preparazione di una nuova figura professionale.

Geneva, World Health Organization, 1970; R. A. Kane e R. L. Kane, *Assessing the Elderly*, Lexington (Mass.), Lexington Books, 1981.

<sup>20</sup> Si veda E. L. Schneider e T. F. Williams, «Geriatrics and Gerontology: Imperative in Education and Training» in *Annals of Internal Medicine*, 432, 1986, p. 104; C. Vergani, «La specificità della Geriatria», in *Giornale di Gerontologia*, XXXVII, 1989, pp. 499-506.

<sup>21</sup> Si veda R. E. Vestal, «Clinical Pharmacology» in W. R. Hazzard, R. Andres, E. L. Bierman e J. P. Blass (a cura di), *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology*, New York, McGraw-Hill Co., 1990, pp. 201-11.

<sup>22</sup> Si veda L. Z. Rubenstein, K. R. Josephson *et al.*, «Effectiveness of Geriatric Evaluation Unit: A Randomized Clinical Trial» in *New England Journal of Medicine*, 311, 1984, pp. 1664-70.

<sup>23</sup> Si veda Ch. W. Cassel, D. E. Riesenberg, L. B. Sorensen e J. R. Walsh (a cura di), *Geriatric Medicine*, New York, Springer-Verlag, 1990.



## La normalità incerta

*Virginio Oddone e Fabrizio Fabris*

### *Premessa*

La vecchiaia (forse meglio chiamarla con il suo nome, che con il pudico «terza età»?) è da sempre sinonimo di deterioramento, anche se molto variabile a seconda degli individui e delle circostanze. Da un punto di vista fisico, perciò, anche il più sano degli anziani è «anomalo» rispetto a un individuo più giovane (o al se stesso di quando aveva trent'anni in meno). Ma allora: l'anziano in buone condizioni fisiche è «patologico» oppure no? L'anziano malato (soprattutto se colpito da una qualche forma di deterioramento mentale) lo è solo a causa della vecchiaia, oppure il suo è un disturbo che — come quelli dei più giovani — va avanti per conto proprio e l'età non c'entra? Le malattie dei vecchi sono sinonimo di vecchiaia, oppure solo di malattia e basta?

Queste domande sono importanti, non solo perché vengono poste ogni giorno, molte volte, in molte situazioni, ma anche perché dietro di loro vi sono alcuni dei più rilevanti problemi della terza età. Tra questi vi è quello delle cure e dell'assistenza all'anziano più o meno deteriorato, che secondo una minoranza (?) è persona da curare esattamente come tutte le altre, se necessario anche in ospedale e per tutto il tempo necessario; mentre secondo la maggioranza (?) dei cittadini (e dei medici) è da sistemare in strutture per cronici perché l'ospedale è per gli «acuti», non per i «cronici», e il vecchio in quanto tale è un cronico per definizione.

Attorno a queste domande è nato tutto il dibattito, per il momento limitato ai geriatri (poco d'accordo peraltro fra di loro sull'impostazione generale da dare alla loro disciplina) e a non molti esperti di altre discipline e cittadini volenterosi. Noi non abbiamo risposte prefissate o sacrosante da fornire. Ci limitiamo solo a fare una ricostruzione, speriamo onesta, di come il problema è nato, delle sue ambiguità, delle sue articolazioni. Alle risposte deve pensare ciascuno per proprio conto.

### 1. *Da che cosa nasce la questione della «normalità» in geriatria*

Anni orsono uno psicanalista americano, Grinker<sup>1</sup>, notò come — a furia di parlare di disturbi della personalità — nessuno si fosse mai occupato di dire quale fosse la «normalità» psichica nell'uomo, e tanto meno avesse cercato di descriverne qualche esempio concreto. La stessa cosa sta succedendo in campo medico, dove solo gli studenti del primo biennio studiano sistematicamente le condizioni di «normalità» (a livello sia anatomico, sia microscopico e di funzionamento complessivo) dell'essere umano, tutti gli altri — studenti più anziani, laureati, professori — sono invece occupati unicamente da tutto ciò che sia abnorme, patologico, «malato». E siccome va continuamente aumentando il numero delle condizioni sia morbose sia di «pre-malattia», cui va aggiunta la moderna ansia di prevenzione, ne deriva il fatto che oggi la «normalità» in medicina sia ridotta semplicemente allo stato di «non-malattia», o — se si preferisce — di «non-ancora-malattia». Che cosa possa essa significare a livello metodologico per le scienze mediche, a livello politico-sociale per la collettività, è una questione che oggi non interessa più di tanto.

In geriatria la cosa prende una piega ancora più singolare. Questa disciplina è nata non molti decenni orsono dall'esigenza — pratica e al tempo stesso filantropica — sentita da alcuni medici del servizio sanitario inglese di poter seguire meglio, nei ricoveri o a casa loro, gli anziani handicappati perché gravemente deteriorati. Si trattava di individui (dementi senili, pazienti terminali ecc.) così manifestamente «non normali», che non c'era bisogno di molte spiegazioni per giustificare un intervento specialistico. Ma attenzione: si parlava di anziani *deteriorati*, non degli anziani malati in generale.

Si venne così a creare una sorta di accordo, non scritto e non detto ma non per questo meno vincolante, con il resto della medicina da un lato, e con la collettività tutta intera dall'altro, in base al quale il geriatra doveva occuparsi dell'anziano *solo in quanto individuo deteriorato, o in via di deterioramento*. Una definizione molto riduttiva, che ha però innescato un processo evolutivo tuttora in corso, caratterizzato da un'espansione apparentemente inarrestabile. Infatti, il deterioramento senile è un fenomeno molto complesso, che colpisce globalmente l'individuo, non solo nel fisico ma anche nella psiche, nelle sue relazioni fami-

<sup>1</sup> Si veda Roy R. Grinker, «Presidential Address: A Dynamic Story of the "Homoclyte"» in Jules H. Masserman, *Violence and War, with Clinical Studies*, New York-London, Grune & Stratton, «Science and Psychoanalysis», 1963, vol. VI, pp. 115-34.

liari e sociali, arrivando a interferire persino nella sua posizione giuridica. L'intervento non può quindi limitarsi ai soli farmaci (peraltro poco o punto efficaci), ma deve comprendere anche altre cose, dalla fisioterapia alla terapia occupazionale, dalla stimolazione psicosensoriale a forme di appoggio ai familiari, da forme di protezione giuridica e sociale alla riorganizzazione degli stessi servizi sanitari (ad esempio, mettendo in piedi interventi tipo «ospedalizzazione a domicilio»).

Ne deriva per il geriatra la necessità di uscire dall'ambito chiuso della medicina intesa in senso stretto, per entrare in contatto con psicologia, sociologia, oltre che con il complesso delle discipline che si occupano — sui diversi versanti — della riabilitazione dell'handicappato fisico. Risultati: poiché non è possibile scindere il disturbo dal complesso della persona che ne è portatrice, il geriatra finisce per occuparsi *in toto dell'uomo anziano deteriorato*; poiché il compito della geriatria è anche quello di studiare l'anziano in quanto soggetto *destinato* (almeno in potenza) *al deterioramento*, allora essa finisce per doversi occupare *in toto dell'anziano, indipendentemente dalla presenza di una patologia specifica*.

Le trasformazioni non si arrestano qui. Se l'attenzione passa dal solo soggetto danneggiato (poniamo, il demente senile) a quello con handicap in fase iniziale, e poi anche a quello che non è ancora per nulla colpito, diventa inevitabile cominciare a fare distinzioni fra le varie condizioni, che devono venire poste in prospettiva, in modo da ben distinguere il demente dal non demente, la semplice inefficienza operativa dal deterioramento propriamente detto. Ma occuparsi della «non-malattia» vuol dire dover prendere in considerazione anche le condizioni di normalità; e non solo, poiché la cosa porta a dover mettere in discussione i rapporti esistenti fra termini e concetti, quali «salute», «normalità», «fisiologia»; e, trattandosi sempre di «uomo totale» (sia pure anziano), la questione viene estesa dai soli aspetti fisici alla *globalità dell'individuo*, nei suoi diversi aspetti corporei, psicologici, sociali, relazionali, e persino giuridici.

## 2. La rivoluzione sotterranea

Emerge così gradualmente, a strappi e quasi involontariamente, un «discorso sulla normalità dell'anziano» interessante e sicuramente promettente, ancorché disordinato, e potenzialmente dirompente.

La prima cosa da segnalare è la biforcazione del discorso in due separati livelli. Uno formale, costituito dalle analisi esplicitamente mirate alla questione «normalità». L'altro, ben più ampio e sostanzioso, rap-

presentato da quelle indagini geriatriche che esplorano i parametri di funzionamento dell'organismo, o della personalità dell'anziano nelle diverse situazioni e contingenze. Al di là degli obiettivi formalmente perseguiti, queste indagini hanno una funzione oggettiva (anche se raramente riconosciuta dagli stessi loro autori) di discriminazione fra processi patologici e non; fra variazioni sicuramente indotte da fenomeni morbosi e risposte adattative, oppure processi spontanei non necessariamente morbosi in sé; fra «falsa normalità» e «falsa patologia».

Un esempio è dato dagli studi sulla pressione arteriosa, i quali hanno dimostrato che un aumento della sola sistolica dipende solitamente nell'anziano essenzialmente dalle condizioni della parete arteriosa, irreversibilmente «indurita»; non solo, ma che certe ipertensioni riscontrate in ambulatorio sono determinate unicamente dall'ambiente e dall'occasione, non venendo invece più riscontrate nel corso di controlli a domicilio, eseguiti da personale a ciò allenato. In questi due casi, si ottengono alcuni risultati importanti, e precisamente:

a) una sorta di *regressione dell'area terapeutica*, in quanto in ambedue i casi non è necessario fare trattamento anti-ipertensivo, e perciò il numero complessivo dei soggetti, e delle situazioni, da curare per ipertensione viene ridotto;

b) identificazione di limiti importanti nella capacità di scoprire situazioni patologiche in uno strumento (la misurazione della pressione arteriosa) precedentemente ritenuto molto attendibile; limiti che, tra l'altro, non dipendono dalla capacità dell'operatore, ma da altre variabili sulle quali egli non ha controllo;

c) infine, *ampliamento dell'area di «normalità»*, o almeno di *non-patologia*, evidente soprattutto nel caso delle «ipertensioni da ambulatorio», che appaiono come variazioni occasionali e non morbose.

Emerge qui un altro aspetto da segnalare, ed è la notevole differenza metodologica (in questo ambito) fra geriatria e resto della medicina.

Quest'ultima (che, lo si ricorda qui, *non è una scienza, ma solo una prassi* — cioè una pratica operativa — *fondata su, e che fa riferimento a, precise conoscenze scientifiche*) è come ipnotizzata dai problemi che è chiamata a risolvere, e cioè le malattie. Ne deriva una rappresentazione del lavoro del medico in termini di *ricerca sui limiti della patologia*, della quale si va a scoprire sia il *sino a che punto arrivi* (ed è l'enfasi sulle nuove frontiere, le nuove malattie, le nuove scoperte sui fattori morbosi ecc.), sia il *da dove essa inizi*, in cui vanno ricomprese tutte le patologizzazioni surrettizie o parziali fatte in nome della prevenzione, di fenomeni sino ad ora considerati tutto sommato innocui (alimentazione, moto ecc.);

il tutto avente, come risultato finale, l'ampliamento della sfera della patologia potenziale, l'aumento nell'allarme sociale che ne deriva, l'importanza del ruolo della medicina (e del medico).

Non senza incertezze e confusioni, la geriatria si è venuta orientando in modo affatto diverso. Oltre alla ricerca a tutto campo sulle caratteristiche funzionali e sulle capacità operative del corpo e della persona complessiva del vecchio (di cui si è appena accennato), essa punta in modo abbastanza esplicito alla *riduzione degli stereotipi patologizzanti* che gravano sulla terza età, offrendo soprattutto strumenti interpretativi alternativi per processi sino ad ora ritenuti sinonimo di spontaneo deterioramento (e perciò indici di intrinseca anormalità) del vecchio, dai quali derivano anche approcci terapeutici nuovi.

Hanno in questo un ruolo centrale gli approcci psicogeriatrico e riabilitativo in geriatria, dai quali è anche derivato tutto il lavoro sull'attivazione motoria e psicosociale dell'anziano «in libertà»; approcci che costituiscono il nucleo veramente innovativo e potenzialmente rivoluzionario di tutta la medicina dell'anziano. Due i contributi particolarmente rilevanti che devono venire qui ricordati: l'aver dimostrato l'importanza di fattori extrabiologici (quale, ad esempio, la deprivazione sensoriale da ospedalizzazione prolungata, istituzionalizzazione ecc.) nella genesi di molti casi di deterioramento mentale, ribaltando così sull'ambiente una parte della responsabilità (almeno come concausa significativa) per fenomeni morbosi solitamente attribuiti al solo invecchiamento, o alla comoda «arteriosclerosi»; e l'aver saputo richiamare l'attenzione su quella che potremmo chiamare la «riserva funzionale neuropsichica e psicosociale» dell'anziano, presente — sia pure in misura ridotta — anche in situazioni apparentemente al di là di ogni possibilità di recupero.

L'effetto dirompente di questi approcci, però, non nasce solo dalle cose che essi permettono di scoprire, quanto anche — e, si può ben dire, soprattutto — dal modo col quale quelle conoscenze vengono acquisite: e cioè, tramite un *approccio multidisciplinare integrato*, sconosciuto (e anzi rifiutato!) dal complesso delle scienze mediche, approccio che consente non già la giustapposizione di specialità diverse che rimangono distanti e non comunicano fra loro, ma il loro *conglobamento* in un *metodo unitario di lavoro*.

Riassumendo la ricostruzione sin qui fatta: vi è all'inizio una prima divisione del lavoro, che relega la geriatria a occuparsi solo dei «rotta-mi» umani vecchi e deteriorati, in quei «depositi» nei quali sono stati abbandonati (il termine «deposito» riferito agli anziani inabili non è nostra invenzione. In epoca napoleonica, in Italia, Francia e altrove in Europa i ricoveri pubblici per disoccupati e inabili poveri venivano chiamati «de-



positi di mendicità»: *dépôts de mendicité*); segue una risposta metodologica della geriatria, che per poter svolgere questo compito, apparentemente molto riduttivo e «povero», deve indagare l'anziano nella sua globalità, e ricorrere a supporti tecnico-scientifici diversi, non biologici, che vengono poi innestati in una metodologia diversa, pluridisciplinare e integrata; ne deriva un'impostazione generale che punta al riesame della «presunzione di patologia» elevata da sempre nei confronti del vecchio (impostazione che è la logica conseguenza di quel compito conferito al geriatra, come «gestore del rottame», di cui si è appena detto), che finisce per recuperare spazi di «normalità» o di «non-patologia» anche nei soggetti più deteriorati, producendo al tempo stesso una rete di sotterranee contraddizioni rispetto alle valutazioni ufficiali consacrate dalla tradizione (*time-honored*), agli stereotipi ricevuti, e alla stessa metodologia propria della medicina nel suo complesso. Il tutto fatto in modo un poco più contorto e disordinato di quanto non traspaia da questa ricostruzione, e non senza certe persistenti ambiguità concettuali e terminologiche.

### 3. *Il problema delle parole*

Sin qui tutto bene e tutto bello, ma che cosa è poi la «normalità»? E in che modo si rapporta a «salute», «fisiologia», e opposti relativi (malattia, patologia)? Domande anche queste importanti, perché toccano gli strumenti linguistici e concettuali non solo di questo, ma anche di altri e più generali dibattiti (sul ruolo sociale della medicina, sul benessere ecc.); ambiguità, oscurità e incoerenze abbondano, e se ne trova a ogni passo.

*Normalità*. In principio v'era la squadra (*norma*) dell'agrimensore («geo-metrés» in greco vuol dire, appunto, misuratore di terre), poi divenuta simbolo — ancora fra i romani — di principi regolatori, «norme», modelli, esempi: «vitam dirigere ad rationis normam», così Cicerone citato nel Georges Calonghi (*Dizionario della Lingua Latina*) dei tempi del nostro liceo. È per lungo tempo la cosa si ferma qui, con *normalis* che indica anche ogni cosa che sia perpendicolare (*normalis angulus*, angolo retto); con l'estensione di «norma» anche alle regole monastiche (Du Cange, *Glossarium mediae et infimae latinitatis*, Paris 1883-87: «norma: regula monastica»). Cresce nel tempo il significato normativo e quasi etico: «Norma: Winkelmaß, Vorschrift» (norma: squadra, modello) segnala il Wartburg (*Französisches Etymologisches Wörterbuch*), che cita

una frase di D'Aubigné del 1482: «règle pour diriger quelqu'un»; che come altri dizionari riporta anche frasi prese dalla traduzione francese (medievale) di Brunetto Latini con altri esempi di «norma» esemplare ut supra; ma che ci dà anche, per il periodo 1220-1320, un «anormal: qui est contraire aux règles», e persino un «enormal» (proprio con la «e», circa 1340), che sta per straordinario, eccessivo. Per il Cinquecento Godefroy (*Dictionnaire de l'ancienne langue française*) riporta un passo di Calvino (*Inst.*, I, 12): «Dieu a déterminé par sa loi ce qui est bon et droit et par ce moyen a voulu astreindre les hommes à certaine norme». Addirittura, con la Rivoluzione Francese «normale» si estende sino a divenire «esemplare», «ciò su cui ci si deve modellare» anche in senso istituzionale: la *Ecole Normale* (nel nome e nella funzione non dissimile dall'omonima istituzione pisana), essendo quella sul cui modello si devono poi organizzare gli altri istituti di formazione superiore (si veda anche in Littré, *Dictionnaire de la langue française*). Anche in italiano «norma» viene utilizzata a partire dal tardo medioevo, e il Battaglia ne riporta diversi esempi. Il suo significato generale è, di nuovo, quello di «regola», «esempio», modello al quale obbligatoriamente conformarsi:

*Norma*. Regola di condotta che prescrive a una determinata società o a un gruppo sociale un certo comportamento tipico (previsto astrattamente) da tenersi costantemente o in tutti i casi in cui ricorrano determinate condizioni (e in tale accezione il termine contiene l'idea di un fine da raggiungere mediante un'uniformità di comportamenti e, a seconda che la stessa regola consideri il proprio fine come di per sé vincolante per il destinatario, perché intrinsecamente obbligatorio [...] si distingue la norma etica [...] e rispettivamente la norma tecnica); prescrizione, precetto o insieme di precetti, legge pratica...

Così, il Battaglia nel *Dizionario Enciclopedico della Lingua Italiana*, che per «normale» dà:

Che corrisponde, che non si discosta dalla norma, che non presenta carattere di eccezionalità (una situazione, una condizione); che si ripete abitualmente, che si presenta con regolarità (un fatto, un fenomeno fisico); usuale, abituale, consueto, quotidiano...

e per «normalità» dà:

L'essere o l'essere considerato normale (con particolare riferimento a una situazione o a uno stato psicologico che rappresenta la condizione abituale, consueta e ampiamente accettata e che non presenta alcuna irregolarità, né lascia presagire alcun elemento di imprevisto (...)). (...) Condizione di chi nel comportamento, nel modo di vivere o anche di pensare, si adegua in modo per lo più acritico e, talvolta, conformistico alle norme, alle regole, alle consuetudini del popolo, del gruppo o della classe sociale a cui appartiene.

Da notare come le citazioni per «normale» e «normalità» siano tutte moderne, tardo-ottocentesche e novecentesche. Cosa che del resto si verifica anche altrove (il Littré, del 1863, dà scarsissimo peso a «normale» e «normalità»); per l'inglese, l'*Oxford English Dictionary* all'ultima edizione (1989) denuncia un uso abbastanza sistematico di «norma» (nel senso dato anche dal Battaglia, e che abbiamo visto esistere già in epoca romana, di «standard, model, pattern, type») a partire dal 1821, e lo dichiara di uso comune a partire dal 1855 circa; per *normale* la prima citazione è del 1656, ma diventerebbe comune solo a partire dal 1840 circa; per *normalità* (definita come «the character or state of being normal», cioè il fatto di «essere normali», con riferimenti anche alla «normalità» sessuale) l'esordio viene collocato intorno al 1849, e l'uso più sistematico invece verso la fine del XIX secolo. Tuttavia, nei dizionari inglesi è presente anche un'altra accezione, ignorata dal Battaglia, relativa a «norma», e quindi applicabile anche a «normalità» (*normalcy, normality*):

Media (Average), come: a) un determinato standard di sviluppo o di realizzazioni derivato dalla media o dalla mediana di quanto conseguito in un gruppo più vasto; b) uno schema (*pattern*) o un tratto considerati come tipici del comportamento di un gruppo sociale (*Webster's Ninth New Collegiate Dictionary*).

Perciò: la normalità consiste nel fatto di «essere come gli altri», oppure *rientrare nella media per quel dato gruppo*, o infine nel *comportarsi come gli altri*. Essa è, in buona sostanza, indice di *conformismo*, sociale, psicologico o anche solo biologico e/o statistico; ma di per sé non rinvia a nulla di fisso, oggettivo, o comunque tale da essere in un certo senso «al di sopra delle parti». Anzi, semmai essa è estremamente relativa, perché — proprio per le definizioni dianzi riportate — ogni volta che si menziona «normalità» si dovrebbe immediatamente specificare *rispetto a che cosa*, a quale parametro, comportamento medio o situazione standard di riferimento (vedremo più avanti le implicazioni di tutto ciò).

Gli altri termini cui si è accennato hanno significati completamente diversi. «Salute» deriva da *salus*, che a sua volta discende da *salvus* (tant'è che vuole anche dire «salvezza»), ed è uno dei tre termini usati in latino, e anche in italiano, per indicare il benessere fisico e la non-malattia, gli altri essendo «sanità» (da *sanitas*) e «salubrità» (da *salubritas*). In latino, la salute del corpo sarebbe in realtà *sanitas* (da cui il francese *santé*), mentre *salus* starebbe a indicare piuttosto la salute in senso lato, metaforico (salvezza della patria, della morale ecc.). Al di là delle vicissitudini storico-filologiche, rimane il fatto che nessuno di questi tre termini si riferisce alla «normalità», ma solo all'assenza di malattia e di perturbazione, oltre che alla «salvezza» da agenti morbosi, da aggressioni all'integrità della «*humani corporis fabrica*» (*salus-salvus*, appunto).

Ancora più diverso il significato di *fisiologia*, il cui etimo ci riporta alla *natura* (*physis*), alla disposizione naturale delle cose, e cioè al come esse sarebbero se non vi fossero fattori perturbanti, che interferiscano con il loro funzionamento spontaneo e necessario. Perciò, la «fisiologia» da studio della natura e del modo «naturale» di essere delle cose, diventa sinonimo di condizione di base, modo di funzionare non perturbato, in contrapposizione con «patologico». Essa fa riferimento a un ordine naturale delle cose; si applica unicamente ai fenomeni sub-umani (inorganici e organici); ma non è la «normalità» né dell'uomo e del suo comportamento, né delle entità non umane (viventi e inanimate). Questo perché alla base della «fisiologia» vi è il determinismo rigido (si funziona in un certo modo perché si è fatti per funzionare cose); mentre nella normalità vi è l'*adeguamento a qualcosa* (si funziona così perché si deve, o si è costretti, o indotti, o comunque si tende a fare certe cose in un certo modo).

#### 4. Componenti storiche e sociali della «normalità» dell'anziano

Appare quindi evidente come normalità, salute e fisiologia (e l'aggettivo «fisiologico» che ne deriva) non possano venir considerati né come sinonimi, né tanto meno come termini intercambiabili, ma neppure anche solo parzialmente sovrapponibili o contigui.

Ritornando alla questione «anziano», vi sono altri elementi ancora da tener presenti, e in particolare il fatto che almeno due di essi (salute e normalità) abbiano evidenti e importanti contenuti sociali, storicamente mutevoli, che ne modificano significati e funzione.

La cosa è immediatamente evidente nel caso della «normalità». Se con tale termine si indica, come s'è detto più addietro, il fatto di «essere o essere considerato normale», di «adeguarsi in modo per lo più acritico alle norme ecc. », o anche solo di essere riconducibili a un comportamento medio tipico del gruppo di appartenenza (magari a sua volta collegato a una qualche «norma» imperativa, cui ci si deve conformare), allora ne deriva l'esistenza, nel concetto di normalità, di un costante riferimento al *modello rispetto al quale si è «normali»*. Ma allora: l'anziano è «normale» rispetto a chi, agli altri anziani o ai non-anziani?

Questo è il vero punto nodale di tutta la questione, sempre accuratamente evitato da tutti, anche perché non è facile rispondere: infatti, già anche solo dal punto di vista fisico, l'anziano non potrà mai essere «normale» rispetto alla popolazione media, ma solo rispetto agli altri come lui. Ma questo significa introdurre l'idea di una normalità pura-

mente statistica, come «media» di parametri misurati in modo neutrale all'interno di una data popolazione specifica, e quindi di tante «normalità» quanti sono i gruppi umani (ad esempio: anagrafici, etnici, occupazionali ecc.): il che può essere accettabile (e secondo noi lo è, ed è pure utile), a patto che si voglia riconoscere la *specificità* della cosiddetta terza età, e si accetti di studiarla «juxta sua propria principia». Soluzione che però la maggioranza continua a osteggiare, o perché si vuole enfatizzare l'anormalità sostanziale del vecchio (cosa realizzabile, se lo si pone a confronto con l'uomo medio astratto), oppure perché si pongono dei traguardi irragionevoli e irraggiungibili alla geriatria, che si pretende voler far servire per non si sa bene quale palingenesi del vecchio (nel qual caso è utile mantenere la difformità rispetto all'uomo-medio, per continuare a puntualizzare le diversità da colmare, i ritardi da accorciare, e — ovviamente — per «medicalizzare» tutte le deviazioni dalla media).

Vi sono anche altri elementi da tener presenti. Innanzitutto, il fatto che i contenuti concreti, che cosa siano in realtà, «malattia» e «salute», insieme con i parametri di riferimento della «normalità» umana siano mutati profondamente nel tempo, e con il mutare anche delle condizioni sociali. La «normalità» biologica, psicologica, comportamentale, educativa della Francia dei tempi di Montaigne era profondamente diversa da quella della Firenze di Machiavelli, o del Piemonte di Vittorio Amedeo II; e ognuna di queste differiva profondamente da quella che è la «normalità» — sia in generale sia in qualunque settore specifico — della società italiana contemporanea. La qualità media della malattia, e quindi la condizione media della non-malattia, nel XVI secolo era qualcosa di enormemente diverso da quel che è oggi. La stessa idea di benessere è variata profondamente, non solo tra le «classi inferiori» ma anche — e forse soprattutto — tra le classi «elevate».

Oggi il sesso prima del matrimonio è normale (e quasi imposto), cent'anni fa era peccato gravissimo; ci si fa un dovere sociale di garantire ai più poveri un'istruzione adeguata, cent'anni fa Raffaele Garofalo accusava — in un discorso tenuto alla presenza della regina Margherita — i «maestri socialisti che vanno per le campagne a pretendere di insegnare ai figli dei contadini, facendone degli spostati», di essere i principali artefici dell'aumento della criminalità minorile (tant'è che egli era anche un teorizzatore dell'opportunità che le fasce più basse rimanessero indotte, eventualmente anche analfabete); oggi ci si muove molto poco, cent'anni fa tutti si spostavano in modo molto «motorio» (a piedi o a cavallo, non seduti in auto). E gli esempi potrebbero continuare all'infinito.

E allora, dove sta questa «salute» così invariante, eterna, sempre eguale a se stessa, da non aver bisogno di specificarne ogni volta i contorni?

dove questa «normalità», anch'essa così pacificamente nota, che non v'è bisogno di dir nulla su di essa, bastandone la menzione per evocarla immediatamente, e stipulare quasi una sorta di «trattato di eguaglianza» con gli «altri»?

##### 5. *L'unica normalità possibile: il diritto a essere trattati da eguali*

Si ritorna così al punto di partenza, e cioè alla necessità di riconoscere l'esistenza non di un'unica «normalità» valida per tutti, a tutte le età, in tutte le fasce sociali e in ogni tempo e paese, ma di tanti gruppi ciascuno con una «normalità» statistica sua propria, da valutare separatamente. Inoltre, la necessità di abbandonare questo termine (troppo inquinato dall'idea di una «norma» cui obbedire) e di sostituirlo con frasi tipo «valori accettabili», o comunque chiarendo il riferimento, è sempre legata a medie statistiche per una data popolazione e un dato parametro, e nulla più.

Ma «normalità» — intesa come idea di «essere come gli altri» — ha un suo ambito specifico di applicazione: ed è quello giuridico, che del resto è quello più vicino alle sue origini, al suo significato primevo. Infatti il comportamento eguale, perché derivante dall'adeguamento a una norma condivisa, è possibile solo nei confronti della legge; ma è vero anche il suo reciproco, e cioè che la sola «normalità» — intesa in quanto eguaglianza — è possibile e realizzabile in riferimento alla legge. Ne derivano allora alcune conseguenze di notevole rilevanza, in quanto:

a) poiché oggi esiste un ben consolidato ordinamento, che presuppone l'eguaglianza davanti alla legge (e l'eguale protezione della legge) per tutti i cittadini, la «normalità» dell'anziano potrà essere agevolmente affermata e difesa come diritto alla «equal protection of law», al godimento identico degli stessi diritti, all'eguale accesso agli stessi strumenti di protezione;

b) il mancato riconoscimento di questa «normalità» davanti alla legge da parte degli altri, dei non-vecchi, delle amministrazioni, dei gruppi e dei singoli diventerà, per questo stesso fatto, «anormalità» dei non-vecchi;

c) la «normalizzazione» dell'anziano passa attraverso l'attivazione di tutte le protezioni; che non sono dei «droits octroyés», graziosamente concessi all'anziano in quanto soggetto «debole», ma gli spettano in quanto cittadino «normale», «normalmente» protetto dalla legge e inserito in uno stato di diritto.

E la geriatria e le sue indagini? Essa deve rassegnarsi a modificare concetti, termini e indirizzi. Quello che sta facendo è in realtà l'esame del vecchio *in quanto individuo oggettivamente diverso*, del quale va scoprendo la fisiologia (cioè le condizioni basali «naturali»), le capacità adattative e di recupero e la fisiopatologia (cioè i meccanismi tipici di risposta alle situazioni abnormi, patologiche). Si tratta di cose *valide di per sé*, senza bisogno di andare a intorbidare le acque con inquinanti pseudometafisici; unica avvertenza, quella di tenere presente la continua interferenza di fattori storici, sociali, culturali «et coetera» con tutti i parametri, anche i più duramente biologici, dell'«homo senes». Quanto al resto, è solo nell'«essere come gli altri» davanti alla legge, e in nome della legge, che risiede l'unica e non modificabile «normalità» dell'anziano rispetto a tutti gli altri suoi più giovani consociati.

## Il quadro organizzativo per una corretta assistenza socio-sanitaria alla popolazione anziana

*Gaetano Maria Fara*

### *Premessa*

Il progressivo invecchiamento della popolazione italiana, quale è stato presentato nel saggio di Antonio Golini e Agostino Lori in questo volume, richiede che anche il quadro organizzativo e le strutture dell'assistenza, sanitaria e sociale, del nostro paese si adeguino alla situazione demografica che si realizzerà in un futuro ormai alle porte. Ed è bene che tale adeguamento abbia inizio subito, tenuto conto delle difficoltà intrinseche al rinnovamento di un sistema così torpido e complesso.

Le «novità» che si vanno realizzando riguardano la riduzione della natalità complessiva, nonché l'incremento numerico e la diversa composizione per età degli anziani, tale da influenzare il saldo della natura e dell'entità dei loro bisogni. Bisogni che riguardano sia gli anziani autosufficienti sia quelli parzialmente o totalmente dipendenti.

La situazione del nostro paese, come riferito nella bozza del Piano Sanitario Nazionale 1989-91, è preoccupante: nel 1987 gli anziani d'età pari o superiore a 65 anni erano 7.500.000 (il 13 per cento rispetto a una popolazione di 57.200.000, mentre erano l'11 per cento nel 1982). Esisteva uno squilibrio tra Nord (14,3 per cento), Centro (14 per cento) e Sud (11 per cento), nonché tra maschi e femmine (le femmine tra i 65 e i 69 anni erano il 56 per cento, e salivano al 74 oltre i 90 anni).

Oltre i 75 anni gli anziani si erano ridotti a 2.750.000, pari al 4,8 per cento della popolazione, ma rappresentavano pur il 37 per cento degli ultrasessantacinquenni. Di questi, solo il 66,2 per cento è autosufficiente: il 20 lo è solo con supporto, il 10 lo è parzialmente, il 3,8 è non autosufficiente: si tratta, in cifre assolute, di non poca cosa, rispettivamente di 1.500.000, 750.000 e 285.000 persone. Le previsioni al 2000 parlano di 9.978.000 anziani ultrasessantacinquenni su una popolazione sostanzialmente analoga a quella del 1987 (57.340.000), sì che ne rappresenteranno ben il 17,4 per cento.



### 1. *I tipi di interventi*

Gran parte delle malattie che colpiscono gli anziani, e da cui deriva lo stato di dipendenza, sono rappresentate dalle patologie cronicodegenerative, curabili sì, ma praticamente mai guaribili, per le quali cioè la *diagnosi* e la *cura* tradizionali, anche se altamente tecnicizzate, danno risultati modesti: solo eccezionalmente arrestano il processo morboso, di regola ne rallentano l'evoluzione, mai ottengono una vera e propria guarigione. Anche la *prevenzione secondaria* (diagnosi e intervento correttivo precoce, a malattia ancora asintomatica), doverosa per alcune patologie frequenti tra gli anziani (come il carcinoma del colon-retto e i tumori della mammella e dell'utero, che documentatati lente ne traggono beneficio in termini di maggiore sopravvivenza), non risolve il problema della diffusione delle patologie cronicodegenerative.

In effetti, i due suddetti interventi di medicina tradizionale (diagnosicura e prevenzione secondaria) non riducono di una sola unità il numero dei casi di malattia. Pertanto, l'unica arma risolutiva a nostra disposizione è la *prevenzione primaria*, cioè la correzione di una serie di fattori di rischio delle suddette patologie, prevalentemente legati allo stile di vita: qualità e quantità dell'alimentazione, peso corporeo, pressione arteriosa, esercizio fisico, uso di bevande alcoliche e fumo di tabacco; ma la prevenzione primaria, tenuto conto dei lunghi anni di latenza delle patologie cronicodegenerative, va impostata assai precocemente, non certo nell'età anziana. E, inoltre, è obiettivamente il tipo di intervento più difficile, in quanto richiede la partecipazione di tutta la popolazione già in età giovanile e la rinuncia ad aspetti dell'esistenza quotidiana appaganti e gratificanti, anche se dannosi.

L'altro intervento da sviluppare, che può ridurre drasticamente le conseguenze delle patologie cronicodegenerative presenti e allontanare il momento della dipendenza, è la *riabilitazione*, cioè il recupero funzionale, unico metodo di lenire le conseguenze delle patologie già instauratesi.

### 2. *L'assistenza sanitaria di base*

Diagnosi e cura, riabilitazione, prevenzione secondaria e prevenzione primaria sull'uomo sono compiti globali dell'Assistenza Sanitaria di Base o ASB (in linguaggio internazionale, la Primary Health Care o PHC), che i medici di base e i loro collaboratori devono svolgere sul territorio, nell'ambito di una «comunità» («community»).

La «comunità» corrisponde a un gruppo di individui (meglio ancora, a un gruppo di unità familiari) identificabili:

- 1) per un rapporto di omogeneità, che si traduce in interesse e gusti comuni, sostanziale analogia negli stili di vita e, infine, anche in un conseguente possibile rapporto di solidarietà;
- 2) per il fatto di risiedere su di un territorio delimitato e riconoscibile, ad esempio lo stesso villaggio o quartiere.

Si tratta, in sostanza, della coincidenza di un legame socio-psicologico e di un legame spaziale.

Va da sé, pertanto, che il territorio che ospita una «comunità» diventi la logica sede ove organizzare l'erogazione del primo livello di assistenza, appunto la ASB/PHC. Per le «comunità» dell'Occidente, PHC significa diagnosi e cura tradizionali, ma anche prevenzione secondaria e soprattutto prevenzione primaria delle patologie cronico-degenerative riferibili ai fattori di rischio ambientali e comportamentali, nonché riabilitazione.

Nel nostro paese la sede naturale di erogazione dell'ASB è il Distretto socio-sanitario di base (DSSB), come definito nell'articolo 10 della legge 833/78 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, naturalmente senza sottovalutare i prevedibili ostacoli che si incontreranno a far coincidere la comunità con il DSSB nelle aree metropolitane.

Le difficoltà sinora incontrate nell'identificare da noi, se non una soluzione univoca, almeno alcuni elementi comuni per affrontare e risolvere i problemi organizzativi della sanità pubblica al livello periferico del DSSB nascono da tre fatti strettamente associati:

- 1) la legge 833/78 è muta sulla strutturazione operativa del DSSB, né è finora giunta in aiuto l'approvazione del Piano Sanitario Nazionale;
- 2) imponenti sono l'ampiezza e la pluralità dei contributi culturali e delle proposte generali presenti nella pur recente letteratura italiana e straniera sull'argomento;
- 3) ben pochi, viceversa, sono i rapporti pubblicati sulle sperimentazioni operative riferibili a tali proposte, e quindi le valutazioni comparative conseguenti.

Il livello della ASB può utilmente esistere solo se gode dell'appoggio istituzionale delle attività del secondo livello (medicina specialistica ambulatoriale e assistenza ospedaliera), cui ricorrere ove le prestazioni del primo livello si rivelino inadeguate.

Occorre sottolineare una fondamentale differenza tra le prestazioni richieste alla ASB e quelle tipiche del secondo livello (di USL o «zonale»):

1) le prestazioni del livello zonale sono selezionate in ordine alla specificità e alla complessità del bisogno, e sono caratterizzate dalla tendenziale sofisticazione tecnologica, tipica della moderna medicina specialistica. Il livello organizzativo di ciascuna struttura dipenderà da un lato dai bisogni della popolazione, dall'altro dalle dimensioni operative critiche per poter mantenere sia l'economicità sia la competenza del gruppo specialistico;

2) le prestazioni della ASB devono, invece, rispondere a una domanda sovente non ben definita, o addirittura inespressa, nei confronti della quale gli operatori devono sviluppare una continua ricerca, per poterla individuare, riconoscere, dettagliare e, quindi, soddisfare, nonché far emergere quando inespressa; sono caratterizzate da un livello tecnologico limitato, cui si deve però contrapporre un'armoniosa combinazione e integrazione di competenze.

In effetti, la globalità della ASB deve prevedere un unico disegno di tutela della salute, che comprenda:

- la sorveglianza epidemiologica della popolazione e delle situazioni di rischio;
- la prevenzione primaria sull'ambiente e sull'uomo nei confronti delle patologie ancora assenti;
- la diagnosi precoce e la prevenzione secondaria delle malattie incipienti, ancora subcliniche;
- la diagnosi, la cura e la riabilitazione delle malattie già in atto;
- la promozione della qualità della vita e l'incremento della salute.

Per questo disegno strategico servono:

- alcune figure di *medici specializzati* nelle specialità di più comune uso da parte della popolazione (ostetricia, pediatria, odontoiatria, psichiatria, ma ormai anche geriatria), appoggiati alla struttura ospedaliera della zona, che spendano in ciascuna comunità un numero programmato di ore alla settimana come supporto alle attività diagnostiche e curative di base (specialisti itineranti);

- un *medico competente in medicina di comunità*, intesa come disciplina a base igienistica, destinata ai coordinatori dei DSSB, con competenze epidemiologiche e manageriali sufficienti per consentire la gestione del gruppo residenziale e degli specialisti itineranti;

- ma soprattutto *medici di base o di famiglia*, protagonisti responsabili dell'assistenza generale ambulatoriale e domiciliare in tutte le sue forme, coadiuvati dall'infermiere per le prestazioni diagnostiche, curative e riabilitative, dall'assistente sanitario per quelle preventive e dar« as-

sistente domiciliare» per le attività di riordino e riassetto dell'abitazione del paziente. I medici devono associare alla preparazione clinica di base una congrua conoscenza degli aspetti epidemiologici delle patologie e dei problemi sociali dell'assistenza e accettare un ruolo di prevenzione primaria sull'uomo, sotto la guida del coordinatore del DSSB.

### 3. *Il ruolo del medico di base*

Gli aspetti dell'attività del medico di base, intesi a contribuire a una tutela globale della salute, possono essere così riassunti:

- 1) saper intervenire al primo livello nei confronti dei bisogni del nucleo di popolazione a lui affidata, classificabili come bisogni di diagnosi, di cura, di riabilitazione, di prevenzione primaria e di prevenzione secondaria: bisogni spesso inespressi, che è suo compito far emergere;
- 2) saper agire da corretto «*opinion leader*» nei confronti dei problemi di tutela della salute della collettività non direttamente gestibili dal medico e dal cittadino, quali la protezione dell'ambiente e l'organizzazione del territorio;
- 3) saper rappresentare un punto di riferimento per il miglioramento degli stili di vita da parte della popolazione, mediante opera di educazione sanitaria, sostenuta anche dall'esempio del comportamento personale;
- 4) saper rappresentare, per le autorità sanitarie cui fa capo, un punto di riferimento per interventi organizzati nei confronti delle patologie allo stato latente, e per acquisire specifici dati epidemiologici;
- 5) saper collaborare con il personale infermieristico e tecnico operante sul territorio, nonché integrare e coordinare la propria opera con quella degli altri medici attivi nella stessa e nelle comunità più vicine;
- 6) saper rispondere con i suoi comportamenti alle esigenze di economia gestionale delle risorse dedicate alla tutela della salute;
- 7) saper valutare, incoraggiare, al bisogno guidare, le iniziative di volontariato sanitario e sociale che sorgono nel suo territorio, accompagnandole verso la realizzazione.

In sostanza, la nuova figura del medico di base o di primo intervento, quello destinato a erogare diagnosi, cura, riabilitazione e prevenzione nel DSSB, non potrà essere più l'attuale medico della convenzione unica, per giunta snaturato dall'intromissione concorrenziale nella sua sfera di competenza del pediatra di base (il famigerato «generico dei bambini», prodotto esclusivo del *made in Italy!*) e dall'introduzione della guar-

dia medica festiva e notturna, che gli sottrae gli assistiti nei reali momenti del bisogno e che — affidata per lo più a medici giovani e inesperti — contribuisce fatalmente ad appesantire il secondo livello dell'assistenza (in particolare l'ospedale, ove i pazienti vengono alla fine indirizzati). Quello che in realtà ci serve è una figura simile al General Practitioner inglese, con tutte le sue competenze cliniche, comprese quelle geriatriche, pediatriche e psichiatriche di primo livello, irrobustito attraverso adeguati tirocini pratici (la «formazione complementare» biennale della Cee nei cui confronti il nostro paese è tuttora inadempiente!), e ormai sensibilizzato e ben avviato ad acquisire anche competenze di prevenzione primaria.

Vale infine la pena di segnalare un aspetto interessante della medicina di base che si va diffondendo in questi anni, cioè la *pratica di gruppo* ad opera di medici, per di più giovani, che decidono di mettere in comune risorse e competenze, giungendo, entro certi limiti, alla reciproca interscambiabilità nei rapporti con la popolazione. E chiaro che la presenza di simili gruppi all'interno di un DSSB potrebbe favorire la soluzione di alcuni problemi oggi aperti, o risolti in modo non soddisfacente, quali quello della guardia medica festiva e notturna e della gamma organica di competenze disponibili al primo livello, dato che spesso ciascun componente del gruppo viene a curare alcuni aspetti specifici dell'assistenza (ad esempio la geriatria).

#### 4. *Il «Progetto Obiettivo Anziani» nella bozza di Piano Sanitario Nazionale 1989-91*

Quello ora descritto è il quadro entro cui deve muoversi un'assistenza attenta ai nuovi problemi sollevati dall'invecchiamento della popolazione. Ed è proprio pensando a questa nuova assistenza che la bozza del Piano Sanitario Nazionale 1989-91 ha ricompreso, al volume 2, il Progetto Obiettivo Anziani (POA).

A questo punto è utile un'avvertenza per il lettore: dato il ritardo con cui ci si appresta a discutere la bozza del PSN 1989-91, va da sé che le date in esso indicate vanno in realtà lette senza riferimento al calendario, bensì intendendo il 1989 come «primo», il 1990 come «secondo» e il 1991 come «terzo anno di applicazione del piano». Questi ritardi, per chi è del mestiere, non devono stupire più di tanto: il primo PSN (1980-82) avrebbe dovuto vedere la luce, secondo la legge 833/78, nel corso del 1979!

Nel detto POA si preconizza finalmente, per la realizzazione degli interventi previsti, il «superamento della doppia competenza», inteso come collegamento diretto tra le competenze operative sanitarie e quelle socio-assistenziali. In effetti, l'art. 2 della legge 595/85 permette, anzi incoraggia, tale collegamento, purché le rispettive contabilità vengano mantenute separate. Il POA ipotizza, inoltre, il coinvolgimento trasversale, intersettoriale, anche di altre amministrazioni, precisando — abbastanza ovviamente — che non sono sufficienti in proposito l'adesione intellettuale o il consenso verbale, ma che occorrono concreti atti operativi, che coinvolgano il bilancio, le strutture e i servizi delle diverse amministrazioni.

L'integrazione socio-assistenziale e sanitaria deve avvenire a livello distrettuale, tra ospedali e territorio e, all'interno dell'ospedale, tra i diversi reparti.

Per quanto concerne l'USL, devono contribuire alla realizzazione del progetto i responsabili finanziari, quelli del sistema informativo, nonché quelli della logistica, accanto ai tecnici del servizio sociale e di quello sanitario.

Il POA lamenta che, sinora, i pochi interventi a favore degli anziani non hanno tenuto conto delle reali diversità esistenti da territorio a territorio, in relazione non solo alla composizione della popolazione, ma anche alla cultura ivi dominante. Ovunque ci si è limitati a interventi standard dedicati all'aiuto economico, all'assistenza domiciliare, in particolare all'ospedalizzazione, badando soprattutto alle domande dei familiari (assai più che degli interessati) e non ai reali bisogni, peraltro scarsamente noti.

Occorre viceversa identificare i bisogni, anzitutto quelli non percepiti, dar loro una risposta globale e non settoriale, realizzarla soprattutto all'interno della famiglia e privilegiare le soluzioni domiciliari anche nei confronti dell'anziano solo.

Non è il caso qui di ripercorrere il dramma personale degli anziani non, o solo parzialmente, autosufficienti: disadattamento, senso di inutilità, introversione. Quando ad essi si risponde in modo anomalo con l'ospedalizzazione, la situazione peggiora; il POA è assai critico verso l'ospedalizzazione, che riserva ai casi estremi, mentre ipotizza come regola soluzioni diverse, quali il mantenimento a domicilio con supporto esterno e il ricovero in residenze, appoggiate o meno a una struttura ospedaliera.

L'impostazione generale da adottare per la tutela socio-assistenziale degli anziani, date le caratteristiche prima illustrate, deve assumere aspetti di integrazione multidisciplinare e fondarsi prevalentemente sulle strut-

ture territoriali; pertanto il punto focale diviene fatalmente il già ricordato DSSB, come sede specifica di interventi funzionalmente integrati da rendere a domicilio o in strutture semiresidenziali a ciclo diurno.

Quanto ai modelli organizzativi, essi possono essere molteplici, ricorrendo largamente all'integrazione socio-sanitaria, e si distinguono in Attività Socio-Assistenziali di Base (ASAB) e in Attività Socio-Assistenziali di tipo Specialistico (ASAS). Ambedue le classi di servizi contemplano «funzioni non residenziali» (NR), «funzioni semiresidenziali» (SR), «funzioni residenziali» (R).

A fianco dell'ambulatorio del medico di base, che resta il presidio generale di tutta l'assistenza, esempi di ASAB/NR sono l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) nonché la Spedalizzazione Domiciliare (SD), di cui parleremo più avanti; esempio di ASAB/SR è il Centro di servizi socio-sanitari; esempio di ASAB/R la Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA), di cui pure parleremo. Ovvio esempio di ASAS/NR è il poliambulatorio specialistico; di ASAS/SR l'ospedale diurno; di ASAS/R il reparto geriatrico ospedaliero.

Pur riconoscendo la priorità culturale all'assistenza dell'anziano autosufficiente, anche perché questa è la strada per impedirne o rallentarne il passaggio alla dipendenza, il POA riconosce che motivi di urgenza (il poco fatto sinora) e di bilancio (il poco disponibile) danno fatalmente la precedenza operativa all'assistenza degli anziani parzialmente o non autosufficienti.

Ecco quindi ipotizzato un Servizio di Assistenza Geriatrica (SAG), che riguarderà l'insieme degli interventi assistenziali a favore degli anziani non autosufficienti, parzialmente non autosufficienti o ad alto rischio di invalidità: per il suo funzionamento dovranno essere potenziate le specifiche divisioni ospedaliere e le corrispondenti strutture socio-sanitarie di territorio, ma dovrà anche essere formato un numero sufficiente di medici, di infermieri e di tecnici specialisti; e soprattutto dovrà essere condotta sul territorio, in collaborazione con le organizzazioni di volontariato, una politica assistenziale di prevenzione della non autosufficienza, politica che dovrà partire da una ricognizione qualitativa e quantitativa della situazione degli anziani e irrobustirsi con tutti gli interventi di territorio che rallentano o riducono il passaggio alla non autosufficienza.

Il coordinamento del SAG, che pure comprende attività di tipo sociale, va affidato a responsabili medici — in considerazione dei problemi sanitari che sono prevalenti nell'anziano non autosufficiente — i quali si avvarranno di Unità Valutative Geriatriche (UVG), attive sia in ambito ospedaliero sia in ambito territoriale. Se in ospedale le UVG si com-

pongono del geriatra, dell'infermiere geriatrico, del terapeuta occupazionale e dell'assistente sociale, sul territorio saranno formate dal medico di base, dall'assistente sanitario e dal fisioterapista, con la partecipazione di eventuali specialisti itineranti e degli stessi familiari del paziente.

Il SAG agirà anzitutto tramite l'ADI, offerta sulla base di un piano individualizzato concordato per il tramite dell'UVG, che provvederà in seguito anche alla valutazione dell'efficacia raggiunta dagli interventi stessi. L'ADI verrà offerta dal medico di base, dagli infermieri di territorio, dai terapisti della riabilitazione per la parte sanitaria, nonché dall'assistente sociale, mentre l'aiuto pratico verrà al paziente da parte degli *assistenti domiciliari*, ausiliari incaricati della pulizia personale e delle faccende domestiche. In pratica, l'ADI coprirà tutti i bisogni sanitari, sociali e pratici dell'anziano non autosufficiente, mantenendolo al proprio domicilio.

Sono stati anche fissati gli standard assistenziali minimi annuali per l'ADI (140 ore di assistenza pratica domiciliare, 100 ore di assistenza infermieristica, 50 ore di trattamento riabilitativo, 50 accessi di medicina generale, 8 consultazioni specialistiche), e a tal fine il personale di assistenza dovrà ammontare di un assistente domiciliare ogni 10 anziani, di un infermiere professionale ogni 14 e di un terapeuta della riabilitazione ogni 50.

La SD, nuova modalità di assistenza che il Consiglio d'Europa ritiene possa essere sostitutiva del 5 per cento delle attuali ospedalizzazioni tradizionali di anziani, viene proposta in via sperimentale dal POA per il 10 per cento circa dei casi che si presume verrebbero coinvolti a regime (quindi, 46.000).

La SD richiede la presenza di familiari disponibili e preparati con brevi corsi ad hoc, prevede l'assegnazione di attrezzature (aspiratori, erogatori di ossigeno, Ambu, piantane ecc.) e la fornitura di materiali di consumo, un collegamento telefonico privilegiato con l'ospedale, la disponibilità in ospedale di medici e infermieri di supporto e di una segreteria ad hoc, ma evita la permanenza in ospedale (o l'alternanza ospedale-domicilio) a pazienti nei cui confronti il fine ultimo non è la terapia acuta ma l'assistenza, con evidenti vantaggi anche psicologici.

Gli standard per la SD sono di 40 giorni all'anno, elevabili a 60, con 2 ore al giorno di assistenza infermieristica, una visita al giorno del medico (di base o dell'ospedale) e collegamento 24 ore su 24 con l'ospedale, da cui dovrebbe/ro poter pervenire in ogni momento il/gli specialisti che si rendesse/ro necessario/i.

Le RSA rappresentano, infine, l'ultimo istituto innovativo previsto dal POA per assistere quegli anziani ultrasessantacinquenni, non o solo



parzialmente autosufficienti, che per vari motivi non possono fruire di ADI o di SD, ma per i quali è sconsigliato il ricovero ospedaliero, sia pure in reparti geriatrici.

Nelle RSA si stima dovranno trovar posto, per il 1995, il 6 per cento degli ultrasessantacinquenni (circa 420.000 persone). La legge 67/88 già prevede il finanziamento di circa 140.000 posti, mentre il resto dovrà essere coperto dalle strutture residenziali pubbliche già esistenti, da quelle private convenzionate o da convenzionare, nonché da case alloggio o case protette cui il SSN assicurerà la copertura sanitaria. Naturalmente, le strutture già esistenti, pubbliche o private, dovranno adeguarsi agli standard fissati dal POA per le RSA.

Le RSA risultano quindi strutture con compiti fondamentali riconosciuti dal SSN, ma con valenza socio-assistenziale indissolubilmente connessa a quella sanitaria; dotate quindi di personale sanitario e di personale sociale.

Dal punto di vista dell'aggregazione funzionale, il POA prevede due tipologie di RSA, quelle *composte da alloggi aggregati* e quelle *composte da alloggi disaggregati*.

Le prime, formate da nuclei funzionali di non oltre 20 persone, non devono superare i 6 nuclei funzionali, sono composte da camere da 1 a 4 letti con bagno, da alloggi monolocali con zona cottura con un eventuale soggiorno, *aggregate attorno a servizi socio-sanitari aperti anche ad anziani «esterni»*. Questa soluzione permette non solo l'utilizzazione di un unico centro di servizi socio-sanitari per i residenti e per i non residenti (questi ultimi possono frequentare le strutture anche su base continuativa diurna), ma realizza anche una condizione di incontro e di socializzazione per i residenti.

Le seconde sono formate da raggruppamenti di alloggi, inseriti in strutture realizzate all'interno di programmi di edilizia residenziale pubblica. Al servizio degli alloggi, che nell'insieme possono ospitare da 40 a 80 persone, vi saranno strutture assistenziali socio-sanitarie a essi dedicate.

La gestione delle RSA è affidata al SSN o è su base convenzionale, ed è previsto il contributo degli ospiti alle spese di mantenimento.

Come si può notare da quanto sopra riferito, il POA è decisamente ambizioso: e giustamente, dato che sinora nei confronti degli anziani, autosufficienti o no, si è in effetti realizzato poco di innovativo a livello istituzionale.

Quanto alla sequenza degli interventi, che non potranno certo esaurirsi nel triennio, il POA individua due priorità: *a)* la prima dedicata agli anziani non autosufficienti, *b)* la seconda a tutti gli anziani ultrasessantacinquenni.

*a) Interventi per gli anziani non autosufficienti:*

1) attivare, con una spesa di 1.585 miliardi, l'Api per 140.000 dei 285.000 ultrasessantacinquenni non autosufficienti (tappe intermedie: 20.000 nel 1989, 60.000 nel 1990);

2) realizzare 46.000 SD (6.000 nel 1989, 18.000 nel 1990), per un totale di 290 miliardi: esse rappresentano il 10 per cento di quelle possibili a regime e son giudicate un adeguato campione per valutazioni di efficacia economica e sanitaria;

3) realizzare la prima quota, 30.000 (un quinto di quelle ipotizzate a regime), di RSA della legge 109/88, con una spesa nel triennio di 1.500 miliardi in conto capitale e di 400 miliardi per spese correnti;

4) realizzare in convenzione con i privati altri 10.000 posti in RSA (380 miliardi nel triennio);

5) far concorrere gli anziani con reddito al costo dell'assistenza.

*b) Interventi di carattere generale per gli anziani ultrasessantacinquenni.*

Consisteranno nell'ottenere la permanenza degli anziani in famiglia, fornendo là ove occorra aiuto economico, adeguamento delle strutture abitative della famiglia, assistenza pratica domiciliare, servizio di trasporto al centro servizio socio-sanitari; o addirittura favorendo le famiglie che intendono trattenere l'anziano nell'assegnazione di alloggi in affitto e nell'ottenimento per alcuni componenti di permessi lavorativi e periodi di aspettativa dal lavoro. Un'altra soluzione potrebbe essere quella, già sperimentata presso associazioni di volontariato, di coinvolgere attivamente gli anziani autosufficienti in attività a favore di altri anziani o dell'intera comunità di appartenenza.

Tutte queste iniziative avranno a disposizione nel triennio 225 miliardi.

Altre iniziative, più indirette, comprenderanno interventi di educazione sanitaria alla popolazione per preparare le persone adulte a vivere bene e attivamente la terza età (36 miliardi nel triennio), programmi di formazione e di aggiornamento professionale a orientamento geriatrico e gerontologico degli operatori sanitari in genere e loro sensibilizzazione alle tematiche emergenti relative all'invecchiamento e alla condizione anziana (45 miliardi), istituzione di quattro osservatori permanenti sugli aspetti funzionali, economici e di qualità dell'assistenza erogata agli anziani (5 miliardi). Naturalmente sarà il Ministero della Sanità a emanare, per ciascuno degli interventi sopra specificati, gli «indicatori di verifica e di risultato» da adottare per il monitoraggio e la valutazione delle azioni intraprese.

Quali i possibili commenti alle linee del progetto obiettivo «Anziani», così come contenute nella bozza del PSN 1989-91?

Rispetto alle precedenti bozze, si nota certo un affinamento progettuale, una riduzione della tendenza al «tutto e subito», quindi la definizione di obiettivi limitati e, per di più, articolati nei tre anni di durata del progetto.

Tutte le proposte sono accompagnate da una realistica previsione di spesa, anch'essa distinta nei tre anni del Piano (c'è da sperare che le cifre non vengano ritoccate in basso, sotto la spinta di altre urgenze, al momento del varo definitivo del provvedimento).

Inoltre, il POA si pone con chiarezza una priorità, che è quella degli anziani non, o solo parzialmente, autosufficienti, e ad essa dedica la parte preponderante del finanziamento, mentre — per quel che concerne gli anziani autosufficienti — gli obiettivi fissati appaiono in sostanza preparatori a un'articolazione più puntuale rimandata ai piani successivi.

Apprezzabile infine la scelta a favore di soluzioni socio-assistenziali innovative di tipo non residenziale, quali l'ADI e la SD e di una soluzione residenziale quale la RSA. Tutte tendono a comprimere la soluzione anomala dell'ospedalizzazione, senza però rinunciare all'appoggio che, in tutti e tre i casi, l'ospedale (e in particolare la sua divisione di geriatria) è in grado di fornire.

Interessante anche la proposta dell'inserimento di centri servizi socio-sanitari all'interno delle residenze sanitarie assistenziali, soluzione che realizza un'economia di scala e permette una più facile socializzazione ai residenti.

Ci sembra però che questa costruzione culturale e organizzativa sia ancora carente nell'indicazione delle procedure operative: troppi rimandi a decisioni future, a decreti e «atti di indirizzo e coordinamento», ma la passata esperienza ci autorizza largamente a dubitare della loro puntuale approvazione? I tempi stretti del Piano (tre anni, di cui il primo ormai quasi trascorso senza che si intraveda ancora la possibilità per il PSN di divenire operante) meglio si armonizzerebbero con indicazioni puntuali e stringenti e con una maggiore determinatezza nelle soluzioni da adottare.

##### *5. L'anziano autosufficiente e il suo ruolo*

Nella «Premessa», abbiamo osservato come, nelle previsioni del POA per il 2000, i 4.900.000 ultrasessantacinquenni autosufficienti diventeranno ben 6.600.000 nel 2000. Ed è a tutti noto quale sensazione di

inutilità, quali livelli di autodisistima, e di sofferenza, possano colpire soggetti ancora in buona forma, ancora in grado di offrire qualcosa e di rendersi utili, quando avviene la loro espulsione dal mondo del lavoro. Non è da tutti saper trovare per tempo interessi rinnovati per l'età anziana, che spesso è accompagnata anche da ristrettezze economiche prima sconosciute.

Desidero qui in sintesi riportare, per riconoscenza e soprattutto per riconoscimento a coloro che dell'iniziativa sono stati i promotori, nonché come paradigma di soluzioni possibili al problema dell'anziano autosufficiente, quella che è stata — nella sua sequenza temporale — l'esperienza della «Pro Senectute».

Nel 1974 un gruppo di volontari di Omegna (Novara) si riunì in un'associazione (la Pro Senectute) che aveva come fine di realizzare iniziative «per una vecchiaia migliore», cioè di promuovere, sostenere e appoggiare interventi a favore delle persone anziane, gestiti dagli anziani stessi. Con lo slogan «aiuta l'anziano ad aiutarsi» venne ricercata la disponibilità a un impegno attivo, a favore inizialmente degli altri anziani, successivamente anche della popolazione, e in risposta polemica verso una tradizione che vedrebbe gli anziani passivi, rinunciatari, chiusi nella contemplazione del proprio decadimento.

Le tappe dello sviluppo furono:

1) la creazione di un'orchestra di anziani denominata «Omegna Car»: sotto la guida di un giovane musicista numerosi anziani, di cui solo alcuni già in possesso di cognizioni musicali ma da tempo inattivi, si resero progressivamente in grado di intrattenere il pubblico, entrando nel circuito degli spettacoli locali e divenendo un tale polo di attrazione da esser nominati, nel 1983, Cavalieri della Repubblica. I guadagni dell'orchestra vennero utilizzati per l'acquisto di materiali necessari a:

2) la realizzazione edilizia del Centro di incontro degli anziani del Lago d'Orta che venne costruito sulla base di un rustico messo a disposizione dalla locale USL, con il lavoro attivo di anziani ex muratori e di altre persone, improvvisatesi tali sotto la guida di esperti;

3) l'arredamento del Centro, utilizzando quanto ricavato da un'asta di oggetti offerti alla Pro Senectute dagli scolari del luogo, sensibilizzati da incontri con gli anziani, gestiti dagli anziani stessi nel corso dell'anno scolastico; il Centro, 500 mq con sala per riunioni e proiezioni e bar, è caratterizzato dalla presenza di un teatro e di un laboratorio teatrale;

4) la messa in scena di una serie di spettacoli teatrali, a volte scritti dagli stessi anziani, con la collaborazione progressivamente crescente di gruppi di giovani volontari, ma sempre sotto la guida di un anziano;

5) l'attivazione del progetto «Il tempo ritrovato»: uno stimolo per gli anziani a mettere in atto antichi propositi di conoscenza non realizzati in gioventù o nell'età adulta;

6) l'attivazione del progetto «Vita 80», caratterizzato da realizzazioni degli anziani a favore dell'intera comunità, non più solo per se stessi; ne è esempio la costruzione dell'Oasi della vita, cioè la creazione dal nulla, su di un terreno collinare abbandonato di 10.000 mq sovrastante la città di Omegna, di un percorso attrezzato per l'esercizio fisico (cammino, corsa, attrezzi in alternanza), oggi a disposizione dell'intera cittadina, anch'esso realizzato acquistando i materiali con i ricavi dell'orchestra e del teatro, ma soprattutto con il paziente lavoro personale organizzato.

Nel 1981 il «modello Pro Senectute» viene acquisito nell'ambito della Regione Piemonte per un programma sperimentale di prevenzione nell'anziano in 7 USL pilota. In quell'anno anche il comune di Milano procede alla sperimentazione di iniziative ispirate a quelle della Pro Senectute. La Regione Lombardia, nel 1986, affida alla seconda Cattedra di Psicologia dell'Università di Milano un'indagine sulla Pro Senectute per definire «modelli di intervento del volontariato associato da trasferire nelle realtà socioculturali lombarde». Nel 1987 si tiene il primo corso sperimentale per «animatori degli anziani», cercando di definire i contenuti e le metodologie affinché l'operatore si renda in grado di affiancare gruppi di anziani nella conservazione e nel recupero di motivazioni capaci di mantenerli attivamente legati alla vita.

Infine, ancora nel 1987, con il contributo congiunto della Regione Piemonte e della Cassa di Risparmio delle Province Lombarde, viene impostato un «Centro di documentazione e sperimentazione sulla condizione anziana e sui modi di affrontarla». I compiti del Centro, definiti dalla Regione Piemonte come «di ricerca, di elaborazione, di sperimentazione», includono la raccolta di dati, informazioni e pubblicazioni, da classificare per una facile consultazione; la raccolta e l'eventuale rielaborazione di risultati di ricerche e di sperimentazioni già effettuate; la definizione dei modelli operativi già adottati; la sperimentazione di nuovi modelli operativi.

In sostanza, il presupposto da cui è partita l'intera esperienza della Pro Senectute è che le persone anziane sono sovente emarginate dalla società in cui vivono, ma che anch'esse sovente si autoemarginano, assumendo un ruolo passivo. È necessario quindi, da un lato, incidere sulla società con informazioni che mettano in corretta luce la natura e i problemi della condizione anziana; dall'altro, agire sulle persone anziane perché vengano invogliate ad assumere un ruolo attivo, stimolandone le potenzialità inespresse.

Tutte le iniziative descritte hanno coerentemente risposto a una serie di indicazioni: il *servizio*, come scelta di impiego delle proprie risorse a favore dapprima degli altri anziani, in seguito dell'intera comunità; il *lavoro*, come opportunità salutare e gratificante; la *socialità*, come presupposto di un corretto rapporto con «gli altri» anche nell'età avanzata; il *riposo*, non come condanna dell'età o diritto all'inazione, bensì come gratificazione di un'attività svolta.

### *Conclusioni*

L'invecchiamento progressivo della popolazione italiana pone il problema di come affrontare, nei prossimi decenni, l'assistenza all'anziano con mentalità e risorse adeguate.

Sarà necessario non solo realizzare strutture di assistenza, di accoglienza e di intrattenimento adatte ad anziani più numerosi, più colti e dalle esigenze meno elementari, ma anche disporre di personale, sanitario e sociale, preparato a una realtà complessa. Infatti, utilizzando gli strumenti della prevenzione primaria già nelle età giovani e adulte, occorrerà intervenire per abbassare l'incidenza delle patologie cronicodegenerative oggi dominanti, che sono la causa principale dell'invalidità e della dipendenza in età avanzata. Per realizzare equamente gli interventi preventivi su tutto il territorio nazionale dovrà però cambiare la mentalità dei medici e degli infermieri, oggi dediti prevalentemente alla diagnosi e alla cura tradizionali o, al massimo, a interventi di prevenzione secondaria, utili ma non risolutivi, e maggiore spazio dovrà essere affidato al personale sociale, la cui formazione — come quella dell'infermiere — occorre ormai avvenga in ambito universitario, attraverso quelle «lauree di primo livello» (i diplomi universitari) che il parlamento si avvia ad approvare.

Quanto alle strutture, l'attività di prevenzione, nonché quella di assistenza di base all'anziano, dovrà realizzarsi attraverso lo strumento del DSSB così come preconizzato dalla legge 833/78, dalla bozza di Piano sanitario nazionale 1989-91 e, per lo specifico, dal POA in esso contenuto.

La formazione del medico di base è oggetto di attenta considerazione nell'ambito della riforma degli studi medici in corso di attuazione. La sua competenza, oltre che estendersi alla prevenzione, dovrà considerare la modificata struttura per età della popolazione a lui affidata, e le competenze geriatriche e di riabilitazione, oggi decisamente carenti, dovranno venire prontamente adeguate.

Un secondo livello di assistenza all'anziano, comprensivo di interventi sanitari e sociali, è previsto nel dettaglio dal citato POA; sostanzialmente si tratta di garantire l'anziano non, o solo parzialmente, autosufficiente, con una serie di iniziative di accoglienza intese a evitare, nei limiti del possibile, l'ospedalizzazione fine a se stessa, e a recuperare invece la funzionalità e a mantenerne o a riottenerne l'inserimento sociale.

Infine, anche se il POA affronta questo aspetto solo marginalmente, obbligato com'è a predisporre prioritariamente gli interventi nei confronti dell'anziano dipendente, la scommessa per il futuro è di recuperare un ruolo attivo per l'anziano autosufficiente. Qui, più degli interventi istituzionali, molto possono le iniziative di volontariato, tra cui quella che abbiamo ricordato, nella sua evoluzione storica e negli aspetti realizzativi più consistenti, della Pro Senectute.

Ci rendiamo conto delle difficoltà che interventi simili comportano, della necessità di congiunture favorevoli che leghino l'entusiasmo dei promotori, il livello di cultura e di educazione civica delle persone coinvolte, l'ambiente sociale di estrazione, la tradizione locale di volontariato ecc. Ma è senz'altro indispensabile studiare ciascuna di queste iniziative coronate da successo, estrarne ciò che vi è di comune e di universale e tentare la messa a punto di schemi operativi per riprodurle in tutti i casi in cui ciò sia possibile.

## TERZA PARTE

Le tendenze della riflessione





## La condizione degli anziani in Italia

*Claudio Calvaruso*

Vorrei focalizzare l'attenzione su tre questioni che mi sembrano emergere dal dibattito, attualmente in corso nella nostra società, sulla «questione anziani».

Anzitutto è importante chiederci perché esiste un «allarme anziani». In secondo luogo vorrei sottolineare la mancanza di un approccio in positivo al problema anziani, dal momento che l'anziano continua ad essere considerato come un soggetto che manifesta bisogni più che come una fonte di risorse. Infine, ed è l'ultima provocazione, anche l'approccio all'anziano considerato come soggetto di bisogni è estremamente carente e viziato da una non conoscenza dei bisogni reali che non sono «bisogni passivi» ma «bisogni attivi», e quindi dal fallimento o dalla scarsa incisività delle nostre politiche sociali.

Iniziamo però con qualche dato di fondo sulla consistenza e sulla condizione della popolazione anziana in Italia, con particolare riferimento alla quarta età, intendendo per «quarta età» gli anziani ultrasettantacinquenni, e alla non autosufficienza.

La popolazione anziana nel nostro paese è in costante aumento. Gli ultrasessantacinquenni erano 7.485.000 al censimento del 1981 e rappresentavano il 13,2 per cento dell'intera popolazione nazionale; tale percentuale è destinata, però, a crescere rapidamente: essa toccherà il 15 per cento circa nel 1991, il 17 nel 2000 e il 20 nel 2020.

Il processo di anzianizzazione della popolazione interesserà particolarmente il nostro paese, che dopo il 2000 occuperà il primo posto nella graduatoria dei paesi con più alto tasso di popolazione anziana, mentre oggi è collocato al quattordicesimo posto.

Questa crescita del valore assoluto e della percentuale del numero degli anziani risulta dall'effetto congiunto di due fenomeni demografici: la diminuzione della natalità e della mortalità e l'allungamento della vita media.

In particolare quest'ultimo fenomeno ha portato la *speranza di vita* dai 43 anni del 1900 ai 65 del 1950 fino ai 71,5 per i maschi e 78,2

per le femmine nel 1982. Il peso della *componente femminile* è quindi prevalente all'interno della popolazione anziana: le donne sono il 56 per cento degli anziani in età 65-69 anni, il 64 per cento degli ultrasessantacinquenni e ben il 74 per cento degli ultranovantenni. D'altra parte l'aumento della speranza di vita determina una sempre maggiore rilevanza della quarta età (ultrasessantacinquenni) e della quinta età (ultranovantenni). In particolare, gli ultrasessantacinquenni rappresentano un universo in forte espansione e un fenomeno nuovo rispetto agli anni novanta: essi sono oggi circa 3.000.000 e rappresentano il 4,7 per cento della popolazione.

Esperti e studiosi dei problemi degli anziani individuano proprio nella *quarta età* la sede strategica più importante delle politiche sociali per gli anziani perché è all'interno di questa fascia di età che si verifica il passaggio dall'autosufficienza alla non autosufficienza. In effetti, secondo una recente ricerca del Labos (Laboratorio per le politiche sociali)<sup>1</sup>, alla quale facciamo riferimento in questo saggio, tra gli ultrasessantacinquenni solo il 41,5 per cento delle persone è ancora autosufficiente, mentre il 35,8 per cento è parzialmente non autosufficiente, il 16,2 è gravemente non autosufficiente e il 6,5 è del tutto non autosufficiente.

Questa condizione di *non autosufficienza* rappresenta del resto una fenomenologia destinata necessariamente a dilatarsi nel prossimo futuro — anche grazie al progresso costante della scienza che permetterà una maggiore permanenza in vita —, con la quale quindi è necessario confrontarsi anche sul piano della nostra cultura oltre che su quello dei bisogni di tipo sociale e sanitario.

E importante, d'altra parte, sottolineare che la condizione di non autosufficienza comporta anche un preoccupante riemergere di bisogni materiali legati a problemi economici della famiglia che sembravano del tutto superati. Basti pensare, infatti, che ben il 70 per cento degli ultrasessantacinquenni non sarebbe in grado di affrontare i costi della propria non autosufficienza. In definitiva abbiamo oggi in Italia circa 700.000 anziani in condizioni di non autosufficienza grave o totale e ad oggi ben il 70 per cento degli ultrasessantacinquenni non sarebbe in grado di affrontarne i costi economici.

Riprendendo adesso il primo punto relativo all'«allarme anziani», bisogna riconoscere che non sappiamo fare società con gli anziani e che addirittura abbiamo paura di loro. Si tratta, se ci pensiamo bene, di un allarmismo ingiustificato che è sintomo della nostra incapacità di «fare

<sup>1</sup> Si veda Labos, *Quarta età e non-autosufficienza*, Roma, TER, 1988, pp. 429.

società» con gli anziani. In effetti, gli anziani hanno un ruolo equilibratore nella nostra società che:

- è fragile nei rapporti umani,
- è scarsa di prospettiva storica,
- ha perso gran parte dei propri valori,
- è affidata al caos e al consumismo.

Ci dovrebbe quindi essere soddisfazione e rassicurazione per il fatto che la popolazione anziana è in aumento, rinforzando di fatto le componenti anticrisi dei valori. Ciò che si riscontra, invece, nell'affrontare il tema «anziani», è un diffuso senso di smarrimento e di inadeguatezza che coinvolge società civile e istituzioni e che determina la trasformazione in «problema» di una parte importante di popolazione che di fatto «problema» non è.

Ridurre l'aumento della popolazione anziana a «problema» significa oggettivare gli anziani, separarli di fatto dal contesto sociale e mettere in atto processi di emarginazione sociale tali da confinare questa parte importante della nostra formazione sociale «al di fuori» della società. Vi è quindi una profonda incapacità, da parte dei singoli e delle istituzioni, a «pensare» gli anziani in quanto «soggetti di risorse», vale a dire in quanto parte integrante di un processo di sviluppo e di trasformazione sociale di cui siano, a giusto titolo, protagonisti tutti i diversi gruppi sociali e generazionali che compongono la società.

La tendenza, che rischia di radicalizzarsi, è invece quella di considerare gli anziani come «soggetti di bisogni» e in particolar modo di «bisogni passivi», intendendo in tal modo quei bisogni assistenziali, sanitari e sociali che costituiscono l'oggetto dell'intervento delle politiche sociali. Non prendiamo, cioè, in considerazione i «bisogni attivi» di partecipazione, di socializzazione e di protagonismo degli anziani, ma ne oggettiviamo la condizione come «gruppo problema» e deleghiamo il compito di affrontare questi bisogni alle istituzioni politico-sociali, recidendo in definitiva, in maniera certamente traumatica per gli anziani, quel cordone di solidarietà, di relazionalità e di alimentazione e di scambio reciproco che lega naturalmente la popolazione anziana al resto della società. Del resto la nostra società si configura come una sorta di *fabbrica degli anziani*, ed è questo il secondo problema — che ho menzionato prima — dal momento che la condizione di anzianità viene vissuta come situazione non protetta.

Sempre secondo la ricerca del Labos citata in precedenza, il 64,5 per cento degli ultrasettantacinquenni si sente anziano dopo una malattia

o dopo un incidente invalidante, dopo il ricovero in ospedale o in ospizio, o dopo l'allontanamento da parte della famiglia, mentre solo il 16 per cento si sente anziano con il sopraggiungere dell'età e il 12 dopo il pensionamento.

L'evento «vecchiaia» non è quindi collegato né con l'età né con l'interruzione di un'attività professionale. Esso è piuttosto messo in relazione con un fatto invalidante, che comporta un ricovero nelle strutture ospedaliere, e soprattutto con la separazione dal nucleo familiare che può avvenire per la morte del coniuge o per l'allontanamento dei figli dal domicilio comune o dal vicinato. Ecco quindi che la vecchiaia non è vissuta come un'esperienza naturale e fisiologica, ma è piuttosto la società che «fabbrica i vecchi» attraverso meccanismi di espulsione dal tessuto familiare e di segregazione all'interno di strutture sanitarie o di residenza per anziani.

La vecchiaia assume, così, un'accezione negativa, come conseguenza diretta alla scarsa considerazione e gratificazione che tale condizione riceve nella nostra società; mentre parallelamente le ragioni del «sentirsi vecchi» avanzate dagli anziani evidenziano, da una parte, i bisogni di relazione, di partecipazione e di protagonismo e, dall'altra, la qualità «insoddisfacente», quando non «decisamente negativa», del rapporto tra giovani e istituzioni in materia sanitaria e residenziale. Vi è inoltre un altro indicatore interessante dei processi di espulsione degli anziani da parte della società ed è quello relativo alle maggiori preoccupazioni espresse dagli ultrasettantacinquenni, come risulta dall'indagine del Labos. Considerando, infatti, le paure evidenziate nelle interviste, vediamo che:

- il 12 per cento ha paura di morire,
- il 15,5 delle sofferenze fisiche,
- il 2 di invecchiare,
- il 21 dei ladri e degli aggressori,
- il 17 delle malattie,
- il 15 della solitudine,
- il 6,3 dell'inquinamento.

Nel leggere questi dati, è interessante notare che solo il 12 per cento degli anziani ha paura di morire e il 2 di invecchiare. Ciò significa che vi sono notevoli risorse «interiori» per guardare ottimisticamente in avanti anche tra i nostri ultrasettantacinquenni. L'elemento più interessante che emerge è comunque il carattere «esterno» delle paure degli anziani. Le paure degli anziani sono, cioè, soprattutto collegate a possibili con-

dizionamenti, cui sono esposti dalla società indipendentemente dalla loro volontà e dai loro comportamenti.

Il 21 per cento teme infatti ladri e aggressori, ed è la prima paura in graduatoria; il 15 per cento teme la solitudine e il 6,3 l'inquinamento: sono tre motivi di preoccupazione che sommati portano al 42,3 per cento e quindi quasi alla metà della popolazione anziana ultrasettantacinquenne, le cui paure sono strettamente legate ai comportamenti degli altri membri della società. Se a tali voci aggiungiamo la paura delle malattie (17 per cento), che è spesso collegata al cattivo funzionamento delle strutture sanitarie e alla scarsa accoglienza che in esse hanno gli anziani, vediamo che si arriva a un 59,3 per cento di persone «esposte», per così dire, a possibili «aggressioni esterne» che provengono dalla società più che dal loro «stato» e dalle «risorse» personali.

Vediamo ora in maniera più dettagliata come fabbrichiamo anziani nella nostra società. A questo proposito non è determinante soltanto la paura di essere anziani, ma esiste anche, di fatto, una non autosufficienza sociale degli anziani. Le cause di questa non autosufficienza sociale sono:

- 1) la solitudine,
- 2) la mancanza di ruolo,
- 3) la caduta dei processi di solidarietà.

Per quanto riguarda la *solitudine*, bastano alcuni dati. Anzitutto il 59 per cento degli ultrasettantacinquenni ha contatti con persone esterne solo settimanalmente o mensilmente e tale percentuale sale al 75 se vivono in un istituto.

In secondo luogo gli anziani della quarta età hanno una socialità molto bassa all'esterno delle pareti domestiche, in quanto solo il 15 per cento frequenta di tanto in tanto il bar, il 14 i giardini mentre il 58 vive sempre in casa o in istituto. Infine gli anziani partecipano molto raramente alle attività di un centro anziani. La percentuale di frequenza è del 9,7, divisa in 13 per cento se maschi e 8,1 se femmine.

Per quanto riguarda la *mancanza di solidarietà* citiamo anche qui alcuni dati della ricerca Labos sulla quarta età:

- il 72 per cento degli anziani si sente solo e abbandonato da tutti,
- 9 anziani su 10 si sentono abbandonati dai parenti, non trovano nessuno che sia disposto a occuparsi di loro e sono turbati dalle critiche esterne,
- il 73 per cento è depresso e infelice e non ha quindi legami e stimoli,
- il 37 non è mai soddisfatto e compiaciuto per qualcosa che ha fatto o per qualche evento.

Considerando infine la *mancanza di ruolo*, va rilevato che:

- 9 anziani su 10 pensano di non essere considerati come dovrebbero e che gli anziani non sono ascoltati dai giovani,
- il 74 per cento degli anziani ha problemi a trovare cose utili da fare,
- il 51 per cento non è mai orgoglioso per qualcosa che ha fatto.

Si tratta quindi di un panorama estremamente precario, caratterizzato dall'angoscia e dalla solitudine e non è, a questo punto, sorprendente se le risposte degli anziani assumono toni di alta drammaticità. Basti pensare infatti che esiste un problema di farmacodipendenza poiché in media ogni anziano assume 2,11 farmaci al giorno, ed anche un problema di videodipendenza, poiché il 59,3 per cento degli anziani tiene accesa la televisione tutto il giorno, il 38,2 per più di un'ora e solo il 2,6 per meno di un'ora. Non parliamo poi dei suicidi: su 3.935 suicidi del 1981, 1.320 riguardavano persone ultrasettantacinquenni, con una quota quindi superiore a un terzo.

A ciò si aggiunge, infine, il fatto che si registra tra gli anziani una diminuzione «secca» delle attività e degli interessi che sussistevano negli anni precedenti:

- il 44 per cento legge meno,
- il 56,9 incontra meno amici,
- il 52,2 fa meno viaggi,
- il 33,6 va meno al cinema e a teatro.

Per quanto riguarda infine l'ultima questione, relativa all'incapacità delle nostre istituzioni di fare politica sociale per gli anziani, possiamo far riferimento alla ricerca svolta dal Labos in 19 comuni capoluoghi di 4 regioni italiane (Veneto, Umbria, Puglia e Lazio) nell'ambito del Primo rapporto sulle politiche sociali assistenziali delle regioni, che ha messo in evidenza gli aspetti principali dei bisogni degli anziani che si rivolgono ai servizi socioassistenziali. Da questa indagine è emerso che gli anziani soffrono con sempre maggior frequenza di situazioni di solitudine e di isolamento, cui si accompagna la scarsa considerazione e la marginalità del loro ruolo sociale (si veda la tabella 1). Questa condizione è legata alla trasformazione del nostro modello familiare che tende sempre più a privilegiare la «famiglia nucleare», formata cioè soltanto dalla coppia dei genitori e dai figli, piuttosto che la «famiglia allargata» che manteneva al proprio interno i nonni.

D'altra parte, nei modelli di organizzazione della nostra vita sociale, gli anziani restano costantemente esclusi dai processi educativi e ricreativi che sono affidati quasi unicamente alla scuola, ai mass-media e ai

Tabella 1. *Le povertà composite degli anziani. Incidenza delle diverse tipologie dei bisogni nella condizione degli anziani e nella dinamica dei bisogni degli utenti dei servizi socioassistenziali.*

Bisogni/condizione	Rilevanza data dagli operatori*	Tipo di bisogno	Punteggio
Solitudine o isolamento	1,49	immateriale	9
Insufficienza delle strutture di assistenza sociale e sanitaria	1,57	istituzionale	8
Marginalità e scarsa considerazione del ruolo	1,64	immateriale	7
Carenza di strutture e spazi di incontro e svago	1,75	istituzionale	6
Scarso riconoscimento dei suoi bisogni da parte delle istituzioni	1,81	istituzionale	5
Crisi del rapporto intergenerazionale	1,85	immateriale	4
Situazione di povertà economica	1,85	materiale	3
Necessità di programmare la propria vita più a lungo	2,05	materiale	2
Scarsa disponibilità economica rispetto alle maggiori possibilità di svago	2,20	materiale	1
Incidenza dei bisogni per tipologia:		Punti complessivi	
Bisogni materiali		20	
Bisogni istituzionali		19	
Bisogni materiali		6	

\* Tale rilevanza è misurata con un valore medio di frequenza; quanto più il valore è basso, tanto più è rilevante il bisogno corrispondente.

gruppi di coetanei. Di conseguenza gli anziani incontrano notevoli difficoltà a mantenere un ruolo significativo nella nostra società, soprattutto in rapporto alle giovani generazioni.

Al secondo posto nella scala dei bisogni vengono inoltre indicate le strutture di assistenza sociale e sanitarie e tale esigenza è probabilmente in relazione anche con l'aumento della speranza di vita e con i problemi legati alla non autosufficienza.

È interessante notare, infine, che i problemi economici, pur essendo prese in esame persone anziane che si rivolgono ai servizi sociali di base dei comuni, vengono solo al settimo posto nella scala dei bisogni e sono preceduti dalla carenza di strutture e di spazi di svago e di incontro, dallo scarso riconoscimento dei bisogni da parte delle istituzioni e dalla crisi del rapporto intergenerazionale.



È evidente, quindi, che, secondo il giudizio degli operatori, nella condizione attuale degli anziani risultano molto più rilevanti i bisogni immateriali o relazionali, piuttosto che i bisogni materiali. Tale rilevanza dei nuovi bisogni immateriali o relazionali degli anziani è la causa principale di una difficoltà profonda dei servizi sociali a dare risposte valide alle loro esigenze. Sempre nella stessa indagine, tra gli operatori intervistati circa la capacità di risposta del proprio servizio rispetto alla casistica della domanda sociale, soltanto il 6,3 per cento riteneva tale servizio sufficiente così com'è (si veda la tabella 2). Una percentuale ancora più bassa, pari al 5,5, valutava il servizio sufficiente per gli interventi economici; mentre il 34,8 per cento richiedeva un potenziamento del numero degli operatori.

Considerando però le altre modalità di risposta ci accorgiamo che prevale l'esigenza di profonda innovazione, se si vuol raggiungere una maggiore capacità di risposta ai bisogni sociali da parte dei servizi sociali. Che si tratti, infatti, di nuove figure professionali (richieste dal 18,5 per cento degli intervistati), di nuove prestazioni (11,8 per cento) oppure di «modificare i servizi per filosofia di intervento e metodologia di lavoro» (come indica ben il 23,2 per cento degli intervistati) è evidente che gli operatori individuano la causa fondamentale della crisi dell'intervento sociale nella mancata corresponsione tra il modello organizzativo, le prestazioni e i profili professionali dell'offerta dei servizi da una parte e le caratteristiche dei bisogni sociali dall'altra.

Siamo così di fronte a un 53,5 per cento degli operatori sociali che di fatto sono convinti che solo cambiando totalmente il proprio servizio si può rispondere ai reali bisogni della popolazione anziana. Questo dato assume maggiore significatività se viene confrontato con un altro dato della medesima ricerca riguardante i problemi tipici che si pongono nel rapporto tra utenza e servizi. L'accesso al servizio da parte degli anziani si presenta alquanto problematico: la maggioranza degli operatori afferma che una quota di destinatari del loro servizio ha difficoltà ad accedervi, soprattutto in ragione di una diffusa disinformazione della popolazione circa tutte le prestazioni che il servizio può fornire.

Ancora più sintomatico di un difficile rapporto tra l'utenza e il servizio è il dato che rileva un preoccupante fenomeno di casi «persi», ossia di utenti che interrompono il proprio rapporto con il servizio, pur avendo ancora bisogno di assistenza. Infatti, 4 operatori su 10 affermano che nel corso del 1985 vi sono stati, nel loro servizio, utenti che hanno «abbandonato».

Infine, gli operatori segnalano in quota ragguardevole la presenza di domanda «impropria», ossia di prestazioni non pertinenti alla natura

Tabella 2. *Giudizio prevalente (e di priorità) relativo alla capacità di risposta del servizio rispetto alla casistica degli utenti dell'ambito territoriale di competenza per settore di intervento (valori in percentuale).*

Giudizio	Priorità 1				Totale	
	Totale	Minori	Anziani	Handicappati	Priorità 2	Priorità 3
Sufficiente così com'è	6,3	8,4	2,3	8,6	1,4	2,7
Sufficiente solo per gli interventi di assistenza economica	5,5	5,6	6,4	4,0	4,8	11,5
Da potenziare il numero degli operatori	34,8	30,7	38,1	36,8	24,6	15,9
Da potenziare con nuove figure professionali	18,5	16,3	19,7	20,4	36,1	18,9
Da sviluppare introducendo nuove prestazioni	11,8	10,8	15,1	8,5	25,0	20,8
Da modificare per filosofia di intervento e metodologia di lavoro	23,2	28,3	18,3	21,7	8,1	30,1
<i>Totale in percentuale</i>	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Totale in valore assoluto*</i>	621	251	218	152	504	408

\* Il totale in valore assoluto corrisponde al numero di operatori che hanno risposto alla domanda o che hanno espresso una priorità.

Fonte: Indagine Labos, 1986.

del bisogno, così come viene espresso dall'utenza. Si tratta quindi, anche in questo caso, di un indice di scarsa armonia e di non corrispondenza tra qualità dei bisogni e risposta dei servizi.

In definitiva, le caratteristiche della nuova struttura dei bisogni degli anziani, all'interno della quale predominano i bisogni relazionali, così come gli effetti negativi che le profonde trasformazioni sociali in atto hanno determinato sulle condizioni di vita degli anziani, richiedono oggi uno sforzo innovativo delle politiche sociali per rispondere alle esigenze della popolazione anziana. È necessario, cioè, che l'intervento sociale non si sviluppi unicamente nell'ambito istituzionale, attraverso la predisposizione di una rete di servizi complessa e diversificata; ma che, accanto a tale filone d'intervento, se ne preveda un altro di pari importanza, che sia realizzato nell'ambito della società civile e che punti a un miglioramento della qualità della vita degli anziani e alla salvaguardia dei loro diritti fondamentali.

In particolare, per rispondere compiutamente ai bisogni e alle aspirazioni degli anziani è indispensabile garantire all'interno della società

civile e nei comportamenti di vita quotidiana una serie di supporti e di protezioni che permettano agli anziani di mantenere una vita sociale attiva e una propria dignità di soggetti, in grado di partecipare attivamente allo sviluppo della nostra società, utilizzando le risorse e i valori di cui sono portatori.

È soprattutto compito istituzionale dei diversi presidi nazionali e locali che governano il *settore socio-assistenziale* perseguire un tale obiettivo di salvaguardia dei diritti e di una migliore qualità della vita degli anziani nella società civile, attraverso:

- un intervento diretto nei riguardi della *società civile*, teso all'attivazione di legami di solidarietà e di processi di integrazione a favore della popolazione anziana

- un intervento nei riguardi dei responsabili istituzionali delle *altre aree di governo* della società affinché le decisioni prese negli altri settori di sviluppo non solo non abbiano conseguenze negative per la popolazione anziana, ma ne permettano anzi una maggiore protezione.

## Anziani attivi: un possibile esempio di nuova centralità del sociale

*Vincenzo Cesareo*

### *Premessa*

Nella letteratura nazionale e internazionale (sociologica e non) sulle problematiche degli anziani, gli anni ottanta sono stati contrassegnati da due grandi stagioni: inizialmente si è assistito a un fiorire di interventi incentrati sul problema *dell'activity* (convegni, anno internazionale dell'anziano 1982), ritenuto un punto essenziale per operare e riflettere in tema di anziani; in seguito si è invece rivolta particolare attenzione alle tematiche legate alla non autosufficienza, ai «grandi vecchi», alla cosiddetta quarta età.

Ciò è comprensibile soprattutto se si tiene conto dell'evoluzione del sistema complessivo di *welfare state* nei paesi industrializzati, che ha attraversato una severa crisi concretizzatasi in una forte riduzione di risorse disponibili per gli interventi; in tale situazione la priorità (vera e propria emergenza) *non autosufficienza* sembra avere attirato su di sé la maggior parte delle attenzioni-energie-risorse.

In un certo senso, tuttavia, si può affermare che l'attenzione alle problematiche dell'*activity*, in tema di condizione anziana e di politiche sociali ad essa collegate, è rimasta presente, in modo trasversale, in buona parte della letteratura gerontologica, anche degli ultimi anni ottanta; in altre parole, il tema dell'*activity* non è più (salvo rare eccezioni) affrontato come un problema di cui precisare confini, prospettive e potenzialità, ma come un aspetto in un certo senso «scontato», come un criterio ineliminabile, come una prospettiva implicita, su cui svolgere brevi riflessioni, per poi occuparsi di altri aspetti. Senza nulla togliere a questo atteggiamento, che indubbiamente costituisce un passo avanti, occorre però evidenziare il rischio sotteso a tale approccio, che è quello di relegare *nell'ovvio sociale* un aspetto che ovvio non è, dal momento che la strada verso una condizione anziana attiva è tutt'altro che conclusa.

Da questo punto di vista le tematiche dell'*activity* sembrano subire una sorte comune a molte delle iniziative che fanno riferimento a una

*prospettiva di tipo preventivo*; di fatto, di fronte alle successive «emergenze», i provvedimenti e le preoccupazioni di tipo preventivo cadono (pur godendo di un consenso sociale indiscusso), o restano generalmente prive di risorse, in termini economici, ma anche in termini di riflessione ed elaborazione culturale e di progetto. Quella che non si è invece fermata è la storia concreta dell'activity, la costruzione, da parte degli anziani, di esperienze innovative che in varie parti del mondo (e anche in Italia, con particolari caratteristiche) hanno sperimentato e testimoniato la possibilità e la capacità di realizzare insieme fatti sociali rilevanti.

Vediamo ora di cogliere come la dimensione dell'activity si colloca all'interno dei fenomeni socio-economici e culturali che stanno interessando la condizione anziana.

### 1. *Invecchiamento e vita attiva: un falso dilemma*

*Stereotipi negativi sulla condizione anziana.* I trend demografici sul progressivo invecchiamento della popolazione (a livello mondiale, europeo, nazionale) vengono spesso utilizzati in modo distorto, quasi «terroristico», per costruire scenari futuri in cui «... pochi individui, lavoratori, *in età attiva*, dovranno portare sulle spalle il peso di una quota di popolazione anziana crescente, a totale carico... », un onere improduttivo, totalmente dipendente. Questo atteggiamento può essere vero per specifici aspetti: ad esempio, se pensiamo alle prospettive del sistema pensionistico, oppure se si pensa all'inevitabilmente crescente quota di anziani non autosufficienti che dovranno essere curati dai servizi sanitari e socio-assistenziali (anche se l'età non è l'unico indicatore legato a questo problema: è semplicistico considerare, ad esempio, chi ha più di 85 anni come automaticamente non autosufficiente; del resto la definizione di non autosufficienza si articola sempre più verso una multidimensionalità fisico-sanitaria, psicologica, relazionale, ambientale, in linea, per esempio, con la definizione di «salute» dell'OMS di Alma Ata del 1987, vista come «completo benessere fisico, mentale e sociale»).

L'approccio più adeguato è invece quello di usare anche il dato demografico come una conferma del fatto che la condizione anziana sarà sempre più un fatto di rilevanza sociale complessiva, che interesserà sempre più direttamente le future generazioni, sia in quanto anziani, sia come persone giovani a contatto con anziani. Quindi un approccio alla condizione anziana di tipo promozionale, che la consideri non un problema ma una parte attiva dell'esistenza dei singoli e della società, un fatto in ultima analisi positivo, un'occasione e una risorsa, per l'individuo e per la società nel suo complesso.

In questo senso, la tanto famosa immaginazione sociologica dovrebbe forse cercare anche termini nuovi per alcuni indicatori demografici, in modo da non dover più parlare di «indici di dipendenza» o di «carico sociale», che, anche se usati in modo neutrale, confermano uno stereotipo negativo nei confronti dell'anziano. In altri termini, potremmo dire che occorre uscire da un approccio che considera «anziano» equivalente a non attivo, declinante, in uscita, e riaffermare l'assoluta compatibilità tra condizione anziana e vita attiva, sia a livello individuale, sia a livello sociale.

«*Anziano può essere activity*». A questo riguardo conviene comunque sottolineare che la condizione di activity di un anziano non può essere assimilata tout court alla vita attiva vera e propria, di chi è ancora inserito completamente nel processo produttivo, o comunque in condizioni psicologiche, sociali e psico-fisiche, pena l'innescarsi di frustrazioni, incapacità e insoddisfazioni che possono generare rifiuto di progetti di activity, e il richiudersi in un disimpegno negativo nei confronti della realtà. Non si tratta perciò di proporre modelli giovanilistici di vita (centralità del lavoro produttivo, eccessiva mobilità degli stili ricreativi ecc.), ma di valorizzare, *all'interno della condizione anziana*, la capacità di giocare un ruolo attivo e socialmente rilevante.

Il punto cruciale, sotto questo profilo, è anche la condizione di «anziano» si dovrebbe connotare non più come quella di colui che è uscito definitivamente dalla vita attiva, ma come quella di chi modifica il proprio coinvolgimento e la propria corresponsabilità con i compiti societari in funzione di un «venir meno» di alcune *abilities* fisiche, psicologiche, attitudinali (propensione al cambiamento, all'innovazione, agli spostamenti per lavoro, allo svolgimento di compiti fisicamente impegnativi ecc.). In altre parole, si tratta di individuare, nel percorso esistenziale di ciascuno, un progetto di mutamento quantitativo e qualitativo dell'impegno, dell'activity, *dell'engagement*, più che costruire percorsi di progressivo *dis-engagement*.

*Lavoro, educazione permanente e tempo libero.* Naturalmente questa riflessione mette in discussione l'intero approccio culturale e organizzativo della società contemporanea, ancora troppo orientata su modelli rigidi (ad esempio, nelle fasi di vita individuali e nell'organizzazione del lavoro), e troppo poco disponibile alla *flessibilità*. In particolare la situazione italiana, che in molti campi si presenta estremamente flessibile, quando non addirittura «incerta», dal punto di vista del percorso individuale presenta rigidità estremamente gravi, che spesso hanno con-

seguenze significative anche sulle modalità stesse dell'invecchiamento degli individui. Faccio riferimento in particolare a una rigidità «temporale», nelle fasi di vita dell'individuo, e a una rigidità orizzontale, per quel che riguarda la fase di vita cosiddetta «attiva», produttiva.

La *rigidità temporale* fa riferimento alla suddivisione del percorso di vita degli individui in tre parti:

- fase di preparazione-apprendimento;
- fase di vita adulta-attiva
- vecchiaia, o forse più precisamente, «retirement», uscita dalla vita attiva, «pensionamento».

È ormai opinione comune che l'esperienza dell'individuo, in particolare nella società postindustriale, non possa essere segnata da «svolte puntuali», da «turning points» discriminanti, secondo cui «... fino a quel momento hai studiato, poi lavori — e lavori soltanto —, poi, ad un certo punto, esci dalla vita attiva»; questa consapevolezza è cresciuta enormemente soprattutto per quel che riguarda il rapporto tra formazione e attività lavorativa, in funzione di mutamenti dei percorsi lavorativi individuali molto più flessibili, che prevedono (anzi, esigono) un riorientamento professionale e di abilità specifiche ottenibile solo attraverso momenti di «formazione ricorrente». In altri termini, il confine tra parte di vita dedicata all'apprendimento e parte in cui applicare ciò che si è appreso è diventato labile, e momenti formativi vengono incorporati come indispensabili dell'attività lavorativa, della fase produttiva della vita (a dire il vero si sta verificando in parte anche il processo contrario, nei termini di una riflessione sul necessario inserimento di momenti di contatto diretto della dimensione lavorativa all'interno della fase formativa vera e propria).

È invece più faticosamente accettato il criterio secondo cui anche il momento del distacco dall'attività produttiva vera e propria non significa inevitabilmente la perdita di un *ruolo attivo* all'interno della società e del percorso esistenziale dell'individuo. Da questo punto di vista, la realtà italiana si presenta estremamente rigida, soprattutto nei meccanismi che regolano l'entrata e l'uscita degli individui in ruoli attivi-produttivi, che sono poi quelli che attribuiscono maggiori «diritti di cittadinanza», credito e rilevanza sociale al singolo. Probabilmente un meccanismo più flessibile, articolato sull'idea di un «decennio pensionabile», tra i 60 e i 70 anni, consentirebbe maggiore libertà di scelta agli individui e costituirebbe un importante fattore di flessibilità normativa.

L'altra rigidità riguarda invece *l'organizzazione stessa* del lavoro, che prevede (in Italia molto più che negli altri paesi industrializzati) una sorta di «priorità riconosciuta» del lavoro, una rilevanza quasi totalizzante per l'individuo; così il modello prevalente di occupazione è il *tempo pieno*, spesso prolungato, con una centralità del lavoro nell'esperienza individuale che solo negli ultimi anni è stata messa in discussione da nuovi stili di vita di alcune (quantitativamente marginali) fasce di popolazione-professione.

Così, in ultima analisi, l'esperienza lavorativa è orizzonte «forte» (se non globale) dell'esperienza dell'individuo (il coinvolgimento nell'attività lavorativa a tempo parziale viene visto come un «tradimento») per lunghi anni, al termine dei quali si entra in una dimensione priva di coordinate e di criteri orientativi socialmente riconosciuti, in un tempo così *libero* (prima ardentemente agognato) da diventare *vuoto*, socialmente privo di significato, da riempire, più che da godere.

Il momento della cessazione dell'attività lavorativa mette quindi in difficoltà l'individuo proprio su due dimensioni che sono essenziali per una risignificazione individuale del tempo, del senso e dell'esperienza:

a) da un lato, la dimensione «creativa» e «prometeica» dell'uomo (capacità di manipolare l'ambiente, di modificarlo), che è stata ridotta al ruolo «produttivo» economico in senso stretto (inserimento nel mercato del lavoro, produzione di beni o servizi ecc.);

b) dall'altro, una difficoltà di «apprendimento», di interesse culturale, di *curiositas*, dovuta alla mancata pratica di momenti «formativi» nella fase centrale della vita (la cosiddetta fase «attiva»).

È invece proprio su queste dimensioni (riscoperta della *curiositas* e del «lavoro» come capacità creatrice e manipolatrice) che si giocano le chance di «vita attiva» di chi esce dal «mercato», o, più semplicemente, di chi «diventa vecchio».

*Anziano e relazioni interpersonali.* Infine, diventa cruciale valutare, in una riflessione sulla capacità di activity di un anziano, la *fase del ciclo di vita familiare* entro cui ci si situa, soprattutto in funzione delle relazioni con il sistema familiare allargato (figli e nipoti, fratelli, e anche il vicinato), che sono spesso incentrate su meccanismi di scambio simbolico, ma anche sullo scambio di prestazioni-aiuti concreti, quali gli aiuti economici, la fornitura di servizi-aiuti in natura ecc.

Da questo punto di vista è fondamentale ricordare che la «direzione» di questi aiuti non vede necessariamente l'anziano come destinatario (aiuto da parte dei figli nelle faccende domestiche, in caso di malat-



Tabella 1. *Soggetti ultrasessantacinquenni che vivono da soli..*

	% sul totale anziani > 65	Anziani > 65 che vivono da soli
Germania occidentale	38,9	3.631.400
Danimarca	38,3	265.500
Francia	32,6	2.237.400
Belgio	31,9	428.700
Olanda	31,3	457.300
Regno Unito	30,3	2.818.500
Italia	25,0	1.817.600
Lussemburgo	22,6	13.900
Irlanda	20,1	68.000
Portogallo	17,7	197.000
Grecia	14,7	162.900
Spagna	14,1	581.400

Fonte: Eurostat, dati di censimento.

tia, o per ricoveri in istituti, o anche in situazioni di difficoltà economica), ma spesso come risorsa, fornitore di prestazioni-aiuti (sostegno economico ai figli appena sposati, credito familiare, custodia dei figli ecc.).

Anche il crescente fenomeno degli «anziani soli» non va considerato meccanicamente come una realtà di emarginazione, di solitudine, di abbandono, come hanno confermato anche recenti indagini sulla forza delle relazioni familiari intergenerazionali anche attraverso *l'intimità a distanza*<sup>1</sup>; esso è tuttavia un fatto rilevante, su cui soprattutto il sistema dei servizi domiciliari deve indubbiamente rivolgere la propria attenzione. Un confronto demografico europeo appare interessante (si veda la tabella 1).

La graduatoria delle nazioni sembra delineare anche una specie di graduatoria della *forza delle relazioni familiari*, che divide abbastanza nettamente i paesi europei settentrionali da quelli mediterranei; l'Italia si colloca in una posizione intermedia. Questa graduatoria va tuttavia riconsiderata a partire dalle nuove dinamiche di aiuto che si stanno costruendo all'interno delle relazioni intergenerazionali, come già ricordato (aiuto proveniente anche da nuclei familiari non conviventi, «intimità a distanza»).

<sup>1</sup> Si veda P. Townsend, «The Emergence of Four Generation Family in Industrial Society» in B. L. Neugarten (a cura di), *Middle Age and Aging*, Chicago, University of Chicago Press, 1968, pp. 255-57.

L'indagine Istat 1983 sui comportamenti familiari consente di stimare la dimensione degli aiuti forniti a e da anziani a livello familiare e informale, fornendo così una visione più adeguata del funzionamento delle relazioni familiari allargate. Gli aiuti forniti agli anziani interessano quasi 1.700.000 anziani (il 17,8 per cento sul totale delle persone che ricevono aiuti nei circuiti informali), e sembrano prevalentemente orientati sulla compagnia e sull'ospitalità (che interessano, rispettivamente, circa 765.000 e 285.000 individui).

Se confrontiamo la percentuale sul totale del tipo di aiuti, troviamo però che l'intervento percentualmente più caratterizzato come rivolto agli anziani è quello *terapeutico* (prestazioni infermieristiche di piccole dimensioni, come iniezioni, cure di ferite, assistenza durante le malattie) nel 26,3 per cento dei casi, seguito da un aiuto per lo svolgimento di *pratiche burocratiche* (presumibilmente legate alla pensione) e da una generica *compagnia*, che interessa gli anziani (come destinatari dell'aiuto) nel 22,5 per cento dei casi (si vedano le tabelle 2-4). Merita particolare interesse la relativamente scarsa incidenza degli anziani come destinatari di aiuti economici (il 12,6 per cento sul totale di chi riceve sostegno economico). Per quel che riguarda gli anziani come fornitori di servizi, si nota in primo luogo che oltre due milioni e mezzo di persone con più di 65 anni forniscono aiuto all'interno di relazioni informali (esterne al nucleo familiare di convivenza, lo ricordiamo), per una quota percentuale di 38,7 per cento sul totale degli anziani; in altre parole, 2 anziani su 5 forniscono aiuto ad altre persone al di fuori della propria famiglia (altri parenti, vicini, amici ecc.).

Tabella 2. *Aiuti dati ad anziani e forniti da anziani secondo il tipo di aiuto (valori in migliaia).*

	Destinatari degli aiuti					
	Nonni	Altri parenti anziani	Altri anziani non parenti	Totale anziani	Totale persone che ricevono	% di anziani su totale aiutati
Economici	15	51	76	142	1.126	12,6
Terapeutici	12	25	65	102	388	26,3
Compagnia	225	237	303	765	3.404	22,5
Ospitalità	100	86	99	285	2.041	14,0
Attività casalinghe	27	44	45	116	739	15,7
Pratiche burocratiche	27	51	84	162	641	25,3
Attività di lavoro	11	50	53	114	1.158	9,8
<i>Totale</i>	417	544	725	1.686	9.496	17,8

\* U totale non corrisponde alla somma delle varie righe, dal momento che ogni soggetto può svolgere diverse tipologie di attività di aiuto.  
Fonte: Istat, 1983.

Tabella 3. *Persone che forniscono aiuto (a persone al di fuori del proprio nucleo familiare) (valori assoluti in migliaia).*

	> di 65 anni			da 14 a 64 anni		totale
	maschi	femmine	totale	maschi	femmine	
Economici	112	92	204	796	625	1.421
Terapeutici	7	19	26	202	344	546
Compagnia	142	287	429	1.325	2.735	4.060
Ospitalità	77	214	291	874	1.913	2.787
Attività casalinghe	55	75	130	601	734	1.335
Pratiche burocratiche	59	21	80	731	485	1.216
Attività di lavoro	81	50	131	1.049	452	1.501
<i>Totale</i>	533	1.972	2.505	5.045	5.316	10.361

\* Il totale non corrisponde alla somma delle varie righe, dal momento che ogni soggetto può svolgere diverse tipologie di attività di aiuto.

Fonte: Istat, 1983.

Tabella 4. *Persone che forniscono aiuti (a persone al di fuori del nucleo familiare) sul totale della popolazione corrispondente (valori assoluti in migliaia).*

	> di 65 anni			da 14 a 64 anni		totale
	maschi	femmine	totale	maschi	femmine	
Economici	4,0	2,5	3,2	3,6	2,7	3,1
Terapeutici	0,3	0,5	0,4	0,9	1,5	1,2
Compagnia	5,1	7,8	6,6	6,0	11,7	8,9
Ospitalità	2,8	5,8	4,5	4,0	8,2	6,1
Lavori domestici	2,0	2,0	2,0	2,7	3,1	2,9
Pratiche burocratiche	2,1	0,6	1,2	3,3	2,1	2,7
Attività di lavoro	2,9	1,4	2,0	4,7	1,9	3,3
<i>Totale</i>	19,2	53,3	38,7	22,8	22,6	22,7
Popolazione totale	2.773	3.697	6.470	22.113	23.469	45.582

Fonte: Istat, 1983.

In particolare più della metà delle donne anziane presta aiuti di vario genere (a fronte di una quota maschile del 22,5 per cento), mentre nella fascia d'età 14-64 non si rilevano differenze significative tra maschi e femmine. Il tipo di aiuto fornito da parte della popolazione anziana è soprattutto la compagnia, l'ospitalità e l'aiuto di tipo economico, in linea con quanto svolto dai più giovani.

## 2. Una nuova dimensione sociale per l'anziano attivo

*L'activity come dimensione individuale.* La capacità dell'anziano (e potremmo anche dire la «voglia») di giocare un ruolo attivo anche in età avanzata è innanzitutto un problema individuale, che chiama in gioco l'intero spettro delle risorse fisiche, psicologiche, relazionali emotive del singolo individuo; solo il singolo anziano può decidere di voler continuare a essere attivo, in primo luogo «per sé», al di là di qualunque riconoscimento o gratificazione dall'esterno.

Tuttavia, l'activity degli individui ha una dimensione relazionale che appare ineliminabile; la posta in gioco è la capacità di socializzazione dell'anziano di fronte alla sfida dell'invecchiamento, la possibilità di restare, anche di fronte a problemi fisici progressivamente più gravi, dentro le relazioni, *dentro* la società. In questo senso i dati raccolti dall'indagine Istat 1983 e dall'indagine sul volontariato confermano la potenzialità relazionale che è ancora presente nel «pianeta anziani». Essi documentano, inoltre, una caratteristica peculiare dell'activity degli anziani, con forti valenze culturali rispetto all'intera società, vale a dire una *nuova centralità del sociale* nell'esperienza individuale e collettiva del singolo individuo. In altre parole, la nuova «intraprendenza» (definibile anche come «imprenditorialità») degli anziani, a livello individuale o associato, si pone spesso degli obiettivi di tipo sociale, quali una maggiore partecipazione alla cosa pubblica, il miglioramento di alcuni aspetti legati alla qualità della vita, la risposta ad alcuni bisogni (tipici dell'età anziana, ma non solo), e produce fatti sociali generalmente improntati a codici solidaristici.

Tutto ciò non esclude la possibilità di iniziative con rilevanza economica in senso stretto (ad esempio in Francia, con la creazione, su input di anziani appena pensionati, di società di mercato, *for-profit*, in cui gli anziani stessi svolgono un rilevante ruolo di formazione nei confronti dei giovani impegnati nella stessa azienda, oltre che rivestire ruoli propriamente «produttivi»).

Occorre tuttavia sottolineare che l'origine della scelta dell'activity resta un fatto individuale; in questo senso diventa cruciale la *storia individuale*, le esperienze accumulate, oltre che le risorse individuali (persone con cui si è in contatto, salute fisica, risorse psicologiche, disponibilità economiche ecc.) disponibili «quando si diventa vecchi»; non è infatti realistico ipotizzare, ad esempio, un'automatica adesione generalizzata a modelli aggregati di activity per individui che hanno vissuto costantemente in modo individualistico (ad esempio, divisi tra lavoro

e famiglia, senza relazioni significative all'esterno), così come non è ipotizzabile l'utilizzo di iniziative esclusivamente centrate sull'interesse culturale in presenza di soggetti con basso livello di scolarizzazione e che hanno vissuto esperienze e stili di vita in cui tale interesse era assente.

Quello che è invece ragionevole aspettarsi è che, comunque, in ogni persona anziana possa essere suscitato un desiderio di «non uscire dalla vita», attraverso la sollecitazione di interessi vecchi o nuovi, di nuove relazioni o di vecchi desideri, il cui denominatore comune è la consapevolezza di potersi «riprendere la vita».

*La dimensione associativa dell'activity.* La nuova rilevanza del sociale, all'interno di una dimensione di activity del singolo individuo, genera spesso, tra le altre cose, un nuovo interesse alla dimensione collettiva, interpersonale, associativa dell'esperienza; è dinamica comune il ritrovarsi per fare qualcosa insieme, non solo «per vincere la solitudine», ma soprattutto per costruire insieme, per essere insieme una realtà visibile, pubblica, con ruolo sociale esplicito, e spesso con la volontà di intervenire e di incidere non solo sulle tematiche legate alla condizione anziana, ma sulla «cosa pubblica» nella sua interezza, come cittadini a pieno titolo.

Questo è certamente un fenomeno in crescita, e dalle caratteristiche peculiari; già nel 1983, all'interno di un'indagine nazionale sui gruppi locali di volontariato, erano operanti sul territorio nazionale 410 gruppi locali, composti in totalità o in netta prevalenza da persone anziane (più di 60 anni), di tipologie estremamente diversificate; dall'intervento assistenziale alle attività culturali e ricreative, con una forte presenza di gruppi di ispirazione religiosa, abbastanza equamente suddivisi tra gruppi federati a grandi associazioni (San Vincenzo, Caritas, organizzazioni per disabili, portatori di handicap, malati) e gruppi locali, autonomi, diretta espressione di specifiche realtà territoriali.

Se poi consideriamo anche i gruppi in cui era rilevata la presenza di ultrasessantenni (sia pure non prevalenti), si giunge a una cifra di 3.294 gruppi locali di volontariato in cui agivano (nel 1983) persone anziane, come volontari (poco meno della metà dei 7.024 gruppi censiti in tale indagine). E quindi evidente la rilevanza della dimensione associativa per quel che riguarda l'activity degli anziani, e la sua capacità-possibilità di essere posta al centro della società, e non più ai margini.

Per questo, la presente indagine vuole analizzare soprattutto le caratteristiche salienti del fenomeno *dell'associazionismo anziano di activity*, in quanto momento di aggregazione di persone anziane che, attraverso la riappropriazione della propria vita, promuovono un progetto di nuova centralità per gli anziani oggi.

### 3. *Alcuni aspetti specifici dell'associazionismo di anziani attivi*

Tracciamo qui una breve descrizione dei principali aspetti che possono caratterizzare la pratica delle associazioni di anziani attivi, in modo da poter costruire un'adeguata griglia di lettura di tali esperienze.

*La membership.* Le modalità di partecipazione all'associazionismo anziano di activity possono essere molto differenti, sia da un punto di vista puramente quantitativo (tempo dedicato alle attività associative), sia dal punto di vista qualitativo: assunzione di ruoli specifici, ma soprattutto livello di immedesimazione del singolo nell'identità e negli obiettivi associativi. A questo proposito conviene evidenziare che la propensione alla socializzazione dipende anche dalla *storia dei singoli individui*, e costituisce un'attitudine complessiva che difficilmente può essere riorientata in tempi brevi (anche se tale riorientamento resta sempre possibile, nel percorso esistenziale di un individuo); si tratta quindi, in altre parole, di immaginare diverse capacità di partecipazione e di coinvolgimento ad attività di tipo associativo, tutte però ugualmente caratterizzabili come *membership* reale, in funzione della capacità-disponibilità del singolo individuo. Diventa in questo senso fondamentale una riflessione sulla reale *accessibilità* delle diverse opportunità di aggregazione, in modo da verificare se esistono criteri di selettività che penalizzino in qualche modo alcuni gruppi di anziani, sia come «prerequisiti» (l'appartenenza a un gruppo professionale), sia per le specifiche attività svolte (studio e riflessione culturale per soggetti privi di tale background).

Sotto il profilo della *membership*, si può distinguere tra associazioni composte esclusivamente da anziani, o associazioni i cui membri sono anche di età differenti; per lo specifico del nostro tema, che è, ripetiamo, *activity degli anziani a livello associativo*, è necessario che il nucleo fondante (come fondatori, o come ispiratori animatori principali delle attività dell'associazione) sia costituito da anziani, promotori di un'iniziativa di riappropriazione della vita insieme ad altri individui (anziani e non).

Collegata al problema della *membership* è la *dimensione dell'associazione*, vale a dire la capacità, per ogni esperienza, di aggregare un numero più o meno ampio di soggetti (anziani e non). Da questo punto di vista occorre anche distinguere tra i diversi livelli di coinvolgimento nelle attività dell'associazione stessa:

— da un lato si possono riscontrare modalità di partecipazione estremamente coinvolgenti, che arrivano a ridefinire l'identità stessa del sin-

gato anziano (immedesimazione dell'anziano nell'associazione, in forza anche a una risignificazione del proprio quotidiano), che arriva ad essere leader, promotore e incarnazione della stessa associazione;

— dall'altro la partecipazione all'associazione può limitarsi alla semplice adesione a specifiche iniziative, o comunque a livelli di coinvolgimento minimi, sia in termini quantitativi (ore settimanali), sia soprattutto in termini qualitativi (oggi vado al bar, domani all'associazione...)

Naturalmente, la rilevanza delle singole associazioni sarà strettamente correlata alla capacità di mobilitare i singoli anziani in modo continuativo e «forte».

Un altro punto rilevante, su cui non è tuttavia possibile dilungarsi in questa sede, è l'*organizzazione interna* della vita dell'associazione, in termini di livelli di formalizzazione, dei processi decisionali, della maggiore o minore diffusione, tra i diversi membri, di compiti e incarichi formalmente attribuiti.

*Le origini.* Sulla base delle varie realtà esistenti, si possono individuare quattro principali «sorgenti» ispiratrici di fenomeni di associazionismo di anziani attivi:

a) *le realtà associative legate all'ambiente di lavoro*, che iniziano le loro attività quando gli individui sono ancora inseriti all'interno del processo produttivo, sia pure in età avanzata (oltre i 55 anni, generalmente), e che si fanno poi carico della condizione dei propri membri anche dopo il pensionamento, attraverso attività di tipo prevalentemente ricreativo e culturale; in questo gruppo possiamo inserire realtà quali la Fenacom (anziani del commercio), il Gruppo anziani Fiat, e tutte le associazioni federate all'Anta (Associazione nazionale lavoratori anziani, che raggruppa 75 gruppi aziendali, con oltre 250.000 soci a livello nazionale). A questi gruppi vanno aggiunti anche i settori anziani dei sindacati.

b) *Le esperienze che provengono dal mondo cattolico* appaiono prevalentemente legate ad attività di tipo solidaristico, in cui le persone anziane si assumono un compito di prestatori di aiuto nei confronti di specifiche situazioni di disagio sociale (per esempio poveri, o minori ospiti di istituti ecc.); occorre tuttavia sottolineare che anche all'interno del mondo cattolico sta emergendo, negli ultimi anni, una forte attività «di» anziani «per » gli anziani, legata a una concezione di intervento sociale non più solo assistenziale-riparatorio, ma promozionale, che tende ad attivare relazioni sociali, interessi culturali, occasioni di socializzazione.

c) Simile a quello precedente è *l'associazionismo anziano che si sviluppa attraverso forme cooperativistiche*; si tratta di realtà di privato sociale, essenzialmente prive di scopo di lucro, con intenti solidaristici, che possono produrre interventi di tipo socio-assistenziale, ma anche attività di animazione del territorio, indirizzate ai soli anziani o a tutta la popolazione.

d) Infine, in questi ultimi anni, soprattutto nelle grandi città, si è sviluppato un fenomeno di *associazionismo anziano promosso e sostenuto dagli enti locali*. L'origine di queste realtà si può attribuire al tentativo di offrire alla popolazione anziana degli ambiti di socializzazione e di incontro sul territorio, in grado di rispondere all'esigenza di «riempire» il tempo libero degli anziani con attività di tipo essenzialmente ricreativo, in poli di aggregazione specifici. Il diffondersi di tali iniziative ha avuto inoltre una forte connotazione di tipo *preventivo*, nei confronti di un deterioramento psico-fisico che può essere procrastinato nel tempo (spesso anche notevolmente) attraverso un maggiore coinvolgimento dell'anziano in piccole attività «sociali», relazionali, aggregative. Ciò si è verificato o su stimolo da parte degli anziani stessi, o a partire da iniziative delle amministrazioni pubbliche, che in prima persona hanno deciso di costruire una rete di occasioni aggregative per gli anziani. La scelta è stata, poi, nel concreto (in parte per ragioni economiche, in parte per promuovere una maggiore partecipazione dei cittadini) quella di affidare agli anziani stessi la gestione di queste iniziative, dando così origine ad associazioni di anziani che si facevano carico della conduzione dei singoli centri; così si è verificato a Milano, Ravenna, Bologna, e in molte altre realtà in Italia. Le attività prevalenti sono quelle legate all'animazione del tempo libero, ricreative e culturali.

e) Un ultimo, interessante gruppo riguarda realtà che non rientrano nei precedenti filoni ispiratori, la cui origine è fortemente determinata da *situazioni locali*, in cui gruppi di anziani si aggregano proprio in forza di una riflessione sulla stessa condizione anziana giocata a livello del territorio specifico, allo scopo di promuovere la vita attiva dell'anziano con un'ispirazione «neutrale», «laica»: a questa tipologia appartiene la storia della «Pro Senectute» di Omegna, così come la ricca esperienza del «Centro per i problemi dell'anziano» di Mantova.

*Le attività.* Un'altra variabile discriminante tra le diverse associazioni riguarda il *tipo di attività svolte*; sotto questo profilo diversi possono essere i fattori di distinzione.



a) Un primo aspetto riguarda la presenza di *interessi di tipo specialistico*, esclusivo, oppure un *approccio «a 360 gradi»*, che si impegna su un ventaglio differenziato di iniziative. Generalmente la genesi delle realtà di associazionismo di anziani trova sviluppo in interessi specifici, in progetti mirati, in aggregazioni di «passioni individuali» (la musica, la socializzazione del tempo libero, un hobby, un'esigenza di tipo solidaristico), che si danno strutture stabili, formalizzate (forma associativa), per garantirsi continuità e riconoscimento sociale («... c'è l'associazione che fa questo o quest'altro...») Spesso, tuttavia, a partire da un'occasione di aggregazione specifica, si innestano meccanismi di crescita di interessi, che spingono la singola realtà associativa a estendere l'ambito di interesse, le proprie attività, le aree di intervento, diventando così associazioni «multiscopo», probabilmente anche in forza di un approccio alla condizione anziana che tende a considerare la globalità degli individui, in tutte le loro esigenze, senza privilegiare approcci specialistici o settoriali.

b) Collegata al punto precedente, è anche una distinzione tra le *attività di tipo solidaristico* e quelle maggiormente orientate sul versante *ricreativo-culturale* (animazione del tempo libero). Il formarsi di *associazioni di anziani a scopo solidaristico* può nascere a partire da un'esigenza di *self-help*, verso i propri membri (solidarietà interna), oppure indirizzarsi a sostegno di altri anziani, o ancora rivolgersi a fasce di povertà ed emarginazione che interessano tutta la popolazione (i «poveri», i minori in difficoltà, i senza fissa dimora, il momento dell'ingresso nel mondo del lavoro ecc.). Dall'altro lato, le *realtà associative prevalentemente organizzate per svolgere attività di tipo ricreativo-culturale* sembrano connotarsi, rispetto a quelle di tipo solidaristico, per un «progetto esistenziale» di tipo promozionale, teso a ridare senso, contenuti e interessi alla vita quotidiana, alle lunghe ore di «tempo libero», alla vita di tutti i giorni di tutti gli anziani, con un forte orientamento di tipo *preventivo*. Un punto di incontro tra le associazioni di ispirazione solidaristica e quelle orientate ad attività culturali-ricreative è probabilmente il momento in cui si supera il momento specialistico, e ci si orienta verso un approccio globale alla condizione anziana (come già precedentemente ricordato); le dinamiche sono probabilmente differenti, ma l'esito appare essere convergente:

— infatti, da un lato chi parte da attività di tipo solidaristico, a contatto con la realtà può rendersi conto che spesso alcune situazioni di difficoltà, di solitudine, di deterioramento relazionale, psicologico e addirittura fisico trovano la loro origine nella pressoché totale assenza di opportunità sociali, di occasioni aggregative, di stimoli per interessi nuo-

vi, in modo che l'intervento di tipo solidaristico appare incapace di risolvere i problemi, solo riparatorio, mentre un tessuto sociale più coeso, meglio animato, più partecipativo avrebbe potuto evitare l'insorgere stesso dei problemi;

— sul versante opposto, la realizzazione di opportunità aggregative di tipo ricreativo e culturale su un determinato territorio conduce inevitabilmente a interrogarsi sull'effettiva fruibilità di tali occasioni per tutti gli anziani, e a interrogarsi sulle modalità attraverso cui renderle fruibili a tutti; ci si rende così conto che per alcuni individui sono necessari interventi che risolvano alcuni problemi rilevanti (assenza di aiuto in casa, povertà economiche, solitudine ecc.), anche attraverso vere e proprie prestazioni di tipo socio-assistenziale.

L'ispirazione solidaristico-riparatoria e quella animativo-preventiva possono così trovare un momento di ricongiunzione e di progettualità comune in un approccio globale alla condizione anziana, capace sia di universalità sia di selettività, in funzione di una partecipazione la più allargata possibile.

c) Un altro aspetto, già in parte ricordato, riguarda la *popolazione di riferimento delle attività delle varie associazioni*; da questo punto di vista possiamo operare una sintetica distinzione tra le associazioni che si rivolgono alla sola popolazione anziana, e quelle che considerano propri interlocutori tutti gli abitanti di un territorio. Tale differenza appare discriminante soprattutto in relazione al problema della possibile «ghettizzazione» degli anziani, sia pure attivi, in «riserve» precise, entro cui queste persone, in un certo senso allontanate dal centro pulsante della società (il lavoro, di fatto), possono fare qualsiasi cosa, purché entro tali confini. Indirizzarsi a tutta la popolazione, voler porre fatti sociali, visibili, su cui richiedere un confronto con tutti i soggetti del territorio, evidenzia invece il tentativo, gestito in prima persona da anziani aggregati, di interrogare la società, con la pretesa e l'obiettivo di modificarla, anziché ripiegare su un obiettivo di minima di «sopravvivenza» alla società stessa (che si conferma in questo caso espulsiva dell'anziano). Naturalmente esiste uno *specifico dell'anziano*, che va tutelato e valorizzato, proprio in quanto peculiarità, e che spesso esige una selezione; tuttavia questa scelta deve essere finalizzata al rafforzamento di un'identità collettiva, che voglia poi «uscire dalla riserva» e investire la società con progetti, proposte, problemi e ipotesi di lavoro di fronte a cui far confrontare tutti gli altri attori sociali.

d) Collegata alla distinzione precedente è quella legata alla *valenza strumentale o espressiva delle attività proposte dalle singole associazioni* ai

propri membri; questa caratterizzazione, che si è dimostrata particolarmente rilevante nella galassia «volontariato», assume all'interno dell'associazionismo anziano connotazioni particolari, su cui vale la pena di soffermarsi. L'atteggiamento di tipo *strumentale* caratterizza infatti generalmente le realtà più attente alla dimensione sociale del problema della condizione anziana, quelle realtà che vogliono porre al centro della società la questione anziana, in modo da costruire un ambiente sociale più vivibile (per gli anziani, e quindi per tutte le persone). Se consideriamo le associazioni fortemente orientate in senso *espressivo*, troviamo invece che viene data particolare rilevanza alla capacità di ridare senso e gusto alla vita (in un certo senso lo slogan «più vita agli anni!»), attraverso attività di tipo espressivo, che rispondano a esigenze dei singoli anziani, di tipo creativo, culturale, comunque legate alla dimensione soggettiva dei singoli membri (anche se tali iniziative possono assumere forte rilievo sociale, ponendosi come momento-riflessione-proposta indirizzata a tutta la società). Si potrebbe dire che l'orientamento strumentale è fortemente orientato verso l'esterno, mentre quello espressivo è prevalentemente preoccupato dell'interno (in pratica, alla *membership*). Dal punto di vista temporale, inoltre, si può evidenziare che *la strumentalità è strettamente legata alla capacità di progetto*, al futuro, a una dimensione progressiva e processuale, mentre *l'espressività sottolinea soprattutto l'hic et nunc*, il momento specifico sperimentato dal gruppo e dai singoli membri.

*Localismo e federalismo: rapporti tra i gruppi.* Altra distinzione estremamente importante riguarda l'eventuale *relazione della singola associazione con realtà federative di tipo più ampio*; possiamo a questo riguardo distinguere due tipi estremi:

— da un lato si individuano *realtà locali*, generalmente di piccole dimensioni (anche se non necessariamente), che operano su un territorio ristretto, espressione diretta di gruppi di anziani del territorio stesso che non sentono il bisogno di associarsi ad altre realtà e che si costituiscono come soggetto autonomo, aggregativo, per gli anziani sul territorio: a questo tipo appartengono i numerosi centri diurni anziani autogestiti, oppure i centri culturali per anziani presenti in molte realtà medio-piccole d'Italia;

— all'estremo opposto troviamo *realtà federative a livello nazionale*, con stretti legami tra le varie associazioni, generalmente legate al mondo lavorativo (sindacati pensionati, Fenacom, Anla, Università della terza età ecc.), che si sviluppano a partire da un modello centrale e danno origine, per così dire, a riproduzioni fedeli di modalità di funzionamento, di adesione ecc.

Naturalmente, in questo caso esiste una maggiore capacità di assunzione di un ruolo pubblico, anche su una scala che eccede la dimensione del territorio di riferimento degli associati, per assumere e condividere le tematiche tipiche della federazione più ampia.

Può esservi tuttavia una diversa modalità di federazione, «dal basso»; si tratta dei casi in cui un'esperienza locale riconosce, in realtà federative di ambito territoriale più ampio, caratteristiche in sintonia con il proprio progetto autonomo, tali da rendere utile e auspicabile la federazione, o comunque l'instaurarsi di un collegamento stabile. Questo contribuiste indubbiamente a una maggiore stabilità della singola realtà locale, rinforzata dal confronto con altre esperienze, anche se è essenziale, in questo caso, che le modalità federative siano elastiche, non preconfezionate, in modo da salvaguardare il più possibile le capacità e le caratteristiche autonome delle singole realtà associative (e questo meccanismo, tra l'altro, non riguarda solamente l'associazionismo di anziani, ma ogni forma di relazione federativa).

Un ultimo aspetto, sempre legato al fenomeno federativo, merita di essere sottolineato, in particolare nel campo della *solidarietà sociale*; si tratta di quelle realtà di anziani attivi che si muovono spinte da un'esigenza di tipo solidaristico, e che si pongono quindi come attori di servizi e interventi di tipo socio-assistenziale su un determinato territorio; per tali gruppi, generalmente, la federazione di riferimento non è costituita da esperienze federative di anziani, ma riguarda soprattutto il mondo della solidarietà, del privato sociale.

Quindi, in questo caso, *l'associazione di anziani attivi si inserisce a pieno titolo nel tessuto sociale complessivo*, evitando il rischio della «ghettizzazione» nel pianeta anziani, e ponendosi invece come una risorsa di pari grado, come un soggetto di pari dignità all'interno delle realtà solidaristiche di privato sociale.

Come si vede, quindi, il fatto federativo costituisce una variabile discriminante nel determinare alcune caratteristiche forti delle singole associazioni di anziani attivi, per quel che riguarda il legame con il territorio in cui si sviluppano, e relativamente alla capacità di conquistare un ruolo autonomo all'interno della società.

*Uno sguardo di sintesi.* Il seguente prospetto consente di visualizzare sinteticamente le diverse dimensioni attraverso cui analizzare e valutare le singole esperienze di associazionismo di anziani attivi, a partire dalle riflessioni qui brevemente esposte: conviene tuttavia sottolineare nuovamente che non si tratta di costruire graduatorie di validità o di legittimità sulle singole esperienze o sui singoli approcci, quanto piuttosto

sto di individuare, in un panorama che si configura comunque ricco di esperienze e di intuizioni innovative, quali sono i fattori che aiutano una ricollocazione dell'anziano in una prospettiva di nuovo coinvolgimento sociale nelle proposte e nei progetti sostenuti dalle diverse realtà.

Si tratta, cioè, di un patrimonio la cui principale ricchezza risiede proprio nella diversità di modelli, di contenuti, di strumenti utilizzati per il perseguimento di un unico fine; è in questa prospettiva che trova il suo pieno interesse un tentativo di approfondire a livello empirico la conoscenza dei meccanismi legati, che realizzeremo a partire dai contenuti e dalle linee teoriche qui sinteticamente descritte, in uno studio di casi in corso di svolgimento.

*Prospetto sinottico. Principali variabili e differenziazioni tra le associazioni di anziani attivi.*

Membership	Origini	Attività	Orientamento alla società	Localismo-federalismo
accessibilità (per tutti gli anziani, per i non anziani)	ambito di lavoro mondo cattolico	specialistiche-multiscopo	voice-loyalty (exit individuale)	vicinanza al territorio
livello di coinvolgimento	cooperazione di solidarietà sociale	solidaristiche-di servizio e ricreativo-culturali	progetto globale-intervento mirato per anziani	forza organizzativa-flessibilità
grado di formazione	promozione da parte di enti pubblici	strumentali-espressive		affiliazione dal basso
assetto organizzativo interno	pubblici «localismo anziano globale» autonomo	selettive (solo anziani) o per tutti		

*Appendice*

Un contributo di ricerca



# Figli adulti e genitori anziani: una nuova relazione tra le generazioni

Giovanna Rossi

## 1. *Le relazioni intergenerazionali degli anziani*

Gli anziani e gli adulti della generazione di mezzo sono spesso intesi come universi autoreferenziali e tra loro non comunicanti, in ossequio all'ipotesi, rivelatasi uno stereotipo, dell'esistenza di una *segregazione generazionale* riferita agli anziani. Tale stereotipo ha condizionato molte ricerche condotte: è stato per lo più sottolineato l'isolamento sociale degli anziani, la loro marginalità nei confronti di un'organizzazione sociale complessa e in rapido cambiamento.

Alcune indagini condotte recentemente<sup>1</sup> tentano un superamento di questa prospettiva, partendo dall'ipotesi che gli aspetti relazionali rappresentino l'elemento strategico di comprensione della condizione anziana. Le relazioni interpersonali risultano fondamentali nel perseguimento di una buona qualità di vita: alcune indagini<sup>2</sup> hanno infatti evidenziato, per gli anziani, l'esistenza di una correlazione tra la mancanza di un circuito relazionale e il verificarsi di momenti critici come la malattia<sup>3</sup>. Rispetto al tema del benessere, quindi, la primaria risorsa relazionale dell'anziano è costituita dalla famiglia, che non deve essere limitata soltanto al nucleo di anziani o all'anziano solo ma deve considerare anche i figli adulti e le loro famiglie. Da questo punto di vista, fondamentale è l'analisi dei rapporti intergenerazionali tra gli anziani e gli

<sup>1</sup> Si veda G. Rossi (a cura di), *Condizione anziana e politiche sociali nel Comune di Lecco*, Comune di Lecco, 1986; AA.VV., *Anziani, relazioni familiari e benessere*, rapporto di ricerca, Milano, 1987; E. Scabini e P. Donati (a cura di), *La famiglia «lunga» del giovane adulto: verso nuovi compiti evolutivi*, Milano, Vita e Pensiero, 1988.

<sup>2</sup> Si veda G. Sundstrom, «The Elderly, Women's Work and Social Security Costs» in *Acta Sociologica*, 25, 1982, pp. 21-38; Cohen, J. Teresi e D. Holmes, «Social Networks, Stress, and Physical Health: a Longitudinal Study of an Inner-City Elderly Population» in *Journal of Gerontology*, 4, 1985, pp. 478-86.

<sup>3</sup> Si veda L. Cioni e P. Faccioli, *Vedesse sembravo un leproso. Anziani: ipotesi sul nesso tra non autosufficienza e rete di relazioni*, Milano, F. Angeli, 1986.



adulti appartenenti alla generazione di mezzo. Studi condotti negli ultimi anni in diversi paesi hanno evidenziato, oltre alla rilevanza della generazione di mezzo nella cura e nell'assistenza dei propri genitori anziani<sup>4</sup>, anche il contributo che i genitori, pur in età avanzata, danno ai propri figli.

A partire dalle ipotesi fin qui esposte, è stata condotta un'indagine su un campione di anziani aventi almeno un figlio vivente e un campione di adulti della generazione di mezzo aventi figli e genitori<sup>5</sup>. L'indagine è stata condotta sia a Milano sia a Lecce: il doppio-fronte Nord-Sud ha consentito di tenere sotto controllo un'ulteriore variabile discriminante che si è rivelata ricca di spunti interpretativi: la *differenziazione territoriale*. Le profonde differenze che, a livello culturale, caratterizzano il Nord e il Sud del paese risultano essere, come verrà in seguito meglio documentato, più forti delle disomogeneità generazionali. In particolare, nel presente saggio verranno innanzitutto identificate le caratteristiche proprie della relazione che si instaura tra genitori anziani e figli adulti, mettendo in luce la percezione che entrambi gli attori hanno di tale rapporto. Un secondo significativo aspetto qui evidenziato riguarda il sentimento di obbligo che la generazione adulta avverte nei confronti di quella anziana comparato con le aspettative che i genitori anziani si attendono dai propri figli.

## 2. Un esempio di ricerca intergenerazionale

Prima di procedere all'analisi dei circuiti relazionali degli anziani e dei figli adulti è opportuno delineare sinteticamente le caratteristiche strutturali dei campioni in esame, di Milano e di Lecce, per quanto riguarda sia gli anziani sia i figli adulti.

*Il campione degli anziani di Milano.* Il campione è composto da 251 anziani ultrasessantacinquenni residenti a Milano, con una prevalenza delle femmine (56,2 per cento) rispetto ai maschi (43,8 per cento). L'età media è di 70,9 anni con una quota più consistente di persone di età compresa tra i 71 e i 76 anni (55,5 per cento) rispetto alla fascia precedente che riguarda gli intervistati dai 65 ai 70 anni. La maggioranza del

<sup>4</sup> Si veda E. Brody, «Parent Care as a Normative Family Stress» in *The Gerontologist*, 25, 1985, pp. 19-29.

<sup>5</sup> La ricerca è stata condotta nel 1987-88 nell'ambito del Centro studi e ricerche sulla famiglia dell'Università Cattolica.

campione (64,4 per cento) è coniugata, e si registra anche una consistente presenza di vedove/i (32,8 per cento).

Gli anziani intervistati presentano un livello di istruzione che, pur differenziato, risulta nel complesso più elevato rispetto a quello emerso in altre ricerche<sup>6</sup>: il 28 per cento degli ultrasessantacinquenni ha conseguito la licenza elementare, il 21,6 quella di media inferiore o avviamento, il 18 è in possesso del diploma di scuola media superiore e c'è anche una significativa quota (10,8 per cento) di laureati.

Per quanto riguarda l'ampiezza del nucleo familiare si segnala che la famiglia modale è quella composta da due persone (51 per cento dei casi), seguono le famiglie individuali (27,1 per cento), le famiglie con tre membri (14,7 per cento), mentre quelle con quattro componenti e oltre sono il 7,2 per cento dei casi. In particolare, il 48,2 per cento degli intervistati abita con il coniuge, il 28,3 da solo e l'11,6 con il coniuge e i figli. Il campione è inoltre caratterizzato dalla stanzialità: il 52,3 per cento degli intervistati abita a Milano da oltre 50 anni e il 34,5 da oltre 25.

La maggioranza degli anziani intervistati (79,6 per cento) è, ovviamente, pensionata. Accanto a questo dato, tuttavia, vale la pena di porre anche quello relativo all'occupazione: all'interno del campione è presente una quota (6 per cento) di persone occupate a tempo pieno, una pressoché analoga (6,8 per cento) di occupati a tempo parziale e una più piccola (2,4 per cento) di persone occupate saltuariamente.

È dunque presente all'interno del campione una quota pari al 15,2 per cento di persone ancora in condizione attiva: tale percentuale è un indicatore interessante del fatto che la giovane terza età — che corrisponde alla fascia di popolazione compresa tra i 65 e i 75 anni e che coincide con il nostro campione — si configura in modo del tutto specifico e che molti degli stereotipi che interessano la condizione anziana in generale, ad esempio la totale estromissione dalla vita attiva, cadono se messi in relazione a caratteri specifici degli anziani<sup>7</sup>. Le casalinghe rap-

<sup>6</sup> Tra le numerose ricerche condotte sulla condizione anziana si vedano, relativamente al livello di istruzione, Rossi (a cura di), *Condizione anziana e politiche sociali nel Comune di Lecco* cit.; C. Lanzetti e R. Stumpo (a cura di), *Anziani ed innovazione nei servizi sociali*, Milano, F. Angeli, 1986.

<sup>7</sup> Continuando nella descrizione di ciò che caratterizza il campione quanto alla condizione professionale risulta che il 25,4 per cento degli intervistati era - e in alcuni casi è tuttora - operaio semplice o specializzato, il 22,5 artigiano o commerciante, il 20,8 impiegato, il 12,1 dirigente, il 10,4 libero professionista, il 5,2 proprietario o imprenditore, e infine il 3,5 insegnante. La condizione professionale degli intervistati non è caratterizzata dalla mobilità: infatti i dati sull'ultima occupazione principale coincidono sostanzialmente con quelli dell'attività svolta dall'intervistato a 45 anni, cioè 20 o 30 anni fa.

presentano una percentuale considerevole del nostro campione: sono infatti il 27,5 per cento dell'universo.

L'attività lavorativa ha svolto un ruolo centrale nella vita degli intervistati: il 48 per cento infatti si è dichiarato molto soddisfatto di quello che faceva a 45 anni, cioè 20 o 30 anni fa.

I nuclei familiari degli anziani in esame hanno nella maggioranza dei casi (51 per cento) un percettore di reddito, due nel 39,4 e tre e oltre nel 9,6 per cento dei casi. I redditi complessivi della famiglia vengono per lo più messi in comune (60,5 per cento dei casi) e, nel complesso, si registra una discreta soddisfazione per la propria situazione economica all'interno del campione: il 56,2 per cento degli intervistati, infatti, si è dichiarato abbastanza soddisfatto del proprio livello di reddito.

*Le caratteristiche del campione dei figli adulti di Milano.* Questo secondo campione è stato esaminato eminentemente sotto il profilo della relazione tra figli adulti e genitori anziani per poter leggere il sistema relazionale familiare anche da un punto di vista diverso rispetto a quello degli anziani: le informazioni di carattere strutturale riguardanti i figli sono peraltro ridotte al minimo e hanno il solo obiettivo di consentire una descrizione essenziale del campione.

Il campione è composto da 250 persone adulte, residenti a Milano, le quali hanno almeno un genitore vivente ultrasessantenne e almeno un figlio: c'è una prevalenza delle femmine (56,4 per cento) rispetto ai maschi. L'età di questi figli adulti è compresa tra i 39 e i 48 anni: la fascia maggioritaria (53,2 per cento) ha un'età compresa tra i 44 e i 48 anni. La quasi totalità del campione (94,4 per cento) è coniugata.

Come si diceva in precedenza, la presenza di almeno un figlio costituiva un prerequisito essenziale per far parte del campione: i figli primogeniti sono pressoché equamente distribuiti tra maschi (51 per cento) e femmine (49 per cento). La fascia modale dell'età è quella degli ultradiciottenni (38,5 per cento), seguita da quella compresa tra i 15 e i 17 anni (25,2 per cento). Nel dettaglio, il 37,6 per cento delle famiglie in esame ha un solo figlio, il 47,2 ne ha due, il 10,4 ne ha tre e il 4,4 ha quattro o più figli. Il modello prevalente di vita familiare (88,4 per cento) è quello nucleare (coniuge e figlio/i): la convivenza allargata — coniuge, figlio e altri parenti — riguarda il 5,6 per cento dei casi. Conseguentemente, la convivenza generazionale riguarda in misura pressoché totale (94 per cento) due generazioni.

*Il campione di anziani di Lecce.* Sono stati intervistati 108 anziani, per il 60,2 per cento donne e per il 39,8 uomini. Il 58,3 per cento ha un'età compresa tra i 71 e i 76 anni; per quanto riguarda lo stato civile si registra una quota pari al 57,4 per cento di coniugati e una pari al 40,7 di vedovi. Il titolo di studio più diffuso è la licenza elementare (38,9 per cento), seguita da quella di terza elementare (26,9 per cento) e dalla licenza di scuola inferiore (13 per cento).

Anche qui, come nel campione milanese, la famiglia modale risulta composta da due persone (55,6 per cento dei casi): in particolare, il 42,6 per cento degli intervistati abita con il coniuge, il 22,2 con uno o più figli e il 18,5 vive da solo.

Questo gruppo di anziani, come quello di Milano, è contraddistinto dalla stanzialità: il 68,4 per cento degli intervistati vive a Lecce da oltre 50 anni e il 25,9 da più di 25. Rispetto alla condizione professionale, la quasi totalità del campione (96,2 per cento) è attualmente pensionata. I redditi familiari vengono in genere gestiti in comune (46,3 per cento): analogamente a Milano si registra una moderata soddisfazione per la propria situazione economica (il 56,5 per cento degli intervistati si è dichiarato abbastanza soddisfatto).

*Il campione dei figli adulti di Lecce.* Questo campione è composto da 120 adulti di età compresa tra i 39 e i 48 anni, con una prevalenza di maschi (54,2 per cento) rispetto alle femmine. Il 51,6 per cento degli intervistati ha un'età compresa tra i 39 e i 45 anni, ma nel complesso si registra una distribuzione omogenea per quanto riguarda le classi di età. Il campione è interamente composto da coniugati (100 per cento) con due figli (45 per cento) o tre (32,5 per cento). La classica famiglia composta da genitori e figli risulta essere largamente prevalente (85,8 per cento).

Rispetto al titolo di studio si osserva che il 30,8 per cento del campione è in possesso di licenza di scuola media inferiore e il 22,5 di diploma di scuola media superiore.

### 3. *La relazione tra gli anziani e i figli adulti: le dimensioni dell'accordo*

L'intesa con i figli è un elemento fondamentale per la vita degli anziani. Come verrà analiticamente documentato, l'accordo tra genitori anziani e figli adulti emerge come una componente ricercata tenacemente, e spesso idealizzata, soprattutto da coloro che sono più avanti negli anni. Dall'indagine condotta risulta che, sia a Milano sia a Lecce, gli an-

ziani percepiscono la presenza di un accordo molto intenso con i figli adulti. In particolare, il 73,7 per cento degli intervistati milanesi e l'85,2 di quelli leccesi si identifica con questa posizione<sup>8</sup>.

Si evidenzia, soprattutto nell'opinione degli anziani, un'intesa molto ampia e generalizzata con i propri figli: tuttavia, contestualizzando tale informazione con quella espressa da questi ultimi (si veda la tabella 1), emerge uno spostamento sulle posizioni intermedie (i figli vanno *abbastanza* d'accordo con i propri genitori), che segnalano l'esistenza di un'intesa meno monolitica di quella ipotizzata dagli anziani. In altri termini, i figli esprimono un'opinione improntata al realismo, mentre gli anziani sono più inclini a enfatizzare la qualità della relazione. Per quanto riguarda i figli adulti, emerge una valutazione prevalentemente polarizzata sulla modalità abbastanza (51,8 per cento per il campione milanese e 78,3 per quello leccese)<sup>9</sup>.

L'educazione dei figli della generazione di mezzo rappresenta un ulteriore elemento di valutazione del rapporto esistente tra gli anziani e i loro figli. In particolare, l'immagine decisamente positiva che gli anziani proiettano sui propri figli adulti non è solo circoscritta all'interno della relazione che li vede direttamente coinvolti, ma si estende su tutti gli altri livelli relazionali che vedono implicata la generazione di mezzo, come dimostra il fatto che il rapporto esistente tra quest'ultima e i loro figli viene valutato ottimamente dal 48 per cento degli anziani milanesi e dal 60,7 di quelli leccesi (si veda la tabella 2).

<sup>8</sup> Nel dettaglio, la variabile completa si configura come segue:

*Accordo dei genitori con i propri figli (valori in percentuale).*

Va d'accordo con i suoi figli	Milano	Lecce
Per niente	1,2	0,9
Poco	2,0	0,9
Abbastanza	22,8	12,9
Molto	74,0	85,2
V.A.	250	108

<sup>9</sup> La variabile completa si configura come segue:

*Accordo dei figli con i propri genitori (valori in percentuale).*

Va d'accordo con i suoi genitori	Milano	Lecce
Per niente	5,3	3,4
Poco	9,3	12,5
Abbastanza	51,8	78,3
Molto	33,6	5,8
V.A.	247	120

Tabella 1. *Accordo dei figli con i propri genitori anziani a Milano e Lecce (valori in percentuale)\*.*

	Milano	Lecce
Va abbastanza d'accordo con i genitori	51,8	78,3
Va molto d'accordo con i genitori	33,6	5,8
<i>Totale</i>	85,4	84,1
V.A.	247	120

Tabella 2. *Anziani e valutazione dei figli come educatori dei loro figli a Milano e Lecce (valori in percentuale)\*.*

Indice di valutazione	Milano	Lecce
Basso	5,6	18,7
Medio	46,4	20,6
Alto	48,0	60,7
V.A.	248	105

\* Le percentuali che compaiono in tabella vanno considerate singolarmente. Il valore assoluto di riferimento è relativo alle colonne.

I figli adulti, per parte loro, pur essendo ampiamente consapevoli del giudizio positivo che i genitori anziani hanno nei loro confronti, interpellati direttamente mitigano un po' la valutazione orientandosi verso valori medi (si veda la tabella 3).

Si delinea quindi un quadro complessivamente caratterizzato da buone relazioni, che sono fonte di soddisfazione per entrambe le parti (si vedano le tabelle 4 e 5): i figli adulti, tuttavia, sono maggiormente orientati a una valutazione realistica, mentre gli anziani sono più inclini a enfatizzare la qualità della relazione. In questo senso, gli anziani esprimono apertamente l'elevata soddisfazione derivante dalle relazioni intrafamiliari.

Un altro interessante livello strettamente connesso a quello fin qui esaminato riguarda la soddisfazione relativa ai ruoli familiari di ognuna delle due parti in causa: anche in questo caso emerge con chiarezza la diversità di aspettative e, conseguentemente, di valutazione propria di ogni interlocutore. Mentre gli anziani si dichiarano ampiamente soddisfatti dei propri figli come tali (62,9 per cento a Milano e 75,9 per cento a Lecce), i figli adulti, interpellati sulla qualità della funzione genitoriale svolta dalla generazione anziana, esprimono una moderata soddisfazione (si vedano le tabelle 6 e 7).

Tabella 3. *Come i figli ritengono di essere valutati dai genitori nel loro compito educativo a Milano e Lecce (valori in percentuale)\* •*

Indice di valutazione	Milano	Lecce
Basso	9,9	8,6
Medio	56,8	75,9
Alto	33,3	15,5
V.A.	219	108

Tabella 4. *Soddisfazione degli anziani nel rapporto con i propri figli a Milano e Lecce (valori in percentuale)\*.*

Indice di valutazione	Milano	Lecce
È per niente soddisfatto	12	—
È poco soddisfatto	28	—
È abbastanza soddisfatto	27,7	29,6
È molto soddisfatto	68,3	70,4
V.A.	249	108

Tabella 5. *Soddisfazione dei figli nel rapporto con i propri genitori a Milano e Lecce (valori in percentuale)''.*

Indice di valutazione	Milano	Lecce
È per niente soddisfatto	3,6	0,8
È poco soddisfatto	6,9	3,3
È abbastanza soddisfatto	44,4	73,3
E molto soddisfatto	45,2	22,5
V.A.	248	120

Tabella 6. *Livello di soddisfazione degli anziani rispetto ai figli come figli a Milano e Lecce (valori in percentuale)\*.*

Indice di valutazione	Milano	Lecce
È abbastanza soddisfatto dei figli come figli	32,7	23,1
È molto soddisfatto dei figli come figli	62,9	75,9
Totale	95,6	99,0
V.A.	248	108

\* Le percentuali che compaiono in tabella vanno considerate singolarmente. Il valore assoluto di riferimento è relativo alle colonne.

Tabella 7. *Soddisfazione dei figli rispetto ai propri genitori a Milano e Lecce (valori in percentuale)\*.*

Indice di valutazione	Milano	Lecce
È abbastanza soddisfatto dei genitori come tali	42,9	70,0
È molto soddisfatto dei genitori come tali	41,3	24,0
V.A.	247	120

\* Le percentuali che compaiono in tabella vanno considerate singolarmente. Il valore assoluto di riferimento è relativo alle colonne.

Infine, il livello di autostima di ognuno dei due attori costituisce un'ultima indicazione circa la percezione che anziani e figli hanno del proprio rapporto. In questo caso, entrambi si attestano su posizioni intermedie, probabilmente perché stanno esprimendo un'autovalutazione: in particolare, gli anziani, soprattutto quelli di Milano, evidenziano una consistente gratificazione legata al proprio modo di essere genitori (si veda la tabella 8), mentre i figli ritengono che il proprio essere figlio sia moderatamente fonte di soddisfazione personale (si veda la tabella 9). Nel complesso, negli anziani prevale un'immagine decisamente positiva dei propri figli adulti e, analogamente, lo stesso avviene per quanto riguarda i figli nei confronti dei propri genitori.

Si sono evidenziate, però, significative differenze tra la percezione soggettiva di ognuno dei due soggetti: all'interno di una reciproca percezione positiva del rapporto, lo sbilanciamento dei genitori verso i figli è sintomo del desiderio di avere «figli buoni»: emerge, in altri termini, un'immagine idealizzata del figlio, che in caso di bisogno certamente si farà carico delle situazioni problematiche e che è anche un buon genitore per i propri figli.

L'anziano non potrebbe sopportare disconferme di questa immagine iper-positiva del proprio figlio perché sarebbero l'eventuale misura del suo fallimento: nell'ultima fase della vita, poiché non è più possibile investire su se stessi si investe, in termini di aspettativa, sui propri figli, attendendo una sorta di restituzione di quanto essi hanno un tempo ricevuto.



Tabella 8. *Livello di autostima degli anziani come genitori a Milano e Lecce (valori in percentuale) \**.

Indice di valutazione	Milano	Lecce
È abbastanza contento di sé come genitore	43,6	62,0
È molto contento di sé come genitore	52,6	36,1
V.A.	250	108

Tabella 9. *Livello di autostima dei figli come figli a Milano e Lecce (valori in percentuale)\*.*

Indice di valutazione	Milano	Lecce
È abbastanza contento di sé come figlio	57,8	75,8
È molto contento di sé come figlio	30,5	20,8
V.A.	249	120

\* Le percentuali che compaiono in tabella vanno considerate singolarmente. Il valore assoluto di riferimento è relativo alle colonne.

#### 4. *La relazione genitori-figli: supporto o vincolo?*

Il legame tra genitori anziani e figli adulti può essere desiderato reciprocamente, ma nello stesso tempo esiste a prescindere da ogni scelta. Nella natura stessa del legame risiede un'ambivalenza di fondo, dal momento che reciprocamente genitori e figli sono, l'uno per l'altro, risorsa ma anche condizionamento<sup>10</sup>. Raggiungere un equilibrio fra questi due poli implica, per ognuna delle generazioni, un percorso fatto di cambiamenti e adattamenti. Da un lato i dati dell'indagine confermano ampiamente le osservazioni di Bowlby, quando sottolinea che «i legami tra genitori e figli sono molto forti. Questi legami sono condivisi non solo in relazione a ruoli o norme sociali ma anche a decenni di accumulo di esperienze e significati condivisi. Esiste un persistente *attaccamento* più specifico degli altri, che supera ogni distanza e che non permette sostituzioni»<sup>11</sup>. Dall'altro, il legame tra genitori e figli risulta caratterizza-

<sup>10</sup> Su questo tema si veda l'interessante analisi della famiglia come supporto e legame contenuta in P. Di Nicola, *L'uomo non è un'isola*, Milano, F. Angeli, 1986.

<sup>11</sup> J. Bowlby, *Attaccamento e perdita*, Torino, Boringhieri, 1982.

to, oltre che da sentimenti di attaccamento, da aspetti di obbligo, specialmente per i figli. Quest'ultimo aspetto, finora meno indagato rispetto al primo, investe un'indubbia crucialità nella dinamica relazionale che si instaura tra genitori anziani e figli adulti e può essere compreso alla luce del concetto di «lealtà».

Il termine «lealtà» ha una forte connotazione etica, e come dice la stessa etimologia implica il concetto di osservanza di leggi. L'origine della lealtà e degli impegni che ne derivano dipende, oltre che dal rispetto delle aspettative condivise, anche dalla posizione che ogni individuo occupa nel conto intergenerazionale del dare-avere<sup>12</sup>. In altri termini, la posizione di ciascun membro della famiglia è fortemente influenzata dal sostegno ricevuto, dai debiti che ha quindi contratto e dalle aspettative deluse, ovvero dai crediti che ha accumulato. Le aspettative che i genitori e i figli hanno gli uni nei confronti degli altri sono largamente determinate dal sentimento di lealtà e influiscono in modo decisivo sulla qualità delle relazioni familiari<sup>13</sup>.

In particolare, occorre ricordare che i figli devono mediare molteplici impegni di lealtà: la forza della lealtà verso i propri genitori (lealtà verticale) può scontrarsi con la forza delle lealtà instaurate successivamente con il partner, i fratelli, gli amici (lealtà orizzontale). In tale scontro l'aiuto, o qualunque altro comportamento offerto ai genitori come espressione di lealtà, può essere talmente connotato di risentimento e di sentimenti di colpa da risultare in realtà controproducente e inefficace. L'obbligo filiale necessita, per non diventare un onere troppo gravoso, di una comprensione e di una valorizzazione da parte dei genitori anziani. Nello stesso tempo è necessario, per i figli adulti, non attestarsi su una rigida divisione dei ruoli ma porre le basi per il superamento delle barriere intergenerazionali<sup>14</sup>.

*Gli aiuti effettivi e desiderati.* Per poter trattare della qualità della relazione tra genitori anziani e figli adulti è indispensabile conoscere all'interno di quale situazione familiare essi sono inseriti: mentre a Milano la tipologia familiare si specifica in tre modalità — anziano che vive

<sup>12</sup> D Si veda I. Boszormeny-Nagy e G. Sparti, *Invisible Loyalties*, New York, Harper Row, 1973.

<sup>13</sup> D Si veda W. Quinn, «Personal and family adjustment in later life» in *Journal of Marriage and the Family*, 45, 1983, pp. 57-76.

<sup>14</sup> Si veda D. Williamson, «Autorità personale e confine gerarchico intergenerazionale. La conquista dell'autorità personale nel superamento del confine gerarchico intergenerazionale» in *Terapia familiare*, 11, 1982, pp. 77-93.

solo, anziano che vive con il coniuge, anziano che vive con coniuge e figli — a Lecce ne è risultata rilevante, sotto il profilo quantitativo, una quarta: anziano vedovo che vive con i figli.

Gli aiuti effettivamente prestati dai figli sono, in ordine di priorità, sia a Milano sia a Lecce l'assistenza per malattia (rispettivamente 35,1 e 86,1 per cento), cui segue il disbrigo di pratiche (29,1 e 56,5 per cento); infine, gli aiuti economici, che riguardano una minoranza di entrambi i campioni (12 e 16,7 per cento)<sup>15</sup>. La graduatoria degli interventi offerti dai figli non muta sostanzialmente secondo la tipologia familiare ma si specifica nel dettaglio, mettendo in luce che a Milano l'assistenza in caso di malattia prevale tra gli anziani che vivono soli, mentre tra coloro che vivono con il coniuge è più consistente l'aiuto dei figli nel disbrigo delle faccende domestiche e/o delle pratiche burocratiche. A Lecce l'assistenza in caso di malattia è, in genere, offerta (40,9 per cento) ai coniugi anziani, mentre la quota più rilevante di aiuti economici riguarda i figli adulti che convivono con un solo genitore (38,9 per cento; si veda la tabella 10).

Questo per quanto riguarda l'aiuto effettivamente prestato; se invece si considerano i figli come potenziale risorsa a cui gli anziani potrebbero ricorrere al verificarsi di un ipotetico bisogno, il quadro si modifica sostanzialmente. Il 74,5 per cento del campione milanese, e addirittura il 96,2 di quello leccese, se avesse difficoltà economiche chiederebbe aiuto ai figli; inoltre, il 45,1 per cento degli anziani milanesi e l'86,9 di quelli leccesi intervistati si rivolgerebbe ad essi se non fosse in grado di sbrigare le faccende domestiche. Risulta quindi un elevato livello di aspettativa nei confronti degli interventi che i figli potrebbero attuare all'insorgere del bisogno, anche in presenza di una situazione reale caratterizzata da uno scarso ricorso ad essi.

<sup>15</sup> Nel dettaglio, la graduatoria decrescente degli aiuti offerti dai figli di Milano e di Lecce risulta essere la seguente:

	Milano		Lecce	
	%	V.A.	%	V.A.
Assistenza in caso di malattia	35,1	251	86,1	108
Disbrigo di pratiche	29,1	251	56,5	108
Commissioni	22,0	250	51,9	108
Disbrigo delle faccende domestiche	16,7	251	42,6	108
Aiuti economici	12,0	251	16,7	108

Le percentuali che compaiono nella tabella non possono essere sommate in quanto non sono state calcolate all'interno di una unica variabile dal momento che ogni riga rappresenta una variabile a sé stante.

Tabella 10. *Aiuti effettivi da parte dei figli o parenti e modelli di vita familiare degli anziani a Milano e Lecce (valori in percentuale).*

	Milano				Lecce				
	Con chi abita				Con chi abita				Figli senza coniuge
Aiuti effettivi	Solo	Con coniuge	Coniuge e figli	V.A.	Solo	Con coniuge	Coniuge e figli		
Assistenza per malattia	39,8	33,0	27,3	88	20,4	40,9	15,1	23,7	93
Disbrigo faccende	31,4	42,9	25,7	35	24,6	29,5	18,0	27,9	61
Aiuti economici	25,0	25,0	50,0	8	22,2	27,8	11,1	38,9	18

Il rapporto fiduciario esistente tra gli anziani e i propri figli fa sì che anche senza il verificarsi di una determinata situazione di difficoltà gli anziani sappiano quali sono le loro risorse potenziali primarie. Inoltre, nell'indagine non si è voluto misurare solo le aspettative degli anziani nei confronti dei figli, ma anche la loro disponibilità a sostenerli sia nella vita quotidiana sia in caso di necessità. A questo proposito si delinea nuovamente l'esistenza di una differenziazione territoriale: mentre gli anziani di Milano sottolineano in primis il loro essere risorsa nei confronti dei figli, il 75,9 per cento del campione leccese mette in evidenza il fatto di poter far conto sui propri figli<sup>16</sup>. Nel primo caso i genitori si concepiscono ancora come persone attive e in grado di offrire aiuto ai figli, nel secondo, invece, l'anziano manifesta apertamente l'esigenza di un appoggio. Nel complesso, tutti gli anziani intervistati esprimono un orientamento di carattere fiduciario, che si specifica nella doppia disponibilità a dare e a ricevere aiuti.

<sup>16</sup> La reciprocità del rapporto tra anziani e figli può essere delineata dalla seguente graduatoria nella quale compaiono le valutazioni soggettive degli intervistati rispetto alla propria relazione con i figli:

	Milano		Lecce	
	Molto d'accordo	V.A.	Molto d'accordo	V.A.
Sento che i miei figli possono contare su di me	60,2	249	68,5	108
Sento di poter contare sui miei figli	51,4	249	75,9	108
I miei figli si aspettano troppo da me	4,4	248	2,8	108

Tabella 11. *Sostegno e reciprocità dei genitori (percentuale di varianza totale spiegata: 8,0).*

Variabili	Saturazioni
Posso contare sui miei genitori	0,70
I miei genitori possono contare su di me	0,57
Posso discutere apertamente con i miei genitori	0,49
I miei genitori mi fanno sentire in colpa	-0,25
I figli devono curare i genitori se malati	0,23

È possibile, ora, considerare dal punto di vista dei figli, specularmente, il tipo e la qualità della relazione esaminata. Significativamente emerge, dall'analisi fattoriale effettuata su entrambi i campioni dei figli, un fattore che potremmo denominare «Sostegno e reciprocità dei genitori» (si veda la tabella 11)<sup>17</sup>. Da esso risulta una relazione dialogica, una volontà di sostegno reciproco e un'intesa che non pare risentire delle differenze generazionali esistenti.

<sup>17</sup> Sono state sottoposte ad analisi fattoriale le seguenti 20 variabili che presentavano una discreta variabilità:

- I figli sposati devono vivere vicino ai propri genitori;
- i figli devono prendersi cura dei propri genitori, in qualsiasi modo sia necessario quando sono malati;
- i figli devono dare aiuto finanziario ai propri genitori se hanno delle difficoltà;
- i figli adulti che vivono vicino devono far visita ai propri genitori almeno una volta alla settimana;
- i figli adulti che vivono lontano devono scrivere o telefonare ai propri genitori almeno una volta alla settimana;
- i rapporti tra genitori e figli migliorano con il passare degli anni;
- sento di poter discutere la maggior parte delle questioni apertamente e francamente con i miei genitori;
- sento di poter contare sui miei genitori;
- sento che i miei genitori possono contare su di me;
- i miei genitori si aspettano troppo da me;
- i miei genitori mi fanno sentire in colpa;
- il nostro rapporto è migliorato con gli anni;
- la maggior parte delle persone anziane è gentile, gradevole e di buon umore;
- le persone anziane richiedono eccessive attenzioni e rassicurazioni;
- è molto rilassante stare con le persone anziane;
- la maggior parte delle persone anziane annoia gli altri parlando insistentemente dei «bei tempi antichi»;
- la maggior parte delle persone anziane è capace di nuovi adattamenti quando la situazione lo richiede;
- le persone anziane si lamentano del comportamento delle generazioni più giovani;
- la maggior parte delle persone anziane passa troppo tempo occupandosi degli affari altrui e dando consigli non richiesti;
- le persone anziane dovrebbero preoccuparsi del proprio aspetto perché sono trasandate.

È possibile contestualizzare quest'informazione identificando a chi si rivolgerebbero i figli adulti in caso di necessità economica. Se al primo posto si colloca nettamente, sia per Milano sia per Lecce — trattandosi di persone che rientrano per età in una condizione attiva —, la ricerca di un lavoro (rispettivamente 74,3 e 80 per cento), al secondo posto si situa il ricorso ai genitori, che è stato indicato da oltre il 50 per cento degli intervistati in entrambi i campioni. Tutte le altre opportunità previste nella domanda seguono decisamente distanziate<sup>18</sup>.

I genitori, quindi, sono percepiti come risorsa effettivamente disponibile a cui ricorrere in caso di necessità: si conferma anche in questa indagine, come già emerso altrove<sup>19</sup>, la validità della rete relazionale primaria per situazioni di particolare bisogno.

Come mette acutamente in risalto Folgheraiter, nel processo di *resource exchange* proprio di ogni relazione interpersonale si pone un'equivalenza tra «comunicazione / relazione interpersonale» e «scambio di risorse»<sup>20</sup>: questo risulta particolarmente vero per la relazione qui analizzata tra genitori anziani e figli adulti.

*Anziani e obbligo filiale.* AI fine di comprendere pienamente la doppia valenza di supporto-vincolo che ha la relazione tra figli adulti e genitori anziani, nell'indagine si è costruito, sulla base di più variabili, un indice — denominato *indice di obbligo dei figli* — che è stato elaborato sia per il campione di anziani sia per quello di figli adulti<sup>21</sup>. Tale indi-

<sup>18</sup> Ecco nel dettaglio l'ordine di importanza delle diverse opzioni possibili:  
*Che cosa farebbe se avesse problemi economici (valori in percentuale).*

	Milano		Lecce	
		V.A.		V.A.
Cercerebbe un lavoro	74,3	(249)	80,0	(120)
Chiederebbe aiuto ai genitori	52,6	(249)	58,3	(120)
Chiederebbe un contributo a un Ente Pubblico	25,8	(248)	18,3	(120)
Chiederebbe aiuto ai suoceri	21,7	(249)	21,7	(95)
Chiederebbe aiuto ad altri parenti	21,4	(248)	24,2	(120)
Chiederebbe aiuto a vicini, amici	17,7	(249)	19,2	(120)
San Chiederebbe aiuto alla parrocchia, S. Vincenzo ecc.	7,7	(248)	7,5	(120)

<sup>19</sup> Si veda P. Donati, *La famiglia nella società relazionale*, Milano, F. Angeli, 1986, soprattutto il capitolo 3: «Famiglia, servizi e reti informali in Italia».

<sup>20</sup> Si veda F. Folgheraiter, «La proposta del "lavoro sociale di rete" per l'integrazione fra servizi formali ed informali: il caso degli anziani» in E. Scabini e P. Donati (a cura di), *Vivere da adulto con i genitori anziani*, Milano, Vita e Pensiero, 1989.

<sup>21</sup> Questo indice è stato costruito a partire dal grado di accordo espresso dagli intervistati rispetto alle seguenti affermazioni:

- i figli sposati devono vivere vicini ai propri genitori;
- i figli devono prendersi cura dei propri genitori in qualsiasi modo sia necessario quando sono malati;

Tabella 12. *Anziani e indice di obbligo dei figli a Milano e Lecce (valori in percentuale).*

Indice di obbligo	Milano	Lecce
Basso	16,4	7,4
Medio	51,6	50,0
Alto	32,0	42,6
V.A.	250	108

ce, sinteticamente, consente di misurare sia il peso reciproco del legame, sia la positività derivante dalla comune appartenenza familiare, ad essere, l'uno per l'altro, un sostegno. Nel dettaglio, è stato costruito un indice specifico per l'universo degli anziani, che verrà esaminato ora, e uno per quello dei figli, che verrà analizzato più avanti.

Come si vede dalla tabella 12, la quota più consistente di intervistati si situa a un livello intermedio (51,6 per il campione milanese e 50 per cento per quello di Lecce), con uno scarto di quasi 20 punti percentuali rispetto al secondo *step* dell'indice, quello relativo all'alto livello di obbligatorietà attesa dai figli. L'opinione riguardo all'obbligo filiale assume connotazioni differenti rispetto al sesso e all'età degli intervistati (si veda la tabella 13). Nel complesso, sono le donne e i più anziani a evidenziare una maggiore aspettativa nei confronti dei figli adulti, con un'accentuazione di questi *trend* per quanto riguarda il campione di Lecce. Inoltre, gli anziani che vivono soli manifestano, nel complesso, aspettative nei confronti dei figli più elevate di quelle dichiarate da coloro che vivono con il coniuge o con il coniuge e altri figli.

- i figli devono dare aiuto finanziario ai propri genitori se hanno delle difficoltà;
- i figli adulti che vivono vicino devono far visita ai propri genitori almeno una volta alla settimana;
- i figli adulti che vivono lontano dovrebbero telefonare ai propri genitori almeno una volta alla settimana.

<sup>22</sup> L'indice di obbligazione che, secondo gli anziani, caratterizza i loro figli adulti si configura, in relazione al modello di vita familiare, come segue:

*Indice di obbligo (valori in percentuale).*

	Milano			Lecce			
	Solo	Con coniuge	Coniuge, figli e altri	Solo	Con coniuge	Coniuge, figli e altri	Figli senza coniuge
Basso	16,9	19,2	10,2		8,7	23,5	—
Medio	42,3	53,3	59,3	55,0	52,2	58,8	36,0
Alto	40,8	22,5	30,5	45,0	39,1	17,6	64,0
V.A.	71	120	59	20	46	17	25

Tabella 13. *Anziani e indice di obbligo dei figli: sesso ed età degli intervistati. Milano e Lecce.*

Indice di obbligo	Milano				Lecce			
	Maschi	Femmine	65-70 anni	oltre 71	Maschi	Femmine	65-70 anni	oltre 71
Basso	17,4	15,6	17,9	15,2	4,7	9,2	11,1	4,8
Medio	55,0	48,9	49,1	53,6	62,8	41,5	53,3	47,6
Alto	27,5	35,5	33,0	31,2	32,6	49,2	35,6	47,6
<i>Totale</i>	43,6	56,4	44,8	55,2	39,8	60,2	41,7	58,3

Mettendo a confronto l'indice di obbligo filiale, così come è espresso dai genitori anziani, con il luogo di residenza dei figli adulti, emerge il fatto che i figli che abitano nello stesso quartiere dei genitori anziani sono quelli dai quali i genitori si aspettano un maggior sostegno, sia rispetto ai figli che risiedono nella stessa città ma in zone differenti, sia rispetto ai figli coabitanti, spesso ancora giovani<sup>23</sup>. L'indice di obbligo filiale, comparato con altri aspetti della vita di relazione degli anziani, evidenzia altri *trend* analoghi a quelli già analizzati, attestandosi su posizioni intermedie. In particolare, non subisce arretramenti anche per gli anziani che vivono all'interno dei circuiti relazionali informali allargati a relazioni amicali e parentali. I figli mantengono un ruolo primario, come documenta l'elevato sentimento di «obbligo filiale» atteso, espresso dagli anziani milanesi, pur in presenza di relazioni molto frequenti (33,3 per cento) con i *network* primari e informali; a Lecce questa percentuale sale al 53,4<sup>24</sup>.

<sup>23</sup> La situazione analitica dei due campioni si configura come segue:

*Indice di obbligo (valori in percentuale).*

	Milano			Lecce		
	Stessa città	Stesso quartiere	Almeno un figlio convivente	Stessa città	Stesso quartiere	Almeno un figlio convivente
Basso	19,0	8,3	11,8	9,8		8,1
Medio	48,6	51,7	56,9	54,9	46,2	45,9
Alto	32,4	40,0	51,4	35,3	53,8	45,9
V.A.	105	60	51	51	13	37

<sup>24</sup> L'indice di intensità delle relazioni, che è stato costruito dalle seguenti variabili, si incontra con:

- figli;
- parenti;



Tabella 14. *Obbligo filiale e relazionalità frequente per gli anziani di Lecce (percentuale di varianza spiegata: 7,8).*

Variabili	Saturazioni
Anziani residenti a Lecce	0,77
Obbligo filiale	0,61
Relazioni frequenti tra genitori e figli	0,59
Aiuto dai figli in caso di malattia	0,45
Soddisfazione complessiva	0,34
Non ritiene importante la solidarietà	—0,30
È importante credere in Dio	0,27
Ricorrerebbe ai figli se in difficoltà sulle faccende domestiche	0,27
È soddisfatto del rapporto con i fratelli/sorelle	0,26
Non ha timore riguardo al futuro	—0,26

L'importanza, soprattutto per gli anziani del Mezzogiorno, della relazione tra obbligo filiale atteso e rapporti frequenti tra genitori anziani e figli adulti emerge dal fattore che abbiamo denominato *obbligo filiale e relazionalità frequente per gli anziani di Lecce* (si veda la tabella 14). Il fattore mette in evidenza un modello relazionale molto «fitto» sotto il profilo dei contatti, tipico soprattutto della realtà meridionale, a cui si accompagna anche un buon livello di soddisfazione complessiva. È importante rilevare, a rinforzo delle osservazioni fin qui svolte, che il livello di obbligo atteso dai figli si accompagna a un'immagine positiva di essi e della loro famiglia<sup>25</sup> che caratterizza oltre la metà (139, pari

- amici o conoscenti;
- vicini di casa,

compare, nella seguente tabella, incrociato con l'indice di obbligo filiale:

	Indice di intensità delle relazioni					
	Milano			Lecce		
	Basso	Medio	Alto	Basso	Medio	Alto
Basso	20,0	17,5	13,6	33,3	10,6	3,4
Medio	56,0	49,7	53,1	66,7	57,4	43,1
Alto	24,0	32,9	33,3	—	31,9	53,4
V.A.	25	143	81	3	47	58

<sup>25</sup> Questo fattore è stato identificato attraverso un'analisi fattoriale condotta sulle seguenti variabili:

- sesso;

al 55,6 per cento) degli intervistati milanesi. In particolare, tra questi prevale una valutazione intermedia rispetto al livello di obbligo atteso dai figli, anche se risultano rilevanti (33,1 per cento) coloro che dichiarano un alto livello di aspettativa nei confronti dei figli. Per quanto riguarda Lecce, si registra una minore percezione positiva dei figli, che riguarda il 32,4 per cento degli intervistati.

La valutazione positiva dei figli fa sì che gli anziani non abbiano difficoltà a ipotizzare un vincolo anche stretto con essi; questo, tuttavia, non li ripara da un atteggiamento di preoccupazione e di timore verso il futuro, che amplifica l'intensità dell'obbligo: infatti, il 31,8 per cento

- età;
- comune di residenza (Milano o Lecce);
- luogo di abitazione dei figli adulti;
- aiuto dai figli per le faccende domestiche;
- aiuto dai figli per disbrigo di pratiche;
- aiuto dai figli per commissioni; - aiuto economico dai figli;
- aiuto dai figli in caso di malattia;
- si rivolgerebbe ai figli se non potesse sbrigare le faccende domestiche;
- si rivolgerebbe ad altri parenti se non potesse sbrigare le faccende domestiche;
- si rivolgerebbe ad amici e vicini se non potesse sbrigare le faccende domestiche;
- si rivolgerebbe a una domestica a pagamento se non potesse sbrigare le faccende domestiche;
- si rivolgerebbe alla San Vincenzo, alla parrocchia se non potesse sbrigare le faccende domestiche;
- si rivolgerebbe al comune se non potesse sbrigare le faccende domestiche;
- è soddisfatto del rapporto con il coniuge;
- è soddisfatto del rapporto con i nipoti;
- è soddisfatto del rapporto con i figli;
- è soddisfatto del rapporto con nuore, generi;
- è soddisfatto del rapporto con fratelli, sorelle;
- sento di poter contare sui miei genitori;
- sento che i miei genitori possono contare su di me;
- i miei genitori si aspettano troppo da me;
- i miei genitori mi fanno sentire in colpa;
- indice di soddisfazione generale;
- indice di utilizzo dei servizi socio-assistenziali;
- indice di utilizzo dei servizi sanitari;
- indice di timore per il futuro; - indice di intensità delle relazioni;
- indice di obbligo filiale;
- è importante star bene economicamente;
- è importante credere in Dio;
- è importante rendersi utile agli altri; - è importante l'accordo familiare;
- è importante avere amici/amiche;
- è importante fare carriera nel lavoro.

degli anziani milanesi e il 44,4 di quelli di Lecce esprimono questa posizione<sup>26</sup>.

*Obbligo filiale e utilizzo dei servizi.* Esiste una correlazione inversa tra il ricorso ai servizi assistenziali e il livello di «obbligo filiale» che l'anziano attende dal proprio figlio: si registra infatti una maggiore aspettativa tra coloro che non utilizzano i servizi socio-assistenziali rispetto a coloro che li utilizzano. Tra i primi, il 52,1 per cento degli anziani milanesi e il 47 di quelli di Lecce esprimono un livello medio di obbligo filiale atteso<sup>27</sup>.

Coloro che hanno un sistema relazionale primario funzionante, improntato su relazioni stabili di tipo fiduciario, raramente ricorrono ai servizi socio-assistenziali pubblici, in genere standardizzati e quindi po-

<sup>26</sup> L'indice «immagine positiva dei figli» è stato costruito attraverso le seguenti variabili riguardante il primo, il secondo, il terzo e il quarto figlio:

- anche se litigano sono molto uniti;
- sono una coppia felice,

e compare, qui di seguito, incrociato con l'indice di obbligo filiale.

Indice di obbligo dei figli	Indice di immagine positiva dei figli					
	Milano			Lecce		
	Basso	Medio	Alto	Bassa	Medio	Alto
Basso	25,0	19,8	12,9	9,4	5,1	8,6
Medio	41,7	48,4	54,0	53,1	46,2	51,4
Alto	33,3	31,9	33,1	37,5	48,7	40,0
V.A.	12	91	139	32	39	35

<sup>27</sup> L'indice di timore è stato costruito sulla base delle seguenti variabili originali:

- è molto preoccupato per la propria salute;
- è molto preoccupato per i rapporti con le altre persone;
- la propria salute peggiorerà con il passare degli anni;
- i rapporti con le altre persone peggioreranno con il passare degli anni, e si distribuisce come

segue in relazione all'indice di obbligo filiale:

anziani Indice di obbligo dei figli secondo gli anziani	Indice di timore per il futuro espresso dagli					
	Milano			Lecce		
	Basso	Medio	Alto	Basso	Medio	Alto
Basso	17,9	15,2	13,6	-	3,7	18,5
Medio	53,7	48,6	54,5	-	54,3	37,0
Alto	28,5	36,2	31,8	-	42,0	44,4
V.A.	123	105	22	-	81	27

co flessibili nei confronti delle esigenze personali, per ottenere risposte ai bisogni legati alla gestione della vita quotidiana (lo svolgimento delle faccende domestiche, l'espletamento di commissioni o pratiche burocratiche), sono piuttosto gli attori del sistema-famiglia<sup>28</sup>, in primis i figli, a essere i referenti di questi bisogni.

Si ha conferma, anche nella nostra indagine, di quanto emerso in altre ricerche<sup>29</sup>, e cioè che i fruitori dei servizi socio-assistenziali pubblici sono coloro che si trovano in una condizione di isolamento diffuso, mentre il ricorso ad essi è scarso in presenza di una rete di supporto familiare che consente al soggetto, soprattutto se anziano, di scegliere fra diverse opportunità di soluzione ai propri problemi, in una parola fra l'esistenza di più risorse<sup>30</sup>.

Non emerge invece un andamento analogo per quanto riguarda i servizi sanitari<sup>31</sup>: in particolare, tra gli anziani milanesi le attese di obbligo filiale da parte dei genitori sono più forti proprio tra coloro che hanno fatto ricorso ai servizi sanitari (il .55,6 per cento manifesta un medio livello di obbligo filiale) e che quindi, probabilmente, si trovano in situazioni più precarie, o «a rischio», per quanto riguarda la propria salute e, conseguentemente, l'organizzazione della vita quotidiana. Il campione leccese, presentando uno scarsissimo ricorso ai servizi sanitari, non consente l'individuazione di *trends* particolari.

Il bisogno di tipo sanitario è più specifico: richiede l'intervento di «esperti» esterni al nucleo familiare. In questi casi il sistema relazionale

<sup>28</sup> Nel dettaglio, il ricorso ai servizi assistenziali si configura come segue:

Indice di obbligo	Milano		Lecce	
	Non utilizzati	Utilizzati	Non utilizzati	Utilizzati
Basso	14,4	28,6	7,2	8,0
Medio	52,1	48,6	47,0	60,0
Alto	33,5	22,9	45,8	32,0
V.A.	215	35	83	25

<sup>29</sup> Si veda E. Scabini, *L'organizzazione famiglia tra crisi e sviluppo*, Milano, F. Angeli, 1985.

<sup>30</sup> Tra le molte indagini esistenti in proposito si veda T. T. H. Wan e B. Gill Odell, «Factors Affecting the Use of Social and Health Services among the Elderly» in *Aging and Society*, I parte, 1, marzo 1981, pp. 85-115; R. Anderson e J. F. Newman, «Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States» in *Journal of Social Issues*, XXVI, 2, 1980, pp. 133-51.

<sup>31</sup> Si veda l'analisi di Dahrendorf sul concetto di «chance di vita» articolato nei due elementi di «opzioni» e «legature» (R. Dahrendorf, *La libertà che cambia*, Bari, Laterza, 1980).

le, come ben risulta dalla nostra indagine, si trova investito di una domanda di *caring* comprensiva nella quale si combinano esigenze di assistenza a fianco di bisogni di sostegno di fronte alla malattia, mentre si ha un'externalizzazione del bisogno medico-terapeutico agli operatori sanitari.

Si chiede all'organizzazione familiare un adattamento in base al quale sia possibile, per l'anziano, gestire la relazione con un sistema complesso, come è quello sanitario, senza che questo diventi pervasivo e fagocitante nei riguardi del proprio stile di vita.

La *relazione con i genitori secondo il punto di vista dei figli*. La percezione dell'obbligo all'interno della relazione tra genitore anziano e figlio adulto è stata analizzata anche per il campione dei figli, al fine di poter effettuare delle comparazioni puntuali tra i due universi presi in esame. Si è pertanto costruito un indice di obbligo analogo a quello degli anziani<sup>32</sup>. La tabella 15 ci mostra la distribuzione di tale indice, a fianco del quale riportiamo, per comodità di lettura, lo stesso indice costruito sul campione di anziani<sup>33</sup>. Si delinea una differente posizione sia tra anziani e figli adulti sia sotto il profilo territoriale. A Milano i figli avvertono maggiormente il senso di obbligatorietà nei confronti degli anziani (42,8 per cento), mentre a Lecce risulta più forte l'obbligo atteso dagli anziani (42,6 per cento).

Questo aspetto di obbligo filiale, per quanto riguarda il campione dei figli adulti, è stato ulteriormente indagato attraverso la costruzione

<sup>32</sup> La tabella che segue riporta la situazione di entrambi i campioni di Milano e di Lecce:

Indice di obbligo	Milano		Lecce	
	Non utilizzati	Utilizzati	Non utilizzati	Utilizzati
Basso	17,5	7,4	6,7	33,3
Medio	51,1	55,6	50,5	33,3
Alto	31,4	37,0	42,9	33,3
V.A.	223	27	105	3

<sup>33</sup> L'indice di obbligo rispetto agli anziani in generale è stato costruito a partire dalle seguenti variabili:

- i figli sposati devono vivere vicino ai propri genitori;
- i figli devono prendersi cura dei propri genitori, in qualsiasi modo sia necessario quando sono malati;
- i figli devono dare aiuto finanziario ai propri genitori se hanno delle difficoltà;
- i figli adulti che vivono vicino devono far visita ai propri genitori almeno una volta alla settimana;
- i figli adulti che vivono lontano devono scrivere o telefonare ai propri genitori almeno una volta alla settimana.

Tabella 15. *Figli, anziani e indice di obbligo a Milano e Lecce (valori in percentuale).*

Indice di obbligo	Milano		Lecce	
	Figli	Anziani	Figli	Anziani
Basso	6,0	16,4	13,3	7,4
Medio	51,2	51,6	50,8	50,0
Alto	42,8	32,0	35,8	42,6
V.A.	250	250	120	108

Tabella 16. *Figli e indice di obbligo a Milano e Lecce (valori in percentuale).*

Indice di obbligo	Milano		Lecce	
	Rispetto ai propri genitori	Rispetto agli anziani in generale	Rispetto ai propri genitori	Rispetto agli anziani in generale
Basso	25,2	6,0	31,7	13,3
Medio	62,0	51,2	61,7	50,8
Alto	12,8	42,8	6,7	35,8

di un secondo indice relativo alla valutazione sui *propri* genitori. Mentre l'indice precedentemente illustrato si riferiva a una valutazione sugli *anziani in generale*, questo secondo mette in luce il legame-vincolo esistente tra i figli adulti e i *propri* genitori (si veda la tabella 16)<sup>34</sup>.

I figli adulti percepiscono un'obbligatorietà meno coartante, che manifesta in minor misura, in senso negativo, l'aspetto di vincolo del legame, come risulta comparando i punteggi attribuiti, sia a Milano sia a Lecce, dai figli adulti alla modalità «alto» dei due indici di obbligo riferiti ai propri genitori. Sembra cioè prevalere, in queste valutazioni, l'altro polo della relazione, quello dell'attaccamento che emerge sia a Milano sia a Lecce con uno scarto percentuale decisamente rilevante.

Come abbiamo detto in precedenza, la relazione tra anziani e figli adulti è ambivalente e non si presta, pena il rischio di cadere in una riduzione semplicistica, ad essere letta univocamente nei termini di at-

<sup>34</sup> L'indice di obbligo rispetto ai propri genitori è stato costruito con le seguenti variabili:

- i figli devono prendersi cura dei propri genitori, in qualsiasi modo sia necessario quando questi sono malati;
- i miei genitori si aspettano troppo da me;
- i miei genitori mi fanno sentire in colpa.

Tabella 17. *Figli, indice di obbligo e indice di intensità delle relazioni a Milano e Lecce (valori in percentuale).*

Indice di obbligo	Indice di intensità delle relazioni					
	Milano			Lecce		
	Basso	Medio	Alto	Basso	Medio	Alto
Basso	32,4	24,8	21,7	25,0	28,0	34,8
Medio	62,2	64,7	55,0	50,0	64,0	60,6
Alto	5,4	10,5	23,3	25,0	8,0	4,5
V.A.	37	153	60	4	50	66

taccamento o di obbligatorietà. Un indicatore di tale complessità è rappresentato, nell'indagine, dalla combinazione tra il sentimento di obbligo filiale e la frequenza delle relazioni tra genitori anziani e figli adulti (si veda la tabella 17)<sup>35</sup>.

I valori prevalenti sono quelli che esprimono una posizione di medietà per entrambi i territori considerati: ci sembra interessante segnalare due posizioni estreme che ben evidenziano l'ambivalenza nelle relazioni cui si faceva riferimento precedentemente. Si segnala, inoltre, una diversità tra i figli adulti di Milano e quelli di Lecce. Tra i primi emergono due orientamenti: da un lato, risulta rilevante la percentuale (32,4) di coloro che dichiarano una bassa relazionalità e contemporaneamente un basso grado di obbligo filiale: più le relazioni sono episodiche e più si allenta l'obbligatorietà filiale; dall'altro, il 23,3 per cento dei figli adulti intervistati — percentuale inferiore di quasi 10 punti rispetto alla precedente, ma non irrilevante relativamente all'intero campione — esprime un'elevata relazionalità cui si accompagna anche un alto grado di obbligo filiale.

<sup>35</sup> L'indice «intensità delle relazioni», per il campione dei figli adulti sia di Milano sia di Lecce, ricavato dalla seguenti variabili originali, si incontra frequentemente con:

- genitori;
- suoceri;
- fratelli/sorelle;
- parenti;
- vicini di casa;
- amici.

Tra i figli adulti, di Lecce, il dato significativo che emerge riguarda il basso senso di obbligatorietà filiale che caratterizza coloro che hanno frequenti scambi relazionali con i propri genitori (34,8 per cento). In questo caso l'obbligo filiale verrebbe a perdere il carattere di coercitività per assumere quello dell'espressione affettiva e del desiderio di vicinanza.

### *Conclusioni*

Nel complesso sembra che la situazione di relazione tra gli anziani e i loro figli evidenzia un buon equilibrio raggiunto, rappresentato dal fatto che per entrambi gli interlocutori sia il livello della realtà, ad esempio gli aiuti prestati, sia quello delle aspettative, che emerge dall'indice di obbligo, si collocano su una posizione intermedia. Un certo realismo che caratterizza entrambi, ma soprattutto i figli, consente di non idealizzare lo *status quo* e, nello stesso tempo, di leggerlo in tutta la sua valenza e veridicità.

L'equilibrio raggiunto è dinamico, cioè passibile di cambiamenti che vengono da tutti ipotizzati nel tempo e contiene in sé forti ambivalenze relazionali che oscillano fra attaccamento e obbligo, risorsa e vincolo, supporto e legame. Tale ambivalenza, tipica di un legame per sua natura complesso, si inserisce, tuttavia, in un sistema di reciprocità che rifiuta lo scambio di equivalenti e fra pari e riconduce la relazione tra le due generazioni al suo significato simbolico e culturale. Tale significato si coniuga con i portati culturali specifici di ognuno dei due territori, evidenziando alcuni *trend* interessanti.

Più tradizionale la cultura degli anziani del Sud, che non sono ancora passati attraverso l'esperienza dell'atomizzazione familiare e del conseguente isolamento: infatti, molto frequenti sono i rapporti con i figli, con i quali spesso convivono e dai quali sono aiutati quotidianamente in modo rilevante. Ne deriva un elevato livello di aspettativa che, pur caratterizzando soprattutto le donne anziane, è nel complesso presente in tutti, come si rileva a proposito della richiesta di protezione. Nel conto generazionale, gli anziani del Mezzogiorno risultano essere maggiormente schierati sul fronte dell'avere ed essere portatori di una concezione della famiglia come nucleo tuttora significativo, in cui la forza dei legami non pare esser messa in discussione.

Per quanto riguarda gli anziani del Nord, si è verificato un diverso processo rispetto all'esperienza e alla concezione della famiglia. Sembra di potere affermare che ci troviamo in una fase di superamento degli



stereotipi culturali legati alla nuclearizzazione della famiglia e alla conseguente caduta della relazionalità intrafamiliare, anche se molti di questi anziani vivono soli. Si instaura il regime di intimità a distanza, in cui l'indipendenza reciproca acquisita dagli anziani e dai loro figli evita la scontatezza dei legami e invita a una nuova scelta nei confronti del rapporto intergenerazionale. L'intimità a distanza rappresenta un modello familiare, pur se *sui generis*, che si accorda allo stile di vita, tipico dei contesti metropolitani, improntato all'autonomia che accomuna sia gli anziani sia i figli adulti e le loro famiglie.

Nel complesso, gli anziani del Nord sono meno aiutati dai loro figli, più emancipati, disposti a far da traino. Significativamente l'obbligo atteso nei confronti dei figli scatta all'insorgere dell'evento critico malattia: è il momento in cui questi anziani chiedono di più e la condizione anziana rivela l'altra faccia, spesso negata culturalmente: quella della fragilità e della vicinanza alla morte<sup>36</sup>.

Le diversificazioni tra i modelli culturali del Nord e del Sud non arrivano, tuttavia, a mettere in discussione in nessun caso l'esistenza di un rapporto fiduciario privilegiato ed esclusivo tra i genitori anziani e i propri figli; tale rapporto rappresenta, piuttosto, il fondamento, in forza del quale entrambe le generazioni potranno affrontare il rischio connesso all'avanzare dell'età.

<sup>36</sup> Su questo stesso tema si veda E. Scabini e G. Gilli, «Rappresentazioni della salute e rapporti tra le generazioni», in Scabini e Donati (a cura di), *Vivere da adulti con i genitori anziani* cit.

## *Elenco delle abbreviazioni*

AADL	Advanced Activities of Daily Living
ADI	Assistenza Domiciliare Integrata
ASAB	Attività Socio-Assistenziali di Base
ASAS	Attività Socio-Assistenziali di tipo Specialistico, divise in: NR funzioni non residenziali SR funzioni semiresidenziali R funzioni residenziali
ASB	Assistenza Sanitaria di Base
DSSB	Distretto Socio-Sanitario di Base
ECG	Elettrocardiogramma
PET	Tomografia a Emissione di Positroni
PHC	Primary Health Care
POA	Progetto Obiettivo Anziani
PSN	Piano Sanitario Nazionale
RSA	Residenza Sanitaria Assistenziale
SAG	Servizio di Assistenza Geriatrica
SD	Spedalizzazione Domiciliare
SSN	Servizio Sanitario Nazionale
USL	Unità Sanitaria Locale
UVG	Unità Valutative Geriatriche



## Nota sugli autori

Giuliano Urbani è professore ordinario di scienza della politica, direttore del Centro di politica comparata presso l'Università Bocconi di Milano e presidente della Fondazione Rosselli.

Norberto Bobbio è professore emerito di filosofia del diritto e senatore a vita. Gian Maria Capuani è studioso di fenomeni politici e sociali.

Giannino Piana è professore di teologia morale presso l'Università di Urbino e presso il Seminario Vescovile di Novara. È inoltre presidente dell'Associazione nazionale dei moralisti cattolici.

Nando dalla Chiesa è professore associato di sociologia presso l'Università degli Studi di Milano e professore a contratto presso l'Università Bocconi di Milano, è inoltre direttore di *Società Civile*.

Fausto Melloni è presidente dell'Associazione Pro Senectute, al cui interno opera il Centro «A. M. Maderna» di Verbania Pallanza.

Maria Antonietta Aveni Casucci è professore associato di psicologia alla Facoltà di Medicina e chirurgia dell'Università di Milano e direttore della Sezione di psicogerontologia dell'Istituto di psicologia della Facoltà di Medicina e chirurgia.

Antonio Golini è professore ordinario di demografia all'Università «La Sapienza» di Roma e direttore dell'Istituto di ricerche sulla popolazione (Irp) del Consiglio nazionale delle ricerche (Cnr) di Roma.

Agostino Lori è primo ricercatore presso l'Irp del Cnr di Roma.

Francesco Jovane è professore ordinario di tecnologie meccaniche presso il Politecnico di Milano e direttore dell'Istituto di tecnologie industriali e automazione del Cnr.

Roberto Groppetti è professore straordinario di disegno industriale presso l'Università degli Studi di Perugia.

Luigi Mengoni è professore ordinario di diritto civile all'Università Cattolica di Milano e giudice della Corte costituzionale.

Renzo Rozzini, geriatra e psichiatra, è presidente del Gruppo di ricerca geriatrica e aiuto presso la divisione medica dell'Ospedale Sant'Orsola Fatebenefratelli di Brescia.

Angelo Bianchetti, geriatra e neurologo, è vicepresidente del Gruppo di ricerca geriatrica e assistente presso la divisione di medicina lungodegenza riabilitativa dell'Ospedale Sant'Orsola Fatebenefratelli di Brescia.

Marco Trabucchi è direttore scientifico del Gruppo di ricerca geriatrica e professore ordinario presso il Dipartimento di medicina sperimentale della seconda Università di Roma.

Harris T. Schrank è vicepresidente della Equitable Life Assurance Society degli Stati Uniti e membro del Board of the National Council on Aging.

Joan M. Waring è direttore delle ricerche alla Equitable Life Assurance Society e ha insegnato alla Rutgers University.

Carlo Vergani è professore ordinario di gerontologia e geriatria e direttore della Scuola di specializzazione di geriatria dell'Università degli Studi di Milano.

Virginio Oddone è docente di geriatria sociale presso la Scuola di specializzazione in geriatria dell'Università di Torino.

Fabrizio Fabris è direttore dell'Istituto di gerontologia della Facoltà di Medicina e chirurgia dell'Università di Torino.

Gaetano Maria Fara è ordinario di igiene e direttore dell'Istituto di igiene «G. Sanarelli» dell'Università «La Sapienza» di Roma, è inoltre presidente della sezione seconda del Consiglio superiore di sanità.

Claudio Calvaruso è sociologo e presidente del Labos (Laboratorio per le politiche sociali) di Roma.

Vincenzo Cesareo è direttore del Dipartimento di sociologia all'Università Cattolica di Milano.

Giovanna Rossi è ricercatore presso il Dipartimento di sociologia dell'Università Cattolica di Milano.



1991 92 93 94 95 96

0 1 2 3 4 5 6 7 8

Finito di stampare il 29 aprile 1991  
dalla Tipolito Subalpina s.r.l. in Torino  
Grafica copertina Promoteam, Torino

Che cosa significa oggi invecchiare? A di là dell'apparente banalità della domanda, il problema della senilità si pone ormai in Italia, come in tutte le società avanzate, in termini assai diversi dal passato.

Due sono gli aspetti fondamentali del problema: in primo luogo, la condizione anziana in se stessa, vale a dire l'esigenza di provvedere soluzioni socialmente adeguate per un settore della popolazione spesso prematuramente e ingiustamente escluso dalla vita attiva; in secondo luogo, il drastico calo della natalità che, associato al miglioramento nelle condizioni di vita e ai progressi della medicina, sta producendo il generalizzato invecchiamento della popolazione, inteso come prevalenza delle classi anziane su quelle giovanili.

I saggi compresi nel presente volume intervengono su tutti gli aspetti della senilità - da quelli psicologici, sanitari e affettivi a quelli assistenziali, economici e giuridici - per suggerire indicazioni operative e possibili soluzioni.

Si tratta dunque di un manuale che propone una «nuova cultura dell'anziano», concepita come recupero pieno di identità personale e sociale. In una società più longeva, infatti, l'invecchiamento va inteso come occasione per nuove opportunità e nuovi ruoli.

324038

ISBN 88-7860-054-7



9 788878 600546

L. 35.000