



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

**Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia
applicata**

**Corso di laurea in
SCIENZE SOCIOLOGICHE**

VECCHI: RICCHEZZA VS SCARTO SOCIALE

Relatore:
Prof. Salvatore La
Mendola

Laureando:
Attilio Costantini
Matricola 1225959

A.A. 2023/2024

Sommario

INTRODUZIONE	4
CAPITOLO 1 LA VECCHIAIA IERI E OGGI	7
1.1 <i>La pensione</i>	8
1.2 <i>Rappresentazioni e condizioni della vecchiaia nelle diverse epoche</i>	11
1.3 <i>La Vecchiaia nella società industriale</i>	12
1.4 <i>L'emergere della terza età</i>	13
CAPITOLO 2 ANZIANI, FAMIGLIA E SOCIETA'	15
2.1 <i>Profilo demografico</i>	15
2.2 <i>Condizioni di salute, familiari economiche ed abitative</i>	17
2.3 <i>Cosa vuol dire invecchiare</i>	17
CAPITOLO 3 LA TEORIA DEL CORSO DI VITA	22
CAPITOLO 4 LE PERSONE OVER 65 E LA LORO NARRAZIONE DELL'ESSERE ANZIANE	26
4.1 <i>Le politiche di invecchiamento attivo</i>	27
CAPITOLO 5 PROFILO SOCIALE DELLA GRANDE VECCHIAIA.....	31
5.1 <i>Il rapporto pragmatico con il mondo</i>	31
5.2 <i>Il rapporto con il sé</i>	34
5.3 <i>Il sentimento di appartenenza al mondo</i>	35
5.4 <i>Una molteplicità di forme del vivere</i>	38
CAPITOLO 6 LA NON AUTOSUFFICIENZA	40
6.1 <i>La domanda</i>	40
6.2 <i>L'offerta</i>	41
6.3 <i>I servizi domiciliari</i>	42
6.4 <i>I servizi residenziali</i>	44
CAPITOLO 7 L'INVECCHIAMENTO DELLA POPOLAZIONE ED IL DIRITTO	48
7.1 <i>L'anziano come soggetto giuridico</i>	49
7.2 <i>La persona anziana è un soggetto vulnerabile?</i>	53
7.3 <i>Una via europea al diritto e invecchiamento</i>	53
7.4 <i>Rapporto tra diritto e invecchiamento</i>	54
CAPITOLO 8 LE POLITICHE PER L'INVECCHIAMENTO.....	56

8.1 <i>Le politiche di contrasto alla povertà e alle disuguaglianze per gli anziani..</i>	56
8.2 <i>Le politiche per i non autosufficienti e di “Long Term Care”</i>	57
8.3 <i>Dimensioni di esclusione, disuguaglianze e “Ageismo”</i>	59
CONCLUSIONI	62
BIBLIOGRAFIA	65

INTRODUZIONE

Il termine vecchiaia indica un periodo della vita degli uomini che non ha in effetti un inizio definito, se non in termini convenzionali, della durata variabile di 20/25 anni che interessa tutti prima o poi, escludendosi i casi di morte prematura. L'aumento della longevità ha portato con sé un incremento notevole di persone vecchie che già oggi rappresentano, in Italia, circa il 25% della popolazione, una persona su 4 appartiene a questa "categoria". Il gruppo dei "vecchi" è alimentato dalle persone provenienti dal gruppo delle persone attive che tempo per tempo acquisiscono le caratteristiche che nel loro insieme definiscono il vecchio. Il gruppo dei vecchi non è omogeneo, riproduce, quasi come in fotocopia, la stratificazione sociale della classe attiva. In linea generale, in termini di risorse e di bisogni, ben diversa è la situazione di un sessantacinquenne rispetto a un ultraottuagenario, così come quella di un ex dirigente rispetto ad un ex operaio o ex impiegato.

L'elemento che determina in modo pressoché automatico l'ingresso nel gruppo dei vecchi è l'età: convenzionalmente fissata a 65 anni e il rito di passaggio è il pensionamento. Nella narrativa prevalente il pensionamento è una conquista che ha permesso e permette il mantenimento di un tenore di vita simile a quello precedente pur in assenza di un vincolo lavorativo, evitando il passaggio dalla condizione di lavoratore salariato a povero destinato a mendicare e/o all'ospizio.

Nel saggio "il pensionamento e le origini della discriminazione in base all'età" facente parte di "Vecchiaia e società" di Danilo Giori 1984 pag. 47-87, William Graebner colloca la questione all'interno della dinamica del capitalismo negli Stati Uniti nella prima parte del XX secolo. La produzione di massa, la necessità di incrementare la produttività, ottenuta con l'applicazione alla produzione e la diffusione dei metodi elaborati da Taylor portano con sé la necessità di avere una forza lavoro al massimo della propria efficienza fisica liberandosi della componente meno efficiente a causa, tra l'altro dell'età, oltreché dall'utilizzo intensivo della forza lavoro.

Il pensionamento quindi come strumento per ottimizzare la forza lavoro, contenendo al massimo gli oneri derivanti dall'espulsione dei lavoratori meno adatti attraverso il

trasferimento sul settore pubblico direttamente o per il tramite di istituzioni private o semi private quali le casse mutue e i fondi pensione.

Il risultato è una maggior definizione di una “nuova” stratificazione sociale con al centro la componente attiva e ai lati i giovani (intendendosi la componente che va dagli zero anni alla età di accesso al mercato del lavoro) e gli anziani.

La tesi, centrata sugli anziani, cerca di definire chi sono, quanti sono, cosa fanno e quali sono le caratteristiche dello status dell’anziano utilizzando la Teoria del corso della vita che collega, in modo deterministico, la condizione dell’anziano alla sua biografia e alle condizioni socioeconomiche che ne hanno condizionato i percorsi e gli esiti. Questa teoria rende conto anche della eterogeneità del gruppo degli anziani, all’interno del quale si presentano le stesse stratificazioni sociali presenti nella società.

L’ampiezza e la correlata tendenza all’incremento della durata della vecchiaia hanno reso opportuno introdurre ulteriori specificazioni all’interno del gruppo, suddividendolo in due sottogruppi. A Laslett si deve l’introduzione del concetto di terza età, caratterizzata da individui, espulsi dal sistema produttivo, per raggiunti limiti di età, in buone condizioni psico fisiche il cui status costruito nel corso della propria carriera lavorativa si azzerà così come si neutralizza, in quanto inutilizzato, il capitale sociale. La riflessione su questo “nuovo gruppo” ha generato da un lato la teoria dell’invecchiamento attivo, dall’altro quella del disimpegno riflettendo diverse visioni della società apparentemente contrastanti ma coerenti e complementari se considerate all’interno del sistema economico occidentale.

Il passo successivo considera “la grande vecchiaia”, ovvero il gruppo di individui di 75 anni e più. Questo gruppo è caratterizzato da una maggior frequenza di perdita di autonomia derivante da fattori psico fisici, ovvero da una sempre maggior dipendenza da un aiuto esterno. Il supporto esterno in Italia, e in generale nei paesi che adottano il modello di welfare mediterraneo, si fonda sulla famiglia sia in termini di diretta erogazione di cura che di acquisizione dal mercato dei servizi. L’intervento pubblico, comunque fondamentale, appare frammentato e suddiviso in diverse istituzioni non sempre coordinate tra loro e comunque condizionate da vincoli di bilancio, bilanci spesso, forse sarebbe più corretto usare il termine sempre, soggetti a ridimensionamenti verso il basso. Sempre più significativa appare la presenza del privato, sia quello non profit che quello for profit.

La non autosufficienza rappresenta forse la fase più critica, le strutture che ospitano gli anziani non autosufficienti (anche non anziani per la verità) presentano ancora, pur non potendosi negare i miglioramenti via via realizzati, alcuni dei caratteri che evocano

l'istituzione totale di Goffman e il panottico di Bentham permangono, quali la reclusione ma soprattutto la mortificazione dell'agency dell'ospite il cui diritto all'autodeterminazione non è più esercitabile. Individuare le modalità di esercizio di questo diritto spesso è molto problematico nei casi in cui è presente nelle varie forme il declino cognitivo.

La parte finale della tesi considera l'impatto del diritto sulla persona anziana e le politiche per l'invecchiamento, considerato lo spessore quantitativo di questa componente sociale e l'impatto del "vecchio" sul diritto. Le due impostazioni di base sintetizzabili nelle formule "diritto degli anziani" e "diritto per gli anziani" non sono in opposizione ma complementari pur esprimendo due indirizzi ben precisi, il primo di tipo conservativo parte dall'esistente quadro normativo e ne estrapola le parti applicabili all'anziano, il secondo tende a costruire un corpus specifico, per così dire, riservato agli anziani, visti come soggetti deboli non soltanto dal punto di vista psico-sociale ma anche a causa di scarsità di strumenti giuridici che tengano conto della loro specificità. Le politiche esprimono il sentimento della società verso gli anziani e si concretizzano attraverso norme che impongono di fare o non fare qualcosa definendone anche il come fare o non fare. In generale le politiche costano e devono quindi confrontarsi con le risorse disponibili e con le priorità che sono determinate dalle dinamiche delle componenti sociali la cui capacità di impattare sulle politiche è variabile e comunque tendente ad ottenere, in via più o meno esclusiva, maggiori benefici anche a scapito delle altre componenti.

Capitolo 1

LA VECCHIAIA IERI E OGGI

L'invecchiamento è un processo biologico differenziato e progressivo che comporta una perdita graduale delle proprie abilità fisiche e cognitive, si presenta con modalità che impattano in misura rilevante sulla vita quotidiana con effetti significativi sulla propria vita sociale. La ricerca sull'invecchiamento richiede preliminarmente la perimetrazione del fenomeno. Dal punto di vista biologico l'invecchiamento inizia a partire dai 25/30 anni. Convenzionalmente si considerano vecchie le persone che hanno compiuto il sessantacinquesimo anno di età, (vedasi Istat) che corrisponde in generale all'età in cui si va in pensione. Il pensionamento è una cesura netta: da un giorno all'altro un terzo del proprio universo viene azzerato (la porzione della giornata assorbita dal lavoro) e con esso l'habitus connesso, alcuni aspetti del quale si cerca di mantenere, coltivando i contatti e spendendo al di fuori del contesto lavorativo le competenze accumulate, ma con effetti via via più modesti con il passare del tempo. Quello che si immaginava desiderabile nel periodo precedente alla pensione e che si rimandava al futuro, al periodo della pensione, si scontra con la realtà. Molte delle cose che si rimandavano alla pensione di fatto non sono realizzabili per motivi di salute, per motivi economici, per motivi familiari con esiti sulla autostima, sulla agency. Un periodo della vita che si immaginava potesse riprodurre lo scenario dell'età giovanile in cui nulla era stato scritto, la pagina poteva potenzialmente contenere tutto e il contrario di tutto, tutte le strade erano aperte, si trattava di scegliere tenendo conto dei vincoli contestuali. Non necessariamente gli effetti delle scelte si rivelavano nel tempo conformi alle proprie aspettative, rappresentavano comunque un incentivo ad agire.

La società attuale è totalmente concentrata sul lavoro, prevalentemente dipendente. Il valore della maggior parte delle persone è collegato al lavoro che si svolge. Da esso tende a dipendere l'autostima e il potere inteso come capacità di indirizzare le interazioni ed i comportamenti altrui. Tutto ciò, ovviamente, dipende dal tipo di lavoro: e normalmente si manifesta in redditi più robusti cui è collegata una capacità di consumo più gratificante e spendibile anche in termini di status. Il possesso di determinati oggetti rinforza non solo l'autostima ma anche il riconoscimento sociale.

“La modernità sposta lo sguardo sull’individuo anche nel senso che è questi – riconosciuto come l’unico soggetto in grado di conferire un senso alla propria esperienza – l’unico responsabile della determinazione di sé (Melucci, 1991), con tutto quello che questo carico comporta a livello di stress esistenziale e con le conseguenze che esso ha quando l’esito delle scelte del singolo non è coerente con le mete ambite (Ehrenburg, 1999). Per tutti, anche per la popolazione anziana, questo sviluppa una sensazione di inadeguatezza, rispetto alla richiesta «di rimanere sempre in movimento e di doversi fermare al momento della scelta, di essere flessibile e pronto ad assumere modelli di comportamento differenti, di essere allo stesso tempo argilla plasmabile e abile scultore» (Bauman, 1999, p. 109). In questo senso la massima latina homo faber ipsius fortunae ritorna di originale attualità, riconoscendo nell’individuo il solo responsabile delle proprie condizioni di vita, imprigionandolo così validamente nella ricerca della propria collocazione, continuamente da definire e ridefinire, e liberandolo da qualsiasi compito immediatamente politico e pro-sociale.” (Licursi Sabina, Gli anziani nella modernità. 2013).

1.1 La pensione

Fino a 150 anni fa circa l’uscita dal mercato del lavoro a causa del declino fisiologico non comportava l’ingresso nel gruppo dei “vecchi”, ovvero dei pensionati, ma in quello dei poveri destinati a vivere (sopravvivere) di elemosina o negli ospizi. Lo status di vecchio, nei paesi industrializzati e in quelli post-industriali, approssimando li possiamo indicare nell’Occidente, è legato ad una precisa ideologia del lavoro e del suo rendimento che considera i lavoratori anziani un problema dovuto all’aumento costantemente perseguito della produttività. Il Welfare State, lo Stato del Benessere, nasce per evitare alla vecchiaia il transito per la mendicizia collocandola in una condizione sociale più degna anche se separata dal resto della società permeata da elementi e valori produttivistici. Nel secondo dopoguerra la riscossa delle classi lavoratrici che si riscontra in tutti i paesi industrializzati con il pieno operare del Welfare State è alla base della terza fase ideologica riguardante la vecchiaia, la fase della “terza età” che sottolinea la continuità con le altre fasi vitali negandone la separazione. Centrale in questa (terza) fase è l’estensione del processo di pensionamento ai lavoratori indipendenti prefigurando per tutti i cittadini in età lavorativa una sorta di età dell’oro senile, che consenta di vivere pienamente gli ultimi anni della propria vita, dopo aver lavorato per tutta una vita.

La discriminazione fondata sull’età, di cui il pensionamento rappresenta un aspetto particolare, è rintracciabile fin dalla fine del XVIII secolo., tuttavia solo sul finire del secolo XIX sia il fenomeno della discriminazione basata sull’età che il meccanismo del pensionamento si intensificarono raggiungendo un grande numero di persone.

Prima del 1915 la discriminazione fu alimentata dall’economia capitalistica che, rispetto a quella del XX secolo, era molto più competitiva e orientata alla ricerca di una sempre maggiore efficienza, finalizzata al profitto a breve termine. La spinta competitiva venne esasperata anche dalla crescente popolarità dell’accorciamento della giornata lavorativa resa

realisticamente applicabile grazie all'utilizzo della tecnologia per ottenere una maggiore produttività di ciascun lavoratore. Gli elevati impieghi di capitale in tecnologia, per essere compatibili con gli equilibri aziendali, dovevano funzionare ad una maggior velocità determinando l'obsolescenza dei lavoratori più anziani non in grado, o ritenuti tali, di reggere i nuovi ritmi.

Dopo il 1915 la discriminazione basata sull'età peggiorò in seguito ai cambiamenti tecnologici, alla diffusione del culto della giovinezza negli anni Venti e alla disoccupazione dovuta alla depressione. In questo periodo, tuttavia, i lavoratori più anziani vennero riconsiderati per la loro stabilità e conservatorismo. Aumentò la propensione a privilegiare l'efficienza sociale, "sacrificando" l'efficienza economica in una sorta di trade-off tra il profitto immediato e la sicurezza futura. Dopo il 1920 l'impresa sperimentò la maggior parte delle difficoltà con i lavoratori più giovani mentre il vecchio lavoratore, invecchiato sotto la pressione ideologica dell'ageismo, divenuto cauto e disponibile tramite i piani pensionistici e le minacce di licenziamento, si era "trasformato" in un alleato per certi imprenditori.

La battaglia per le riforme fu una lotta rituale con le parti consapevoli del vincitore finale. Le soluzioni che avrebbero potuto modificare la situazione rendendo reale il conflitto, quali la massiccia creazione di posti di lavoro, disponibilità ad utilizzare vecchie forme di tecnologia e la riduzione dell'orario di lavoro non furono considerate opzioni valide. Come aveva esplicitamente indicato William Osler una società orientata al progresso così come definito dalle istituzioni economiche non può evitare di sacrificare i vecchi ai giovani. Il pensionamento fu uno dei molti strumenti utilizzati da una cultura centrata sugli affari per ristrutturare le componenti di età della forza lavoro. Non c'erano particolari problemi a licenziare in tronco i lavoratori ma una politica di questo tipo era difficile da sostenere per la gran parte degli imprenditori, sia privati che pubblici. Il pensionamento, impersonale ed egualitario, permetteva che la ricerca esasperata dell'efficienza iniziata alla fine del XIX secolo coesistesse con un sistema di rapporti tra capitalisti e lavoratori intriso di relazioni personali ed umane. Dopo il 1925 il pensionamento fu un antidoto alla disoccupazione nelle industrie in crisi e, in genere, nell'economia.

Fino al XVIII secolo, in Italia fu la chiesa, grazie alla sua presenza diffusa ed alla sua organizzazione, ad utilizzare la carità pubblica e privata per sostenere i bisogni. I cambiamenti sociali avvenuti nella Francia rivoluzionaria si riverberarono in Italia, nel 1819 nel Lombardo-Veneto – sotto la dominazione austriaca – tutte le congregazioni di Carità furono rimpiazzate da una "commissione generale di beneficenza" che istituì in ogni comune

la “Direzione delle Elemosine”. L’economista Carlo Cattaneo nel 1840 incoraggiò la popolazione a costituire le Compagnie di mutuo soccorso e “lo spettro del comunismo che si aggira per l’Europa” (Marx, Engels, 1848) indusse la stessa borghesia a fondare delle Società simili. Nel 1898 venne istituita la Cassa Nazionale d’Assicurazione Sociale per l’Invalidità e la Vecchiaia a carattere facoltativo. Renderla obbligatoria fu una questione dibattuta. La Grande guerra che inasprì la conflittualità e le necessità di riappacificare il fronte interno portò a maturazione le condizioni favorevoli alla costituzione di un sistema d’Assicurazioni Sociali a carattere obbligatorio. Fu infatti in piena guerra che si istituì l’obbligo di assicurazione per tutti i lavoratori di meno di 70 anni impiegati negli stabilimenti requisiti dal Governo per esigenze belliche. Durante gli anni del fascismo non vi furono molti cambiamenti significativi. Le necessità finanziarie connesse alla conquista dell’impero e alla Seconda guerra mondiale furono coperte con i fondi riservati al pagamento delle pensioni portando al default le assicurazioni sociali.

Dopo la Seconda guerra mondiale si cominciò a costruire una vera e propria struttura d’assistenza sociale, pur tra scarsa coordinazione degli organismi coinvolti che soddisfacevano più gli interessi di categoria che quelli generali dei lavoratori. Nel trentennio successivo vennero via via ridotti i limiti di età per il pensionamento che venne esteso ai lavoratori autonomi (contadini, artigiani, commercianti), alleggeriti gli obblighi per le pensioni di invalidità, istituite le pensioni sociali e legate le pensioni ai salari industriali. Le pensioni versate dall’INPS mostrano una crescita moderata delle pensioni di anzianità degli ex lavoratori dipendenti e una flessione di quelle degli ex lavoratori autonomi. A crescere molto sono le pensioni d’invalidità, soprattutto dopo il 1970, sia per i lavoratori dipendenti che per quelli autonomi. La pensione di invalidità ha svolto un ruolo fondamentale nella redistribuzione del reddito in favore di categorie sociali particolari, trasformandosi, tramite la modifica della normativa di accesso, in una sorta di indennità di disoccupazione rendendo possibile la progressiva espulsione dal mercato del lavoro delle componenti deboli. In questo modo lo Stato ha prodotto una sostenuta redistribuzione di reddito, soprattutto nelle zone meno sviluppate, in grado di sostenere ed ampliare la domanda aggregata mantenendo una situazione di dipendenza politica e di sottosviluppo.

Questa politica che si configurava come un tentativo di attenuare gli effetti del caotico sviluppo industriale del dopoguerra ebbe dei gravi effetti negativi sull’economia nazionale, l’aumento dell’inflazione che erode i redditi fissi costrinse molti di coloro che si erano, grazie alle facilitazioni accordate dallo Stato (es. recupero anzianità, pensioni di invalidità),

autoesclusi dal mercato del lavoro a ripresentarsi andando ad aumentare l'offerta di lavoro, divenuta abbastanza interessante per le imprese in difficoltà a causa della forte conflittualità conseguente alle lotte operaie del '69.

Questa offerta di lavoro non portava con sé il carico assistenziale, già fornito dell'assistenza sociale pubblica, favorendo l'ampliamento delle aree di lavoro irregolare concentrate nelle zone poco sviluppate dotate di un grande numero di persone assistite. L'intento iniziale di smagrire sia il settore pubblico che privato dalla manodopera sorpassata, arretrata, favorendo un esodo apparentemente volontario con le facilitazioni previste si tradusse in un vero disastro per lo Stato. L'industria privata si era liberata degli "esuberanti" con l'aiuto dello Stato che erogava soldi ai fuoriusciti, continuando ad erogarli anche a coloro che rientravano a causa della stagnazione dell'occupazione. Il collegamento, dopo il 1975 delle pensioni ai salari industriali per adeguarle alle variazioni del costo della vita ha portato all'"incriminazione" dei pensionati, rei di rovinare l'economia italiana invocando drastiche misure.

Nei "trenta anni gloriosi" come venne definito il periodo compreso tra il 1945 e il 1975, lo strepitoso sviluppo economico italiano ed europeo fu accompagnato da una stagione di espansione dei diritti e di importanti riforme come l'istituzione del servizio sanitario, lo statuto dei lavoratori, il diritto di famiglia, la riforma fiscale, il divorzio, il sistema previdenziale e assistenziale. Da un punto di vista macrosociologico l'allargamento della platea titolare di maggiori diritti e il miglioramento generale delle condizioni socioeconomiche hanno come contropartita la ridefinizione dei diritti, del potere e della discrezionalità della classe dominante. Questo periodo si caratterizzò da un forte conflittualità che in qualche caso degenerò in comportamenti di estrema violenza da parte di alcune frange estreme.

Gli anni successivi sembrano caratterizzati da una sorta di "restaurazione" che, con riferimento al sistema previdenziale, ha visto un susseguirsi di interventi legislativi tendenti a ridimensionare il carico finanziario per il bilancio pubblico, modificando i requisiti per l'accesso alla pensione in senso restrittivo.

1.2 Rappresentazioni e condizioni della vecchiaia nelle diverse epoche

All'epoca della Controriforma la vecchiaia era intesa come fase passiva dell'esistenza, di transizione all'uscita di scena. Una visione attiva e positiva si ebbe con l'illuminismo, la

Rivoluzione francese e il periodo napoleonico. In questo periodo è rinvenibile il concetto di pensionamento che deriva dal passaggio dalla carità alla previdenza, ci si affida meno alla vigilanza di Dio e si tenta di assicurare alla persona e al vecchio la sua indipendenza, anche economica (Patrick Bourdelais – *l'age de la Villesse* 1993). Tra l'Ottocento e l'inizio del Novecento, con i progressi della scienza medica si afferma la geriatria. Paradossalmente si ripresenta una valutazione negativa dell'anziano. L'attenzione al corpo e le nuove conoscenze mediche, da un lato migliorano la situazione dell'anziano neutralizzando molte cause di morte precoce, dall'altro, va a definire scientificamente la vecchiaia come un insieme di patologie che conducono al progressivo degrado del corpo. Negli ultimi tre secoli si passa da un'attenzione all'anima e al rapporto con Dio ad un'attenzione alla mente e all'esperienza e ad un'attenzione al corpo sia per la fragilità del corpo dell'anziano che per la debolezza, che pregiudica lo svolgimento dei compiti imposti dalla società. L'anziano diventa un peso. Questa lettura è tuttora presente: si tratta del fenomeno che in letteratura viene definito "ageismo": una serie di credenze e di punti di vista che svalutano la vecchiaia, una fonte di pregiudizi e di discriminazione basate su false credenze e stereotipi (Henrad, 2002). Secondo Henrad alla base del fenomeno c'è un modello culturale che stabilisce un momento specifico in cui si entra nella vecchiaia: il momento del pensionamento, che non tiene conto della eterogeneità delle situazioni. L'effetto è l'omogeneizzazione e l'isolamento della popolazione anziana, alla quale viene negato ogni ruolo sociale diventando oggetto di politiche specifiche uguali per tutti.

Al giorno d'oggi la questione fondamentale e quindi il problema principale viene considerato il costo economico dei vecchi per la società. Il dibattito sulle pensioni in diversi paesi, tra cui l'Italia, contiene un elemento allarmistico, tanto da configurare una demografia apocalittica, che, secondo Gee e Guttman (2000), ha il "pregio" di fornire una spiegazione semplice e intuitivamente plausibile prendendosi con l'inesorabilità dei cambiamenti demografici, elemento endogeno non governabile, che legittima interventi sul sistema di welfare spingendo al ridimensionamento delle politiche sociali per anziani (Walker. 2005).

1.3 La Vecchiaia nella società industriale

Nelle società rurali la riduzione della capacità lavorativa comportava una ridotta attività, non l'inazione né la cancellazione del ruolo. Con la rivoluzione industriale la vecchiaia, quale periodo di non lavoro e/o di minor capacità lavorativa, aumenta il rischio di impoverimento rendendo necessarie forme di sostegno materiale da parte dei figli. Nella

fabbrica non c'è posto per i vecchi: rimangono senza sostentamento avendo abbandonato le campagne, possono affidarsi soltanto alla carità pubblica. L'affermazione del welfare state nei paesi industrializzati garantirà una rete di protezione non fondata sulla carità o sul dono.

Il fenomeno della fuoriuscita dei lavoratori "anziani" dal mercato del lavoro cresce con la diffusione del modello fordista-taylorista, il quale estrae il massimo dal lavoratore accelerando l'erosione delle capacità fisiche, rendendo le persone inadatte a sostenere i ritmi di lavoro, e quindi, in quanto inadatte, espulse dal sistema produttivo. Negli Stati Uniti la nascita e la diffusione di un sistema di welfare pur in versione residuale avviene con il new Deal negli anni Trenta del Novecento, a seguire negli anni Sessanta la Great Society johnsoniana e il ridimensionamento del sistema di welfare a partire dagli anni Ottanta. La tendenza è la neutralizzazione dei costi sociali, che utilizzano risorse pubbliche che potrebbero essere impiegate dal sistema economico privato per aumentare la ricchezza del sistema stesso tramite l'accumulazione e la concentrazione della stessa, giustificandola e legittimandola attraverso la stigmatizzazione della povertà evocando l'etica protestante del capitalismo descritta da Weber (2011) che individua nel successo economico la prova dell'approvazione divina.

1.4 L'emergere della terza età

Peter Laslett (1989) partendo dalla definizione convenzionale delle età della vita, aggiunge una quarta età alle tre convenzionali che sono: 1. Prima età: della dipendenza, della socializzazione e della educazione; 2. Seconda età: maturità, indipendenza, responsabilità familiare e sociale; 3. Terza età: realizzazione personale; 4. La quarta età è caratterizzata dalla dipendenza e dal decadimento fisico.

La terza età è definita in rapporto alla precedente e alla successiva, non ha un inizio e una fine precisa, essendo diverse le circostanze riguardanti i singoli, così come diversi sono i contesti regionali e le congiunture socio-temporali. È evidente in occidente la presenza attiva degli anziani nella società, con riferimento agli stili di vita, causa ed effetto di un'estensione delle pratiche di vita quotidiana dell'età adulta, un parziale prolungamento dell'età adulta, priva dei vincoli derivanti dalla partecipazione al processo produttivo. Una fase della vita potenzialmente felice per condizioni materiali e psicologiche.

Va sottolineato che Laslett pubblicò questa classificazione negli anni 70 e 80 in piena affermazione del Welfare State. Negli anni successivi iniziò la fase, tuttora in corso, di arretramento dello stato con un ridimensionamento dell'impegno economico nelle politiche

sociali e sanitarie, comprendente un trasferimento di servizi al settore privato (scoprendo quindi la valenza economica dello stesso), al settore del volontariato e, soprattutto alle famiglie che oggi, sono in molti casi, in grande difficoltà e non sempre in grado di assorbire il costo dell'assistenza e della cura.

Le famiglie si trovano a dover supportare i giovani impossibilitati ad emanciparsi dalla famiglia a causa della precarietà occupazionale e della compressione dei salari e, grazie all'allungamento della vita a curarsi delle persone nel periodo della quarta età, circoscrivendo le potenzialità della terza età.

Capitolo 2

ANZIANI, FAMIGLIA E SOCIETA'

2.1 Profilo demografico

Seguendo la prassi utilizzata nelle rilevazioni statistiche si considererà il sessantacinquesimo anno di età quale spartiacque tra la maturità e la vecchiaia, salvo poi problematizzare la questione delle soglie e dei perimetri.

Al 31 dicembre 2022 i residenti in Italia sono 58 milioni e 851 mila, meno 179 mila unità in confronto all'anno precedente. I cittadini stranieri sono 5.050.257 e rappresentano l'8.6 per cento dei residenti. Nel 2022 si registra un nuovo record del minimo delle nascite, per la prima volta dall'Unità d'Italia sotto le 400 mila e un grande numero di decessi, 713 mila.

I livelli di sopravvivenza restano ancora al di sotto rispetto al periodo pre-pandemico con una perdita di oltre 7 mesi rispetto al 2019 in termini di anni mediamente vissuti. Alla nascita la speranza di vita è di 80,5 per gli uomini e di 84,8 per le donne. Nel 2022 la stima della speranza di vita all'età di 65 anni è per gli uomini 18,9 anni e per le donne 21,9. L'età media della popolazione a inizio 2023 era di 46,4 anni in crescita rispetto all'inizio del 2020 quando si posizionava a 45.7 anni.

Al 1° gennaio 2023 le persone con più di 65 anni sono 14 milioni 177 mila, il 24,1% del totale della popolazione. Rispetto all'anno precedente aumenta il numero degli ultraottantenni che arriva a 4 milioni 529 mila, il 7.7% dei residenti. Dall'inizio del millennio gli ultracentenari sono triplicati, sono poco meno di 22 mila unità. I più giovani (età compresa tra 0 e 14 anni) sono il 12.5%, 7 milioni 334 mila. Gli individui in età attiva sono il 63,4% (37 milioni 339 mila) (ISTAT rapporto annuale 2023). Le previsioni confermano la tendenza in corso: gli over 65 saranno il 33.3% nel 2065 mentre il segmento 0-14 si ridurrà all'11.9%. La popolazione attiva (età compresa tra i 15 e i 64 anni) è pari al 64% del totale, la previsione è che si riduca nel 2065 al 54.8%. Nel 1960 le persone con più di 65 anni erano poco meno del 10%. Il dato della popolazione over 65 deve essere considerato congiuntamente alla speranza di vita; Se per un bambino nato nel 2018 la speranza di vita è di 80.9, per le bambine 85.2 nel 2065 si prevede che tale speranza di vita sia 86.1 per i maschi

e 90,2 per le femmine. L'indice di vecchiaia (rapporto tra popolazione over 65 e popolazione di età compresa tra 0 e 14 anni), nel 2018 si posiziona al 173.1%, raggiungerà il 280% nel 2065. L'indice di dipendenza degli anziani (rapporto da over 65 e popolazione attiva – età tra 15 e 64 anni) nel 2018 è al 37,5, si attesterà al 61% nel 2065. L'età media crescerà dai 45,4 anni del 2018 ai 50,2 anni. Secondo i dati Eurostat 2019 l'Italia ha, tra i paesi europei, la percentuale più alta di persone con più di 65 anni (e più di 75 anni) (Cappellato, Tedeschi, Mercuri – Anziani. Diritti, bisogni, prospettive 2021; ISTAT 2018).

A parità di età, sia nella fascia 65-74 anni che in quella dai 75 anni migliora la pratica sportiva, le attività di volontariato e la fruizione delle biblioteche evidenziando la progressiva diffusione di comportamenti attivi e proattivi. Anche negli stili di vita e nelle condizioni di salute si rileva un miglioramento testimoniato da una contrazione dei consumi di alcool, un leggero aumento del consumo di frutta e/o verdura. In flessione anche la condizione di multicronicità (tre o più malattie croniche). Non si riscontrano miglioramenti, invece, nell'abitudine al fumo per i tardo-adulti (65-74 anni) e, per gli ultra-settantatreenni nella condizione di obesità.

La crisi sanitaria ha bruscamente interrotto i miglioramenti registrati fino al 2019 nella partecipazione sociale e culturale. Oltre il 90% delle persone di 75 anni e più non ha assistito a spettacoli fuori casa; il parziale recupero rilevato nel 2022 non ha compensato la perdita avvenuta durante la pandemia., che sembra non aver inciso significativamente sulla partecipazione civica e politica.

Per quanto riguarda l'area del benessere soggettivo si riducono le quote di ultrasessantacinquenni soddisfatti del tempo libero, delle relazioni familiari e amicali, ma si rileva un incremento delle persone soddisfatte del proprio stato di salute.

Aumenta fortemente, attestandosi al 36,4 per cento, la quota di utenti regolari di internet tra le persone con più di 65 anni, oltre venti volte superiore rispetto al 2005, comportando una riduzione del divario digitale e quindi una potenziale riduzione dell'isolamento e della solitudine, e una maggiore esposizione a stimoli capaci di contrastare il declino cognitivo. (ISTAT – Rapporto annuale 2023).

Tali risultati sono riconducibili ad una serie di concause, tra le quali spicca il progresso tecnico-scientifico che ha alimentato la tendenza generale verso il miglioramento delle condizioni di vita, nonostante abbia contribuito ad aumentare stress ed inquinamento, introducendo nuove cause di morte. Al progresso tecnico-scientifico possiamo attribuire:

- Le migliorate condizioni di vita grazie all'aumento della disponibilità di risorse spendibili per vivere, quindi una migliore alimentazione, una maggior cura della persona, un'igiene più sicura della casa, sistemi di protezione più efficaci, un diverso stile di vita;

- In campo medico e biologico i progressi scientifici e tecnologici consentono di contrastare efficacemente molte malattie con interventi e cure un tempo non immaginabili;

- Il miglioramento delle condizioni igienico sanitarie della vita collettiva ha neutralizzato la diffusione delle grandi epidemie del passato e migliorato la tutela dell'ambiente;

- Le innovazioni nell'organizzazione del lavoro e dell'economia, in particolare la riduzione della fatica e del tempo del lavoro, derivanti dall'applicazioni della ricerca scientifica e dallo sviluppo tecnologico. (Renzo Scortegagna, *Invecchiare*, ed. 2005)

L'immigrazione potrebbe in parte compensare il calo della popolazione complessiva con un effetto positivo sulla popolazione attiva: gran parte dei migranti sono giovani con un tasso di fecondità notevolmente più alto di quello degli italiani (Renzo Scortegagna, *Invecchiare*, ed. 2005)

2.2 Condizioni di salute, familiari economiche ed abitative

Per quanto riguarda le condizioni di salute il quadro è positivo per chi supera i 65 anni: si stima un aumento della speranza di vita a 65 anni e una speranza di vita in buona salute di 7,5 anni per gli uomini e di 6,6 anni per le donne, dati in aumento negli ultimi dieci anni. La speranza di vita senza limitazioni nelle attività per chi aveva 65 anni nel 2018 corrispondeva a 10 anni per gli uomini e a 9,8 per le donne.

La dinamica demografica ha un effetto anche sulle forme familiari. La riduzione della fecondità, l'instabilità familiare, migrazioni, aumento speranza di vita alla nascita, invecchiamento della popolazione hanno prodotto un considerevole aumento dei nuclei familiari sempre però meno ampi.

I due terzi delle persone over 65 che vivono sole percepiscono una pensione da lavoro.

2.3 Cosa vuol dire invecchiare

Le soglie utilizzate per disegnare il quadro demografico e la distribuzione della popolazione anziana (over 65, over 75, over 80) sono il frutto di costruzioni culturali e sociali, suscettibili in quanto tali ad una revisione nel tempo e nello spazio.

Se, ad esempio, si considera l'Istat emergono il criterio demografico (basato sull'età anagrafica), il criterio di tipo economico (secondo l'età pensionabile: 60/65/70 anni), il criterio biologico (frequenza disabilità fisica per classi di età). In altri casi la suddivisione è tra giovani anziani (tra i 65 e i 74 anni), medi anziani (tra 75 e 84 anni) e grandi anziani (coloro che superano gli 85 anni). Tra i demografi storici, Peter Laslett (1996) è il primo ad introdurre il concetto di terza età, una fase attiva senza coinvolgimento nel ciclo produttivo, distinta dalla quarta età caratterizzata da maggiore vulnerabilità e da condizioni più fragili.

Il processo di invecchiamento incide sulla condizione fisica, psicologica, sociale e più ampiamente sulle trasformazioni della società. La dimensione fisica guarda non solo al declino delle funzionalità ma a quei cambiamenti che accompagnano la persona nella transizione dalla fase adulta alla senilità, quali ad esempio: menopausa, andropausa, modifiche delle risposte del sistema immunitario e delle funzioni cardiovascolari. Accanto al normale processo condiviso dalla maggior parte delle persone, Rowe e Kahn (1997) individuano un processo ottimale in cui la perdita della funzione fisica è minima e un processo patologico in cui si intrecciano comorbilità e influenze ambientali negative.

Dal punto di vista psicologico l'invecchiamento comporta alterazioni della personalità, nel funzionamento mentale e nel senso del sé. Alcuni di questi mutamenti sono fisiologici, parte dello sviluppo adulto, altri sono l'effetto di cambiamenti fisiologici dei modi di funzionamento del cervello.

La dimensione sociale riguarda le condizioni sociali degli individui. Per la maggioranza delle persone l'invecchiamento è un processo graduale. L'età però è un fattore che è alla base dell'assegnazione dei ruoli, per situare le persone all'interno di alcuni ruoli, per classificare e sulla base delle classi di appartenenza per l'assegnazione delle risorse. Si pensi ad esempio all'età minima per l'impiego e per il pensionamento, rilevanti anche per gli effetti su tutte le sfere della quotidianità nonché sulle interazioni e relazioni. L'invecchiamento sociale contempla le modalità con cui la società plasma i significati e le esperienze, le aspettative e le norme implicite cui dovremmo conformarci, essere e fare in base all'età anagrafica delimitando le opportunità disponibili a chi è nella fase avanzata della vita. L'invecchiamento sociale riguarda anche le società stesse. Le trasformazioni delle società a livello macro influiscono sui processi di invecchiamento individuali, i quali a loro volta influiscono a definire-ridefinire la senilità, il modo in cui è vissuta, interpretata e narrata nonché i ruoli ricoperti. Come scrive Amendola (2011) oggi l'anziano si presenta sulla scena sociale in modo nuovo: forte per il suo denaro – secondo alcune stime possiede il 70% della

ricchezza mondiale – e per la sua numerosità il suo voto ha una rilevanza strategica nelle democrazie occidentali. Tuttavia, all'interno del segmento sociale le disuguaglianze si presentano anche in misura maggiore rispetto a quanto avviene nelle altre fasce di età (Binstock e George 2006)

Le trasformazioni della società hanno prodotto il cambiamento nei paradigmi che descrivono e costruiscono l'invecchiamento. Negli anni 60 del secolo scorso Cumming e Henry (1961), presumendo un inevitabile declino nella fase senile, pensavano che l'uscita dal mondo produttivo aprisse una fase della vita libera dai vincoli imposti dal mercato del lavoro e che, con il pensionamento, lasciasse spazio alle generazioni più giovani.

Secondo Hochschild (1975) il processo del disimpegno era una dimensione distinta dall'invecchiamento, essendo il disimpegno condizionato da fattori socioeconomici e psicologici, risultato di un processo normativo e sociale mentre l'invecchiamento è condizionato da fattori biologici. La combinazione di fattori abbinati all'invecchiamento e altri alla natura della società e al proprio ruolo nella società portano ad associare il disimpegno a un permesso normativo. Peraltro, la teoria del disimpegno oscura i contributi delle persone anziane alla collettività.

Negli anni 70 molti studi indicano l'attività come elemento determinante la qualità della vita (Lemon, Bengtson e Peterson 1972) dando corpo alla teoria dell'attività (activity theory) che considera opportuno che la popolazione anziana copra ruoli attivi, contribuendo a dare un senso di soddisfazione rispetto alla propria esistenza. Dentro questo corpus di studi prende forma la "teoria della continuità" secondo cui le persone tendono a mantenere una continuità nella loro esistenza e a trovare modi per adattarsi ai cambiamenti legati all'invecchiamento pensando che la personalità tenda a rimanere invariata durante il processo (Neugarten 1964; Atchley 1989). Tali studi mirano a dimostrare che gli individui cercano di preservare e mantenere le proprie attività, il proprio senso del sé, le relazioni ed i modi di pensare. I cambiamenti legati all'età possono essere integrati all'interno della storia individuale senza che questi necessariamente comportino una rottura biografica (Atchley 1989, 183). Da queste riflessioni si delinea l'"etica indaffarata" di cui parla Eckerdt, estensione dell'etica del lavoro: le persone legittimano il pensionamento tenendosi occupate nel nuovo tempo libero dando un senso e continuità alla propria esistenza ed ai valori cui hanno aderito durante la fase attiva nel mercato del lavoro. Da questi lavori emerge l'idea di "invecchiamento di successo", una prima definizione è quella di Havighurst (1961), come esperienza di gioia, felicità e gratificazione nella fase di vita avanzata. Questa idea la si trova

sia nella teoria del disimpegno, attraverso il ritiro dalla vita attiva nella società, sia nella teoria dell'attività attraverso l'impegno e la partecipazione. La concettualizzazione di Neugarten (1972) è centrata sulla soddisfazione individuale: il successo è connesso alla qualità della vita percepita, un indicatore che tiene conto della continuità delle caratteristiche della personalità degli individui e del grado di diversità nei processi di invecchiamento. L'invecchiamento di successo dipende dallo stato di buona salute, da un buon livello di efficienza fisica e cognitiva e da una partecipazione alle attività sociali. Per molti adulti è possibile invecchiare bene modificando alcuni fattori ritenuti modificabili, comprendenti la partecipazione sociale e i comportamenti di salute.

Queste teorie risentono del contesto americano che presenta una crescita più contenuta della popolazione anziana e in cui i valori predominanti sono fortemente incentrati sull'indipendenza personale e sul successo personale. Sembrano disegnate sull'idealtipo del WASP (white anglo-saxon protestant) ovvero su un gruppo conservatore ed elitario. L'idea che si diffonde a partire dagli anni 90 è che l'invecchiamento sia un processo che può dispiegarsi attraverso traiettorie eterogenee positive di cui l'individuo, assumendo un ruolo attivo, diventa responsabile

Anche l'organizzazione mondiale della sanità, a partire dal 2000 promuove processi di invecchiamento positivo, in un'accezione incentrata sull'inclusione (diversamente dall'activity theory) con l'obiettivo di migliorare la qualità della vita e ottimizzare le opportunità per la salute, la partecipazione sociale e la sicurezza delle persone anziane. Con il termine partecipazione l'Oms ricomprende sia il lavoro formale e informale, sia le attività di volontariato che rispondono ai bisogni, alle capacità, alle preferenze e alle opportunità di apprendimento lungo il corso della vita. Le politiche di invecchiamento attivo si sono tradotte in provvedimenti finalizzati a estendere la fase di vita lavorativa piuttosto che su altre forme di partecipazione ed esercizio di una cittadinanza attiva, quali in particolare le attività di volontariato.

Le idee dell'OMS sull'invecchiamento attivo incidono sulle politiche dell'Unione Europea, dell'Italia e dei governi infranazionali. Il paradigma dell'invecchiamento sano ed attivo dell'OMS richiama politiche che portino gli anziani ad utilizzare al meglio il loro potenziale riducendo la dipendenza dalla famiglia e dallo stato. Focalizzandosi sui modi per influire sulle traiettorie di un buon invecchiamento, si costruiscono per differenza anche i percorsi negativi rischiando di avallare narrazioni di processi di invecchiamento fallimentari,

narrazioni che operano come livellatori sociali, che trascurano l'incidenza di differenze di classe, di genere ed etniche.

L'approccio dell'invecchiamento attivo non considera la percezione delle persone rispetto a come le stesse si definiscono in rapporto alle differenze culturali e sociali. L'approccio della prospettiva del corso di vita sembra tenere conto delle differenze tra individui, dell'eterogeneità in termini di classe, genere, etnia, risorse culturali e sociali nonché delle storie pregresse diverse tra loro.

Capitolo 3

LA TEORIA DEL CORSO DI VITA

Il corso di vita può essere definito come l'insieme dei modelli di vita a disposizione degli individui tenendo conto del contesto storico e sociale, all'interno delle mutabilità delle varie classi di età e delle istituzioni, suscettibili a mutamenti. Fornisce un quadro che permette di studiare i fenomeni che si collocano nelle intersezioni e nei passaggi tra livelli micro e macro, determinati dai contesti storici, culturali, politici, economici e sociali. L'analisi del corso di vita si basa sui seguenti cinque principi:

- 1 come si sviluppa l'esistenza e la sua durata
- 2 importanza delle coorti di nascita e dei contesti spaziali nei quali ci si colloca
- 3 postula che gli eventi possono avere diversi significati nel delineare le traiettorie di ciascuno in relazione a quando questi succedono, ossia il loro timing, e in base alla loro sincronizzazione e sequenza
- 4 spazio di agency a disposizione anche all'interno di contesti che pongono specifici vincoli e opportunità
- 5 vite legate, relazione tra il corso di vita del singolo e quello delle persone con cui questo è in relazione stretta

La teoria del corso di vita considera l'invecchiamento come processo che prende forma lungo tutta la durata dell'esistenza influenzato da una molteplicità di fattori: genetici, ambientali, culturali, rischi sociali ed eventi avversi (tipo la povertà). Condizioni che possono riprodursi da una generazione ad un'altra, in famiglia, che influiscono sul processo e sugli esiti in età senile in termini di salute, di capitale sociale e umano, di risorse economiche, materiali e culturali a disposizione. Le teorie sull'invecchiamento attivo e di successo si focalizzano sulla operosità, sulla partecipazione delle persone e sulla capacità di contribuire al mantenimento della società, non cogliendo i processi di sviluppo e le traiettorie di continuità e cambiamento nel tempo e nello spazio.

Con la teoria del corso di vita si cerca di esplorare i processi di invecchiamento osservandone gli esiti e, soprattutto, i fattori che li hanno determinati incoraggiando linee di

ricerca in tema di politiche di prevenzione e protezione sociale. Il rischio che il rimando ai contesti – storici, culturali e sociali – quali determinanti delle opportunità e dei vincoli incontrati nel corso della vita attribuisca a questi l'intera responsabilità degli esiti e delle condizioni degli anziani è mitigato dal riconoscimento e dalla valorizzazione dell'agency.

Questa prospettiva consente l'individualizzazione degli eventi e dei fattori non suscettibili all'influenza dell'agency individuale che cumulandosi nel tempo hanno un impatto permanente sui vissuti. Il concetto di “agency interna alla struttura” – agency within structure – (Settersten 2003) che si struttura in un contesto specifico e vincolante proponendo di indagare le modalità con cui gli individui si pongono degli obiettivi, intraprendono corsi di azione e costruiscono significati all'interno dei parametri imposti dal contesto, oltre che se e come questi parametri possano essere modificati dalle proprie azioni.

Gli studi di Wilkinson e Marmot (Wilkinson 2003; Marmot 2005) evidenziano numerosi e differenti fattori che determinano in concorso tra loro diseguaglianze di salute tra cui: gradiente sociale, stress, prima parte della vita, emarginazione sociale, lavoro, disoccupazione, supporto sociale, dipendenze, alimentazione, trasporti. I determinanti di salute evocano tutti i diversi livelli di analisi – macro, meso, micro – che nelle varie composizioni formano diverse configurazioni di salute, che non dipendono soltanto dalla qualità del sistema sanitario universalmente accessibile, ma sono l'esito dell'interazione degli individui con un ambiente fisico e sociale interno ad un contesto socioeconomico e culturale dato. Cardano (2008) parla di “differenze biografiche incise nei corpi” e di “cicatrici”, le esperienze lungo il corso di vita sono rilevanti nel delinearne diverse condizioni di salute in età adulta. L'agency stessa, e le responsabilità individuali, concorre nei limiti in cui è esercitabile alle traiettorie di salute ed è condizionata dal contesto specifico che rende possibili o non praticabili determinate esperienze. Determinati comportamenti non salubri che incidono sull'aspettativa di vita possono considerarsi come l'esito di vincoli determinati dal contesto, vale a dire insieme a vari altri fattori su cui l'individuo non ha alcuno potere.

Oltre al contesto si considera il come – le caratteristiche dell'individuo e della rete di supporto – e il quando – quello che accade prima e dopo – alcuni eventi particolarmente stressanti si manifestano così da capirne gli effetti. Ad esempio, la morte del coniuge può avere effetti diversi a seconda che il coniuge superstite sia uomo o donna e, in alcuni casi può rappresentare la chiusura, se non addirittura la soluzione, di situazioni di stress cronico precedente, come nel caso di matrimoni insoddisfacenti o anche violenti. Molti altri elementi

devono essere tenuti presenti. Nel caso della vedovanza secondo alcuni studi sono le donne anziane a provare una nuova sensazione di libertà e autonomia, una nuova fase della vita. Per contro gli uomini anziani sembrano incapaci di mantenere o di costruire nuove relazioni e questo può avere un risvolto sulla percezione della qualità della vita e, conseguentemente, sul senso attribuito alla propria esistenza dopo la morte del coniuge. Eventi in apparenza simili possono avere, significati sociali e soggettivi diversi.

Il peso degli eventi è poi determinato dalla durata. La disoccupazione temporanea è diversa dalla disoccupazione di lungo periodo, significati ed effetti sono profondamente diversi. Il concetto di dipendenza dalla situazione (Olagnero, 2001, 127) postula che chi si trova in una posizione per un periodo relativamente lungo ha una probabilità alta di rimanerci. Le condizioni di deprivazione hanno effetti sul modo in cui si invecchia e sui vincoli e opportunità di invecchiamento attivo di successo.

Il principio delle vite collegate esplora le connessioni tra le traiettorie dei singoli e quelle delle persone appartenenti alla cerchia amicale e familiare. Già a partire dagli anni '90 si sono sviluppati studi attenti alla relazione tra individuo e famiglia e al corso di vita familiare [Bengtson e Allen 1993; Micheli e Tulumello 1990; Leisering e Leibfried 1999; Olagnero 1999]. In *Children of the Great Depression*, Elder (1974) indagava sui modi in cui la recessione economica incidesse sui corsi di vita dei bambini che ne avevano fatto esperienza sulla base del contesto familiare (i.e. situazione finanziaria), delle caratteristiche personali (i.e. età, genere, coorte) e della loro posizione all'interno della famiglia (i.e. ordine di nascita) e sul corso di vita familiare soffermandosi sulla traiettorie delle singole famiglie, le interconnessioni tra i membri e come le famiglie possano veicolare opportunità o vincoli per i suoi componenti. Le strutture familiari cambiano per effetto della mutevolezza delle caratteristiche del contesto storico e sociale, del timing e della durata delle esperienze individuali di entrata ed uscita dai diversi status familiari. Trasformazioni che producono vissuti diversi a seconda delle coorti di nascita, di matrimonio e di genitorialità, riguardanti la numerosità dei membri familiari, la crescita dei single anche tra gli anziani, l'instabilità coniugale e le forme di solidarietà intergenerazionale. L'effetto dell'aumento della speranza di vita e della riduzione della natalità ha portato con sé una verticalizzazione delle relazioni familiari, più generazioni coesistono nel tempo e capita che si mantenga lo status di figlio anche quando si diventa genitore e nonno. Si assiste ad una rarefazione delle reti parentali ma anche ad un rafforzamento di queste con forti legami di interdipendenza e solidarietà intragenerazionali, fortificati anche all'emersione di nuovi bisogni di cura riconducibili

all'ingresso nel mercato del lavoro delle donne. In Italia la famiglia è la principale responsabile del sostegno dei suoi membri, priva per lo più del supporto dello stato. Questo fa sì che spesso gli aiuti fra le generazioni si muovano dall'alto verso il basso, per cui i nonni spesso coprono i buchi non colmati dal sistema di welfare occupandosi della cura dei nipoti. Diverse forme di solidarietà - affettiva, associativa e funzionale - legano tra loro le generazioni per un periodo più lungo rispetto al passato.

Considerando il principio delle vite collegate e la teoria dell'accumulo dei vantaggi lungo il corso di vita, tenendo conto anche del corso di vita familiare si può osservare come i vantaggi o gli svantaggi possano acuirsi nel tempo nel passaggio tra generazioni. Nell'osservare i corsi di vita ed i processi di invecchiamento si devono considerare i vari elementi che compongono il capitale del corso della vita, ovvero il capitale umano (istruzione e esperienze nel mercato del lavoro regolare), capitale psicofisico (salute e benessere), capitale sociale (relazioni, anche quelle tossiche e dannose), il capitale personale (competenze e capacità del singolo di interagire nel suo ambiente), capitale culturale (conoscenze e valori trasmessi dalle agenzie educative).

Capitolo 4

LE PERSONE OVER 65 E LA LORO NARRAZIONE DELL'ESSERE ANZIANE

Sneed e Whitbourne (2005) individuano sei stereotipi legati all'invecchiamento:

1. il primo riguarda la vita sociale, percepita come povera, senza amicizie strette e senza legami familiari;
2. il secondo descrive gli anziani come maggiormente affetti da disturbi umorali;
3. le persone anziane sarebbero rigide e incapaci di accettare il declino dell'invecchiamento;
4. tendenza a uniformare le persone over 65 in un gruppo tendenzialmente omogeneo;
5. gli anziani sono fragili e non autosufficienti;
6. gli anziani soffrono di un deficit cognitivo psicologico;

Nonostante questi stereotipi siano smentiti da numerose ricerche sulla popolazione anziana, la popolarità di queste rappresentazioni va oltre l'immaginario comune, ha alimentato anche le teorie dell'invecchiamento, come la teoria del disimpegno secondo cui la contrazione delle reti sociali fa parte del processo di preparazione alla morte anche da parte delle persone a loro vicine. Questa teoria è stata criticata come ageista, ovvero discriminatoria in base all'età. È stata sostituita dalla prospettiva dell'invecchiamento attivo che si concentra sulle azioni che dovrebbero essere intraprese per invecchiare in modo sano, sicuro e sostenibile enfatizzando i diversi modi in cui gli anziani possono contribuire alla propria salute, oltre che al benessere delle proprie famiglie, della comunità e della società in generale. L'adozione di questa prospettiva ha informato le politiche sia a livello globale che europeo e nazionale/regionale. L'OMS (2002) ha definito l'invecchiamento attivo come "il processo di ottimizzazione delle opportunità di salute, partecipazione e sicurezza per migliorare la qualità della vita delle persone che invecchiano", presentandolo sia come obiettivo ideale a livello personale che dei policy makers.

Il compito delle politiche a supporto dell'invecchiamento attivo e di successo dovrebbe essere quello di attenuare l'impatto degli svantaggi cumulativi che, lungo il corso di vita, hanno esiti negativi determinando cattive condizioni di invecchiamento. Le premesse

concettuali del “invecchiamento attivo e di successo” sono alla base degli standard culturali normativi che permeano l’intera società, con il rischio di alimentare pregiudizi ageisti nei confronti di chi non può o non vuole conformarsi. La promozione di abitudini sane e salutari collegata alla capacità anche di mantenere un aspetto giovane e socialmente accettabile rischia di creare una connessione con la spesa che si può (o si deve) sostenere per contrastare il declino.

L’invecchiamento attivo e di successo diviene una sorta di imperativo morale per le persone che vogliono mantenere la propria indipendenza e partecipazione che, però, sposta sulle persone la responsabilità degli esiti che via via si manifestano con l’incedere del tempo e l’avanzamento dell’invecchiamento. Rischiando di perdere di vista gli aspetti considerati fondamentali dalla prospettiva del corso di vita per la comprensione delle traiettorie individuali. La tensione tra aspetti strutturali della società e azioni individuali è lo sfondo su cui si sono sviluppate riflessioni sul concetto di agency, ovvero la capacità di agire o di pianificare il proprio futuro in modo attivo, cosciente ed intenzionale in funzione del raggiungimento del futuro immaginato, capacità di controllo della propria esistenza e possibilità di resistere a condizioni avverse.

4.1 Le politiche di invecchiamento attivo

L’allungamento della vita è un fenomeno ambivalente, da un lato è il risultato delle conoscenze mediche, scientifiche e tecnologiche a ciò finalizzate, dall’altro lato, dal versante di governo e decisori politici, è percepito come problematico per le ricadute in ambito finanziario e sanitario soprattutto. Nei paesi occidentali gli anziani non solo sono sempre in aumento numericamente, ma rappresentano una sempre maggior quota della popolazione, anche per effetto della bassa natalità, determinando un invecchiamento della società e, conseguentemente la necessità di gestire il fenomeno in modo socialmente ed economicamente sostenibile non solo con riferimento all’aumento della componente anziana ma anche al prossimo ingresso nella fase dell’invecchiamento da parte dei baby boomers degli anni 60.

Laslett (1991) nel definire la terza età come un periodo libero dagli impegni dettati dal mercato del lavoro in cui si sarebbero potute investire le capacità e le competenze accumulate nella fase della maturità in favore della società, continuando ad essere responsabili anziché dedicarsi esclusivamente ad attività ludiche. Cruciale erano conseguentemente le opportunità di formazione ed educazione. Nei fatti la distinzione tra adulti ed anziani è meno

visibile. Gli stili di vita e i consumi si sono uniformati, il superamento dell'idea che alcune attività possano essere inappropriate e l'attenzione allo stile di vita individuale occultano in alcuni casi la promozione della cultura del consumismo e la rilevanza della classe sociale di appartenenza. La partecipazione in generale è condizionata dalla disponibilità di risorse.

Il modello di Rowe e Kahn (1997) dell'invecchiamento di successo e tra quelli che hanno influenzato ricerche e politiche sociali. Mette al centro le persone anziane come soggetti responsabili delle loro condizioni di salute. Per preservare buone condizioni di salute promuove uno stile di vita attivo, segnato da indipendenza e produttività anche in età avanzata, da partecipazione e svolgimento di attività atte a migliorare il proprio senso di benessere (Walker 2002). La teoria dell'attività è delineata in un contesto di preoccupazione per la crescita demografica degli anziani e per le implicazioni in termini di copertura dei costi da sostenere per la cura correlata a condizioni di salute compromesse e alla dipendenza da servizi la cui erogazione è di competenza del welfare state. L'invecchiamento di successo, formula potente, si è imposta come idea dominante quando si parla di senilità in opposizione all'idea del disengagement in cui la vecchiaia è un periodo che comporta la perdita dei ruoli dell'età adulta.

L'OMS (WHO 2002) parla dell'invecchiamento come di un processo di ottimizzazione delle opportunità di partecipazione, salute e sicurezza per gli anziani.

Le critiche a queste impostazioni possono essere ricondotte a quattro aree: 1) predominanza dell'approccio economico, 2) visione omogeneizzante dell'età anziana, 3) ideologia dominante di individualizzazione della responsabilità, 4) promozione di un'idea di salutismo che si lega al tabù della morte.

La prima area rileva che il paradigma dell'invecchiamento attivo ha sostenuto politiche economiche e produttive che si sono tradotte in un'estensione della vita lavorativa rispetto ad altre possibili politiche, trascurando le differenze culturali e sociali riguardanti il modo in cui si definiscono le persone, nonché l'eterogeneità delle aspirazioni riguardo la fase avanzate della vita adulta. L'Unione Europea nei suoi documenti sulla promozione dell'invecchiamento attivo del 2012 tentava di arginare questa semplificazione richiamando le istituzioni a farsi carico delle diversità interne alle generazioni più anziane, diversità destinata ad amplificarsi.

La seconda area evidenzia il rischio che l'invecchiamento di successo divenga oppressivo in quanto costruisce un modello ideale che nella pratica porta ad esclusioni in quanto i vantaggi/svantaggi cumulati lungo il corso di vita sono diversi tra loro così come sono

diseguali le opportunità di invecchiare in salute. L'invecchiamento attivo non sempre è possibile e la promozione di tale approccio rischia di accentuare le disuguaglianze, escludendo ulteriormente chi già si trova ai margini.

La terza area rileva che i modelli che promuovono l'invecchiamento di successo si fondano sull'ideologia economica neoliberale che focalizzandosi sulla responsabilità individuale del proprio stato di benessere, colpevolizzano chi non vuole o non può adeguarsi al modello ideale di anziano attivo. Questa impostazione trascura la valenza delle condizioni di contesto che incidono sulle opportunità di mantenere uno stato di salute buono. Si rischia inoltre che gli anziani bisognosi di aiuto evitino di richiedere l'aiuto ed il supporto loro necessario per timore di essere stigmatizzati. In età avanzata si tende a costruire la propria identità in relazione ai discorsi dominanti che danno forma a cosa significhi essere anziani ma anche a processi di etichettamento negativo di chi non si adegua al modello.

La quarta area prende in esame l'ideologia del salutismo alla cui base c'è un imperativo morale che collega la buona salute ad un'esistenza virtuosa e, correlativamente, ad una cattiva salute comportamenti dissoluti e irresponsabili. Implicitamente si rifiuta l'ineluttabilità del declino fisico e della morte. Si maschera il corpo che deve apparire giovane ricorrendo a consumi che celano i segni incisi nel corpo dall'avanzare dell'età, quali creme antiage, attività fisica, trucchi ecc.

A partire dall'approccio delle capacità di Sen (1987) si è riformulato il paradigma dell'invecchiamento attivo prestando attenzione al benessere, ai valori e all'aspirazione delle persone, piuttosto che al consumo di beni. Ciò che è importante sono le capacità individuali utili ai funzionamenti, ciò che le persone possono fare ed essere perché messe nelle condizioni di poter perseguire ciò che ritengono essere il meglio per sé (Sen 1993). Questo approccio estende l'attenzione alle determinanti delle disuguaglianze che possono alterare il processo di trasformazione delle risorse in benessere, in termini di salute, istruzione, capitale sociale e culturale. Introducendo la considerazione dei contesti con l'idea che possono o meno abilitare a funzionare e a sostenere il massimo grado di libertà, l'invecchiamento di successo non è più esclusiva responsabilità individuale, con i suoi imperativi morali e standard definiti a priori., ma una responsabilità condivisa che tematizza le soggettività in modo riflessivo rispetto alle definizioni e percezioni individuali, oltre che un'opportunità di riflessione sui contesti sociali ed ambientali.

L'OMS stessa in riscontro alle sempre più nutrite critiche al paradigma dell'invecchiamento attivo ha formulato strategie di policy intese a superare la visione

economicistica e produttiva, per interessarsi ai contesti capacitanti e alle capacità funzionali, definite come interazione tra capacità individuali e caratteristiche ambientali rilevanti. Cosa le persone possono essere e fare in relazione a ciò che hanno motivo di apprezzare è determinata dalla combinazione dei diversi elementi diventando un tema centrale anche nella stessa OMS.

Alcuni contributi (Walker 2009, Foster e Walker 2015) nel tentativo di sintetizzare e delineare le diverse dimensioni in cui si trasfonde il concetto di invecchiamento attivo isolano alcuni principi fondamentali che dovrebbero informare le politiche:

1. È fondamentale fare una ricognizione di tutte le attività significative che migliorano il benessere individuale, compreso il volontariato oltretutto il lavoro retribuito e le attività ricreative neutralizzando le barriere di ingresso.

2. Le politiche dovrebbero sviluppare e promuovere le iniziative di prevenzione indirizzandole a tutti i gruppi di età durante tutto il corso della vita

3. È probabile che concentrare l'attenzione al "giovane-anziano" escluda i più fragili e dipendenti che devono essere coinvolti al pari degli altri

4. La solidarietà intergenerazionale dovrebbe essere perseguita in quanto implica una maggior equità tra le generazioni

5. la promozione dei diritti di protezione sociale, l'istruzione e la formazione permanente dovrebbe accompagnarsi all'impegno a garantirne l'esigibilità traendo vantaggio dalle esperienze vissute anche al di fuori del mercato del lavoro

6. Le strategie per l'invecchiamento attivo dovrebbero restituire con iniziative politiche top-down potere alle persone garantendo loro la possibilità di esercitare voce e advocacy impegnando le necessarie risorse finanziarie affinché possano fare uso della loro libertà personale per partecipare alle attività.

7. Ponderare le differenze culturali e le caratteristiche dei vari gruppi etnici che possono presentare preferenze e idee contrastanti rispetto all'idea di invecchiamento attivo con riguardo anche alle condizioni socioeconomiche.

L'invecchiamento attivo guarda anche a questioni strutturali ed economiche come determinanti che influenzano il processo di invecchiamento. "La morte non è democratica" (Esping-Andersen 2009, 147), le condizioni socioeconomiche incidono sulla longevità, e quindi sulla ineguale distribuzione nello spazio, sia a livello infra-nazionale che tra paesi differenti, poiché le preferenze per le attività cui si desidera partecipare variano con l'età e con le trasformazioni nelle condizioni.

Capitolo 5

PROFILO SOCIALE DELLA GRANDE VECCHIAIA

I grandi vecchi, persone ultra-ottantacinquenni, sono in costante aumento in tutti i paesi industrializzati. Ciò rende necessaria un'analisi che vada oltre la valutazione quantitativa del fenomeno e del suo impatto sul welfare, che cerchi di individuare un profilo sociale di questa fascia di popolazione per poter comprendere i problemi che devono essere affrontati nella quotidianità. Una cultura dell'invecchiamento avanzato è auspicabile sia posseduta non solo dai policy maker e dagli operatori sociosanitari che lavorano con le persone anziane, ma anche da coloro che si trovano a vivere questa fase della loro vita. I grandi anziani devono confrontarsi con un ridimensionamento delle risorse biologiche che si vanno degradando potendo contare su un alleato, l'ambiente sociale e culturale che li può supportare nel fronteggiare i problemi della vita quotidiana e a dare un senso a questa fase dell'esistenza (Paul Baltes, 1997).

Vincent Caradec (2004) considera tre dimensioni:

- 1 il rapporto pragmatico con mondo – tensione tra le polarità: allontanamento dal mondo / permanenza nel mondo;
- 2 il rapporto con il sé – tensione tra le polarità compiutezza / incompiutezza;
- 3 il sentimento di appartenenza al mondo – tensione tra le polarità estraneità / familiarità del mondo;

5.1 Il rapporto pragmatico con il mondo

Le principali limitazioni di varia natura che producono cambiamenti nella quotidianità possono investire più ambiti di vita, Caradec (2004,2007) le riconduce ai seguenti fattori:

1. Il peggioramento della salute fisica e funzionale;
2. L'abbassamento dell'energia vitale;
3. La rarefazione delle opportunità di impiego;
4. La contrazione della vita di relazione;
5. La consapevolezza accresciuta della finitezza della vita;

il concorso di questi fattori, in combinazioni diverse da individuo a individuo, riduce lo spazio fisico e sociale della persona alimentando la sensazione di un allontanamento dal mondo.

Le difficoltà nella deambulazione porta ad un restringimento dello spazio-azione, le cui forme e significati sono connesse alla posizione dell'abitazione nel contesto urbano. Ad esempio, nei grandi quartieri periferici i luoghi pubblici sono sovente non accessibili non solo a causa delle barriere architettoniche ma anche all'estensione delle distanze andando a deprimere lo stimolo a fruire degli spazi extradomestici che favoriscono la socializzazione, quali centri sociali e aree verdi. Per chi vive nei quartieri centrali la scomparsa degli abituali punti di riferimento rappresentati di piccoli esercizi commerciali può scoraggiare dalle uscite.

La rarefazione delle frequentazioni dello spazio extradomestico può trasformarlo in una fonte di ansia quale ad esempio la paura di guidare, di essere, quando si cammina, un ostacolo per il flusso pedonale, di salire sull'autobus a causa dell'altezza dei gradini e della difficoltà a mantenere l'equilibrio durante la marcia. Riducono le loro uscite evitando luoghi e orari affollati privilegiando gli spazi protetti, i percorsi conosciuti. Le difficoltà motorie limitano alcuni all'interno dello spazio domestico, anche questo col tempo va contraendosi al percorso dalla camera da letto alla poltrona e viceversa.

Con l'insorgere della sordità anche lo spazio uditivo si contrae, molti suoni sfuggono o si perdono. sul piano visivo molte cose sono viste meno nitidamente, sul piano cognitivo la copertura dei processi intellettuali è minore così come i tempi di reazione si allungano.

Lo spazio temporale è molto ridotto, la consapevolezza di non avere molto tempo da vivere spinge e comprime il tempo dentro ritmi della vita quotidiana che si fanno sempre più rigidi scanditi in molti casi dagli orari delle trasmissioni televisive e radiofoniche.

La restrizione dello spazio sociale si manifesta nell'ambito familiare, sia per la sempre minor frequenza delle convivenze intergenerazionali sia per l'aumento della vedovanza. Le relazioni familiari rimangono solide e frequenti i contatti con i figli e con i fratelli e le sorelle. Esistono però anche sacche di isolamento sociale. la vita di relazione extra familiare risente dalla contrazione delle reti amicali dei coetanei falcidiate dai decessi e dal ripiegamento nello spazio domestico in cui le occasioni di incontro sono limitate. Anche l'aspetto fisico esteriore può influenzare la vita sociale del grande anziano, data l'enfaticizzazione della bellezza fisica, posta al centro delle relazioni. La restrizione dello spazio sociale può essere anche culturale, gli stili di vita dominanti nella nostra società

concepita per individui autonomi accompagnati da rappresentazioni sociali della vecchiaia stigmatizzanti alimentano una percezione di estraneità verso un mondo i cui valori non si riescono a condividere.

Nell'età avanzata avvengono anche cambiamenti qualitativi nei legami sociali quali la minore varietà delle relazioni che tendono a concentrarsi nell'ambiente familiare e nelle reti amicali di coetanei. I deficit di natura sensoriale riducono la capacità di raccogliere informazioni dall'ambiente esterno traducendosi in alterazioni delle routine che rimangono prive di quei riferimenti atti a scandire le attività quotidiane regolandone i ritmi. Informazioni quali luce, alternanza giorno notte, ore pasti etc. sono importanti per i nostri sincronizzatori socio-sensoriali permettendo al nostro organismo di regolare i suoi ritmi e il suo funzionamento (sonno, appetito etc.). la carenza di informazioni adeguate sull'ambiente crea quell'insicurezza che frena progetti, attività e relazioni con gli altri.

La riduzione delle attività può derivare anche dalla coscienza accresciuta della propria finitezza che, data la prospettiva di vita limitata, può alimentare un sentimento di rinuncia a nuovi investimenti affettivi.

La progressiva avanzata di deficit sensoriali e motori dilata le distanze fra sé e il mondo (quello che era vicino diventa lontano, quello che era leggero diventa pesante, ciò che è in alto non è più afferrabile) inducendo a una contromisura difensiva che consiste nel ritrarsi dal mondo. La consapevolezza della propria fragilità spaventa, il minimo incidente può avere effetti catastrofici e irreversibili per la qualità della sua vita considerata la tendenza sempre più accentuata a ridisegnare le reti di solidarietà, pubblica e privata. Il compito assegnatogli dalla società sembra essere quello di non diventare un peso per nessuno. La contrazione dello spazio-azione non dipende esclusivamente dalle condizioni ambientali, è lo stesso grande anziano che per mantenere il controllo sulla sua vita limita gli elementi da controllare ridisegnando le proprie attività e abitudini.

I sociologi Barthe, Clement e Drulhe (1988) hanno elaborato il concetto di abbandono che vede l'anziano impegnato in un lavoro di negoziazione finalizzato alla conservazione della sua identità minacciata dalle implicazioni biologiche e sociali legate al trascorrere del tempo. Il concetto richiama principi vicini all'interazionismo simbolico (Blumer, 2008; Garfinkel, 1967) e al costruttivismo sociale (Berger, Luckmann, 1969) cercando di andare oltre la teoria del disimpegno (Cumming, Henry, 1961) per rivedere in diversa prospettiva la perdita di competenza e la svalorizzazione del sé.

Secondo la teoria dell'abbandono per mantenere il controllo della propria vita l'anziano ha a disposizione varie soluzioni, può ricorrere ad aiuti tecnici, ad astuzie per aggirare le difficoltà che si presentano, può sostituire modalità usate nelle pratiche quotidiane divenute impossibili con altre più facilmente accessibili.

Nel concetto di abbandono si possono ravvisare analogie con il concetto di ottimizzazione funzionale elaborato da Paul Baltes (1991, 1997). La teoria dell'ottimizzazione funzionale non propone una strategia per contrastare il declino fisico, processo naturale inevitabile, ma per controllarlo affettivamente e cognitivamente utilizzando tre strategie: la selezione, l'ottimizzazione e la compensazione. Si selezionano e si svolgono le attività più significative abbandonando le altre, ci si concentra nelle attività selezionate allo scopo di svolgerle al meglio e si ricorre a procedure e tecniche che rendono possibile l'esercizio di tali attività pur in presenza di specifici deficit.

L'abbandono alla fine altro non è che un processo di riorganizzazione del rapporto pragmatico con il mondo per affrontare le emergenti limitazioni e gli effetti che queste hanno sull'autonomia fisica e funzionale.

5.2 Il rapporto con il sé

Nelle società premoderne l'individuo viveva in un mondo coerente caratterizzato da stabilità e continuità, nella società postmoderna l'individuo vive in una pluralità di mondi sociali in continua evoluzione. L'appartenenza simultanea a parti di questa pluralità porta alla relativizzazione di ciascuna componente con la conseguenza che l'ordine istituzionale vigente in ogni mondo perde una parte di influenza sulla sua vita, portandolo a prestare maggiore attenzione alla sua sfera soggettiva. I percorsi biografici che ne scaturiscono possono essere considerati delle migrazioni tra mondi sociali diversi che realizzano un certo numero di identità, rendono l'individuo vulnerabile alle varie definizioni che gli altri danno di lui, portandolo a cercare dentro di sé un ancoraggio che non trova nella società.

Nel grande anziano questa ricerca si snoda tra le polarità della compiutezza/incompiutezza e può essere gestita ancorando la propria identità a ciò che si è stati o a ciò che si è. Il problema dell'identità si pone nello spazio temporale in cui ancorare il proprio sentimento di autostima su cui costruire il rapporto con sé stessi e gli altri. La valutazione di sé stessi passa attraverso il confronto con persone della stessa classe di età, spesso con persone che si ritengono inferiori applicando la strategia del confronto discendente. Gli eventi del passato vengono recuperati a salvaguardia del proprio valore: un

successo scolastico, un'esperienza di lavoro valutata positivamente, la partecipazione a un grande evento.

Da una certa età in poi diventa sempre più difficile non riconoscere di essere diventati vecchi, tale questione può essere affrontata in due modi, da un lato come persone che stanno diventando vecchie ma che non lo sono ancora, dall'altro prendendo atto di essere vecchie. Modi che rinviano a due "identità narrative" (Ricoeur, 1990) o a due "racconti di sé" (Giddens, 1991) differenti indicando due modalità opposte di fissare il legame tra passato e presente e di progettarsi per l'avvenire. Nel primo caso, persone che stanno diventando vecchie ma non lo sono ancora, non viene avvertita una cesura netta tra ciò che sono stati e ciò che sono ma una continuità. Nel secondo caso, persone che riconoscono di essere vecchie, si può avere la sensazione che sia avvenuta una frattura in un tempo preciso a partire dal quale si sentono diversi da come erano prima. La definizione di sé non rispecchia meccanicamente la situazione oggettiva della persona. Ciascuno elabora una propria narrazione del proprio invecchiamento. In questi sviluppi l'influenza esercitata dalle relazioni con gli altri contribuirebbe a imporre, con i loro sguardi e le loro comunicazioni, degli etichettamenti (Goffman, 1969). Una ricerca australiana (Minichiello, Browne, Kendig, 2000) mostra come la coscienza di invecchiare possa essere rafforzata dalle interazioni quotidiane con gli altri che esporrebbero l'anziano a rispecchiamenti quali ad esempio l'insofferenza per la lentezza, mancanza di attenzione e di pazienza da parte di medici, comportamenti protettivi e condiscendenti da parte dei più giovani.

Un fattore di incomprendimento deriva dal contrasto tra l'immagine interiore e l'immagine esteriore di sé. Hepworth (1991) sostiene che "al centro della difficoltà di spiegare cosa sia essere vecchi sta la consapevolezza di una differenza esperienziale tra i processi fisici dell'invecchiamento, così come si manifestano nella loro apparenza esterna, e il sé reale interno e soggettivo, che paradossalmente rimane giovane". Il declino fisico sarebbe come una maschera che sovrappone a un corpo interno che mantiene i tratti della giovinezza.

5.3 Il sentimento di appartenenza al mondo

La tensione tra estraneità e familiarità con il mondo deriva da un lato dalla impossibilità di occupare un posto stabile dall'altro dalle crescenti difficoltà di comprenderlo e di esserne compreso.

A seconda della cultura dominante il vissuto di estraneità nei confronti di quella che è considerata vita normale degli altri assume forme e significati diversi. Per i contadini deriva

dall'impossibilità di continuare il lavoro agricolo che fino a quel momento aveva permesso loro di sentirsi partecipi della "grande liturgia cosmica". Per gli operai e i quadri della società industriale basata sulla centralità del lavoro dal sentimento di lontananza dal mondo professionale o dai sostituti trovati dopo il pensionamento. Per i membri delle classi medie e superiori, portatori dell'etica dello sviluppo personale derivano dall'impossibilità di continuare a condividere la ricerca dei piaceri che può offrire l'esistenza. L'antropologa Margaret Mead (1978) considera l'anziano come un immigrato nel tempo, proveniente da un tempo anteriore, da una cultura più antica. Le risorse disponibili per proteggersi e superare questa fase non derivano soltanto dal bagaglio personale dell'individuo ma anche dalle reti di supporto sociali, che provvedono o meno gli aiuti tecnici ed umani. Lo smarrimento provocato dalla profondità culturale della frattura tra passato e presente riguarda non soltanto i grandi vecchi ma anche gran parte dei soggetti che vivono nella società postmoderna che ha visto l'allentamento e la frammentazione di quei legami sociali che assicuravano un senso di appartenenza ad una comunità. Il sentimento di incertezza che ne deriva influisce sia sull'agire quotidiano che sull'immagine del mondo futuro, al modo di vivere e ai criteri di valutazione dei comportamenti. Chi ha difficoltà a sostenere questa situazione si pone alla ricerca di un territorio maggiormente definito ove tracciare un confine cercando di riconquistare una posizione sociale sicura e uno spazio inviolabile in cui progettare la propria vita senza interferenze. La ricerca di questo nuovo spazio assume la forma del ripiegamento domestico. La casa diviene fondamentale in quanto rifugio, protezione da un ambiente esterno percepito ostile e minaccioso, e in quanto riferimento identitario quando diventa il simbolo di quello che si è stato e di quello che si è. Jean Buoisson (2007) esplora il rapporto tra la vulnerabilità e la routinizzazione. La vulnerabilità sottrae all'individuo punti di riferimento familiari a causa di eventi sia esterni (morte del coniuge, perdita di ruoli sociali ecc.) che interni (peggioramento dello stato di salute, deficit cognitivi, ecc.) che possono condurre ad un indebolimento del sentimento di identità e a un ridimensionamento della propria autostima. L'impossibilità di utilizzare la propria esperienza per affrontare una nuova realtà fa sì che il nostro io sia investito da un'intensa ansia che mina la capacità di garantire la sicurezza di base. Per Buoisson vi sono molte analogie con le situazioni estreme (Fischer) definite in campo sociologico. In situazioni estreme si accentua la vigilanza sia nei confronti dei rischi esterni, reali o immaginari, sia nei confronti della minaccia interna della perdita del controllo. Le manifestazioni di questo sentimento, indipendentemente dalla causa scatenante, vengono ricondotte alla routinizzazione: condizione psicologica e modo di

guardare ciò che ci circonda con una maggiore sensibilità. La perdita della sicurezza interiore genera la paura, la paura di impazzire, di spersonalizzarsi, di essere trascinati in una dimensione immaginaria. Le relazioni con il mondo esterno vengono percepite come fonti di rischio e possono portare a vissuti persecutori.

Bouisson (2007) individua quattro meccanismi difensivi su cui si fonda la routinizzazione:

1. Regressione a bisogni infantili
2. Concentrazione del pensiero su pochi contenuti e poche attività
3. Assunzione di un ordine fisso e rigido in tutto ciò che appartiene all'universo prossimo e familiare
4. Delimitazione di un territorio intimo alla periferia del sé, all'interno del quale collocare alcuni oggetti cui assegnare la funzione di reperti identitari.

Con l'instaurazione di un ordine fisso e rigido che scandisce le diverse attività temporali si cerca di rendere la vita il più prevedibile possibile e quindi più sotto controllo. Sono soprattutto le persone che hanno un'idea negativa del loro stato di salute o che soffrono di una riduzione della autonomia funzionale ad avere il bisogno di avere ritmi giornalieri e settimanali ben definiti e rigorosi, essendo un aspetto centrale della qualità della vita. Per il benessere della persona anziana è importante metterla nella condizione di poter conservare e padroneggiare le proprie routine. In molti casi le routine sono un segnale di vulnerabilità psicologica che può derivare da uno stato ansioso e che può rappresentare un sintomo premonitore di una sindrome demenziale. A lungo andare le routine diventano una sorta di prigione che cristallizza la persona impoverendo progressivamente le sue relazioni sociali allontanandolo dal suo ambiente familiare, con il rischio di accelerare le sue perdite e la sua entrata in un processo demenziale. La routinizzazione può allora diventare tossica rendendo necessari interventi per neutralizzare questi effetti latenti.

Quando l'ambiente domestico ha la funzione di riferimento identitario, l'abitare assume una configurazione e un significato diversi. I tempi, gli spazi e le relazioni che scandiscono la vita domestica non hanno più lo scopo di perimetrare un territorio minimo di sopravvivenza, separato ed esclusivo rispetto a un mondo circostante ritenuto ostile, ma servono per dare una forma al vivere quotidiano che riflette uno sguardo amorevole di sé. La casa diviene l'espressione di quelle arti dell'esistenza che per Michel Foucault (2009) rappresentano pratiche ragionate e volontarie attraverso le quali gli uomini si fissano canoni di comportamento e cercano di trasformarsi, di modificarsi nella loro essenza, di fare della

loro vita un'opera che esprima certi valori estetici e risponda a determinati criteri di stile (Foucault, 2009). In questo caso il ripiegamento domestico è un modo di partecipare al destino degli altri immedesimandosi nelle loro gioie e sofferenze. Il modello della "dimora sicura" è finalizzato a stabilire, cristallizzandola, una differenza fra sé e l'altro e fra sé e il mondo percependo l'altro e il mondo ostili. nel modello della cura di sé l'abitazione assolve una funzione integrativa assicurando la possibilità di mantenere nel tempo il senso di questa differenza, ossia il senso di continuità del sé (Sciolla,1983).

5.4 Una molteplicità di forme del vivere

I grandi anziani hanno vissuto e concorso alla transizione tra la modernità e la postmodernità assorbendone i valori e le pratiche sociali in modo anche critico, sono anche competenti e capaci di rivedere, ridefinire, riformulare strategie e percorsi di vita.

La vita dell'uomo ha un andamento biologico che può ostacolare o potenziare le nostre capacità adattative nel momento in cui vengono meno le nostre capacità funzionali, l'uomo con il suo patrimonio di idee, credenze, ruoli sociali e costante apprendimento può produrre cultura, anche cultura della vecchiaia, che si traduce in nuove strategie per acquisire informazioni ed energie per padroneggiare le necessità corporee e ambientali che cambiano, riducendo le forze fisiche che spesso si accompagnano ad un decadimento cognitivo. Alcuni sanno utilizzare la "saggezza" intesa come capacità di adottare strategie di vita apprese dall'esperienza e raffinate dalle difficoltà incontrate. Queste differenze individuali confermano che la saggezza propria di un individuo che invecchia è il risultato ottimale della evoluzione in termini psichici, che supera le barriere biologiche differenziando l'invecchiamento biologico e psicologico.

I cambiamenti numerosi e temporalmente sempre meno distanziati uno dall'altro costringe l'anziano a un costante processo di riconversione identitaria che recuperi l'equilibrio tra i suoi vari sottosistemi. Il risultato è pervaso da una forte fragilità poiché l'identità necessita di un riconoscimento sociale.

La dominanza nella nostra società di una visione della vecchiaia fortemente condizionata da paure e stereotipi e la cultura positiva dell'invecchiamento confinata all'interno della cerchia degli specialisti, rende difficile il riconoscimento sociale, costringendo il grande anziano a ripiegare sull'ambiente domestico, unico spazio sociale che conserva i tratti della familiarità.

La molteplicità delle forme del vivere prodotta dai grandi anziani in condizioni di grande criticità costituisce un patrimonio antropologico che la nostra società fatica a riconoscere e a valorizzare.

Capitolo 6

LA NON AUTOSUFFICIENZA

6.1 La domanda

In Italia oltre tre milioni di persone necessitano di supporto - in tutte le età della vita - a causa di disabilità, per motivi congeniti o per l'insorgenza di varie patologie. Queste persone, e le loro famiglie, esprimono diversi bisogni; metà di loro sono anziani. La loro incidenza sul totale della popolazione ha un andamento crescente.

Una rete di supporto degli anziani deve considerare la naturale rarefazione delle reti familiari nella vecchiaia più avanzata, accentuata dal progressivo cambiamento della struttura familiare. La diffusione della solitudine, quella non dovuta a scelte personali, è all'origine di gravi disagi e di diversificate forme di isolamento che in taluni casi si concretizzano nel confinamento nella propria abitazione. Metà degli anziani vivono soli in seguito alla crisi della famiglia e alla perdita di connessioni. La qualità di vita degli ultimi 8-10 anni di vita è molto frequentemente caratterizzata da livelli progressivi di disabilità, fragilità e multi-morbilità che incidono pesantemente sull'autonomia personale. L'interazione tra funzionamento personale e vita quotidiana è condizionata dal contesto ambientale, dalle risorse personali e familiari. L'efficacia della rete di supporto richiede un approccio olistico personalizzato che appare difficilmente armonizzabile con un'assistenza rigidamente strutturata con interventi standardizzati. La qualità della vita è condizionata anche dai luoghi di vita. La progettazione dell'organizzazione urbana sovente non tiene in alcun conto le normali esigenze di bambini, adolescenti e anziani e di coloro che devono affrontare le ricadute della disabilità, di quei segmenti della società, cioè, che non partecipano direttamente alla produzione. Generando disagi, paure, difficoltà a mantenere relazioni, problemi negli spostamenti e nell'utilizzo dei mezzi di trasporto, cui possiamo aggiungere la povertà di luoghi di incontro e la concentrazione in luoghi periferici della distribuzione a discapito dei negozi di prossimità.

La risposta a questi bisogni deve rispettare la libertà e la dignità delle persone. La persona fragile, povera di relazioni e/o sola necessita di "reti gentili", che comprendano la complessità del processo di invecchiamento, che siano resilienti di fronte alle mutazioni

degli ambienti urbani in cui è stato smantellato l'intero sistema di prossimità costituito da negozi, relazioni, luoghi di incontro, vicinato.

Esperienze di riqualificazione urbana che cercano di ricreare occasioni per fare comunità attraverso luoghi visibili che rendano fruibili servizi concreti e che facilitano relazioni e incontri, contribuendo al benessere individuale e comunitario sono da tempo presenti, cercando di arginare le criticità subite dagli anziani (e dalle altre categorie fragili) derivanti dagli interventi di riqualificazione urbano che hanno privilegiato il giovane e l'adulto sano.

Analoghe considerazioni si possono riferire al sistema sanitario, la cui progettazione e pianificazione è orientata verso l'offerta per acuti e specialistica, costruita secondo criteri di concentrazione e standardizzazione in cui il "valore" viene valutato in termini puramente economici e misurato in termini di risparmio di risorse. La qualità dei servizi offerti dalla rete non si misura nella singola prestazione ma dall'accompagnamento, tecnico e umano, nelle varie fasi di perdita dell'autosufficienza, nei passaggi dal ricovero all'assistenza domiciliare, al centro diurno, alla RSA o all'hospice.

6.2 L'offerta

L'Italia è tra i paesi che hanno adottato il cosiddetto modello di welfare sud-europeo mediterraneo (Ascoli e Pavolini 2015) la cui caratteristica è la residualità dei servizi con una inadeguata copertura dei bisogni di cura della popolazione più fragile, non autosufficiente.

Il sistema d'intervento si caratterizza per due elementi di fondo. Metà della già scarse risorse disponibili sono assorbite dall'indennità di accompagnamento (Ragioneria dello Stato, 2020). L'importo è fisso, senza alcuna gradazione collegata agli effettivi bisogni. Inoltre, non è vincolata rispetto all'utilizzo e si presta talvolta ad essere impiegata come strumento di integrazione del reddito utilizzata anche per il reclutamento delle assistenti familiari, in significativa parte con forme irregolari e sommerse. Anche lo strumento delle polizze LTC non si sostanzia in servizi alla persona ma in assegni mensili, si tratta di un approccio tipico delle assicurazioni in cui la gestione dei rischi tende ad assicurare l'equilibrio economico-finanziario, tenendo in debito conto i tipici parametri di valorizzazione dell'ente assicurativo, non contemplando la diretta soddisfazione del bisogno espresso dall'anziano/fragile/disabile conseguente all'evento/i coperto/i.

Il secondo elemento di fondo è la estrema residualità del sistema dei servizi LTC che in Italia va ricondotta alla mancata assunzione da parte della politica della funzione di coordinamento e supporto dei servizi LTC a livello territoriale. Il ruolo dello Stato a supporto

delle persone che hanno bisogno di aiuto è fondamentale e fondante il concetto stesso di welfare state. In Italia il 27,8% della popolazione fruisce di un sostegno sociale forte, sensibilmente al di sotto della media del resto dell'Unione Europea che si attesta intorno al 34%. A ciò aggiungasi le marcate differenze all'interno del territorio nazionale, la spesa pro capite nel Nord-Est è quasi quattro volte quella delle isole. (ISTAT)

Per quanto riguarda le RSA la normativa nazionale fissa gli standard strutturali minimi delle residenze (dpr 14/1/1997), nessuna indicazione esiste circa le procedure di valutazione dei bisogni né circa gli standard assistenziali per farvi fronte. La normativa nazionale, per quanto attiene l'aspetto finanziario, prevede la copertura di almeno il 50% dei costi del ricovero a carico del fondo nazionale, Nel 2019 le strutture residenziali erano 7683, 1288 pubbliche e 6395 private. (dati Ministero della Salute, 2019). I posti residenziali per assistenza agli anziani over 65 nelle strutture territoriali per 1000 residenti anziani sono 14,70 in Italia, 41,81 posti nella provincia di Bolzano e 37,72 posti in quella di Trento, che si riducono 1,28 in Basilicata e a 1,47 in Sicilia. (Fonte: Ministero della Salute). La popolazione anziana presente in strutture si aggira intorno ai 300.000 utenti, oltre il 50% ha più di 85 anni. (Istat, 2018). Su 1.500.000 anziani che necessitano di supporto circa 300.000 sono ospitati dai presidi residenziali socioassistenziali e sociosanitari, che gestiscono poco più di 400.000 posti letti distribuiti tra settore pubblico (nel 2018 il 25,27%, nel 2009 il 30.52%), settore non profit (nel 2018 il 48,58%, nel 2009 il 42.87%) e profit (nel 2018 il 26.41%, nel 2009 il 23,26%). (ISTAT 2018). Le responsabilità di cura degli anziani non autosufficienti vengono ampiamente scaricate sulle famiglie, in primis sulle donne e, parallelamente, il modello si caratterizza per una forte residualità del sistema dei servizi e una certa prevalenza della politica dei trasferimenti monetari.

6.3 I servizi domiciliari

L'assistenza domiciliare integrata (ADI) è gestita dalle Aziende sanitarie che supportano le persone non autosufficienti, fragili e con patologie croniche di tutte le età con prestazioni mediche, infermieristiche e riabilitative che si integrano con le prestazioni di assistenza sociale e di supporto alla famiglia erogate dal Comune (SAD). Dal 2001 l'ADI rientra nei LEA, livelli essenziali di assistenza e in quanto tale deve/dovrebbe essere garantito in tutta Italia, ma a livello regionale i modelli attuativi sono molto diversi tra di loro. Pur essendo il numero di assistiti in aumento si stima che il bisogno sia almeno il doppio se non il triplo dell'offerta (Fosti e Notarnicola, 2019). Per quanto concerne l'intensità assistenziale si rileva

nel quadriennio 2014-2018 la costanza dell'intervento prestazionale e l'aumento degli interventi di presa in carico.

Lo storico servizio di assistenza domiciliare (SAD) è nato negli anni Settanta soprattutto nei comuni del Nord Italia per rispondere alle esigenze degli anziani con lievi bisogni, in particolare compagnia e aiuto domestico. Negli anni Novanta il SAD per effetto del sempre maggior numero di anziani in condizioni compromesse e in condizione di dipendenza viene riorganizzato dai Comuni che si vedono costretti ad impegnare persone più qualificate e ad avvalersi di soggetti non profit per l'erogazione dell'assistenza domiciliare. Il SAD si occupa quindi di bisogni legati alle funzioni vitali di utenti molto anziani, quali l'igiene personale, la vestizione, la mobilitazione, l'assistenza nell'assunzione di terapie, ecc. La limitazione degli interventi in termini temporali, la loro standardizzazione e l'erogazione nelle fasce diurne rendono sempre più problematica la permanenza al proprio domicilio degli anziani con autonomia compromessa. Le famiglie giocano forza debbono riorganizzarsi per trovare una nuova modalità di "care" in sintonia con i bisogni di lungoassistenza, da qui l'inizio del ricorso alle badanti.

Attualmente il SAD è del tutto marginale e residuale, in assoluto e rispetto all'ADI.

Le criticità dell'ADI possono riassumersi come segue:

- Mancata integrazione sociosanitaria, parzialmente realizzata a macchia di leopardo, pur essendo ribadita in vari atti normativi. La composizione delle competenze socioassistenziali con quelle sanitarie appare problematica a causa della carenza di strumenti istituzionali, organizzativi e operativi. Prevale la separazione amministrativa e gestionale dei finanziamenti, del personale e delle risorse tra enti gestori, Asl e Comuni. Pur nelle diverse configurazioni gestionali tra Comuni e Aziende sanitarie che seguono la programmazione, la valutazione ed il controllo delle attività, le modalità di erogazione del servizio non sono uniformi, l'affidamento della gestione a soggetti terzi profit e non profit ha reso più problematico coordinare e armonizzare gli interventi. L'integrazione di fatto avviene al domicilio del soggetto assistito che riceve gli interventi necessari in modo frammentato e non coordinato.
- La non omogeneità dei modelli di Valutazione multidimensionale (Vdm) utilizzati dalle Regioni rendono difficile la definizione di standard di assistenza omogenei a parità di complessità assistenziale e la validazione degli outcome e output più efficaci e più economici. I Vdm da rappresentazione dei bisogni e delle risorse del cittadino

si stanno trasformando in strumenti autorizzativi e certificatori condizionati dalle esigenze di contenimento dei costi a carico del Ssn.

- Prevalenza di prestazioni a bassa complessità assistenziale, vengono garantite prevalentemente prestazioni infermieristiche, molto meno le procedure diagnostiche di maggiore complessità.

L'ADI si presenta come un servizio prestazionale di somministrazione di assistenza, nella maggioranza dei casi non coordinato in un progetto di cura organico, con modalità di erogazione standardizzate e rigide che comportano l'adattamento dell'assistito e della famiglia. L'offerta prestazionale e rigida del SAD nel corso degli anni non è più risultata funzionale alle mutate esigenze degli anziani non autosufficienti e dei loro caregiver, ciò ha causato via via la decrescita del servizio. La richiesta di SAD è stata ulteriormente ridimensionata dal "mercato" delle assistenti familiari maggiormente aderente ai bisogni di cura, anche se meno qualificata.

Il declino, oltre che dall'inadeguatezza del servizio, è stato favorito da alcune criticità degli iter di accesso, che hanno funzionato da barriere di accesso quali ad esempio la selettività dei criteri, la complessità degli iter burocratici e i costi, le quote di partecipazione generalmente legate all'Isee risultano in alcuni Comuni particolarmente salate. Le famiglie in buone condizioni economiche spesso hanno fatto ricorso al meno complicato e più elastico mercato privato, anche alle forme più informali, o direttamente ai gestori del SAD. I cosiddetti "casi sociali", i nuclei a basso reddito e gli anziani soli che possono usufruire del servizio a tariffe molto basse o nulle, sono rimasti legati al SAD, L'immagine del SAD è diventata poco attrattiva oltre che non competitiva con altre forme di care e si identifica sempre più come un servizio dedicato ai poveri.

6.4 I servizi residenziali

Negli anni Ottanta la maggior parte delle strutture ospitavano persone non autosufficienti per le quali era cresciuta la domanda - soprattutto nel nord Italia – fronteggiata con leggi e regolamenti che fissavano standard gestionali e strutturali. I bisogni sanitari legati alla non autosufficienza subirono un forte incremento, essendo diventati sempre più l'espressione di malattie concomitanti e non più una serie stabilizzata di patologie risolte. I tradizionali modelli medici o incentrati sul personale vengono sempre più ritenuti inappropriati e sta emergendo una nuova enfasi sull'autonomia, la dignità e la privacy. Centrale in questo dibattito è il valore delle camere private rispetto alle camere condivise con una parte di

ricercatori che ritengono evidenti i vantaggi delle stanze private e un'altra che scartano l'idea in quanto troppo costose da costruire e gestire (Calkins e Cassella, 2007, 169-83).

La stanza singola presenta una serie di aspetti rilevanti quali la riduzione delle infezioni, ambiente più quieto, privacy e riservatezza, maggiori possibilità di cura delle relazioni sociali, più spazio per la persona, privacy nella relazione con i familiari, possibilità di orari di visite flessibili. Oltre a ciò, la necessità di assicurare più spazi privati nelle residenze si lega al bisogno di trasferire il senso di proprietà/appartenenza dallo staff alla persona residente come condizione che ne promuove l'autostima e l'autonomia. Diversi paesi si stanno orientando in questo senso. In alcuni Länder della Germania le residenze devono avere tutte le stanze singole (Baden-Wuerttemberg) o ad averne almeno l'80% (North Rhine-Westphalia) (Herr e Saric. 2016). Nella British Columbia canadese il 95% dei posti deve essere in camere singole con bagno, di almeno 8 mq escluso il bagno e tutte le superfici occupate da mobili fissi (B.C. Reg. 118/2020).

Secondo l'analisi di Laura Pelliccia (2019) su dati Istat 2015 il rapporto medio nelle residenze italiane fra personale di assistenza e residenti è di 0,51. Nelle carceri in Italia il rapporto agenti di custodia e carcerati è 0,63. Nel 2015 in un'analisi delle Nursing Homes, appartenenti al programma Medicare statunitense, la Commissione federale determinava lo standard nel rapporto 0,64, riferendosi al solo personale di assistenza diretta (Banaszak-Holl et al.,2018).

Nella progettazione strutturale delle residenze la presenza dei famigliari non entra nel progetto, non si prevede uno spazio che contempi una reale accoglienza nonostante diverse ricerche abbiano evidenziato che i familiari forniscono supporto emotivo e personale anche dopo che i congiunti sono ospitati in una residenza (Gaugler, 2005), smentendo l'idea che dismettano il loro ruolo di caregiver. Spesso contribuiscono al benessere fisico e psicosociale dei loro cari sperimentando, d'altra parte, livelli aumentati di stress. Il superamento di tali aspetti contraddittori può realizzarsi con una reale inclusione del familiare nel progetto di cura e di vita della residenza (Puurveen et al.,2018). In gran parte delle strutture non sono previsti spazi per le relazioni con i familiari che proveranno la sensazione di esclusione ed estraneità. La logica dominante del "posto letto" circoscrive uno spazio privato destinato alla malattia che esclude ogni progetto di vita, personale e relazionale. Le procedure di ricovero spesso sono allineate ad un'impostazione di tipo burocratico e anamnastico-burocratico trascurando lo scambio di informazioni da parte di chi ha già assistito il nuovo ospite. La valorizzazione della persona e delle sue significative relazioni passa in secondo piano

rispetto alla lista delle malattie e dei farmaci. Oggi molte strutture consentono la visita dei parenti in qualsiasi orario, poche persistono nella pratica escludente di fissare rigorosamente le entrate in determinati orari. Le RSA dovrebbero costituire una rete di cura, non semplicemente una rete collocativa disponibile quale ultima istanza da utilizzare quando non si dispone di altre alternative. L'assistenza residenziale è costituita per circa l'82% da strutture private accreditate, molto superiore rispetto agli altri setting (ospedaliero, ambulatoriale ...), (Annuario Statistico Nazionale – Ministero della salute 2017). La maggior parte del privato fa parte del no profit, ma negli anni più recenti la componente for-profit è cresciuta molto, anche in Italia, e ha visto anche l'interesse dei grandi gruppi multinazionali.

Secondo alcuni studi le strutture residenziali private sono più efficienti rispetto alle pubbliche. In uno studio riguardante 40 strutture residenziali in Lombardia (Garavaglia, 2011) le strutture private appaiono più efficienti, anche se il divario tra pubblico e privato si sta contraendo. L'equazione della qualità sarebbe in sintesi: minor costo del lavoro / possibilità di offrire più assistenza / incremento della qualità.

Altri studi italiani (Barsanti et al., 2019) e internazionali (Anderson, 2003) hanno dimostrato che, se si controlla la qualità, non ci sono differenze in termini di efficienza tra pubblico e privato. Secondo questi studi l'efficienza è correlata alla formazione degli operatori, non alla titolarità e/o alla dimensione delle strutture. Il driver della qualità risiede nella competenza degli operatori e nel suo costante aggiornamento.

Oltre il 75% degli ospiti delle strutture ha più di 80 anni e per il 78% non sono autosufficienti. Tra il 2009 e il 2016 a fronte di una diminuzione del 5% dei ricoveri è cresciuta la gravità e la complessità della condizione degli ospiti (Arlotti e Ranci, 2020).

Gli anziani non autosufficienti sembra siano al centro dei nuovi modelli organizzativi solo incidentalmente in quanto fascia di età in cui si concentra la cronicità, questa non può essere considerata una politica di riqualificazione e/o miglioramento degli interventi di LTC, nonostante siano sovente raffigurate come risposte ai bisogni degli anziani non autosufficienti. Negli altri paesi dove le politiche per la cronicità e quelle per la LTC sono tra loro distinte non c'è promiscuità tra queste. In Italia la aumentata attenzione per la cronicità ha comportato una parallela contrazione degli sforzi mirati all'assistenza degli anziani non autosufficienti.

Danilo Giori (Vecchiaia e Società, 1984, Ed. Il Mulino, pagg. 27,28) si sofferma su quello che è stato (ed è ancora nella cultura degli anziani) l'ultimo e unico rifugio per le persone più fragili: "il ricovero":

"Il ricovero è il punto di arrivo delle persone anziane che non possono più bastare a sé stesse, né economicamente né fisicamente. È quello che si suole definire 'l'ultimo rifugio' (Townsend 1954) in cui l'anziano si adatta e si prepara all'idea della morte, abbandonando tutti i legami sociali e costruendosi, ai fini dell'adattamento, una mentalità 'istituzionale' (d'istituto) legata alle sue norme, ai suoi divieti, ai suoi orari (Goffman 1961). Pur non smettendo mai di denunciare l'enorme danno che l'internamento provoca nella psiche dell'anziano, bisogna prendere atto che ancora oggi nonostante si parli di soluzioni assistenziali alternative, il ricovero è l'unica realtà concreta cui ricorrono i privati e gli enti pubblici nel caso di anziani scarsamente autosufficienti o poveri.... Sintetizzando, l'internamento, pur avendo una molteplicità di cause scatenanti, è raramente una libera scelta del soggetto, ma più spesso una coercizione imposta del gruppo di riferimento immediato (la famiglia, i figli, i parenti) che si fa carico delle spinte emarginanti della società esterna condividendone i valori. Per l'anziano però la reclusione ha un valore immediatamente emarginante, sancisce la sua definitiva esclusione dalla società, la sua inutilità sociale.... si può ben capire come l'adattamento del ricoverato 'coatto' ad un ambiente spesso super-affollato, in concomitanza con lo *choc* psicologico del ricovero, provochi in generale una precipitazione patologica dei processi di invecchiamento."

La situazione generale oggi è migliorata anche sotto l'aspetto sociale, c'è una maggiore sensibilità verso il benessere dell'anziano ospite delle RSA, pure la terminologia si è adeguata (ad es. non più ospizi ma residenze sanitarie assistite) ma rimangono delle criticità rilevanti, certe categorie permangono nella sostanza, quali ad esempio reclusione, esclusione, inutilità, libera scelta. La personalità dell'anziano non autosufficiente viene annientata, azzerata.

Capitolo 7

L'INVECCHIAMENTO DELLA POPOLAZIONE ED IL DIRITTO

L'invecchiamento della popolazione è frutto della combinazione di vari fattori, quali il miglioramento della qualità della vita, per il relativo benessere che caratterizza la società occidentale, e i progressi della medicina, che permettono la cura di gravi malattie, ma anche di apportare al fisico una serie di aggiustamenti che portano ad allungare le aspettative di vita. La longevità deriva da un'accurata manutenzione dell'attività delle cellule e degli organi per contrastare l'inevitabile declino funzionale dell'organismo. Questa combinazione in concorso con le scelte personali porta con sé la tendenza a preferire stili di vita che allungano la vita, “La longevità si può costruire... i geni e la loro espressione possono essere guidati verso la longevità soprattutto dalla dieta, assieme allo stile di vita generale” (Mari 2017,139),

L'aumento della aspettativa di vita porta ad una ricomposizione della popolazione e quindi ad una diversa distribuzione delle risorse. Con riferimento al segmento della popolazione costituita dalle persone anziane emergono fenomeni quali lo stress del sistema pensionistico, la necessità di ridisegnare e rinforzare i servizi agli anziani, la valutazione dell'impatto sulle famiglie degli anziani e conseguentemente lo sviluppo di nuove figure più o meno professionali che si occupino della assistenza alle persone anziane.

Nel 2012 la Commissione europea aveva dichiarato l'anno dell'invecchiamento attivo e della solidarietà intergenerazionale delineando alcuni principi guida in tema di occupazione, partecipazione e indipendenza. L'invecchiamento in salute e attivo fa parte della strategia per raggiungere una migliore coesione sociale e una maggiore produttività e trova un potente ancoraggio nei trattati. La Carta europea dei diritti fondamentali all'art. 25 sancisce il diritto delle persone anziane a condurre una vita dignitosa e indipendente, mentre il Trattato dell'Unione europea (art. 3.3 TUE) include, tra gli obiettivi dell'Unione la solidarietà intergenerazionale. La Carta europea dei diritti fondamentali prevede inoltre la previdenza sociale e l'assistenza sociale in caso di età avanzata e all'art. 15 il diritto al lavoro e all'art. 21 la non discriminazione basata sull'età.

I cambiamenti nello stile di vita e nella medicina portano ad una nuova stereotipizzazione, quella del soggetto anziano autosufficiente, in grado di vivere una vita in autonomia nonostante l'età avanzata. Tale autonomia può non essere sufficiente a districarsi nelle complicazioni della vita di oggi, la scienza medica indica che non sempre le persone anziane sono in grado di prendere decisioni tempestive e/o di valutare tutti i dati disponibili. Questa visione presenta molte criticità, la prima è che sicuramente non è riferibile esclusivamente all'età. La non sufficiente capacità a districarsi ad esempio nella burocrazia su internet, nella gestione del patrimonio o nei rapporti bancari è trasversale e presente anche nel segmento centrale della popolazione, intendendosi per tale l'età adulta.

7.1 L'anziano come soggetto giuridico

La definizione del soggetto giuridico dell'"anziano" è problematica e ancora priva di una definizione giuridica. Nel marcare il passaggio dall'infanzia e adolescenza all'età adulta la regola è semplice: a 18 anni si diventa pienamente capaci di agire. Si applica automaticamente senza che vi sia alcun accertamento in ordine al grado di maturità raggiunto. Una regola simile non esiste per l'estremo opposto della vita: non possiamo dire quando uno diventa anziano. Il ricorso alla scienza medica non aiuta molto, si invecchia giorno dopo giorno a partire dalla nascita. Secondo i gerontologi il modo in cui invecchiamo dipende largamente dai momenti della vita intrauterina, poiché le condizioni ambientali in cui siamo immersi possono dare inizio al nostro futuro invecchiamento e alle patologie ad esso correlate.

La nostra società divide diversamente il fenomeno del continuo invecchiamento. Le diverse fasi del passaggio del tempo nella vita dei singoli sono definite da termini lessicali diversi a seconda delle diverse tappe della vita, con il risultato di avere molte parole diverse che si riferiscono al processo dell'"invecchiamento". Nella prima fase della vita si parla di crescita, poi maturazione. È solo a partire da una certa età che si percepisce il passare del tempo come invecchiamento, quando qualcosa di esterno ci costringe a cambiamenti adattativi a lungo termine senza ritorno. Sentirsi vecchi o meno sembra avere un impatto maggiore sulla qualità della vita rispetto all'età cronologica.

Oggi l'età non può essere uno spartiacque per determinare diritti e capacità per l'età avanzata, così come accade per il raggiungimento della maggiore età. L'età è un concetto che va contestualizzato. Per il mercato del lavoro, ad esempio, si comincia ad essere anziani al superamento dei 50 anni.

Il pensionamento è uno spartiacque importante per considerare “anziana” una persona, incide in modo visibile sulla vita della persona: le reti sociali e amicali si decompongono, si dispone di maggior tempo libero e le possibilità di incrementare il proprio reddito che dipende dalla pensione e dai risparmi accumulati sono limitate. Le variazioni a questo schema sono varie, chi fa lavori usuranti può anticipare l’entrata in pensione, mentre i professionisti e i lavoratori autonomi possono lavorare anche oltre i 65 anni.

La costruzione di un soggetto giuridico anziano, destinatario di norme specifiche si scontra con la molteplicità delle situazioni che rendono problematica la definizione di tale soggetto. Una possibile alternativa può essere rappresentata dal ripensamento delle norme affinché includano anche persone anziane autosufficienti che possano trovarsi in situazioni che si presentano con maggior frequenza in età avanzata.

Nonostante l’aumento della popolazione anziana rispetto ad altre coorti di popolazione, il diritto non ha ancora preso totalmente coscienza della necessità di considerare il soggetto anziano come destinatario di norme specifiche.

Negli Stati Uniti che per primi hanno visto il soggetto anziano come portatore di interessi e bisogni particolari si è sviluppato un campo specifico nel diritto, conosciuto come “Elder Law”, ad opera del professore universitario Lawrence Frolik. L’articolo di apertura del primo numero, del 1993, della rivista *Elder Law Journal*, da lui fondata, è ancora oggi alla base di questa branca del diritto che ha una sua autonomia nel sistema giuridico statunitense. Secondo Frolik il campo di attività è un portato dell’attività degli avvocati, sempre più alla ricerca di una maggiore specializzazione, che si concentra prevalentemente nella pianificazione, anche economica, tipica degli Stati Uniti, che si materializza nell’organizzazione dei piani pensione, l’istituzione di trust, di polizze assicurative sulla salute. Questo approccio, definito positivista professionale, considera date le regole usate dai professionisti che non fanno analisi di policy. Le materie che compongono la “Elder Law” sono: discriminazione per età, piani pensionistici, tutela e capacità di agire, problematiche connesse alla scelta del luogo, amministrazione delle risorse e disposizioni anticipate di trattamento. Frolik rileva l’opportunità di rivedere i rapporti tra il diritto e le persone anziane e la necessità di accompagnare questa coorte con strumenti giuridici diversi, stringendo una più densa collaborazione con altre scienze sociali in modo che il diritto degli anziani diventi esso stesso una scienza sociale (Frolik 1993, 15). In tempi più recenti Frolik si occupa dell’aspetto etico, della definizione di persona anziane e del conflitto tra protezione e autonomia della persona anziana (Frolik e Barnes 2015).

Diverso è l'approccio israeliano di Israel Doron, per il quale è necessario avere una visione giuridica dell'invecchiamento, non essendo sufficiente una disciplina che adatti le norme esistenti alle necessità delle persone anziane, superando nella sostanza l'impostazione legata alla professione di avvocato della "Elder Law". Doron indica la necessità di un "diritto dell'invecchiamento", *jurisprudential gerontology*. La sua ispirazione è il medico gerontologo Elia Cohen secondo il quale l'analisi giuridica non può essere ignorata dai gerontologi, indicando le necessità della consapevolezza che l'età avanzata nelle persone comporta un cambiamento nei paradigmi giuridici. La *law and ageing* dovrebbe occuparsi a tutto tondo della persona anziana. La riflessione teorica sul rapporto tra diritto e invecchiamento considera un solo aspetto dell'invecchiamento in rapporto ad una precisa teoria del diritto. Negli Stati Uniti abbiamo il *later-life planning approach*, la programmazione giuridica ed economica degli ultimi stadi di vita; l'approccio *law and economics* di Richard Posner (1995); l'approccio *therapeutic jurisprudence* che studia come le norme giuridiche possono influire sul benessere delle persone e come, eventualmente possono essere modificate mantenendo le loro caratteristiche di norma giuridica [Wexler 1990; Kapp 2003]. Un ultimo approccio monistico analizza l'etica della cura, ripreso dal femminismo giuridico, enfatizza la necessità della cura dell'anziano. Doron ritiene necessario un approccio multidimensionale che individui le ripercussioni nel diritto dell'invecchiamento attraverso un dialogo con le altre scienze sociali ed anche con medici, infermieri, neuroscienziati.

In Europa lo sviluppo normativo viene affrontato all'interno della dimensione sociale rapportandolo a tutte le strutture giuridiche della vita quotidiana con un approccio interdisciplinare spaziando dal lavoro, alla famiglia, alla casa e al welfare. L'approccio si basa sulle scienze sociali, in una prospettiva strutturalista e funzionalista alla ricerca giuridica. In questo ambito i primi studi del Normal Elder Law Research Environment di Lund si sono focalizzati sul *legal empowerment* dei lavoratori anziani, dei cittadini anziani e degli immigrati anziani. Una maggiore integrazione del mercato del lavoro è fondamentale per l'elaborazione di strategie per un invecchiamento attivo e in linea con le *policies Statement* dell'Unione Europea con riguardo alla popolazione anziana.

La distanza delle tre prospettive può essere colta nella differenza tra "diritto degli anziani" e "diritto per gli anziani". Diritto degli anziani richiama la scuola statunitense basata sulla ricognizione delle norme esistenti potenzialmente utili alle persone, alla tutela o alla pianificazione della vita, di una persona anziana. Diritto per gli anziani richiama la

metodologia di Doron e del Norma Center che, pur con sfumature diverse, si propongono di individuare le criticità nelle norme esistenti quando applicate ad una persona anziana, o l'assenza di norme che tutelino l'anziano.

Le due metodologie sono tra loro complementari, la "Elder Law" può considerarsi alla stregua di un catalogo delle materie di cui occuparsi. Il contenuto classico di questa branca del diritto comprende il rapporto avvocato-cliente anziano inclusa la possibile ridotta capacità di comprendere del cliente, la discriminazione per età sul posto di lavoro, l'amministrazione del patrimonio, l'assistenza sanitaria, le necessità economiche, quindi giuridiche, dell'assistenza di un anziano, le case di riposo, tematiche connesse al mantenimento della persona anziana nella propria casa, la capacità giuridica e, l'eventuale conseguente necessità di un tutore o curatore, le decisioni in materia di salute, l'abuso sugli anziani e altri aspetti penali, oltre agli aspetti legati alla successione e all'istituzione di trust. La "Elder Law" si presenta disomogenea, formatasi in modo incrementale in risposta alle esigenze dei clienti anziani degli studi legali, alla ricerca di risposte nel diritto esistente. La lista è importante in ogni ambito giuridico in quanto permette una ricognizione dell'esistente. In un periodo di cambiamento questo approccio mostra i suoi limiti, poiché il suo sviluppo non è legato alla riflessione sulle ricadute del cambiamento, poco incline a cercare e proporre nuove soluzioni a nuove esigenze.

L'approccio della scuola di Israel Doron è prevalentemente teorico, il modello è basato sulla realizzazione dei diritti delle persone, incluse le persone anziane. Non si parte da una base di norme esistenti bensì da un quadro di riferimento aperto, in base al quale stabilire, volta per volta, la reazione del diritto. Il modello considera coppie di dicotomie che si ritrovano nelle "Elder Law": "autonomia vs paternalismo" e "individuo vs società". La prima è di fondamentale importanza per le scelte delle persone anziane, fino a che punto deve essere salvaguardata l'autonomia delle persone anziane anche quando possa risolversi in una scelta contraria ai loro interessi, e quanto invece lo si debba proteggere dalle proprie scelte con norme limitative della sua capacità di agire. La seconda si interessa al dilemma se lasciare l'individuo al centro delle sue decisioni o attribuire alle istituzioni della società le soluzioni necessarie per la tutela dei diritti degli anziani. Nell'intersezione delle due dicotomie si pongono i diritti da declinarsi in modo da assicurarli anche alle persone anziane. Le misure paternalistiche si sostanziano nella protezione del singolo attraverso azioni prese a livello collettivo, o dalla società, riconoscendo poteri alle istituzioni pubbliche per intervenire a favore delle persone vulnerabili. L'atteggiamento paternalistico diventa

un'arma a doppio taglio: da un lato, giustifica l'intervento dello Stato sulla base di un assunto, anche etico, in base al quale i poteri pubblici hanno il diritto/dovere di intervenire per proteggere gli individui dagli altri e da loro stessi riproducendo lo stereotipo negativo della persona anziana incapace di prendersi cura di sé. Questo tipo di interventi si sostanziano in misure di supporto che prevedono reti di aiuto, misure di diritto del lavoro che permettano di prendersi cura dei propri anziani e altro, sia che provengano dallo stato che dalle parti private.

Le misure di prevenzione e di empowerment vanno nella direzione del mantenimento dell'autonomia, che preservino, rispettandole, le decisioni prese dalle persone anziane, pur supportandole con l'affiancamento di soggetti che li aiutino.

7.2 La persona anziana è un soggetto vulnerabile?

Secondo Martha Fineman la vulnerabilità sarebbe una condizione che caratterizza le relazioni di tutte le persone con il potere pubblico esercitato dallo stato, il cui compito è che tutti gli individui possano avere eguali opportunità e condizioni di vita adeguate. Lo stato avrebbe il compito di provvedere affinché a ciascuna persona siano rese disponibili risorse e istituzioni per superare le condizioni di debolezza presenti nelle esistenze umane. estendere a tutti gli esseri umani la caratteristica della vulnerabilità permette un approccio inclusivo che comprenda le persone anziane da parte dello stato. Le istituzioni devono occuparsi delle persone anziane non perché più deboli o perché svantaggiate ma perché sono esseri umani, in una fase dell'esistenza che richiede attenzioni diverse da quelle di altre persone. Per garantire la dovuta protezione alle persone anziane non è necessario creare un gruppo di persone a sé stante, stratificando ulteriormente la società, ma evitare divisioni, che possono diventare antagoniste, tra le diverse generazioni.

7.3 Una via europea al diritto e invecchiamento

La studiosa svedese Ann Numhauser-Henning parte dalla convinzione che la "Elder Law" sia intrinsecamente paternalistica, poiché si basa sull'assunto che le persone di una certa età, sono come i bambini, specialmente bisognosi della protezione del diritto e che le idee della Fineman siano difficilmente trapiantabili in Europa. In Europa il rapporto tra le istituzioni e le persone è caratterizzato da un approccio collettivo e da un legame più denso con la società degli individui, grazie ad un sistema di welfare pubblico radicato. L'ampiezza della dimensione sociale e della prospettiva individuale fondata sulla autonomia genera

significative differenze tra Stati Uniti ed Europa. Il modello sociale europeo spesso viene confrontato con quello statunitense in termini di benessere, povertà, eguaglianza e occupazione. L'esito del confronto con gli Stati Uniti che hanno un PIL maggiore, e quindi sia un paese complessivamente più ricco, è che l'Europa abbia una minore proporzione di cittadini poveri e quindi una maggior uguaglianza [Numhauser-henning 2017b, 91] raggiunta grazie alla maggiore spesa dei governi europei in benefici sociali, aiuti ai bisognosi ed al complesso e universale sistema di welfare.

La problematica del pensionamento obbligatorio al raggiungimento di una certa età comporta differenze significative nella teoria e pratica della "Elder Law" tra Stati Uniti ed Europa. L'obbligo di pensionamento non esiste negli Stati Uniti mentre in Europa è un caposaldo. Entrambe le soluzioni sono consentite dalle rispettive normative sul divieto di discriminazione per età. In Europa sono accettate, in quanto non violano il divieto di discriminazione, negli Stati Uniti il pensionamento obbligatorio va contro l'autonomia dell'individuo, discriminato nel momento in cui gli si impedisce di lavorare.

Se l'approccio europeo può apparire più paternalistico, perché le istituzioni e il diritto impongono agli individui ciò che sembra più adatto, pur sostenendo il divieto di discriminazione per età, allo stesso tempo sembra essere più tutelante per le persone anziane sapere che a una certa età non ci si deve più preoccupare di provvedere a sé stessi.

Alcuni punti nodali che il Norma Center si trova ad affrontare sono: 1. Occuparsi del divieto di discriminazione per età quando si declina nella tutela dei lavoratori più anziani 2. Il perseguimento di welfare compatibile con la tutela delle persone anziane senza che ciò trascenda in un atteggiamento paternalistico nei confronti dei più anziani.

7.4 Rapporto tra diritto e invecchiamento

Dalle riflessioni sul rapporto tra diritto e anziani emergono alcune prospettive rilevanti:

- 1) Eguaglianza v. differenza: considerando gli anziani autosufficienti, questi possono essere considerati al pari di tutti gli altri adulti oppure considerati un gruppo a sé stante in rapporto ad alcune caratteristiche fisiche, sintetizzabili nella perdita progressiva di alcune capacità fisiche e cognitive. Le principali legislazioni dei paesi occidentali non fissano un'età a partire dalla quale si acquisisce lo status di anziano, ma la "Elder Law" sottende un diverso utilizzo delle norme da parte delle persone anziane mentre la posizione del Norma Center pone in capo allo Stato il compito di occuparsi delle esigenze specifiche di cui sono portatrici le persone anziane

- 2) Un grande dilemma nell'affrontare la questione dei diritti degli anziani e delle necessità emergenti con l'invecchiamento concerne da un lato il paternalismo intrinseco alle norme che incidono sulle scelte autonome dell'individuo allo scopo di proteggerlo oltre che dagli altri anche da sé stesso. Il paternalismo intacca il senso di sicurezza e di autostima dell'individuo e può essere lesivo della dignità di persona adulta, capace e interessata a condurre in autonomia le proprie scelte. D'altra parte, la persona anziana può essere fragile, basti pensare ai vari fatti di cronaca che vedono le persone anziane e sole vittime di criminali che li inducono a compiere atti di disposizione del proprio patrimonio. Trovare il compromesso non è facile. Il modello teorico delle dicotomie di Doron può rappresentare uno strumento di analisi delle diverse situazioni concrete che si presentano, ma l'applicazione per casi nuovi appare difficile a causa dell'astrattezza del modello.
- 3) Vulnerabilità o non vulnerabilità della persona anziana. La vulnerabilità del soggetto è la base di varie legislazioni che introducono nel sistema norme specifiche per determinati soggetti. Si pensi agli infermi, ai malati di mente o ai disabili che possono essere destinatari di norme specifiche. Per quanto riguarda l'anziano autosufficiente si rileva che non esiste questa categoria specifica in opposizione alla persona adulta e quindi non è possibile che sia destinatario di norme specifiche. La scienza medica non è ancora in grado di fornire un parametro per distinguere i gruppi di persone per fasce di età. Le scienze cognitive hanno dimostrato che il cervello ha limiti cognitivi, sperimentalmente si sono individuate alterazioni delle capacità cognitive legate all'età. Queste ricerche non hanno prodotto norme specifiche.
- 4) Complessità. Il diritto per le persone anziane estrae dal sistema giuridico un sottosistema specifico, necessariamente armonico con il sistema, che tratta ogni aspetto della vita della persona, sia nei rapporti economici, che nei rapporti di famiglia e di lavoro. Un utile base di partenza può essere la "Elder Law" statunitense che offre una sorta di catalogo degli strumenti giuridici a disposizione delle persone anziane.

Capitolo 8

LE POLITICHE PER L'INVECCHIAMENTO

8.1 Le politiche di contrasto alla povertà e alle disuguaglianze per gli anziani

Le politiche di sostegno alle persone che invecchiano comprendono le misure di contrasto alla povertà, la copertura più o meno estesa del rischio di non avere mezzi di sostentamento una volta fuori dal mercato del lavoro. Sono innanzitutto le pensioni di vecchiaia che garantiscono un reddito vitalizio. Il sistema pensionistico italiano si basa su prestazioni di carattere assicurativo o previdenziale che comporta l'obbligo di versamento alle casse previdenziali di contributi durante la vita lavorativa, riservate agli ex lavoratori e calcolate con un sistema contributivo, legato cioè all'ammontare dei contributi versati. Le misure di tipo assistenziale, le pensioni sociali, sono pensate per chi non ha versato contributi a fini pensionistici e sono vincolate a una prova dei mezzi, ossia all'accertamento della situazione di necessità da parte del beneficiario: è il caso in Italia dell'assegno di inclusione, ex pensione di cittadinanza. Nei paesi OCSE nel 2015 la spesa per finanziare le pensioni è ammontata mediamente all'8% del PIL (OECD 2019). In Italia la composizione della spesa per la protezione è: 66.3% prestazioni sociali dedicate alla previdenza, 22.7% dedicato alla sanità. 11% alle prestazioni assistenziali (Istat 2020c). I titolari di pensioni in Italia sono circa il 25% della popolazione totale. In Europa la totalità della popolazione di età superiore a 65 anni gode della pensione (Eurostat 2019), ciononostante il 16,1% delle persone che superano tale soglia sono a rischio di povertà in Europa, nel caso dell'Italia tale percentuale si attesta al 15.3%.

Il sistema pensionistico italiano è stato oggetto negli ultimi trenta anni a varie modifiche informate al contenimento della spesa pensionistica più che al contenimento delle sacche di povertà generate dall'inadeguatezza delle pensioni e, tra le altre cose, dalle modifiche avvenute nel mercato del lavoro, la cui frammentazione e precarizzazione incide sulle dimensioni delle risorse tempo per tempo disponibili per il pagamento delle pensioni, per altro lato ridimensionate dai vari interventi intesi a contrastare la disoccupazione consistenti in agevolazioni fiscali e contributive per le aziende. Impostando la questione in termini ragionieristici potremo schematizzare attribuendo il dare (minori ricavi per lavoratori e

pensionati) al contenimento dell'intervento pubblico e l'avere ai minori costi aziendali (ovvero a parità di condizioni maggiori guadagni) legati al lavoro e per traslazione alle pensioni. Quindi a livello di sistema economico un trasferimento di risorse dal contrasto alla povertà al sistema economico privato. Aumenta conseguentemente il rischio per chi diventerà anziano nel prossimo futuro di entrare nell'area della povertà.

8.2 Le politiche per i non autosufficienti e di “Long Term Care”

Il concetto di non autosufficienza viene utilizzato per indicare l'incapacità di provvedere a sé stessi, la mancanza di autonomia e di indipendenza del soggetto. Non è sovrapponibile tout court alla disabilità e non è sinonimo di invalidità. La non autosufficienza non implica la totale perdita di autonomia e di autodeterminazione dell'individuo, laddove possibile è desiderabile che le politiche rivolte a queste persone sostengano e consolidino queste capacità residue per evitare di compromettere il potenziale residuo di autonomia e indipendenza del soggetto, trasformandolo in un ricettacolo di prestazioni assistenziali e di sorveglianza sociale (Kaufman 1994).

È stato proposto (Da Roit. 2017) di distinguere tre fasi storiche nel disegno ed implementazione della *long term care*. Negli anni 60 e 70 alcuni paesi del Nord Europa avviano i primi sistemi di servizi per gli anziani, in altri, tra cui l'Italia, si lascia la responsabilità di cura alle famiglie. Nel Nord Europa l'idea della de-istituzionalizzazione si concretizza con servizi domiciliari e territoriali. Nell'Europa continentale e meridionale dove il livello di istituzionalizzazione è molto basso, si riscontra una falsa de-istituzionalizzazione che si traduce nella possibilità (o inevitabilità) di invecchiare nel proprio contesto di vita, senza alcun sostegno pubblico se non quello fornito dalla famiglia.

Negli anni 90 la centralità della questione dell'invecchiamento emerge in relazione ai problemi di sostenibilità della spesa pubblica per i costi legati alle politiche pensionistiche e sanitarie. La de-istituzionalizzazione non consegue alle preferenze e all'esigenze di autodeterminazione ma diventa uno strumento di contenimento della spesa pubblica ritenendo meno costose le cure domiciliari, a maggior ragione se si traduce in una delega alle famiglie delle responsabilità di cura. Nel caso italiano la copertura dei servizi pubblici e assistenziali è sempre stata esigua e con forti differenziazioni territoriali. Una vera istituzionalizzazione in effetti non c'è stata. L'idea che, nel caso italiano, si è affermata è quella di attribuire risorse economiche da spendere nel mercato dei servizi, con l'introduzione di assegni di cura, contributi economici per sostenere finanziariamente i costi

derivanti dall'attività di cura. Il sostegno di tipo economico e/o in maniera integrata con altri servizi previsti dall'ente locale sono definiti sulla base di un Piano assistenziale individualizzato e con il monitoraggio dello stesso. In Italia la diffusione di questa modalità è stata differenziata nelle diverse regioni.

Il riconoscimento di queste misure avviene con un percorso che sfocia in una valutazione multidimensionale che si materializza nel Piano assistenziale individualizzato e nel successivo monitoraggio. In alcune regioni è stato implementato il voucher sociosanitario, titolo d'acquisto spendibile per prestazioni svolte da caregiver professionali con lo scopo di far emergere il lavoro nero degli assistenti familiari, qualificare il lavoro di cura e nel connetterlo il più possibile alla rete di servizi sociali e sociosanitari. I trasferimenti economici rispondono teoricamente alla richiesta di poter scegliere tra i vari servizi, trasformando gli utenti in consumatori di cura. Non sempre ciò attiva un processo di concorrenza tra erogatori che secondo la teoria (neoliberista) dovrebbe produrre un contenimento dei costi e un miglioramento dell'efficienza.

Negli anni 2000 nel dibattito pubblico assumono un ruolo centrale l'attivazione, l'autonomia personale e la comunità come fonte di sostegno. Il paradigma stesso dell'invecchiamento attivo e di successo è basato sulla partecipazione e l'attivazione delle persone anziane. Le famiglie e le comunità sono chiamate a farsi carico 'delle vulnerabilità traducendosi nella ridefinizione delle soglie all'accesso ai servizi a partire dall'assenza delle reti familiari, delle risorse personali e informali. In Italia tale impostazione sembra non contribuire tanto all'indipendenza e all'autonomia dei singoli quanto alla responsabilizzazione delle famiglie, alle quali viene delegato il lavoro di cura con forti asimmetrie di genere e con risposte improprie a servizi che mancano.

Al Fondo per le non autosufficienze introdotto nel 2006 dal governo Prodi ha fatto seguito, da parte di alcune regioni, l'istituzione di un Fondo regionale per la non autosufficienza quale strumento per il ridisegno delle politiche di assistenza continuativa considerando, per la prima volta, la non autosufficienza un nuovo rischio sociale e quindi una nuova area di welfare autonoma rispetto alla sanità e ai servizi sociali.

Il modello italiano *regionally framed* che attribuisce alle regioni e ai comuni le funzioni gestionali ed organizzative in assenza di strumenti di coordinamento interterritoriale porta con sé il rischio di produrre, mantenere o allargare le disuguaglianze. Politiche territoriali condizionate da dimensioni e vincoli di bilancio possono in alcuni casi portare alla negazione o spostamento nel tempo di prestazioni esigibili sulla carta.

Le disuguaglianze nell'accesso e fruizione di servizi di LTC (Long Term Cure) si ampliano anche per altri fattori quali ad esempio il fattore economico. I gruppi socioeconomici più dotati possono rivolgersi al mercato dei servizi privati ai quali i meno avvantaggiati non possono accedere. Le politiche incentrate su trasferimenti monetari possono incoraggiare fra i gruppi sociali meno abbienti il ricorso alle cure informali, nonché la diffusione di soluzioni di sostegno non qualificate. La cura informale rischia di trasformarsi in una trappola per il caregiver, nella gran parte dei casi donna, nel momento in cui, dovendo rientrare nel mercato del lavoro regolare, incontrerà non poche difficoltà.

La disponibilità di misure diverse dalle erogazioni di denaro, di servizi potrebbe attenuare le disuguaglianze sociali e di genere, ridurre il carico dei caregiver informali e ridefinire il trade-off tra cura e occupazione.

Il piano nazionale non autosufficienza del 2019 non è un documento di indirizzo nazionale sulle politiche, si "limita" al trasferimento diretto ai comuni di risorse per interventi sociali rivolti ad individui non autosufficienti, riguarda una parte delle risorse comunali dedicate, tralasciando il ruolo del Servizio sanitario nazionale e l'indennità di accompagnamento non appare come una premessa alla riforma delle politiche di LTC. Vi è tuttavia il tentativo di individuare obiettivi graduali e sostenibili di sviluppo degli interventi e di monitorarli mediante appositi indicatori e di allargare la platea dei destinatari. La novità, tra le più interessanti, è il riferimento alla necessità di individuare e definire Livelli essenziali delle prestazioni sociali destinate ai non autosufficienti, aspetto questo di fondamentale importanza in quanto una volta nominati, i livelli essenziali diventano diritti esigibili. Viene predisposto uno strumento nazionale per classificare la disabilità e misurare il bisogno assistenziale. Inoltre, la richiesta coerenza dei piani regionali con quello nazionale evidenziano il contrasto alla frammentarietà del sistema e alle disuguaglianze prodotte da questa frammentarietà.

8.3 Dimensioni di esclusione, disuguaglianze e "Ageismo"

Gli over 65 non sono un gruppo omogeneo, al suo interno si reiterano le stratificazioni presenti e conseguenti nel resto della popolazione in termini di inclusione sociale e accesso alle risorse. Un'indagine recente sulla qualità della vita delle persone anziane (Eurofound 2019) offre una prima indicazione di quali sono i fattori di tipo economico, sociale, civico e sanitario, che incidono sulla qualità della vita, presi in considerazione nell'Unione Europea.

Walsh e colleghi (2017), hanno individuato sei cornici concettuali che condividevano altrettanti domini comuni: vicinato e comunità; servizi; mobilità e svago; relazioni sociali; risorse finanziarie e materiali; aspetti psico-socioculturali e partecipazione civica. Vengono poi considerati i processi di accumulazione che connotano l'esclusione sociale lungo il corso della vita. I meccanismi di esclusione rappresentano dei punti di non ritorno verso la precarietà.

Walsh e colleghi (2017) danno questa definizione dell'esclusione:

“L'esclusione in età anziana implica interscambi fra fattori di rischio, processi ed esiti a diversi livelli. Oltre a variare nella forma e nei gradi lungo il corso di vita delle persone anziane, la sua complessità, il suo impatto e la sua prevalenza sono amplificate dalle vulnerabilità dell'età anziana, dagli svantaggi accumulati da particolari gruppi, da limitate opportunità di attenuare l'esclusione. L'esclusione in età anziana porta a iniquità nelle possibilità di scelta e nell'esercizio di controllo, nelle risorse e nelle relazioni, oltre che nel potere e nei diritti negli ambiti chiave del vicinato e della comunità; di servizi, mobilità e svago; delle risorse materiali e finanziarie; delle relazioni sociali; degli aspetti socioculturali della società; e della partecipazione civica. L'esclusione in età anziana coinvolge stati, società, comunità e individui”.

Gli stereotipi riguardanti le persone anziane possono influenzare negativamente la salute psico-fisica ed il benessere, in particolare modo nei soggetti appartenenti alla terza età, coloro cioè che sono stati espulsi dal sistema produttivo avendo raggiunto l'età del pensionamento (generalmente 65 anni) in condizioni generali psicofisiche buone. L'invecchiamento può essere inteso non solo come un periodo di perdita, ma anche di acquisizioni di funzioni, come crescita e sviluppo (Ferrara et al., 2005). I cambiamenti cognitivi riguardano in modo particolare la memoria. Il modello Tulving (2000) contempla cinque sistemi di memoria: 1. Memoria di lavoro (primaria e secondaria); 2. Memoria semantica; 3. Memoria episodica; 4. Memoria procedurale; 5. Sistema di rappresentazione percettiva. Durante il normale processo di invecchiamento la memoria di lavoro secondaria e la memoria episodica subiscono gli effetti dell'invecchiamento (Luo e Craik 2006).

Nelle persone over 65 la depressione è più frequente rispetto ad altri cambiamenti emotivi (Babatsikou et al, 2017), i sintomi depressivi aumentano con l'età, soprattutto nelle donne ed è maggiore nelle residenze assistenziali. Blazer (2003) ritiene che la depressione incida, peggiorandola, nella qualità di vita e concorre nell'evoluzione delle patologie compresenti contribuendo ad un peggioramento del loro decorso.

Nella loro ricerca Brunton e Scott (2015), riguardante le paure dell'invecchiamento, con un sondaggio online cui hanno partecipato trecentoquarantotto persone di età compresa tra 18 e 88 anni, hanno considerato quattro dimensioni: la paura degli anziani, l'aspetto fisico, le preoccupazioni psicologiche e la paura delle perdite. I risultati sono stati: 1. Uomini e donne hanno paure diverse; 2. Una maggiore qualità del contatto è correlata a una minore

ansia di invecchiare; 3. La cattiva salute è correlata ad una maggiore ansia da invecchiamento e (4) all'ageismo.

Il termine ageismo indica la discriminazione basata sull'età che si manifesta con stereotipi e percezioni negative nei confronti degli anziani. Robert Butler fu il primo ad usare questo termine individuando tre aspetti distinti, ma correlati all'età: atteggiamenti e credenze, discriminazioni comportamentali e pratiche formalizzate. Lo fece partendo da un evento avvenuto nel 1969 a Chevy Chase quartiere di Washington: l'agenzia per l'edilizia popolare decise di destinare un edificio all'ospitalità di anziani indigenti, ciò provocò la reazione della cittadinanza contraria all'assegnazione a persone anziane di un edificio considerato di lusso. L'ageismo di Butler riflette l'avversione per la vecchiaia, la malattia, la disabilità e la paura dell'impotenza e della morte. L'ageismo si manifesta anche nel modo in cui si percepisce sé stessi oltre che nel modo in cui un gruppo ne tratta un altro.

CONCLUSIONI

La stagione dell'espansione dei diritti personali e della diffusione del benessere iniziata con le grandi rivoluzioni, l'americana e la francese, e continuata nel XX secolo in un contesto di estesa conflittualità sembra concludersi nell'ultimo quarto del secolo. I diritti fondamentali, sanciti nelle carte costituzionali dei paesi democratici, rappresentano l'esito delle lotte tra le componenti dominanti e le componenti dominate e comportano una ridefinizione dei poteri. A partire dagli anni Ottanta del secolo scorso sembra di assistere ad una fase di restaurazione con la salda ripresa delle redini da parte del sistema economico, del capitale. La caduta del muro di Berlino e l'estensione del sistema capitalistico nell'Europa orientale porta alla stigmatizzazione di qualsiasi critica al sistema capitalistico, che si presenta come la sola prospettiva in grado di assicurare lo sviluppo e la crescita della ricchezza. L'individualismo frammenta la collettività neutralizzando le forze generate dalla condivisione dei bisogni e dalle aggregazioni le cui istanze non trovano eco nella politica. La lotta di classe è scomparsa non perché non esistano contrapposizioni tra le classi ma perché esauritasi e risoltasi con la vittoria della classe che domina il sistema economico, che condiziona gli altri sistemi, il sistema politico, sociale, etico, giuridico ecc., mantenendo la propria autoreferenzialità. Le regole dell'economia vengono considerate alla stregua di regole naturali, la non applicazione delle quali porta alla catastrofe. La politica il cui scopo primario è, o dovrebbe essere, il benessere della collettività si scontra in ogni sua attività con la disponibilità di risorse, meglio con la scarsità di risorse. La questione delle risorse può essere guardata non soltanto dal punto di vista quantitativo ma distributivo, per il tramite dello stato. Riaffiorano gli interessi contrastanti tra chi possiede le risorse e chi non le possiede, ogni intervento statale comporta un utilizzo di risorse che può essere realizzato con un travaso di queste dal settore privato al settore pubblico. Il vincolo di bilancio è in realtà un vincolo politico.

La forza relativa delle varie componenti della società determina le priorità e la conseguente distribuzione delle risorse "sottratte" al privato.

Le componenti più deboli e meno visibili non hanno, in quanto tali, sufficiente forza per reclamare quanto necessario, per lenire l'ipotetico disagio emotivo; per legittimare i propri privilegi ai vari livelli si utilizza una narrazione che colpevolizza l'ultimo che è tale per

motivi connessi ai suoi comportamenti, non certo al contesto sociale, e ricorrendo ad una contrapposizione tra poveri.

La condizione degli anziani è varia e articolata. I giovani anziani, coloro cioè che hanno raggiunto il sessantacinquesimo anno e che sono in pensione godono generalmente di una buona salute e possiedono un capitale sociale che viene da un giorno all'altro azzerato. La pensione è un diritto maturato nel tempo che però, salvo per alcuni, è anche un obbligo non derogabile, insomma raggiunti i requisiti ci si ritrova pensionati anche se non lo si desidera ancora, tanto che in Italia e in parte anche in Europa il cumulo dei redditi da pensione con redditi da lavoro è normata in modo rigoroso prevedendo severe sanzioni in caso di violazione. Una espulsione effettiva dal mercato del lavoro, o se vogliamo una sorta di libertà vigilata.

Le teorie sull'invecchiamento, in particolare quelle sull'invecchiamento attivo e sul disimpegno, sono fortemente situate, condizionate e subordinate al perseguimento degli scopi del sistema economico e non tanto a mettere in evidenza gli effetti latenti delle dinamiche sociali che ostacolano il percorso del raggiungimento della felicità, che è forse la motivazione fondante la società. La società felice è un'utopia, che in quanto tale va perseguita idealmente, uno sguardo alla Storia mostra quanto facile, se non inevitabile, sia la metamorfosi dell'utopia in distopia. Il diritto alla felicità è sancito nel preambolo della costituzione statunitense ed è presente, pur senza che il termine venga usato, nella Costituzione italiana.

L'avanzare dell'età porta con sé, con sempre maggior frequenza, disabilità che comportano la necessità di avere un aiuto, un sostegno da parte di terzi. Il bisogno di cura, in Italia, viene prevalentemente assicurato dalla famiglia, sia direttamente che con il ricorso al mercato dei servizi. Lo stato appare latitante, la scarsità delle risorse pubbliche da destinare alla cura è riconducibile all'ideologia neoliberista che le considera come ricchezza sottratta al circuito economico privato creatore di plusvalore e che quindi tende a stigmatizzare il settore pubblico come distruttore di ricchezza.

Le RSA sono certamente non paragonabili agli "ospizi" di 50 anni fa, ma mantengono alcune criticità che evocano l'istituzione totale, in cui la soggettività, l'agency, la libertà subiscono una totale compressione. Le RSA se pubbliche sono strutture che non si giustificano dal punto di vista economico, se private invece sono un grande business nel quale sono entrati grandi gruppi multinazionali con importanti fatturati e risultati economici di tutto rispetto. Sono strutture impermeabili alle famiglie, che non partecipano alla gestione e che vedono

rarefatto il loro diritto a frequentare e ad interagire con i loro cari al di fuori delle modalità, più o meno rigide, previste dalle singole strutture. Un'inchiesta del Corriere della Sera del 2020 rileva che “delle oltre 1.500 irregolarità riscontrate nel 2019 per abbandono di persone incapaci, maltrattamenti, omicidi colposi, esercizio abusivo della professione, troppi ospiti in una stanza, scarsa pulizia, pasti o alimenti in cattivo stato di conservazione, oltre il 75% riguardano proprio le case famiglia e i privati convenzionati”.

BIBLIOGRAFIA

- Amendola, G.** (2011), *Abitare e vivere la città*, in A. Golini e A. Rosina, *Il secolo degli anziani. Come cambierà l'Italia*, Il Mulino, Bologna.
- Anderson R., Weeks H., Hobbs B., Webb J.**, (2003), *Nursing Home Quality, Chain Affiliation, Profit Status and Performance*, in *Journal of Real Estate Research*, 25(1), pp. 43-60
- Arlotti, M., Parma, A. e Ranci, C.**, (2020) *Politiche di LTC e disuguaglianze nel caso italiano: evidenze empiriche e ipotesi di riforma*, in «*Politiche Sociali/Social Policies*», 1, pp. 125-148.
- Ascoli U., Pavolini E.**, (2012), *Ombre rosse. Il sistema di welfare italiano dopo venti anni di riforme*, “*Stato e Mercato*”, 96, pp. 429-64.
- Atchley, R.**, (1971) *Retirement and Leisure Participation: Continuity or Crisis?* in «*The Gerontologist* », 11, n. 1, pp. 13-17.
- Babatsikou, F., Konsolaki, E., Notara, V., Kouri, M., Zyga, S. e Koutis, C.**, (2017). *Depression in the Elderly: A Descriptive Study of Urban and Semi-Urban Greek Population*, *International Journal of Caring Sciences*, 10 (3): 1286-1295.
- Banaszak-Holl J. et al.** (2018), *The Impact of Chain Standardization on Nursing Home Staffing*, in *Medical Care*, 56(12), pp. 994-1000.
- Barsanti S., Colombini G., Pardini E. et al.** (2019), *La valutazione della performance delle Residenze Sanitarie Assistenziali: il caso della Regione Toscana*, in www.luoghicura.it, 19 marzo 2024.
- Barthe J.-F., Clément S., Drulhe M.** (1988), *Vielliesse ou vieillissement? Le processus d'organisations des modes de vie chez les persone âgées*, «*Les Cahiers de la Recherche sur le travail Sociale*», 15, 11-31.
- Bengtson, V.L. e Allen, K.** (1993) *The Life Course Perspective Applied to Families Over Time*, in P. Boss, W. Doherty, R. LaRossa, W. Schumm e S. Tenmetz (a cura di), *Sourcebook of Family Theories and Methods*, Plenum, New York, pp. 469-504.
- Berger, P., Luckman T.**, (1969) *La realtà come costruzione sociale*. Il Mulino, Bologna.
- Binstock, L.K. e George, S.** (a cura di), (2006) *Handbook of aging and the social sciences*, Burlington, Elsevier Academic Press, Burlington
- Blazer, D. G.** (2003). *Depression in Late Life: Review and Commentary*. *Journal of gerontology: Medical Sciences*, 58(3), no. 3, 249-265 DOI: 10.1093/gerona/58.3.
- Blumer, H.**, (2008), *Interazionismo simbolico: prospettiva e metodo*. Il Mulino, Bologna.
- Bourdelaïs Patrick** (1993). *L'âge de la veillesse*, Odile Jacob, Paris.
- Bouisson J.**, (2007), *Viellissement, vulnérabilité, perçue et routinisation: Le vieillissement au grand âge*, *Retraite et société*, no. 52, 2007, pp. 107–28
- Brugnoli Alberto, Zangrandi Antonella** (2021) *Anziani e disabili: un nuovo modello di assistenza* Fondazione per la sussidiarietà, Milano.

- Brunton, R. J. & Scott, G.** (2015). *Do we fear Ageing? A multidimensional approach to Ageing Anxiety*, *Educational Gerontology*, 41(11), 786-799. DOI: 10.1080/03601277.2015.1050870.
- Butler, R.**, (1969) *Ageism: Another form of bigotry*, in «The Gerontologist», 9, pp. 243-245.
- Calkins, M., Cassella C.** (2007), *Exploring the cost and value of private versus shared bedrooms in nursing homes*, in *The Gerontologist*, 47(2), pp. 169-83.
- Cappellato, V, Tedeschi B.C., Mercuri, E.** (2021) *Anziani: diritti, bisogni, prospettive: un'indagine sociologica e giuridica*. Il mulino, Bologna.
- Caradec V.** (2004), *Viellir après la retraite*, PUF, Paris.
- Cardano, M.**, (2008) *Disuguaglianze sociali di salute. Differenze biografiche incise nei corpi*, in «Polis», 1, pp. 119-148.
- Censi, A., Minetti Zavaritt, A.**, (2021), “La sfida della grande vecchiaia: tra legami fluidi e riconversioni identitarie.” *Quaderni di sociologia*, vol. 58, no. 58, 2012, pp. 89–106, <https://doi.org/10.4000/qds.595>. 2021.
- Cumming, E., Henry, W.** (1961) *Growing Old*, Basic Books, New York.
- Da Roit, B.**, (2017) *Quarant'anni di politiche di long-term care in Italia e in Europa*, in «Autonomie locali e servizi sociali», 3, pp. 593-607.
- De Beauvoir S.** (1971), *La terza età*, Einaudi, Torino.
- Doron, I.**, (2009), *Theories of Law and Aging*, Springer, Berlin.
- Elder, G.H. Jr.**, (1974) *Children of the Great Depression: Social change and life experience*, University of Chicago Press., Chicago.
- Esping-Andersen, G.** (2009) *The Incomplete Revolution: Adapting to Women's New Roles*, Polity Press, Cambridge.
- Eurofound** (2019) *Age and quality of life: Who are the winners and losers?* Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- Eurostat** (2019) *Ageing Europe. Looking at the lives of older people in the EU*.
- Ferrara, N., Corbi, G., Scarpa, D., Rengo, G., Longobardi, G., Mazzella, F., Cacciatore, F. e Rengo, F.** (2005). *Teorie dell'invecchiamento [Theories of aging]*. *Giornale di Gerontologia*, 53(2):57-74.
- Fineman, M.**, (2012) «Elderly» as vulnerable: *Rethinking the nature of individual and societal responsibility*, in «Elder Law Journal», 20, p. 71.
- Foster, L. e Walker, A.**, (2015) *Active and successful aging: A European policy perspective*, in «Gerontologist», 55, n. 1, pp. 83-90.
- Fosti, G. e Notarnicola, E.** (a cura di), (2018) *L'innovazione e il cambiamento nel settore della Long Term Care*, EGEA, Milano.
- Foucault M.** (2009), *La cura di sé*, Feltrinelli, Milano.
- Frolik, L.**, (1993) *The Developing Field of Elder Law: A Historical Perspective*, in «Elder Law Journal », 1, n. 2.
- Garavaglia G., Lettieri E., Agasisti T. et al.** (2011), *Efficiency and quality of care in nursing homes: an Italian case study*, in *Health Care Management Science*, 14, pp. 22-35.
- Garfinkel, H.**, (1967) *Studies in Ethnomethodology*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ.
- Gaugler J.E.** (2005), *Family involvement in residential long-term care: A synthesis and critical review*, in *Aging & Mental Health*, 9, pp. 105-118.

- Gee E. e Gutman G** (2000). *The Overselling of Population Ageing*. Oxford University Press, Oxford.
- Giddens, A.**, (1991) *Modernity and Self-Identity: Self and Society in the Late Modern Age*. Stanford University Press, Stanford.
- Giori, Danilo, et al.**, (1984), *Vecchiaia e società*. Il Mulino, Bologna.
- Goffman E.** (1969), *La vita quotidiana come rappresentazione*, Il Mulino, Bologna.
- Henrard J.C.** (2002). *Les défis du vieillissement*, La Découverte, Paris.
- Hepworth M.** (1991), *Positive Ageing and the Mask of Age*, «Journal of Educational Gerontology», 6, 93-101.
- Herr A., Saric A.** (2016), *The Welfare Effects of Single Rooms in German Nursing Homes: A Structural Approach*, in Health, Econometrics and Data Group (Hedg), Working Papers, 16, 23, <https://www.york.ac.uk/economics/hedg/wps/wp2016/>.
- Hochschild, A.R.**, 1975 *Disengagement Theory: A Critique and Proposal Source*, in «American Sociological Review», 40, n. 5, pp. 553-569
- ISTAT**, (2018) Rapporto annuale.
- ISTAT**, (2020) La protezione sociale in Italia e in Europa.
- ISTAT**, (2020) Invecchiamento attivo e condizioni di vita degli anziani in Italia.
- ISTAT**, (2023) Rapporto annuale.
- Kapp, B.M.**, (2003) *The Law and Older Persons: Is Geriatric Jurisprudence Therapeutic?*, Carolina Academic Press, Durham.
- Kaufman, S.R.**, (1994) *The social construction of fealty: An anthropological perspective*, in «Journal of Aging Studies», 8, n. 1, pp. 45-58.
- Laslett P.**, (1989), *A Fresh Map of Life*, Weidenfeld and Nicholson, London, Trad. it. (1992). *Una nuova mappa della vita*, Il Mulino, Bologna.
- Leisering, L. e Leibfried, S.**, (1999) *Time and poverty in Western Welfare State*, University Press, Cambridge.
- Lemon, B.W., Bengtson, V.L. e Peterson, L.A.**, (1972) *An Exploration of the Activity Theory of Aging: Activity Types and Life Satisfaction among In-movers to a Retirement Community*, in «Journal of Gerontology», 27, n. 4, pp. 511-523.
- Licursi S.**, (2013), *Gli anziani nella modernità*, in Fantozzi P., Licursi S., Marcello G., A partire dagli anziani, Liberetà, Roma.
- Luo, L., Craik, F.I.M.** (2008). *Aging and Memory: A Cognitive Approach*, La Revue canadienne psychiatrie, 13 (6) juin D O I :10.1177/070674370805300603.
- Mari, D.**, (2017), *A spasso con i centenari*, Il Saggiatore, Milano.
- Marmot, M.**, (2005), *Social determinants of health inequalities*, in «Lancet», pp. 1099-1104
- Marx, Karl**, et al., (1848) *Manifesto del Partito comunista*. 15. ed, Laterza, Bari, 1983.
- Mead M.**, (1978), *Culture and Commitment. A Study of the Generation Gap*, Columbia University Press, New York.
- Micheli A.**, (2007) *Coperture variabili. Non autosufficienza anziana ed erogazioni di welfare*, in "Stato e mercato, Rivista quadrimestrale" 3/2007, pp. 409-440, doi: 10.1425/25909.
- Micheli, G. e Tulumello, A.** (a cura di), (1990) *Percorsi e transizioni*, Franco Angeli, Milano.

- Minichiello V., Browne J., Kendig H.** (2000), *Perceptions and Consequences of Ageism: Views of Older People*, «Ageing and Society», 20, 3.
- Network Non Autosufficienza, (2021)** *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia* 7° rapporto 2021/2022 Punto di non ritorno, Maggioli Editore.
- Neugarten, B.**, (1964) *Personality in middle and late life*, Atherton, New York.
- Numhauser-Henning, A.**, (2013) (a cura di), *Introduction to the Norma Elder Law Research Environment: Different Approaches to Elder Law*, www.jur.lu.se/norma.
- Olagnero, M.**, (1999), *Corsi di vita e biografie. Contributi di analisi e ricerca*, Il Segnalibro, Torino.
- OMS (WHO)**, (2002) *Active ageing: A policy framework*, World Health Organization, Ginevra.
- Pallante, F.**, (2018), *La non-autosufficienza tra diritto alla salute, discrezionalità politica e limitatezza delle risorse economiche. la normativa illegittima della Regione Piemonte*, Democrazia e diritto, vol. 2, no. 2, pp. 78–87, <https://doi.org/10.3280/DED2018-002005>.
- Pelliccia L.** (2019), *Presidi residenziali per anziani: quali figure professionali operano nelle varie Regioni?* in www.luoghicura.it, 12 dicembre.
- Pesaresi F., Simoncelli M.**, (2008) *Analisi delle RSA: presenza nel territorio e condizioni degli ospiti* (doi: 10.1450/27071) Tendenze nuove (ISSN 2239-2378) Fascicolo 3, maggio-giugno 2008.
- Pugliese E.**, (2013), *Anziani e Società*, Economia e Società regionale – XXXI (3), Invecchiare un'età in più.
- Puurveen G., Baumbusch J., Gandhi P.**, (2018), *From Family Involvement to Family Inclusion in Nursing Home Settings: A Critical Interpretive Synthesis*, in *Journal of Family Nursing*, 24(1), pp. 60-85.
- Ricoeur P.**, (1990), *Soi meme comme un autre*, Seuil, Paris.
- Rowe, J. W., Kahn R.L.**, (1997) *Successful Aging*, *The Gerontologist*, vol. 37, no. 4, 1997, pp. 433–40, <https://doi.org/10.1093/geront/37.4.433>.
- Sciolla L.** (a cura di), (1983), *Identità. Percorsi di analisi in sociologia*, Rosenberg & Sellier, Torino.
- Scortegagna, R.**, (1999), *Invecchiare*, Il Mulino, Bologna
- Sen, A.**, (1987) *Commodities and Capabilities*, Oxford University Press, New Delhi.
(1993) *Capability and well-being*, in M. Nussbaum e A. Sen (a cura di), *The quality of life*, Clarendon Press, Oxford.
- Settersten, R.A.**, (2003) *Age Structuring and the Rhythm of the Life Course*, in J.T. Mortimer e M. Shanahan (a cura di), *Handbook of the Life Course*, New York, Kluwer Academic Publishers, pp. 81-101.
- Sneed, J.R. e Whitbourne, S.K.**, (2005) *Models of the aging self*, in «*Journal of Social Issues*», 61, n. 2, pp. 375-388. Sobel, M.E.
- Tulving, E.** (2000) *Concepts of memory*, In: Tulving E, Craik FIM, editors. *The Oxford handbook of memory*. New York (NY): Oxford University Press; p 33-43.
- Veshi, D.**, (2013) *Le sfide del futuro: i costi della vecchiaia e il long term care*, (doi: 10.3241/73754), *Rivista del Diritto della Sicurezza Sociale* (ISSN 1720-562X), Fascicolo 2, giugno 2013. Ed. Il Mulino, Bologna.

- Walker, A.**, (2002) *A Strategy for Active Ageing*, International Social Security Review (English Edition), vol. 55, no. 1, 2002, pp. 121–39, <https://doi.org/10.1111/1468-246X.00118>.
- Walker, A.** (2005) *A European perspective on quality of life in old age*, in «European Journal of Ageing », 2, pp. 2-12.
- Walsh, K., Scharf, T. e Keating, N.**, (2017) *Social exclusion of older persons: A scoping review and conceptual framework*, in «European Journal of Ageing», 14, n. 1, pp. 81-98.
- Weber, Max**, et al. (1905), *L'etica protestante e lo spirito del capitalismo*. Ed. 2011, RCS, Milano
- Wexler, D.**, (1990) *Therapeutic Jurisprudence: The Law as a Therapeutic Agent*, Carolina Academic Press., Durnham.
- Wilkinson, R.G. e Marmot, M.G.**, (2003) *Social Determinants of Health: The Solid Facts*, Ginevra, World Health Organization.