



Presidenza del Consiglio dei Ministri
COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA

BIOETICA E DIRITTI DEGLI ANZIANI

20 GENNAIO 2006

INTRODUZIONE

di Francesco D'Agostino

Per quel che concerne l'intendimento della vecchiaia, tra noi e coloro che sono appartenuti alle generazioni antecedenti alla nostra, c'è una sorta di abisso ermeneutico, che ci è molto difficile poter colmare. Infatti non è più possibile, oggi, considerare la condizione anziana facendo coincidere –secondo un paradigma classico, fortemente consolidato e peraltro in gran parte ancora ampiamente condiviso- la prospettiva *ontologica* con la prospettiva *biologica*: non è più possibile, in altre parole, definire *cosa sia* la vecchiaia analizzandola *riduzionisticamente*, a partire ad es. dalla perdita della capacità riproduttiva o dal “rallentarsi” dell’attività intellettuale o dal deficit, anzi dal costante e irreversibile *degrado*, di qualunque altra specifica funzione fisico-biologica. E’ ormai acquisizione consolidata che “la vecchiaia è espressione di una biologia in un ambiente”, secondo la felice espressione di Andreoli e che l’*ambiente* è nozione *meta-biologica*, nella quale interagiscono dinamiche psicologiche, politiche, sociali, storico-culturali.

Ci è stato spiegato dalla demografia come la modernità abbia profondamente modificato la struttura della popolazione nelle società avanzate, destrutturando la caratteristica forma piramidale che ha caratterizzato per millenni il rapporto tra le generazioni ed abbia di conseguenza cambiato radicalmente la nostra percezione della *fisicità* della condizione anziana. E’ cambiata con tale rapidità da non consentire al linguaggio di aggiornarsi: come acutamente osservò Norberto Bobbio “nulla prova la novità del fenomeno meglio che il constatare la mancanza di una parola per designarlo: anche nei documenti ufficiali agli *agés* seguono i *tres agés*”, agli *young old*, la nuova categoria demografica circoscritta tra i sessantacinque e i settantacinque anni, seguono gli *oldest old*, che superano i settantacinque anni. Gli studi che si sono moltiplicati negli ultimi decenni –oltre che più in generale l’esperienza diffusa di cui siamo tutti testimoni- ci hanno convinto dell’infondatezza del paradigma che vedeva l’anziano come un individuo in preda a un progressivo ed inesorabile sfacelo psico-fisico che annientava la sua vita individuale e la sua funzione sociale. In altre parole è divenuto assolutamente obsoleto il motto di Terenzio: *Senectus ipsa morbus*. “Invecchiare –ha scritto John Eccles- è un concetto relativo. La c.d. *senescenza* è un processo dovuto al rallentamento o alla diminuzione delle possibilità intellettuali, causato da ridotte capacità di apprendimento, memorizzazione e creatività. Ma proprio perché è definita in questo modo, non esiste un’età tipica del suo apparire”

Sono crollati di conseguenza o sono comunque destinati a rimodellarsi stereotipi radicatissimi nella coscienza collettiva. E’ crollato lo stereotipo della specifica *ammirazione* che meriterebbe la saggezza senile, che la qualificherebbe precipuamente per l’attività politica e che, sempre stereotipatamente, in ogni generazione si lamenta che sia andata perduta. Perde di senso, a seguito dell’impressionante innalzamento dell’indice della vita media, l’invidia per l’evento, un tempo rarissimo, della longevità. Perde di asprezza e acquista nuovi connotati di bonomia la tradizionale *irritazione* attivata dalla vecchiaia dispotica, pretenziosa, arrogante e imbellè, destinata ad essere beffata e punita e che tanto materiale, dall’antichità fino all’Ottocento avanzato, ha sempre fornito a poeti, commediografi e a librettisti d’opera; ma perde simmetricamente di forza il senso di tenerezza attivato da una vecchiaia *mite* e tornata ad essere pressoché *infantile*, di cui sono testimonianza favole e miti (Filemone e Bauci). Ma crolla anche lo stereotipo della *atrocità* della vecchiaia, la vecchiaia paragonabile a un *decayed house*, ad una casa in rovina, ritenuta così *detestabile*, da far apparire auspicabile la morte precoce (si ricordi il detto classico *Muor giovane colui che agli dèi è caro*, un tema che troviamo ancora nel giovane Leopardi, che spera di non dover mai varcare la *detestata soglia* della vecchiezza); perdono incisività e si involgariscono nell’immaginario collettivo le fantastiche illusioni di poter trovare una via per conquistare una

eterna giovinezza, illusioni che vengono più prosaicamente ma anche con ben maggiore concretezza sostituite dal legittimo desiderio di garantirsi una terza età sana, efficiente, socialmente garantita, sessualmente attiva.

La vecchiaia appare oggi insomma alla stregua di una età della vita caratterizzata sì (peraltro come ogni altra età della vita) da particolari *fragilità* – e proprio per questo meritevole di doverose e specifiche attenzioni igieniche, biomediche e sociali-, ma non certo come una età in cui debba di necessità, in virtù di una imperscrutabile volontà della *natura*, *affievolirsi il diritto alla salute*, come diritto umano fondamentale non solo alla *terapia*, ma in senso più lato alla *cura*.

La riflessione bioetica possiede sotto questo profilo spazi di operatività, soprattutto sociale, davvero sconfinati. Essa deve denunciare tutte le forme di violenza, in gran parte subdole e indirette, cui vengono sottoposti gli anziani. Deve denunciare come un vero e proprio *mito* quello della ineluttabilità e della progressività del loro declino psico-fisico; e lo deve denunciare come un *mito pernicioso*, perché è esso stesso in gran parte la ragione della situazione di *disagio* –sociale, politico, psicologico- in cui nella modernità vengono spesso a trovarsi gli anziani, vittime di dinamiche di *emarginazione* intollerabili sotto tutti i profili.

Ove la bioetica uscisse vittoriosa da questa battaglia (ma in realtà non è questa una battaglia che si possa vincere una volta per tutte, perché è destinata a riaccendersi ad ogni generazione), non per questo potrebbe ritenere esauriti i propri compiti. Le resterebbe comunque da combattere una battaglia ulteriore, infinitamente più complessa: quella che ha per oggetto non la *biologia*, ma l'*ontologia* della condizione anziana in quanto tale. Infatti, per quanto si possano doverosamente ed efficacemente rivendicare i *diritti* dei soggetti anziani e per quanto la medicina possa efficacemente operare per dare all'esercizio concreto di questi diritti un solido supporto *biologico*, resta per la condizione anziana il problema di fronteggiare l'ostacolo più grande, quel duro dato, come ha scritto Romano Guardini, della "segreta ostilità che la vita in crescita oppone alla vita declinante"; le resta da fronteggiare quel diffuso sentimento di *disprezzo* nei suoi confronti, che si ha raramente il coraggio di considerare fino in fondo e che trova la sua ultima radice nella *innaturalità* che in qualche modo possiede per l'uomo il diventare vecchio e la cui evidenza, stampata nei volti senili, suscita, in chi ancora vecchio non è, un turbamento profondo, che viene in genere rimosso e occultato, ma che più spesso ancora suscita sentimenti di aggressività. Se il compito di promuovere la difesa della vita anziana nelle sue dimensioni *materiali* richiede un'alleanza tra bioetica, medicina e politica sociale, quello di prendere sul serio la difficilissima dialettica che contrappone la vecchiaia alle precedenti età della vita è un compito che con ogni probabilità spetta esclusivamente alla bioetica, come *etica della vita*. E non possiamo dire che la bioetica sia, generalmente parlando, bene attrezzata per adempierlo.

Partendo da questa consapevolezza, il *Comitato Nazionale per la Bioetica* nella riunione plenaria del 19 settembre 2002 decise di attivare un gruppo di lavoro, dedicandolo alla *Bioetica e diritti degli anziani*. Il carattere interdisciplinare della ricerca e della riflessione in materia indusse a nominare ben tre diversi coordinatori del gruppo, nelle persone di Adriano Bompiani, Luisella Battaglia e Annalisa Silvestro. Del gruppo entrarono subito a far parte numerosi colleghi, tra i quali Paola Binetti, Isabella Coghi, Carlo Flamigni, Romano Forleo, Laura Palazzani, Elio Sgreccia, Giancarlo Umani Ronchi. La prima stesura del testo venne costruita in numerose e vivaci riunioni di gruppo; esauriti i lavori preliminari, la bozza del documento fu portata infine all'attenzione del Comitato riunito in seduta plenaria il 28 gennaio 2005 e in questa occasione si decise di affidare alle cure della Prof.ssa Cinzia Caporale una ulteriore revisione del testo, perché meglio venissero strutturate e coordinate le sue diverse parti. Il testo che ora viene dato alle stampe è stato infine definitivamente approvato nella seduta del 20 gennaio 2006: offrendolo al proprio pubblico il CNB è consapevole dei limiti della sua riflessione, ma nello stesso tempo giustamente orgoglioso di aver con tanto impegno portato definitivamente una tematica così delicata e così essenziale all'attenzione della bioetica italiana.

PREMESSA

Il Comitato Nazionale per la Bioetica propone all'attenzione dell'opinione pubblica alcune riflessioni riguardanti la condizione dell'anziano nell'attuale congiuntura sociale, invitando i cittadini a considerare con maggiore disponibilità la dignità e i diritti che spettano alle persone che attraversano questa particolare fase della vita umana.

Il Comitato desidera anzitutto sottolineare che una *bioetica con gli anziani* è ormai assolutamente opportuna, in quanto suscettibile di coinvolgere diversi soggetti (individui, famiglie, istituzioni, associazioni del volontariato, etc.) e capace di favorire una riflessione ad ampio raggio su una questione sociale urgente che va affrontata secondo diverse prospettive: medico-sanitaria, psico-sociale, etico-normativa e in definitiva antropologica, sia sul versante delle persone interessate che sul versante pubblico.

La trattazione di questi aspetti ha raggiunto – sia in sede nazionale che internazionale – una dimensione assai vasta per numerosità di contributi, molti dei quali di elevata qualità. Il CNB, pur tenendo conto delle principali linee di pensiero emerse al riguardo, non ha tuttavia inteso tentarne una sintesi, né condurre un'analisi circostanziata della letteratura disponibile. E nemmeno il CNB ha voluto soffermarsi sulle questioni economiche che in molti casi gravano sulla persona che si inoltra nell'età che segue la cessazione dal lavoro, o sulle questioni strettamente politico-amministrative (pur riconoscendone la notevolissima rilevanza nella vita del soggetto), né dibattere la “classificazione” dell'anzianità rispetto ai limiti temporali e alle denominazioni che sono state proposte dalla demografia per le diverse classi (ad es.: anziano, vecchio, longevo, vegliardo, etc.).

Ricomprendendo nel concetto di anzianità quel continuum di problemi che interviene dopo la cessazione del lavoro professionale e comunque convenzionalmente fissato a partire dai 65 anni, con il presente Documento il CNB vuole ribadire con argomentazioni bioetiche la doverosità di alcuni comportamenti che – adottati universalmente – potrebbero contribuire a rafforzare il concetto di *dignità dell'anziano* e favorire il rispetto dei diritti che a lui spettano.

La questione demografica

Esiste una consapevolezza diffusa dell'importanza che riveste il fenomeno del progressivo aumento della vita media per un equilibrato assetto sociale. Un fenomeno che si è accentuato nella seconda metà del XX secolo in particolare in tutti i Paesi a elevato tenore di vita e sufficiente alfabetizzazione e organizzazione sanitaria, e a cui peraltro gran parte delle trattazioni si riferisce come a un elemento di “pericolo” per i fondamenti stessi del sistema di protezione sociale.

Meno diffusa, almeno in alcuni Paesi, sembra invece essere la consapevolezza che l'invecchiamento della popolazione – inteso come indice globale dell'equilibrio ai fini sociali delle varie classi d'età – è influenzato non solamente dallo spostamento verso età sempre più avanzate della mortalità, ma anche dalla diminuzione degli indici di fertilità. Come noto, invecchiamento della popolazione e diminuzione dell'indice di fertilità rappresentano un fenomeno che decorre “a forbice” in molti Paesi europei, ma che è particolarmente accentuato in Italia dove si svolge con notevole rapidità.

Senza entrare in questa sede in una discussione sulle modalità con le quali il fenomeno possa essere affrontato, il CNB non può esimersi dal suggerire che i fenomeni demografici vengano portati in forma idonea all'attenzione dell'opinione pubblica. Questo approccio, comunque sempre rispettoso delle scelte che ciascun interessato vorrà assumersi nel momento della procreazione, non deve intendersi come mera espressione di un'etica utilitaristica promossa dal potere pubblico per il riequilibrio del sistema previdenziale, ma dovrebbe assumere il significato della “solidarietà fra le generazioni”, che il CNB considera come un principio etico essenziale nell'argomento in esame.

In sintesi, in Italia negli ultimi cinquant'anni gli ultra-sessantacinquenni sono aumentati di circa il 150%, fino a raggiungere nel 2003 quasi il 20% della popolazione complessiva. La crescita è diffusa ovunque nel nostro Paese, anche se non mancano differenze territoriali consistenti: alla Liguria spetta il primato del maggior numero di anziani (ben il 24,4% della popolazione); seguono l'Umbria con il 22% e l'Emilia Romagna con il 21,9%. La percentuale più bassa è in Campania dove è pari al 14,2%.

Le femmine anche nel nostro paese sono quantitativamente più dei maschi (in Italia si contano 93,8 uomini ogni 100 donne). Questa differenza di genere, che si è ulteriormente consolidata nell'ultimo decennio per le fasce di età oltre i 75 anni, è dovuta al progressivo invecchiamento della popolazione e alla maggiore

speranza di vita delle donne. Infatti, sebbene nascano più maschi che femmine, la più elevata mortalità che colpisce gli uomini fin dalle età più giovani comporta che nel totale della popolazione le donne siano più numerose. Il vantaggio del sesso femminile in termini di anni vissuti è probabilmente legato anche alla ridotta esposizione ai rischi del lavoro e alle profonde differenze degli stili di vita: l'abuso di alcol è ancora prevalentemente maschile, mentre per il consumo di tabacco le donne più giovani stanno aumentando in modo più che proporzionale.

Le predette variazioni demografiche hanno trasformato profondamente la famiglia che oggi è spesso multigenerazionale e tende ad 'allungarsi' per la sensibile riduzione di fratelli, sorelle e cugini. I componenti raramente rimangono uniti nella casa d'origine dove vive, sempre più di frequente, una persona sola, in genere una donna anziana data la maggiore longevità femminile. Le famiglie 'unipersonali', non in coabitazione con altri, sono quasi una su quattro e in notevole aumento rispetto al decennio scorso.

Proprio in virtù del suo primato di longevità, che si accompagna purtroppo a un aumento dell'indice di dipendenza strutturale¹, l'Italia potrebbe rappresentare un vero e proprio "laboratorio" per gli altri Paesi attraverso la proposizione e la sperimentazione di programmi e interventi diretti alla valorizzazione sociale dell'anziano autosufficiente, ma anche alla prevenzione e all'assistenza dei bisogni dell'anziano non autosufficiente.

Il profilo epidemiologico

Contemporaneamente all'invecchiamento della popolazione si sta assistendo a radicali cambiamenti epidemiologici, che interessano in primo luogo la medicina e – più da vicino – l'assistenza sanitaria e la differente allocazione delle risorse finanziarie.

Questi cambiamenti epidemiologici possono così riassumersi:

- Il continuo spostamento in avanti della mortalità coincide con la progressiva prevalenza delle malattie cronico-degenerative (patologie cardio-vascolari, tumori, diabete, osteoporosi, demenze) rispetto alle malattie infettive che viceversa dominavano fino alla prima metà del XX secolo.
- La prevalenza delle patologie cronico-degenerative si accompagna a due altri aspetti tipici dell'invecchiamento della popolazione: l'aumento età-correlato della comorbidità o polipatologia, e della disabilità, misurata come attività comuni del vivere quotidiano – e cioè l'essere autonomi nel controllo degli sfinteri, nel lavarsi, nel vestirsi, nello spostarsi all'interno della casa, nell'alimentarsi e nell'avere cura della propria persona.
- L'aumento età-correlato della comorbidità e della disabilità non è però tale da portare a uno stato di salute scadente tutte le persone molto anziane: anche tra gli ultra-ottantenni, vi è sempre una percentuale di soggetti – dal 5% a oltre il 20% – che è priva di malattie importanti ed è perfettamente autonoma.

Nell'ottica medica, la vecchiaia viene interpretata come quel periodo della vita in cui più alta è la probabilità di dover ricorrere a terapie e a trattamenti medici.

Questa probabilità è certamente minima nell'età che fa seguito – normalmente – all'inizio del pensionamento (nei paesi OCDE, circa 65 anni), mentre si fa in generale sempre più rilevante con il trascorrere della vita (dal concetto di anziano a quello di vecchio, etc.)

Secondo le conclusioni più importanti da trarre dai dati demografico-epidemiologici sin qui raccolti, il CNB ritiene di poter condividere questi principi:

- Una prevenzione efficace è ancora "possibile" anche nelle persone molto anziane, purché siano opportunamente seguite da equipe geriatriche esperte.
- La combinazione di comorbidità e disabilità esprime il concetto di "fragilità" della vecchiaia, e richiede l'intervento di operatori di diversa professionalità e con formazione specifica.
- L'anziano fragile e disabile necessita di un sistema integrato di servizi in grado di assicurargli un'assistenza continuativa.

Mentre questi principi si applicano all'etica dei diritti della singola persona anziana, parallelamente l'evoluzione demografica descritta ha investito l'ottica dell'etica pubblica, per la quale la vecchiaia viene esaminata nella prospettiva delle teorie normative della giustizia e, più precisamente, dell'equità nella distribuzione soprattutto delle risorse medico-sanitarie disponibili in un dato contesto sociale, nel quale il constatato rapido incremento della popolazione anziana e il corrispondente aumento della spesa sanitaria

¹ L' "indice di dipendenza strutturale degli anziani" rappresenta il rapporto tra le persone in attività lavorativa (15-64 anni) e quelle in età pensionabile (65 e più).

impongono di stabilire criteri per allocare in modo equo risorse scarse. In tal modo si è avviato un dibattito sui caratteri essenziali di un sistema sanitario da considerarsi “giusto”, giudizio questo che viene fornito non senza contrasti in rapporto alle principali tradizioni etico-politiche (personalismo, utilitarismo, liberalismo, contrattualismo, comunitarismo etc.) che si riscontrano nella società.

L’anziano “autosufficiente”

Prima di esaminare più direttamente le questioni bioetiche poste dalla fragilità e dalla dipendenza, il CNB ha ritenuto opportuno soffermarsi a considerare anche alcuni aspetti della “fisiologia” dell’invecchiamento, inteso sotto l’aspetto non tanto delle modificazioni corporee, quanto dell’ “esperienza dell’anzianità” che gran parte delle persone compiono.

Questo processo di “coscientizzazione” del proprio esistere come anziano e del possibile divenire come vecchio è ineludibile per chi avanza negli anni, presentandosi sia nelle condizioni di “autosufficienza” che di “dipendenza”. Esso è però influenzato da questi stati, è diversamente avvertito soggettivamente, ed è comunque correlato a una molteplicità di fattori, in parte “innati” e in parte “ambientali”.

Già da molto tempo si è cercato di delineare la costellazione dell’invecchiamento “fisiologico”, offrendone un giudizio antropologico valido per le condizioni di autosufficienza. Tuttavia, dalla letteratura appare evidente che non può offrirsi al riguardo un giudizio uniforme.

Il CNB riconosce che nel contesto antropologico che può definirsi *ottimistico* prorompe con tutta la sua millenaria forza, espressa nelle diverse culture, l’immagine della vecchiaia come portatrice di saggezza. Una concezione che è fondamento della gerontocrazia di molte società che si sono sviluppate nel corso dei secoli. Questo ruolo, certamente oggi molto attenuato nelle civiltà tecnologiche occidentali, non è però del tutto soppresso. Anzi, molti sostengono che il compito sapienziale dell’anziano è ancora più urgente in una società in cui lo sviluppo tecnologico rischia di compromettere i valori umani.

D’altro canto, nella propensione diffusa verso il giudizio *pessimistico* dell’invecchiamento si insiste nel sottolineare che la senescenza rende più vicina la percezione della morte, limita il dispiegamento di potenzialità corporee e psichiche nonché l’armonico rapportarsi con l’ambiente, esalta la fragilità e le debolezze della propria salute le quali, pur non potendosi ancora definire malattie, sono fonte di ostacoli al migliore esercizio delle funzioni vitali. Il giudizio pessimistico vede nella vecchiaia una condizione socialmente *sgradevole*, in quanto connessa al ruolo di “malato” che molto spesso la società attribuisce all’anziano, ed è comunque fonte di “discriminazione” rispetto all’esercizio di capacità decisionali che l’anziano potrebbe ancora svolgere nella società.

Il CNB ritiene ciascuno degli *angoli visuali* “autentico” in rapporto al contesto nel quale ogni osservatore ha fatto la sua esperienza. Angoli visuali che impongono di fare opportune distinzioni nel formulare giudizi in rapporto alla fascia d’età considerata, allo stato di salute e soprattutto alle caratteristiche del tipo di vita che viene condotta. Tuttavia è certo che la vita biologica e la vita psichica si svolgono in rapporti stretti ed essenziali con l’ambiente e che la privazione di stimoli ambientali (visivi, uditivi, motori etc.) riduce gli adattamenti cerebrali a qualsiasi età la si consideri (come può essere documentato anche elettroencefalograficamente).

Da queste considerazioni deriva l’indicazione – che anche il CNB condivide – secondo la quale nell’età anziana occorre mantenere un “lavoro” capace di stimolare l’interesse e la sensorialità, svolgere esercizi fisici che consolidino gli schemi corporei psico-motori, e sviluppare un rapporto con l’ambiente che appaia al soggetto interessato “gratificante” (ciò corrisponde al cosiddetto “invecchiamento attivo”).

Occorre anche reagire alla progressiva perdita di “autostima” che generalmente insorge con la perdita del ruolo lavorativo o del ruolo familiare primario con il subentrare delle difficoltà economiche, e che porta l’anziano all’isolamento volontario e alla passività. La letteratura convalida il fatto che l’anziano solo, privo di stimoli familiari o ricoverato è maggiormente soggetto a tale involuzione. Per far fronte a questo fenomeno sarebbe proficuo favorire lo sviluppo di interessi e occupazioni parallele al lavoro al fine di ampliare gli orizzonti culturali e di socializzazione dell’anziano.

Gli studi di sociologia religiosa – infine – confermano nella popolazione anziana attuale la frequente presenza di una spiritualità aperta alla fede religiosa. Questo fattore è capace di infondere speranza e ottimismo creativo nella persona anziana. Spesso stimola alla solidarietà dell’anziano verso l’anziano e contribuisce al fattore di coesione all’interno della famiglia e della comunità. Nel rispetto della coscienza di ogni soggetto e del diritto di libertà religiosa, laddove questa esigenza è sentita, essa va accolta e favorita essendo la religiosità, insieme alla spiritualità, una dimensione essenziale dell’animo umano.

L'anziano non autosufficiente

Il CNB ha considerato, con particolare attenzione, la situazione “morale” della persona anziana non autosufficiente, definita anche “dipendente”.

Tale è lo stato nel quale si trovano le persone che – per ragioni legate alla mancanza o alla perdita di autonomia fisica, psichica o intellettuale –, hanno bisogno di un’assistenza e/o di aiuti importanti allo scopo di compiere atti correnti della vita. Oggi si aggiunge, per l’anziano, la seguente espressione a completamento della definizione: “nelle persone anziane, la dipendenza può egualmente essere causata o aggravata dall’assenza di un’integrazione sociale, di relazioni di solidarietà e di risorse economiche sufficienti”².

I problemi bioetici che nascono in questo contesto sono molteplici e alcuni sono di notevole interesse:

a) La dipendenza e la misura della qualità di vita

Il problema ha due versanti: soggettivo e oggettivo. Ambedue pongono questioni di definizione e di misurazione. La qualità di vita potrebbe essere definita “la soddisfazione che la vita procura, il *benessere* soggettivo, fisico, la capacità di adattamento alle situazioni concrete” (valutazione *soggettiva*). Il criterio *oggettivo*, invece, consiste nella misura secondo varie scale di indici che esplorano la dimensione assoluta o relativa della soddisfazione della persona, interrogata nel senso di paragonare la sua situazione di fatto rispetto alla situazione ideale riguardo ad ambiti diversi. Ci si può chiedere se talune di queste indagini, compiute talora senza molto riguardo per la dignità dell’anziano e per il rispetto a lui dovuto, corrispondano ai criteri bioetici che regolano la ricerca sull’uomo. Complessa è la stessa definizione di qualità di vita in presenza di demenze, laddove manchi – nelle indagini – l’efficacia del consenso della persona. I criteri assistenziali che prevalgono nella trattatistica – e che come indicazione di massima sono oggi ampiamente accolti – sembrano essere quelli di *aggiungere qualità agli anni residui piuttosto che aggiungere anni a una vita di ridotta qualità*.

b) I principi bioetici che debbono applicarsi anche alla condizione di “dipendenza” dell’anziano sono:

- rispetto dell’autonomia morale dell’anziano;
- integrità della persona, con atteggiamenti di “beneficenza” e rigetto di ogni espressione di “maleficenza”.

Da questi due principi, derivano anzitutto le applicazioni enunciate dall’art.11, 15 e 23 della Carta sociale Europea del Consiglio d’Europa (edizione 2000) per le persone dipendenti, e cioè: diritto alla protezione della salute; diritto degli handicappati – e molti anziani non autosufficienti lo sono – a godere dell’autonomia residua, di un’adeguata integrazione sociale e della partecipazione alla vita comunitaria; diritto degli anziani a una protezione sociale.

c) Strategie dell’assistenza

Questi diritti evocano cinque principi validi per impostare la strategia dell’assistenza:

- Occorre rispettare (nella misura del possibile) le preferenze delle persone dipendenti al fine di incoraggiare il loro senso di autonomia e benessere.
- I servizi di sostegno debbono essere pluridisciplinari e si dovrebbero prediligere soluzioni che prevedano l’assistenza domiciliare.
- L’offerta dei servizi da fornire deve essere graduata sui bisogni reali della singola persona³.
- Occorre assicurare l’equità di accesso ai servizi che debbono essere ripartiti sul territorio in modo proporzionale alla densità della popolazione e resi facilmente fruibili.

d) Il rispetto dell’integrità dell’anziano e la non maleficenza

Il CNB si è soffermato a considerare anche le questioni bioetiche che ineriscono al rispetto dell’integrità corporea e morale dell’anziano, focalizzando la propria attenzione su maltrattamento, abuso e abbandono, sino alla vera e propria violenza. A tal riguardo, occorre sottolineare come la maleficenza verso l’anziano possa corrispondere alla contenzione, intesa come limitazione meccanica o farmacologica delle possibilità di movimento autonomo di un individuo. Tale contenzione è assolutamente riprovevole allorché venga applicata senza un più che giustificato motivo e soltanto ai fini della tutela dell’incolumità della persona. Identico giudizio negativo vale per un ingiustificato isolamento.

² Specialisti del Gruppo Europeo di coesione sociale CDCS del Consiglio d’Europa, 2002.

³ In tal senso, è utile praticare una valutazione accurata di tali bisogni: si veda il “nucleo pluridisciplinare di valutazione” che è stato previsto in Italia dal “Progetto obiettivo anziani”, positivamente operante in alcune sedi.

Va peraltro evidenziata la mutata coscienza pubblica, anche nel nostro Paese, verso il problema storicamente e gravemente emergente della tutela dei soggetti più deboli – fra cui ovviamente gli anziani, in specie quelli affetti da patologie –, mutamento che ha portato a una rilettura degli art. 2 e 3 del dettato costituzionale, precisando il senso di alcuni valori fondamentali (dignità, uguaglianza, libertà, integrità fisica, psichica, relazionale e spirituale). Un rinnovato rispetto per la persona umana, per la sua autonomia e le sue legittime aspettative che ha ricevuto una forte spinta anche dai documenti in ambito internazionale e comunitario. Si può menzionare la Convenzione dell’Aja del 13 gennaio 2000, che raccomanda la tutela dei soggetti deboli ed indica fra gli strumenti da adottare la possibilità da parte del soggetto interessato di conferire un mandato ad agire, dato sia attraverso apposito contratto sia mediante atto unilaterale, per l’ipotesi futura ed eventuale di sopravvenienza di uno stato di incapacità o di limitata capacità. Ancora, la Carta dei diritti fondamentali dell’Unione Europea (2000), che all’art. 25, “Diritti degli anziani”, riconosce il diritto di questi ultimi di “condurre una vita dignitosa ed indipendente e di partecipare alla vita sociale e culturale”⁴.

Espressioni queste ultime che sono state punto di riferimento primario per il nostro legislatore nel determinarsi ad emanare la legge del 9 gennaio 2004, n. 6, che ha dato vita all’istituto dell’“amministrazione di sostegno” e che rappresenta una forte rottura rispetto ai precedenti e consolidati schemi culturali rigidi e vetusti per ciò che concerne la tutela di soggetti fragili. Trattasi, difatti, di una normativa che intende “sostenere” tutti coloro che si trovino nell’impossibilità, anche transitoria, di provvedere ai propri interessi ed esprime il principio per cui il “sostegno” alla cura della persona e agli interessi di essa non si limita alla sfera economico-patrimoniale, ma tiene conto dei bisogni e delle aspirazioni dell’uomo, ricomprendendo ogni attività significativa della vita civile. Un istituto che ha consentito, in casi come quelli della progressiva demenza senile, di relegare a soluzioni giuridiche residuali l’interdizione e l’inabilitazione che, recepite dal sentire comune come “morte civile”, si presentano come vicende “escludenti” dal contesto sociale, ben lontane dal poter sostenere e promuovere l’individuo.

Il volontariato e il “prendersi cura” dell’anziano

Il CNB sottolinea l’importanza dello svilupparsi di una rete di *associazioni di volontariato e/o di cooperative senza scopo di lucro* che manifestano l’attenzione della società verso il problema dell’assistenza agli anziani sia autosufficienti ma soli o privi di sostegno familiare, sia non autosufficienti. Ovviamente, occorre ribadire che tali iniziative non debbono e non possono sostituire i doveri delle istituzioni pubbliche, ma semmai debbono integrarne l’azione. Espressione di un settore “amichevole” della società è anche quel volontariato che si prende cura dell’anziano con la semplice gestione della “presenza” e della “compagnia”, allorché l’anziano stesso è confinato (soprattutto per l’età, o per malattie croniche a lento decorso) nel proprio domicilio. Il volontario offre empatia, ad esempio con la lettura, con la conversazione, con la sostituzione per qualche ora del familiare altrove necessariamente occupato, con il disbrigo delle piccole incombenze casalinghe. Appare evidente il “significato morale” positivo per chi riceve, ma anche per chi offre, questa condivisione di esperienze.

La riabilitazione

La riabilitazione va intesa non solamente come un insieme di tecniche e di metodologie, ma anche come una filosofia di interventi tesa a restituire alla persona il suo stato funzionale e ambientale precedente, o, in alternativa, a mantenere o massimizzare le sue funzioni rimanenti⁵. Pertanto, elevati sono i contenuti etici della stessa: si tratta di una filosofia di intervento che è antagonista alla disabilità e alla sua passiva accettazione. Una tensione morale dovrà sostenere il soggetto da riabilitare e il personale, per superare barriere fisiche e psicologiche, per compensare quel margine di disabilità e handicap che rimane insuperabile, per sviluppare nuove potenzialità della personalità integrale.

⁴ Possiamo ancora ricordare che in tema di provvedimenti riguardo l’affido dei figli minori nel momento di crisi del nucleo familiare è stato recentemente previsto dal legislatore il diritto del minore di “conservare rapporti significativi” con gli ascendenti. Una innovazione normativa anticipata dalla giurisprudenza che, già da tempo, ha riconosciuto e regolamentato la facoltà di incontro e frequentazione con i nonni, ritenendo oggetto di tutela i vincoli che affondano le loro radici nella tradizione familiare, di cui i componenti più anziani rappresentano un punto di riferimento fondamentale per un corretto sviluppo psico-fisico dei minori (Cass. n. 9606/1998; n. 1115/1981

⁵ Williams, 1985

PARTE PRIMA

BIOETICA E SENESCENZA

1. LA VECCHIAIA TRA RIFLESSIONE FILOSOFICA E INDAGINE BIOETICA

Nel dibattito bioetico contemporaneo, il tema dell'invecchiamento viene prevalentemente considerato secondo due ottiche: un'ottica *medica* (la vecchiaia viene interpretata come quel periodo della vita in cui più alta è la probabilità di dover ricorrere a terapie e a trattamenti medici) e un'ottica di *etica pubblica* (la vecchiaia viene esaminata nella prospettiva delle teorie normative della giustizia e, più precisamente, dell'equità nella distribuzione delle risorse medico-sanitarie disponibili in un dato contesto sociale).

Le due ottiche, per quanto importanti e dense di problematiche, paiono tuttavia di portata limitata in quanto offrono una comprensione parziale – se non riduttiva – dell'esperienza dell'invecchiamento. Oltre, infatti, a trascurare gli aspetti psicologici e socio-culturali relativi al significato dell'età anziana nella civiltà contemporanea e la questione delle relazioni – soprattutto comunicative – tra le generazioni, in un contesto familiare e sociale profondamente mutato, non affrontano adeguatamente il problema cruciale del *senso* dell'invecchiamento nella vita individuale come nell'esistenza collettiva.

L'invecchiamento oggi costituisce un fenomeno che ha caratteristiche peculiari almeno sotto tre profili⁶:

- a. la dimensione quantitativa (si parla di una struttura della popolazione che, in prospettiva, potrebbe addirittura essere dominata da anziani);
- b. il prolungamento della vita e il parallelo aumento della non autonomia (o non autosufficienza), generatrici di situazioni di dipendenza che richiedono interventi di assistenza sanitaria crescenti;
- c. il diverso modo di organizzare e di vivere il tempo rispetto al lavoro, alla formazione della famiglia, nonché un nuovo sistema di diritti e di doveri che influenzano notevolmente il cambiamento culturale.

Si tratta, pertanto, di un fenomeno strutturale che corrisponde a un travaglio che questa forma di civiltà industriale sta attraversando, e che segna un cambiamento sociale di grande portata, relativo al nostro stesso modello di sviluppo e alle regole della convivenza.

Come approvo il giovane in cui ci sia qualcosa di senile, così il vecchio in cui ci sia qualcosa di giovanile; chi si attiene a tale norma potrà essere vecchio di corpo ma non lo sarà mai di spirito.

Cicerone, *De Senectute*

Purtroppo l'invecchiamento è oggi tutt'altro che *attivo*, come potrebbe (e dovrebbe) essere: l'emarginazione, l'esclusione, l'isolamento ma anche le truffe, le aggressioni, gli abusi rischiano di farne un'età a grave rischio. La cultura dei nostri giorni non offre una buona immagine della vecchiaia: semmai suggerisce l'idea di poter rimanere giovani per sempre. Anche i messaggi che ci vengono trasmessi da alcuni ambienti della ricerca scientifica tendono a convincerci che l'invecchiamento si può contrastare, facendoci sperare che esso non esista o che riguardi solo *gli altri*, quelli che noi vediamo come vecchi. Di qui la necessità di una riflessione che, oltre a mostrare che la vecchiaia coinvolge tutti noi direttamente, ci inviti a scoprirne i contenuti, a conoscerne i modi – sia per capire la vecchiaia degli altri che per accettare la nostra.

1.1 LA CONGIURA DEL SILENZIO⁷

Riconoscere il processo dell'invecchiamento, nella sua realtà autentica, intenderlo nelle sue caratteristiche e nel suo divenire è la condizione perché ci appartenga fino in fondo. Viceversa, nella società moderna la vecchiaia tende a trasformarsi in una sorta di tabù, in un argomento proibito, come se essa non esistesse. Ma contro il male incurabile dell'invecchiare non valgono né gli esorcismi della ragione analitica, né i processi di rimozione collettiva.

⁶ R. Scortegagna, *Invecchiare*, Il Mulino, Bologna 1999.

⁷ Cfr. Simone de Beauvoir (1908-1986) ne *La Vieillesse*, il libro che forse più di ogni altro ha rotto la 'congiura del silenzio' sulla vecchiaia (tr. it., *La terza età*, Einaudi, Torino 1971).

La categoria dell'*alterità* potrebbe essere adottata per caratterizzare la condizione dell'anziano così come viene percepito – e spesso trattato – dalla società. Gli adulti, cioè, tendono a vedere nell'anziano non un proprio simile ma un 'altro'. Un 'altro' la cui immagine può essere sublimata o degradata ma che è in ogni caso al di fuori dell'umano.

La situazione del vecchio si presenta in questa singolare prospettiva: pur essendo come ogni individuo una libertà autonoma, si scopre e si sceglie in una società in cui gli viene imposta la parte dell'*altro*. Il dramma della persona anziana consiste nel conflitto tra la rivendicazione fondamentale di ogni soggetto che si pone sempre come essenziale e le esigenze di una situazione che fa di lui un *inessenziale*. Data questa condizione, in che modo potrà rivendicare la sua piena umanità e ottenere quel minimo che si ritiene necessario per condurre una vita degna di questo nome?

A parere della de Beauvoir, spingiamo talmente in là questo ostracismo da arrivare addirittura a rivolgerlo contro noi stessi, rifiutando di riconoscerci nel vecchio che noi stessi saremo.

'Di tutte le realtà, la vecchiaia è forse quella di cui conserviamo più a lungo nella vita una nozione puramente astratta' ha giustamente notato Proust. Tutti gli uomini sono mortali, questo lo ammettono. Ma che molti divengano dei vecchi, quasi nessuno pensa in anticipo a questa metamorfosi.
Simone de Beauvoir, *La Vieillesse*

Ma come avviene la scoperta della vecchiaia? Secondo Goethe "l'età si impadronisce di noi di sorpresa". Ciascuno è per se stesso l'unico soggetto e spesso ci stupiamo quando la sorte comune diviene la nostra dinanzi a malattie, disgrazie, lutti. La vecchiaia è un destino e quando si impadronisce della nostra vita ci lascia stupefatti: che il passare del tempo universale abbia portato a una metamorfosi personale è qualcosa che ci sconcerta. Ma la vecchiaia è particolarmente difficile da assumere poiché l'abbiamo sempre considerata come una *specie estranea*: sarei dunque diventato un *altro* mentre rimango sempre *me stesso*?

In effetti, consideriamo con maggiore lucidità la morte rispetto alla vecchiaia. La morte rientra, infatti, nelle nostre possibilità immediate, ci minaccia a qualunque età, ci capita di sfiorarla, spesso ne abbiamo paura, mentre non è che si diventi vecchi in un istante. Giovani o nella piena maturità, non pensiamo di essere già abitati dalla nostra futura vecchiaia, la quale è separata da noi da un tempo così lungo da confondersi ai nostri occhi con l'eternità: un lontano avvenire che ci sembra irreali. A vent'anni, a quarant'anni, pensarsi vecchio equivale a pensarsi un *altro* e v'è un che di spaventoso in ogni metamorfosi.

Ma la vecchiaia si distingue, altresì, dalla malattia con cui spesso si confonde (*senectus ipsa morbus*): questa infatti ci avverte della sua presenza e l'organismo si difende contro di essa. La malattia inoltre esiste con più evidenza per il soggetto che la subisce che non per coloro che lo circondano e che spesso ne misconoscono l'importanza.

La vecchiaia, invece, appare agli altri più chiaramente che non al soggetto stesso: è un nuovo stato di equilibrio biologico e, se l'adattamento si opera senza scosse, l'individuo invecchiando non se ne accorge. Gli artifici, le abitudini permettono di attenuare per molto tempo le deficienze psicomotorie; indisposizioni dovute alla senescenza possono venire appena percepite e passate sotto silenzio: bisogna avere già coscienza della propria età per decifrarle nel proprio corpo. Molti vogliono a ogni costo credersi giovani, preferendo ritenersi in cattiva salute piuttosto che anziani. Altri trovano comodo definirsi vecchi magari prematuramente, vedendo nella vecchiaia una sorta di alibi; altri ancora, senza accettare con piacere la vecchiaia, la preferiscono tuttavia a malattie che li spaventano e che li costringerebbero a prendere delle contromisure.

Come avviene, dunque, la scoperta e l'assunzione della vecchiaia? La rivelazione dell'*altro* che è in noi, della nostra nuova immagine, ci viene in realtà dall'esterno, da coloro che ci guardano.

1.2. LA CRISI DI IDENTIFICAZIONE E IL PERSEGUIMENTO DI SIGNIFICATI

Nella vecchiaia si produce una vera e propria crisi di identificazione: è in gioco la nostra stessa immagine. Noi cerchiamo di rappresentarci chi siamo attraverso la visione che gli altri hanno di noi. Vi sono periodi in cui essa basta a rassicurarci della nostra identità – è il caso dei bambini che si sentono amati e che sono soddisfatti di quel riflesso di loro stessi che scoprono attraverso le parole e i comportamenti dei loro congiunti e a cui si conformano, assumendolo come proprio. Alle soglie dell'adolescenza l'immagine si frantuma e un ondeggiamento analogo si produce anche alle soglie della vecchiaia. In entrambi i casi, si parla di una *crisi di identificazione* pur se esistono grandi differenze: l'adolescente si rende conto di attraversare un periodo di transizione, il suo corpo si trasforma e ciò lo imbarazza; l'individuo anziano si sente vecchio attraverso gli altri, senza aver provato serie mutazioni: interiormente non aderisce all'etichetta che gli viene appiccicata addosso, e finisce per non sapere più chi è.

In questa nuova condizione, volenti o nolenti si finisce per arrendersi al punto di vista altrui, ma questa resa non è mai semplice.

V'è infatti una discrepanza tra la situazione che io vivo e di cui ho esperienza interiore e la forma obiettiva che essa assume per gli altri ma che a me sfugge. Nella nostra società, la persona anziana è designata come tale dal costume, dal comportamento altrui, dal vocabolario stesso: essa deve assumere questa realtà. Vi è un'infinità di modi per farlo ma nessuno mi permetterà di coincidere con la realtà che assumo io stesso.

Affinché la vecchiaia non diventi una comica parodia della nostra esistenza precedente, non v'è che una soluzione e cioè continuare a perseguire dei fini che diano un senso alla nostra vita: la dedizione ad altre persone, a una collettività, a una qualche causa, al lavoro sociale o politico, intellettuale o creativo.

Contrariamente a quel che talora consigliano i moralisti – che predicano la serena accettazione dei mali che la scienza e la tecnica non sarebbero in grado di eliminare – occorrerebbe conservare fino alla tarda età delle passioni abbastanza forti da farci evitare il ripiegamento su noi stessi. La vita, infatti, conserva un valore finché si dà valore a quella degli altri, attraverso l'amore, l'amicizia, l'indignazione, la compassione. Rimangono allora delle ragioni per agire e per parlare. La condizione senile sembra suggerire una riconsiderazione dei rapporti tra gli uomini. Se la cultura non fosse un sapere inerte, acquisito una volta e poi dimenticato, se fosse viva, ogni individuo avrebbe sul suo ambiente una presa capace di realizzarsi e di rinnovarsi nel corso degli anni e sarebbe un cittadino attivo e utile a qualunque età. Se l'individuo non fosse atomizzato fin dall'infanzia, chiuso e isolato in mezzo ad altri atomi, se partecipasse a una vita collettiva, altrettanto quotidiana ed essenziale quanto la propria, non conoscerebbe l'esilio della vecchiaia.

E come dovrebbe essere una società perché un uomo possa rimanere tale anche da anziano? La risposta è semplice: bisognerebbe che egli fosse sempre stato trattato come uomo. È dinanzi alla vecchiaia, infatti, che la società si smaschera: il modo in cui tratta i suoi membri inattivi descrive molto di se stessa e di quanta enfasi riponga sulla mera dimensione produttiva degli individui.

D'altra parte anche l'anziano può diventare complice di una cultura oppressiva del dover essere che autoritariamente gli viene assegnato. In cambio della protezione che essa gli offre, può compiacersi nella parte di *altro* e barattare la libertà, l'autenticità in cambio di una tutela, peraltro più apparente che reale. Sappiamo, infatti, che ogni individuo, oltre all'esigenza di affermarsi come soggetto – che è un'esigenza etica – porta in sé la tentazione di fuggire la propria libertà, di trasformarsi in cosa. È un cammino nefasto ma è anche un cammino agevole: si evita, infatti, in tal modo, l'angoscia e la tensione di un'esistenza autenticamente vissuta. Non è, infatti, solo la società ma è il nostro stesso io a definire il vecchio come *altro*. Mentre nel primo caso il processo di decostruzione dell'alterità riguarda il sociale (le immagini, i miti, gli stereotipi che circondano la vecchiaia), nel secondo è coinvolto il nostro stesso inconscio e tale processo appare, pertanto, più complesso giacché il tabù riguarda noi stessi. D'altra parte, si può notare una connivenza tra i miti giovanilistici della società e il nostro stesso inconscio.

Davanti all'immagine del nostro avvenire che i vecchi ci propongono noi restiamo increduli, una voce dentro di noi ci mormora assurdamente che *questo* a noi non succederà, che non saremo più noi quando *questo* succederà. La vecchiaia è qualcosa che riguarda solo gli altri.

È così che si può comprendere come la società riesca a impedirci di riconoscerci negli anziani. Per vedere nei vecchi non degli *altri* ma dei nostri simili, per non essere più indifferenti al destino di chi sentiamo lontano, estraneo, separato ma ci è invece vicino, familiare, prossimo è necessaria quella che si potrebbe definire una *identificazione prospettica*, il riconoscimento, cioè, della nostra identità in anticipo sui tempi della nostra vita. L'invecchiamento individuale è una parte dell'avventura umana che solleva le questioni fondamentali dell'esistenza: confrontata alla sua finitezza, la persona anziana reinterpreta la sua presenza al mondo. In questa storia non è isolata ma resta strettamente solidale rispetto al gruppo culturale, sociale e familiare al quale è collegata. Ogni società, infatti, attribuisce, implicitamente o esplicitamente, un ruolo ai suoi anziani e organizza delle risposte ai bisogni dei più deboli, in particolare dei 'grandi vecchi' non autosufficienti.

Anche alla luce di questi rilievi ci si può stupire dello scarso interesse riservato ai problemi degli anziani nei dibattiti etici, i quali non ignorano certo i dati relativi ai cosiddetti 'soggetti deboli'; tuttavia gli aspetti legati alla vecchiaia (isolamento sociofamiliare, scarsità di risorse finanziarie, dipendenza) sono di rado oggetto di una riflessione approfondita. La vecchiaia resta ancora argomento marginale nella disamina della nostra società occidentale nonostante che i progressi medici collochino in un contesto nuovo il vissuto dell'invecchiamento e l'approccio alla morte.

In Occidente le categorie egemoni, quelle della funzionalità e dell'utilità, fanno invecchiare davvero male. Non s'invecchia, infatti, solo per degenerazione biologica ma, come si è visto, anche e soprattutto per ragioni culturali e precisamente per l'idea che la nostra cultura si è fatta della vecchiaia. D'altra parte, la discussione sul senso dell'invecchiamento non può essere puramente teorica. Ciascuno è confrontato alla realtà di un

avvenire possibile, per se stesso, per i suoi parenti e amici: gli interrogativi da porsi presuppongono un approfondimento personale in relazione al tema dell'alterità. Si tratta, a un tempo, di riconoscere l'altro come se stesso e di rispettare, al di là di ciò che esprime, il segreto della sua irriducibile intimità. In situazioni di dipendenza, tutti gli attori (e sono molti, dai figli alle loro famiglie fino alle istituzioni e ai responsabili politici) sono rinviati alle loro concezioni della persona e del rispetto della sua dignità. Ciascuno si trova così chiamato a giustificare le interpretazioni delle nozioni di solidarietà, di progresso, l'idea stessa che si fa del suo potere sulla vita.

2. DALLA CURA ALL' AVER CURA, AL SELF CARE

Se è indubbiamente vero che il tema dell'invecchiamento è strettamente intrecciato ad altre questioni bioetiche di grande rilevanza (la fine della vita, il diritto alla salute, l'accanimento terapeutico etc.), esso esige tuttavia di essere esaminato in se stesso come fenomeno che presenta una specificità e dei caratteri che devono essere enucleati attraverso un'analisi filosofica rigorosa.

In particolare, la questione del valore dell'età avanzata non può essere esaminata assumendo come modello di riferimento unicamente il paradigma della salute. La quale, anche intesa come pienezza del vigore psico-fisico, non sembra un metro adeguato per ricercare un possibile *sensu* della condizione anziana e, in generale, delle varie fasi della vita. Ciò vale proprio per l'età anziana, ove si consideri la ingravescente frequenza, con il passare degli anni, di condizioni intermedie fra piena salute e conclamata malattia, che non tolgono valore alla dignità dell'anziano.

Se si dovesse paragonare la vecchiaia alla malattia, si dovrebbe forse scegliere una condizione di 'normalità' nella vita dell'uomo quale parametro unico per definire la salute. Ciò non può avvenire perché ogni età dell'uomo ha la propria 'normalità': esistono, in altri termini, tante *normalità* in rapporto alle diverse età (infanzia, adolescenza, maturità etc.). In tal senso, la vecchiaia non è una 'perdita di normalità' ma è di per sé stessa una condizione normale, connotata in modo specifico a tutti i livelli – fisico, psicologico, sociale.

E tuttavia troppo spesso, secondo una prospettiva leggibile nei modelli culturali occidentali, la malattia stessa può essere usata come strumento per mascherare la vecchiaia : siccome la malattia può essere curata è legittimo sperare di guarire; se questo poi non avviene, la colpa risale all'incapacità della scienza medica, mai alla vecchiaia. È una specie di mascheramento che evita di riconoscere la vecchiaia in piena coerenza, però, col paradigma scientifico in base al quale, prima o poi, alla malattia si troverà rimedio. Può allora succedere che si rinunci a *prendersi cura* dell'invecchiamento, nella sua globalità e nelle sue dimensioni, per rincorrere ipotetiche guarigioni, con la conseguenza, talora, che la scelta del programma di cura perda il riferimento alla *qualità della vita* degli anziani.

Come ha scritto Daniel Callahan, uno degli studiosi di bioetica maggiormente impegnati su questo fronte, "La ricerca del senso e la ricerca della salute non camminano mano nella mano"⁸. La tentazione della medicina contemporanea di far valere il proprio metro di giudizio in termini di salute per determinare il valore globale della vita delle persone non tiene conto della complessità di tale valore che appare – nei suoi tratti essenziali – piuttosto legato al *tempo* e alle relazioni che intercorrono tra il passato, il presente e il futuro.

È da attribuire al progresso tecnico-scientifico il miglioramento delle condizioni di vita (maggiore disponibilità di risorse, migliore alimentazione e cura della persona, igiene della casa più sicura) e quindi delle condizioni igienico-sanitarie della vita collettiva (scomparsa delle grandi epidemie, maggiore tutela dell'ambiente etc.). Da un lato, i risultati della ricerca scientifica e tecnologica, specie in campo medico e biologico, consentono di aggredire in modo sempre più efficace molte malattie con interventi e cure un tempo inimmaginabili, dall'altro, le modifiche nel campo dell'organizzazione del lavoro e dell'economia (derivanti dalle applicazioni della ricerca scientifica e dello sviluppo tecnologico) permettono la riduzione della fatica e la contrazione del tempo del lavoro.

Ci si interroga, alla luce di tali problematiche (aumento della durata media della vita, corrispondente crescita dei bisogni medici, correlativo aumento della spesa sanitaria) sulla prassi medica e sui suoi scopi, nel quadro di una vera e propria sfida all'autocomprensione della medicina. Uno dei problemi centrali è come riformulare il rapporto di quest'ultima con la salute e con la malattia. Secondo Callahan, occorre attribuire maggiore importanza al raggiungimento di una buona qualità della vita anziché alla lotta senza quartiere alla

⁸ Di Callahan si vedano in particolare: *Setting Limits*, Simon & Schuster, New York 1987; *What Kind of Life?*, ivi 1993; *The Troubled Dream of Life*, ivi 1993.; *La medicina impossibile. Le utopie e gli errori della medicina moderna*, tr. it., Baldini & Castoldi, Milano 2000.

malattia, rimettendo in questione taluni atteggiamenti tradizionali nei confronti della morte e della vita (quelli, ad esempio, per cui la medicina si oppone alla morte difendendo strenuamente la vita).

In tal modo, viene propugnato un cambiamento nel nostro sistema sanitario, orientato verso la cura (*cure*) anziché l'*aver cura* (*care*) – una sorta di rivoluzione nel nostro modo di pensare e nelle nostre abitudini. Invece di un sistema diretto a estendere la durata della vita, dovremmo elaborare una filosofia della medicina e un tipo di assistenza sanitaria capaci di individuare un migliore equilibrio tra la medicina curativa e aggressiva (tecnologica) e quella più paziente del prendersi cura.

Per quanto riguarda specificamente gli anziani, tale filosofia dovrebbe riconoscere che essi hanno bisogno di interventi tesi non a prolungare a ogni costo la vita, ma a evitare la morte prematura e a garantire loro una esistenza qualitativamente buona entro i limiti detti.

Nella visione dell'invecchiamento come 'gara contro la morte' v'è il tentativo di occultamento della morte, in cui si vede, comunque, il segno di una sconfitta. Per questo si predispongono luoghi appositi per accogliere i morenti, ritirandoli tempestivamente dalla comunità dei vivi, oppure si relegano nelle corsie di un ospedale o nei croniciari. È qui che l'invecchiamento interroga la cultura, l'etica, l'organizzazione sociale, la politica: la risposta non va cercata all'interno di un dibattito sull'eutanasia ma entro il sistema dei diritti della persona, nel quadro di una bioetica del *caring*, che si faccia carico della difesa dei diritti dei soggetti più deboli.

Oggi abbiamo una medicina riluttante ad accettare il nostro comune destino, che è la vecchiaia, il declino, la morte. In tal senso, il movimento anti-invecchiamento e la medicina altamente tecnologizzata sono alleati in quanto ciascuno conferma i pregiudizi dell'altro: l'uno nel minimizzare le caratteristiche generali della vecchiaia, l'altro nel tendere a rattoppare singoli corpi deteriorati dalla loro mortalità. Non c'è limite, rileva al riguardo Callahan, alla possibilità di spendere denaro per combattere l'inevitabile declino biologico e l'inevitabile morte che sono inerenti alla vecchiaia.

Callahan fa rilevare che è proprio la predisposizione che abbiamo verso la medicina tecnologica a richiedere l'investimento di quote sproporzionate delle risorse sanitarie.

Al contrario, una filosofia della medicina orientata al paradigma bioetico del prendersi cura e incentrata sulla difesa della qualità della vita può situare meglio l'individualità della persona entro un contesto di maggiore interdipendenza sociale e di prudente accettazione della mortalità. La priorità di una simile medicina sarà quella non di dilatare indefinitamente la vita ma di utilizzare le nostre risorse per far sì che la vecchiaia sia un tempo di compimento e di arricchimento, ponendo al primo posto l'assistenza infermieristica, la fornitura di ampi servizi sociali al fine di aiutare gli anziani malati cronici e i loro familiari.

È forse superfluo sottolineare che si sta proponendo non di eliminare la medicina curativa tecnologica ma solo di ridimensionarla, di renderla nel futuro meno centrale, evidenziando nuove priorità.

Le persone, si è detto, hanno il diritto di 'invecchiare vivendo', godendo, cioè, di una qualità di vita che corrisponda al più alto livello di benessere possibile. Ma occorre, al riguardo, segnalare l'assenza di una riflessione adeguata intorno al tema dei parametri minimi di qualità della vita da tutelare nel vecchio, a vantaggio, ancora una volta, della ricerca scientifica, della sperimentazione clinica e, talora, dell'accanimento terapeutico. Questa stessa predisposizione verso la medicina curativa rischia di privare di significato la vecchiaia.

2.1. IL BILANCIO DI COMPETENZE NELL'ANZIANO

L'anzianità è caratterizzata da un lato da una maggiore incidenza di malattie, di inabilità, di disfunzioni, ma d'altra parte si vanno anche evidenziando risorse intellettuali ed emotive impreviste, che le conferiscono nuovi contorni e nuove prospettive. La mancanza di univocità sul concetto di invecchiamento rende difficile raccogliere dati certi sul problema, anche se tutti sono d'accordo sul fatto che non si possa farlo coincidere con un criterio meramente cronologico.

Il livello di dipendenza sociale dell'anziano sta attualmente diventando il parametro di riferimento per prevedere e calcolare il tipo di risorse di cui avrà bisogno in un tempo dato, in modo da predisporre con le modalità opportune le risorse necessarie. L'anzianità non si identifica tanto con l'età, ma con il livello di autonomia sociale, che misura contestualmente in che modo il soggetto è in grado di prendersi cura di sé e possibilmente di chi gli sta accanto – spesso si tratta di coppie di anziani –, in che modo è in grado di affrontare e risolvere i propri problemi, attingendo alle risorse comunemente disponibili nel sistema socio-sanitario, e in terzo luogo quale sia la consistenza della rete sociale in cui è inserito: numero di legami attivi, efficienza dei medesimi e loro reciprocità⁹. Già da alcuni anni a livello socio-sanitario si tende a considerare l'anziano in una prospettiva di *self care*, che passa attraverso un progetto di formazione permanente, per cui il

⁹ Demetrio D, (1990), *L'età adulta. Teorie dell'identità e pedagogie dello sviluppo*. La Nuova Italia scientifica, Roma

soggetto re-impara a gestire le proprie risorse tenendo conto, più che degli inevitabili limiti, delle risorse disponibili a livello personale e a livello di rete sociale¹⁰.

Se si fa più esplicito il riferimento alla autonomia sociale e alla capacità di fronteggiare l'esperienza della quotidianità, il processo di invecchiamento corre meno il rischio di essere medicalizzato e identificato con il profilo del disagio psico-fisico, anche se ovviamente questi dati hanno il loro peso nel modulare l'immagine che l'anziano ha di sé stesso, la sua sicurezza personale e la percezione della rete sociale. Se si accetta che la vecchiaia possa esprimersi soprattutto attraverso il consumo di risorse sanitarie in un determinato tempo, la fonte principali di dati potrà venire dal mondo sanitario e dirci, sia pure in modo approssimato, perché non codificato con criteri condivisi, quale sia il bisogno di salute espresso attraverso ricoveri, day hospital, ambulatori e diagnostica strumentale. Sono dati necessari ma insufficienti a descrivere i nuovi confini della vecchiaia, non sempre adeguati ad attivare un'efficace azione di prevenzione, né a garantire una migliore qualità di vita e a contenere i costi emergenti.

È stato detto autorevolmente che il livello di civiltà di una società si commisura al grado di attenzione e di tutela nei confronti dei soggetti fragili di una comunità. Dato, però, che l'universo anzianità sembra sempre più configurarsi come una galassia policroma al punto da potersi riferire senza alcun dubbio ad anzianità al plurale, va senz'altro superato lo stereotipo dell'anziano "solo" come problema per orientarsi sempre più alla persona anziana come "risorsa",¹¹ qualunque sia il suo stato psico-fisico. Ciò, allora ribalta la prospettiva sociale nei confronti dell'anziano anche sotto il profilo religioso-spirituale e valoriale.

Si può dunque parlare di una società che cresce in maturità civile non solo quando tutela e protegge, quanto quando promuove la persona e ne libera le risorse, in qualsiasi epoca della sua vita. Operativamente questo passa attraverso la necessaria messa a punto di servizi, organizzazioni civiche, strutture abitative "adeguate" all'uomo nella sua totalità.

Per la persona anziana, allora, la soluzione non consiste tanto e solo nell'incremento dei servizi socio-sanitari, bensì nella promozione di quella che è stata definita *anzianità attiva e creativa* (Active Aging).¹² L'anzianità è un'età che – se "educata" – può essere ancora attiva e creativa secondo le capacità di ciascuno in ogni singola fase della vita.

Di più, una società altamente civilizzata è quella che mette in atto strategie *pedagogiche per prepararsi alla condizione anziana* (la c.d. *geragogia*). Quel che si vuole affermare, invece, è che la persona umana, con i suoi diritti e doveri, è titolare di una dignità e di una ricchezza che devono essere promosse in ogni fase della propria esistenza. L'anziano va dunque considerato sempre soggetto di partecipazione alla costruzione della società, secondo le possibilità di ciascuno. In tal senso, allora una società matura è chiamata a non tralasciare i soggetti quando raggiungono l'anzianità bensì a promuoverne le risorse di cultura, di trasmissione di valori e di vissuti, di abilità e capacità attuali individuali, di spiritualità e religiosità: in tal senso può intendersi compiutamente il concetto di *Active Aging*.

2.1.1. Centri per la salute dell'anziano

La creazione di Centri di salute per l'anziano ha permesso di integrare meglio gli interventi di tipo riabilitativo-assistenziale, unificandoli in un unico contesto in cui siano più facilmente accessibili per l'anziano e per i suoi familiari, e ha consentito di sperimentare alcune azioni positive di potenziamento della sua salute, attraverso una serie di interventi di tipo socio-psico-pedagogico, che partono per ogni anziano dal bilancio delle sue competenze. Il bilancio ha l'obiettivo di permettere a una persona di conoscere meglio le sue competenze, facendo il punto su di loro in funzione di un nuovo progetto personale o professionale, mettendo in evidenza i mezzi e le fasi necessarie per realizzarlo. Le caratteristiche principali del bilancio

¹⁰ Mc Intosh WA et Al, (1989), *Social support, stressful events, strain, dietary intake and the elderly*, Medical Care, 27 (2):140-153

¹¹ Cfr. Antico, Sgreccia, *Anzianità creativa*; Baldassarre G., *Da fardello a ricchezza. L'anzianità del nuovo millennio*, Modugno (BA): Edizioni dal Sud, 1999; Baracco L., *Una vita lunga e serena*, Casale Monferrato (AL): Piemme, 1999; Cesa-Bianchi M., *Giovani per sempre? L'arte di invecchiare*, Bari: Editori Laterza, 1998; Vissani, Salvi, *La donna marchigiana*.; De Rose, Sacchini (a cura di), *L'età in gioco...*

¹² Con il termine *Active Aging* si intende un'anzianità attiva, creativa, scandita – per quanto lo consentono le condizioni personali soggettive e oggettive, dalla volontà e dal coinvolgimento dell'anziano in diverse attività. Sull'argomento cfr. Antico, Sgreccia (a cura di), *Anzianità creativa*; Antico L., *Gerotrascendenza e vecchiaia attiva*, in Petri, Caretta, Antico, Bernabei, *L'assistenza alla persona anziana. Aspetti teologici, etici, clinici, assistenziali, pastorali*, CEPSAG-UCSC, Roma 1993, vol. 1: 11-22; Avlund K., ET AL., *Active life in old age. Combining measures of functional ability and social participation*, Dan. Med. Bull. 1999 46 (4): 345-349.

provengono da una sintesi di procedure conosciute che associano un'analisi psicologica delle competenze a una dimensione di pedagogia attiva. I mezzi più importanti per realizzare un bilancio di questo tipo sono un ascolto empatico personalizzato e un'osservazione attenta, distribuita lungo un arco di tempo sufficientemente lungo, per verificare le modalità concrete di affrontare situazioni diverse tra di loro e gestirle. Si tratta di un percorso che include aspetti teorici, metodologici e operativi da attraversare insieme all'anziano. La qualità di vita da lui percepita è legata alla consapevolezza della sua storia, in cui le circostanze cambiano, e cambia anche il modo in cui può rispondere alle nuove sollecitazioni, senza che qualcuno gli si sostituisca nelle decisioni da prendere, nel ritmo da dare agli eventi, nella caratterizzazione delle soluzioni a cui va gradatamente approdando¹³. I problemi della persona anziana, come quelli di chiunque, in qualsiasi arco di età si trovi, vanno affrontati con un approccio integrato, per garantire il necessario livello di qualità socio-assistenziale. Non si può ridurre la percezione che una persona ha di sé stessa alla percezione della sua malattia, o del suo stato di indigenza, dimenticando l'esperienza culturale e professionale di cui per vari decenni è stato portatore. In molti documenti dell'OMS si fa rilevare spesso come l'obiettivo fondamentale sia quello di far coincidere l'aspettativa di vita totale con l'aspettativa di vita attiva: aggiungere vita agli anni è più importante che aggiungere anni alla vita.

Attualmente nelle strutture più avanzate dedicate agli anziani viene effettuata una valutazione multi-dimensionale delle loro necessità assistenziali, utilizzando una gamma di test che esplorano le problematiche funzionali e ambientali non comprese nel normale esame obiettivo. Si tratta di un approccio più completo, ma pur sempre focalizzato sui bisogni di assistenza. Modificare l'approccio all'anziano de-medicalizzandolo e implementando invece l'attenzione alle sue capacità e alle energie effettivamente disponibili, richiede un progetto che prevede:

- una diversa base antropologica per la definizione della vecchiaia,
- una nuova competenza psico-pedagogica per identificare le risorse attive su cui intervenire,
- una rete socio-sanitaria adeguatamente motivata e competente.

Per affrontare questa nuova sfida che, se può comportare anche una riduzione dei costi a carico del Servizio sanitario nazionale, va comunque assunta prevalentemente in funzione del miglioramento della qualità di vita dell'anziano, è stata formulata l'ipotesi che il monitoraggio della sua salute non possa essere fatto solo con il tradizionale approccio clinico. Ci saranno sempre casi in cui il livello di disabilità richieda un intervento continuativo sul piano della riabilitazione fisica, come conseguenza di patologie cardio-vascolari, neurologiche o post-traumatiche. Ma anche allora il miglior recupero si ottiene integrando il piano psico-motorio (mai esclusivamente) motorio, con quello orientato a un progetto personalizzato di potenziamento delle *learning abilities*, dopo aver effettuato un vero e proprio *bilancio di competenze*. Le figure professionali coinvolte in questo processo sono molto variegata e comprendono il geriatra, il fisiatra, ma anche l'infermiere, il fisioterapista, il logopedista, lo psicologo, l'educatore, etc. Con il contributo di tutti si crea un port-folio¹⁴, che è qualcosa di più di una semplice cartella clinica, in cui sono raccolti in modo ordinato, ma spesso frammentato, i dati clinici che riguardano l'anziano: è la descrizione propositiva del bilancio delle sue competenze attive¹⁵.

Definire cosa sia il bilancio di competenze non è però cosa facile. Il bilancio di competenze deve permettere all'anziano di passare in rassegna tutte le sue attività professionali per fare il punto sulle sue esperienze personali e professionali: reperire e valutare le sue acquisizioni legate al lavoro, alla formazione e alla vita

¹³ Roos NP, Shapiro E, Roos LL, (1984), *Aging and the demand of health Services: which aged and whose demand?* Gerontologist, 24, 31-36

¹⁴ Il port-folio è uno strumento che negli ultimi anni sta assumendo una valenza sempre più interessante, perché permette di superare il riduzionismo quantitativo di una valutazione e si apre a una descrizione qualitativa di ciò che il soggetto ha fatto e ha imparato a fare. È nello stesso momento memoria delle cose fatte e progetto delle cose da fare, per cui dà contestualmente ragione dei risultati raggiunti e dei processi messi in movimento¹⁴. Ha interesse anche per l'anziano, perché mentre da un certo punto di vista ne rappresenta la storia complessiva, dall'altro dà ragione dei suoi interessi attuali, non meno che delle sue difficoltà e converte le une e le altre in un progetto riabilitativo. Come prodotto contiene le cose fatte, con le relative valutazioni oggettive. Come processo esprime le cose da fare, con la valutazione soggettiva delle motivazioni e delle difficoltà. Appartiene quindi alla sfera dei significati che l'anziano vuole raggiungere, mettendo in gioco intenzionalmente delle strategie di cambiamento. Nel port-folio sono raccolti diversi tipi di documentazione: la storia personale, con la conoscenza e la consapevolezza delle proprie risorse; i risultati della batteria di test fatti, per approfondire aspetti particolari; il tipo di impegno con il Centro; il piano delle attività previste per il futuro, con i relativi responsabili; i riferimenti alla cartella clinica presente nel Centro. Il port-folio è oggetto frequente di discussione con l'anziano, che contribuisce al suo aggiornamento, per quanto riguarda la storia personale, e rivede continuamente con gli operatori progressi e difficoltà, per aggiustare opportunamente il tiro.

¹⁵ Di Fabio A, *Bilancio di competenze e orientamento formativo, Il contributo psicologico*. Giunti, Firenze, 2002

sociale; identificare meglio i suoi saperi, le sue competenze e le sue attitudini; scoprire le sue potenzialità inesplorate; raccogliere e strutturare gli elementi che gli consentono di elaborare un progetto personale e professionale, gestire al meglio le sue risorse personali; organizzare le sue priorità personali e familiari, utilizzare al meglio le sue risorse nella negoziazione delle sue esigenze con interlocutori esterni. Il bilancio di competenze si colloca nella linea di frontiera tra una dimensione retrospettiva: le grandi tappe della propria attività professionale e socio-familiare, per reperire le competenze acquisite, i centri di interesse e le motivazioni in una dimensione prospettica, che gli consenta di formulare realisticamente nuove scelte, prendendo le decisioni adeguate.

Nel bilancio di competenze il momento diagnostico-valutativo si orienta in senso formativo, perché esprime apertura a una nuova tappa della vita, con caratteristiche in parte uguali e in parte diverse da quelle precedenti, ma comunque si tratta pur sempre della propria vita. Il bilancio di competenze mentre restituisce all'anziano la consapevolezza delle sue capacità, gli ricorda l'urgenza di doverle adattare alle nuove situazioni e probabilmente anche la necessità di acquisirne di nuove. In altri termini guarda alla vecchiaia in termini di una nuova tappa formativa, con un suo peculiare approccio psico-pedagogico, che va oltre i confini della medicalizzazione (pur spesso necessaria).

Lo slogan, che caratterizza questo approccio prospettico, è *ricordare che si deve imparare a invecchiare per realizzare cose interessanti e forse ancora mai fatte o fatte finora in modo diverso*. La direttiva tecnico-metodologica di riferimento prende le distanze quindi da una concezione strettamente diagnostica e si converte in una nuova opportunità formativa, che coinvolge il soggetto in modo attivo. Diventa così possibile pensare a una rivalutazione dell'inserimento sociale dell'anziano sia rispetto alla famiglia che a una più vasta rete sociale¹⁶.

Gli obiettivi basilari di una attività di bilancio di competenze sono quindi:

- fornire supporto alla ricostruzione critica del passato professionale, per evidenziare abilità e competenze spendibili all'interno di altri contesti;
- facilitare l'identificazione dei valori, delle preferenze, degli interessi e delle motivazioni del soggetto;
- aiutarlo a elaborare un progetto personale e sociale, eventualmente anche con risvolti professionali, per negoziare le possibilità di espressione e di realizzazione del soggetto stesso.

Il bilancio rappresenta per ogni anziano l'occasione per verificare la sua capacità di convertire il bagaglio di esperienze e competenze accumulato in precedenza nella nuova situazione, apportando i dovuti fattori di adattamento e quindi ne potenzia la capacità di convertire a proprio favore le situazioni di cambiamento.

2.1.2. Le diverse fasi del bilancio di competenze

L'intervento sul Bilancio di competenze è strutturalmente un intervento di equipe, in cui accanto al ruolo di uno psicologo, che può fare da trainer per potenziare nel soggetto la percezione della propria auto-efficacia¹⁷, si avvale del contributo di nuove figure di Educatori. Costoro debbono essere capaci di elaborare con gli anziani stessi un progetto-sviluppo mirato al potenziamento delle loro capacità, che vanno dalla garanzia dei livelli minimi di autonomia a più elevati profili di impegno. L'obiettivo è quello di giungere a un progetto che riduca il gap tra piano delle aspirazioni e timore della propria incapacità a farvi fronte, per individuare un percorso che consenta di mettere a fuoco realisticamente le strategie necessarie per realizzare ciò di cui ha bisogno¹⁸. L'educatore in questa fase utilizza sia tecniche di insegnamento-addestramento, che strategie di counseling¹⁹, per generare una auto-percezione in prospettiva positiva. I termini *capacità, attitudine, qualifica e competenza* non sono sinonimi, anche se sono parzialmente inclusi gli uni nell'altro. Abitualmente una persona competente sa far fronte a situazioni complesse e sa risolvere i suoi problemi utilizzando in modo flessibile il suo know-how. Richiede una certa dose di creatività per saper trasferire il proprio bagaglio di capacità in situazioni non sempre prevedibili a priori, anche in difetto delle abituali risorse utilizzate in situazioni simili. Gli studi sulle *learning abilities* nell'anziano mostrano proprio in questi due aspetti le maggiori criticità: il trasferimento delle abilità possedute in ambiti leggermente differenti da quelli che definiscono i contorni della sua quotidianità e l'applicazione a contesti noti di abilità consolidate, ma ridotte. Sono sempre in gioco le relazioni dell'anziano con se stesso e con il suo contesto: socio-familiare, tecnico-

¹⁶ Boschi F, Di Fabio A, (1997), *Apprendimento e nuove dimensioni della mente*. Continuità e scuola, novembre-dicembre, 72-85

¹⁷ Bandura A, (1982), *Self-efficacy mechanism in human agency*, American Psychologist, 37, 122-147

¹⁸ Arcuri L, *Il Sé come soggetto e oggetto della cognizione sociale*, Laterza, Bari, 2000

¹⁹ Di Fabio A, (1999), *Counseling, Dalla teoria alla applicazione*. Giunti, Firenze

organizzativo, etc. Insegnare e imparare nuovamente a gestire se stesso e le circostanze è l'obiettivo di questo nuovo approccio. Si tratta di un bilancio dinamico orientato in senso positivo, che contempla anche la possibilità di insegnare all'anziano come servirsi di nuove strategie tecniche e comportamentali, superando i livelli di ansia connessi al cambiamento²⁰.

La formazione degli operatori in questo campo non è facile né scontata. Non si tratta di osservare o di valutare asetticamente, ma di porsi accanto al soggetto per accompagnarlo nello sforzo di oggettivare quali sono le cose che vorrebbe fare e non riesce a fare, suggerendo discretamente percorsi alternativi, senza sostituirsi. È importante stimolare l'anziano a esercitare una forte auto-attenzione per cogliere i giusti nessi associativi tra competenze percepite e compiti da svolgere. Più che di un *expertise* si tratta di un aiuto strutturante, fortemente interattivo che si avvale di una pedagogia dell'appropriazione. Ciò che è decisivo è interpretare l'anzianità non tanto in termini di perdita di capacità quanto di formazione permanente, con categorie proprie, sia sul piano delle metodologie che della valutazione²¹.

L'emergenza anziani rappresenta ancora una novità per il nostro contesto socio-sanitario e non è facile ribaltare l'approccio medicalizzato, finora pressoché unico, in favore di un approccio psico-educativo, in cui al centro dell'attenzione non c'è il deficit di competenze, che rende l'anziano in modo più o meno esplicito dipendente, ma il suo potenziale di *self-care*. L'intervento dell'operatore in questa logica deve assumere un orientamento diverso, fondato sul riconoscimento del portato esperienziale dell'anziano, che diventa fonte privilegiata della comune riflessione²². Il colloquio non rappresenta l'angolo dello sfogo e qualche volta della ricerca di consolazione, ma il momento del ricordo attivo delle esperienze positive fatte. L'approccio retrospettivo a cui occorre attenersi punta a identificare episodi della vita del soggetto, in cui si è assunto responsabilità a cui è stato capace di fare fronte²³. Sono le strategie poste in primo piano per essere rielaborate e applicate al presente. Non sono tanto i fatti in sé stessi che interessano, ma la percezione dei fatti, secondo una tecnica che integra il piano soggettivo con quello oggettivo e consente di esplorare in modo più approfondito la relazione dell'anziano con sé stesso, o come si è detto acutamente con il fantasma di sé stesso. Attraverso la sua memoria il soggetto rivela all'educatore uno spazio molto interessante in cui affiora la possibilità di mettere in risalto le competenze a suo tempo possedute, per interpretarle e restituirle al soggetto, come momento rassicurante di quanto è in grado di fare ancora oggi.

Ripensare l'anzianità in termini di formazione permanente richiede anche l'individuazione di strumenti con cui tener conto del suo processo di adattamento alle nuove sollecitazioni che maturano sia dalle mutate circostanze esteriori che dalle diverse risorse psico-fisiche disponibili.

La storia di questo segmento formativo dell'anziano, l'ultimo della sua vita, rappresenta anche la spirale di un circuito educativo che si è iniziato molti anni prima, e che ha trovato la sua efficacia proprio quando ha cominciato a mettere in relazione obiettivi, intesi come bisogni specifici, con contenuti adeguati e metodologie didattiche appropriate, per concludersi con una valutazione coerente con i bisogni inizialmente evidenziati e con i risultati raggiunti²⁴. Anche l'anziano ha diritto a imparare a essere anziano e questo diritto comporta l'obbligo che qualcuno si disponga a insegnarglielo, senza necessariamente vedere i suoi limiti come malattia.

L'acquisizione di nuove competenze, con la relativa consapevolezza, migliora l'immagine di se stesso e rafforza l'autostima e la sicurezza. Diventa così più facile conservare un *locus of control* interno, sentendosi

²⁰ Un'esperienza di questo tipo è stata fatta recentemente con cento anziani, che frequentano a Roma alcuni centri dedicati a loro con carattere più sociale che sanitario. Il lavoro è stato affrontato in tre tappe: (a) una fase di accoglienza, a carattere esplorativo, per verificare la disponibilità ad accettare il nuovo approccio; (b) una fase di analisi, fondata su di una esplorazione attenta delle risorse personali del soggetto per rafforzare il senso di auto-efficacia, e svolta con un aiuto personalizzato al fine di esaminare le motivazioni, gli interessi professionali e personali, identificare le competenze e le attitudini, valutare le conoscenze personali e le possibilità attualizzabili; (c) un colloquio finale, per una restituzione positiva al soggetto dei dati emersi, con un profilo delle competenze attuali e attualizzabili, orientate a sostenere il suo livello di autonomia, anche con nuove forme di apprendimento guidato. Nella sintesi finale il soggetto realizza una riflessione sulle proprie competenze non solo per incrementare la sua autostima e la relativa sicurezza, ma per presentare anche agli altri le competenze acquisite nel corso della sua vita, offrendo ai suoi ricordi un più concreto e credibile substrato esperienziale²⁰. Il metodo ha i suoi punti di forza in una serie di fattori che possono essere così sintetizzati: l'anziano manifesta esplicitamente la sua volontà di partecipare, dando il suo consenso; il metodo di lavoro viene scelto con lui, partendo da un'auto-analisi assistita da un esperto; si pongono le premesse per un'evoluzione dell'immagine dell'anziano, orientandola in senso positivo; i dati raccolti appartengono all'anziano e non possono essere comunicati ad altri senza il suo consenso. Per valutare l'esperienza sono stati identificati i seguenti ambiti: gli effetti psicologici sull'anziano; la ricaduta sociale dell'esperienza; gli effetti sulla formazione degli operatori; sul piano economico la difesa dell'autonomia, intesa di per sé come forma di auto-cura, consente di contenere i costi, anche in termini di consumo di risorse sanitarie.

²¹ Gilbert P, Schmidt, *Evaluation des compétences et situations de gestion*, Paris, Economica, 1999

²² Bruner J, *La ricerca del significato*. Torino, Bollati-Boringhieri, 1992

²³ Maslow AH, *Motivazione e personalità*, Roma, Armando, 1973

²⁴ Demetrio D, (1996), *Raccontarsi. L'autobiografia come cura di sé*. Raffaello Cortina editore, Milano

padrone della propria vita è più facile superare i limiti angusti di una visione stereotipata della vecchiaia, che si centra sulla diagnosi dei limiti e sollecita solo interventi di tipo medicalizzato.

Diventare consapevoli di sé e della propria immagine nell'interfaccia con l'ambiente esterno può presentare delle difficoltà a qualsiasi età ed è importante che avvenga nel contesto di una relazione empatica, capace di garantire accoglienza e supporto alla gestione degli incidenti critici, in cui la percezione di sé si carica di negatività²⁵. Il concetto di assistenza acquisisce in questa chiave una valenza particolare e tocca gli aspetti più intimi della propria vita emotiva, della solitudine, dell'abbandono, se trova nell'altro un ascolto disponibile a farsi carico dei propri problemi. Difficile dire a questo punto a chi tocchi: se al geriatra, o all'infermiere, allo psicologo o all'educatore. Tocca tutta l'equipe nella sua struttura unitaria, anche se viene delegata al soggetto più capace di stabilire una relazione significativa con l'anziano, superando il rischio di un anonimato di gruppo, in cui chiunque va bene, perché nessuno ha espresso un'opzione reale per il soggetto.

Ciò che è necessario sottolineare è che, nel bilancio di competenze dell'anziano, oltre agli aspetti culturali e tecnico-scientifici, vanno esplorati quelli relazionali e valoriali. Su questi ultimi vale la pena insistere, perché rappresentano l'humus su cui l'anziano va rielaborando la propria storia personale e si appresta a giudicarla. È difficile cioè interagire positivamente con un anziano se non se ne conosce la scala di valori di riferimento.

3. ANZIANITÀ: COMUNICAZIONE INTERGENERAZIONALE E ASPETTI CULTURALI, VALORIALI E SPIRITUALI/RELIGIOSI

3.1. LA COMUNICAZIONE INTERGENERAZIONALE

Qual è il senso dell'invecchiamento come parte del ciclo vitale e nel quadro della biografia individuale?

Uno degli ambiti che appaiono più degni di riflessione è quello della comunicazione intergenerazionale, da intendersi fundamentalmente come scambio di significati appropriati alle diverse fasi della vita e ricerca di un senso condiviso sui valori che abitano i vari tempi dell'esistenza. Si sono più volte segnalate – a proposito dell'incapacità della civiltà contemporanea di reperire un tale senso comunicativo dello stare al mondo, soprattutto quando le condizioni di vita non sono ottimali – le cause *culturali* (e cioè la mancanza di una rete di significati condivisi circa le dimensioni fondamentali del vivere: la nascita, la generazione, la morte) e quelle *sociali* (le condizioni di vita odierne sono tali da rendere sempre più difficili forme autentiche di comunicazione).

Per favorire tale processo – configurabile nei termini dell'*invecchiamento creativo* – potrebbe essere utile confrontarci con la nostra percezione della vecchiaia attraverso un percorso storico e antropologico che aiuti a riscoprirne le immagini nelle diverse civiltà ed epoche storiche, e che consenta di recuperare la trama dei significati simbolici legati alla figura degli anziani – uomini e donne. Tale percorso sembra importante per ricostituire un rapporto tra le generazioni che colleghi il mondo di ieri al mondo di oggi e alle sue sfide.

In questo quadro appare di particolare rilievo il concetto elaborato da Erik H. Erikson di *generatività* – quale caratteristica dell'età adulta. Come rileva Erikson, l'adulto che *si prende cura* delle generazioni successive, assume su di sé il compito generazionale di coltivare forza in quelli che vengono dopo di lui. Tale concetto ci riconduce, tra l'altro, al rapporto cruciale dell'anziano col tempo. Superare l'egocentrismo per aprirsi all'altro significa, infatti, uscire dal cerchio del presente e proiettarsi nel futuro, oltrepassando il puro e semplice consumo dell'esistenza per *generare* qualcosa di nuovo: più mature condizioni di esistenza e più profondi legami con la vita.

Quello di Erikson è un suggestivo tentativo di dare senso all'intero ciclo della vita attraverso l'idea di *percorso*, un percorso aperto e mai definitivamente concluso che si snoda in diverse fasi e ruoli con forte enfasi sui valori dello scambio e della reciprocità. Nell'età adulta, la crisi di sviluppo è contrassegnata da due forze antagonistiche: la *generatività* contro la stagnazione. Il conflitto conosce fasi alterne e l'equilibrio psichico del singolo è, pertanto, instabile. Si tratta, tuttavia, di un normale stadio di crescita per la qual cosa il soggetto va sollecitato a far prevalere le forze sane e a resistere agli stimoli patogeni.

Ma che cosa s'intende, propriamente, per *generatività*? Si può definire come la disposizione del soggetto a concepire individui, prodotti, idee; ad arricchire la propria personalità e a farsi guida di chi cresce. È, quindi, una capacità che abbraccia un'ampia gamma di attività, di progetti e di intenzioni, in quanto concerne non solo l'attitudine ad avere figli o a manifestare le doti possedute nei vari campi, bensì anche la tendenza a seguire l'ascesa dei giovani alla vita adulta. La generatività non discende, pertanto, automaticamente

²⁵ Dweck C, Leggette EL, (1988), *A social-cognitive approach to motivation and personality*, Psychological Review, 95, 256-273

dall'esser genitori ma è un indubbio segno di una maturazione psicosessuale e psicosociale visibile negli adulti allorché prevalgono in loro le forze costruttive della persona.

La stagnazione, in cui Erikson ravvisa il nucleo patologico della vita adulta, è, al contrario, un affievolimento delle tendenze che rendono l'individuo un essere produttivo e creativo, una regressione a un'intimità innaturale accompagnata da un'insoddisfazione diffusa, da un'autocompiacimento non di rado indotto da minorazioni psicofisiche generatrici di ansia.

Dall'antinomia tra generatività e stagnazione deriva la virtù della *cura*, termine che indica un tipo di impegno e di premura in continua espansione, ove confluiscono le forze positive dell'età anteriore. Essa esprime l'istintivo impulso ad amare, ad accarezzare chiunque, in stato di abbandono, renda manifesta la sua disperazione.

Come si vede, tra le relazioni interumane assume un'importanza centrale il *caring*, visto come l'essenza della prima e dell'ultima fase della vita: è esso a conferire all'esistenza il profilo del ciclo, il significato del ritorno.

Erikson avverte che presenta gli stadi della vita a partire dall'ultimo, quello dell'età senile, per verificare quale senso può assumere una rassegna del completo ciclo vitale nel contesto globale del suo *iter*. Riafferma, altresì, la sua convinzione che, dopo aver portato a termine l'interconnessione tra tutti gli stadi, sia possibile partire da uno qualsiasi di essi per arrivare agli altri all'interno della mappa che ne esprime il senso e la posizione. In questo quadro si ribadisce che l'età adulta è l'anello di congiunzione tra il ciclo vitale dell'individuo e quello delle generazioni.

Un'obiettivo difficoltà propria della fase di transizione che stiamo attraversando e che va dall'*élite* di vecchi alla massa degli anziani, è quella del rapporto tra mutamento delle condizioni sociali e persistenza delle immagini culturali. E tuttavia le persone anziane possono e devono conservare un'importante funzione generativa: nell'età senile, infatti, a parere di Erikson, tutte le qualità del passato si arricchiscono di nuovi valori. Assume, pertanto, grande importanza lo stadio generativo proprio dell'*età adulta* che precede l'*età senile* anche se, va ricordato, in uno schema epigenetico, il *dopo* significa solo la successiva versione di un livello precedente, non la sua perdita.

La generatività include in sé i caratteri della procreatività, della produttività e della creatività, la capacità, quindi, non solo di generare nuovi individui ma anche una sorta di potere autogenerativo relativo all'ulteriore sviluppo dell'identità.

Erikson insiste sull'atteggiamento di cura che l'anziano può assumere nei confronti delle persone a lui care, atteggiamento che può mantenere e rafforzare la sua stessa identità oltre ad aprire al rapporto con le altre generazioni. Si tratta di un aspetto assai interessante e, in genere, scarsamente considerato nella riflessione sulla senescenza giacché, quando si parla dell'anziano, si sottolinea soprattutto la dimensione soggettiva della cura di sé, della preoccupazione per il proprio destino.

Per Erikson non ci sono dubbi: il ruolo dell'età senile dev'essere riconsiderato e rivisto alla luce del fatto che l'ultimo stadio della vita assume un enorme rilievo per il primo: nelle culture più vitali, i bambini maturano mentalmente grazie al rapporto che vengono ad avere con le persone anziane. Si dovrà pertanto riflettere a lungo sull'importanza che avrà, e dovrà avere in futuro, questo rapporto quando una matura età senile costituirà il bagaglio di un'esperienza suscettibile di essere appresa secondo un 'invecchiamento creativo'. Le modificazioni indotte dal tempo – tra le quali il prolungamento della vita media – richiedono, infatti, nuove e più profonde ri-ritualizzazioni, capaci di assicurare un più significativo interscambio tra l'inizio e la fine della vita, una più definita sintesi degli stadi.

Erikson denuncia l'attuale disorganizzazione della vita familiare come causa che contribuisce, in larga misura, alla perdita, nell'età senile, di quel minimo di coinvolgimento vitale che è necessario per sentirsi veramente vivi. La mancanza di questo coinvolgimento gli sembra il tema nostalgico nascosto nei sintomi manifesti che spingono le persone anziane a far ricorso alla psicoterapia, il motivo più frequente della loro *disperazione*, dovuta a un senso prolungato di stagnazione.

Non c'è niente di naturale, avverte Erikson, nella solitudine degli anziani: non è nella loro natura rinunciare all'incontro con l'altro, allo scambio. Anzi, appartenere a pieno titolo alla comunità, e con tutta la ricchezza della propria storia personale, appare come uno dei bisogni più forti di questa stagione della vita. L'isolamento degli anziani non è, dunque, inevitabile giacché non è il frutto di una loro inclinazione ma il portato di pregiudizi e di barriere culturali e sociali, che dobbiamo impegnarci a rimuovere.

Sta a noi tutti – quello degli anziani non è un problema solo loro – tracciare il progetto di una cultura nuova, fatta di leggi ma anche di comportamenti, che sia capace di vedere nell'invecchiamento quel momento della vita in cui si fondono e acquistano senso tutti i temi di quel che si è vissuto, appreso, sofferto – come in una sinfonia o in un racconto che, col suo carico enorme di saggezza, potrebbe costituire un raccordo prezioso tra le generazioni.

3.2. SPIRITUALITÀ E RELIGIOSITÀ NELLA SENESCENZA

La condizione anziana può essere indagata tra i diversi ambiti – si pensi, ad esempio, allo stato di salute e ai servizi socio-sanitari o alle attività (lavorative e ludiche) – anche relativamente a fattori che giocano un ruolo non meno rilevante nel determinare la concreta situazione di vita personale.²⁶ Parliamo, cioè, di elementi “immateriali” ma fortemente influenzanti la “materialità” del quotidiano, come: le relazioni interpersonali, la spiritualità (senso della vita, della morte e della trascendenza) e la religiosità con il suo portato di atteggiamenti e pratiche culturali, la sfera valoriale personale e sociale, la formazione e la promozione della persona anche nell’età anziana, la sua creatività (*Active Aging*), facendo anche cenno alla preparazione delle giovani generazioni all’anzianità (geragogia).²⁷

Indipendentemente dalla concezione filosofica generale con cui ognuno considera la vita nel suo insieme, la dimensione spirituale e religiosa rappresenta un elemento dal quale è ben difficile prescindere quando si affronta il discorso sull’uomo. E sebbene tale dimensione richiami connotazioni semantiche assai ampie e spesso eterogenee, è comunque fuor di dubbio che spiritualità e religiosità costituiscano un orizzonte privilegiato attraverso cui la persona, e la persona anziana in particolare, può meglio penetrare una quotidianità spesso frettolosa e superficiale²⁸.

La religiosità delle persone anziane rappresenta, dunque, un campo di indagine molto interessante – ancorché meno indagato dalla letteratura specialistica di altri settori – perché apre alcuni spiragli su un mondo di natura prevalentemente esistenziale a cui si correlano molti altri fattori (soddisfazione di vita, qualità di vita, percezione del tempo ecc.).

Inoltre, occorre considerare che la componente spirituale acquista una maggiore consapevolezza nell’anzianità che, spesso, è l’età in cui più forte è il desiderio di ricevere assicurazioni sulla vita futura. Dagli studi disponibili emerge chiaramente che la religione influenza moltissimo la qualità di vita dell’anziano, sia che si trovi in condizioni di autosufficienza, sia che si trovi in condizioni di disabilità. Ciò trova conferma in una concezione di qualità della vita di tipo *personalista* in base alla quale il ben-essere della persona deve essere valutato in maniera globale includendovi anche i bisogni e i desideri, i quali sono chiamati a essere orientati ai valori che, soli, realizzano la *plenitudine della persona*²⁹.

È stato da più parti affermato che l’anzianità è l’età dei cambiamenti (a livello sociale, fisico-biologico e valoriale): tali cambiamenti possono essere traumatizzanti e destabilizzanti per l’anziano perché vengono

²⁶ Pur in settori non immediatamente riferibili alla dimensione religiosa/spirituale, come la biomedicina, detta dimensione trova un rilevante spazio. Una ricognizione (del 14.1.2005) nella banca dati della *National Library of Medicine* dei *National Institutes of Health* statunitensi (sito: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi>) utilizzando le coppie lessicali “elderly OR aging AND spirituality OR religio*” (anziano O vecchio E spiritualità O religiosità) fornisce, infatti, ben 27.327 riferimenti bibliografici contenenti almeno due dei quattro fattori (la ricerca comprendeva pubblicazioni relative al periodo compreso tra il gennaio 1966 e il gennaio 2005). Aggiungendo alle parole-chiave citate anche la coppia “ethic* OR bioethic*” (“etica o bioetica”, ma in un periodo compreso tra il 1970 – anno di conio del termine “bioetica” - e il 2005) il risultato è comunque di 16.225 voci.

²⁷ Non sono molte le ricerche condotte sulla condizione anziana comprensive di tali aspetti. In particolare, in Italia sono disponibili due indagini condotte su campione allargato (su circa tremila anziani ciascuna), entrambe condotte dall’Università Cattolica del Sacro Cuore (UCSC). La prima (UCSC Molise), nella Regione Molise, alla fine degli anni ’80, nell’ambito del Sottoprogetto B” (*Indagine sui problemi etici, religiosi e psico-geriatrici della popolazione anziana nella Regione Molise* con la direzione scientifica del Centro di Bioetica dell’UCSC) del Progetto di Ricerca “Active Aging” e i cui risultati sono pubblicati in: Sgreccia E., Burgalassi S., Fasanella G. (a cura di), *Anzianità e valori*, Milano: Vita e Pensiero, 1991; Antico L., Bernabei R., Caretta F., Petrini M., Sgadari A., *Anziano Salute Società*, Milano: Vita e Pensiero, 1991; Antico L., Sgreccia E. (a cura di), *Anzianità creativa*, Milano: Vita e Pensiero, 1989. La seconda (UCSC Calabria), sempre sotto la direzione scientifica del Centro di Bioetica dell’UCSC, svolta alla fine degli anni ’90 nella Regione Calabria per conto della Fondazione “Facite” di Caranzaro, i dati della quale sono riportati in: De Rose C., Sacchini D. (a cura di), *L’età in gioco. Anziani in Calabria tra vecchie e nuove identità*, Soveria Mannelli: Rubbettino, 2002.

²⁸ Sull’importanza della spiritualità e della religiosità in ordine a una migliore qualità della vita da parte dell’anziano esiste una letteratura vastissima. Tra gli altri, cfr.: Petrini M., *La spiritualità della persona anziana*, in Sgreccia E. (a cura di), *Persona e terza età: assistenza, inserimento, compartecipazione*, Siracusa: Edizioni Teotókos, 1994: 187-206, p. 191; Sandrin L., Caretta F., Petrini M., *Anziani oggi. Una sfida per la medicina, la società e la Chiesa*, Torino: Edizioni Camilliane, 1995; Petrini M., *La spiritualità della persona anziana*, in Sgreccia, (a cura di), *Persona e terza età...*, pp. 187-206; Petrini M., Caretta F., Antico L., Bernabei R., *L’assistenza alla persona anziana. Aspetti teologici, etici, clinici, assistenziali, pastorali*, 3 voll., Roma: CEPESAG, 1994; Bleistein R., *Il tempo libero e la terza età. Riflessioni per una pastorale degli anziani*, La Civiltà Cattolica 1998, III: 239-253; Levin J. S., Taylor R.J., *Age differences in patterns and correlates of the frequency of prayer*, *Gerontologist* 1997, 37: 75-88; Acquaviva S., Pace E., *Sociologia delle religioni. Problemi e prospettive*, Roma: Carocci, 1998: 102; Donghi A., *La liturgia e la preghiera degli anziani*, *Anime e Corpi* 1999, 204-205: 429; Cesareo V., Cipriani R., Garelli F., Lanzetti C., Rovati G., *La religiosità in Italia*, Milano: Arnoldo Mondadori Editore, 1995; Burgalassi S., Prandi C., Martelli S. (a cura di), *Immagine della religiosità in Italia*, Milano: Franco Angeli, 1993; Burgalassi S., *La condizione anziana. Un approccio globale a livello antropologico e sociologico*, *Medicina e Morale* 1977, 3: 259-284 ed, infine, una parte della ricerca condotta dall’Eurispes, *Terzo Rapporto sulla condizione anziana in Italia*, 1992 (<http://www.mix.it/eurispes/EURISPES/168/default.htm> e <http://www.mix.it/eurispes/EURISPES/137/8a.htm#1>).

²⁹ Sgreccia E., *Bioetica, società, sanità e qualità di vita*, in ID., *Manuale di bioetica. II. Aspetti medico-sociali*, Milano: Vita e Pensiero, 2002³: 16.

meno quei punti di riferimento che hanno caratterizzato tutto il percorso di vita. A questo proposito le ricerche “ad hoc” lasciano trapelare che per molti la religione sia uno di quei capisaldi che con l’età non vengono meno, anzi spesso si rafforzano o, se in gioventù poco presenti, possono assumere, nell’anzianità, un peso e uno spazio maggiori. La religiosità conferisce all’anziano stabilità e una buona dose di certezze che lo aiutano a fronteggiare i possibili disadattamenti dovuti all’età. I valori etico-religiosi veicolati in un primo momento dalla famiglia di origine e assunti, quasi automaticamente, nella giovane età, diventano nell’età senile qualcosa di integrante nel vissuto personale.

Il generale processo di secolarizzazione della società odierna ha colpito in misura minore gli anziani, sia per un fattore generazionale sia per uno esistenziale in quanto l’anzianità rappresenta un ciclo di vita “che inevitabilmente conduce a porsi degli interrogativi sul senso della vita e sul destino dell’uomo dopo la morte, ovvero a sviluppare o recuperare una sensibilità per i temi centrali di ogni esperienza o messaggio religioso”³⁰.

L’anziano assiste infatti a una serie di cambiamenti traumatizzanti che tendono a stravolgere tutte le sue certezze facendolo sentire del tutto (o in parte) inadeguato alla nuova realtà che si va configurando. L’anziano si rende conto che tra il suo mondo e quello delle nuove generazioni spesso non c’è continuità (in questo senso la religiosità è un esempio molto indicativo), non c’è un effettivo trasferimento di valori.

La società odierna ha modificato la scala di valori di cui l’anziano è depositario. La dignità personale viene sostituita da criteri di pura efficienza, funzionalità e utilità: “l’altro è apprezzato non per quello che ‘è’ ma per quello che ha, fa e rende”³¹. Risulta evidente che nella società contemporanea è permeata da un forte *empirismo pragmatico* che porta l’uomo a valutare soprattutto, se non solamente, la fattualità piuttosto che l’idealità. È l’affermazione dell’*homo oeconomicus* o *homo technicus* (dunque del “fare”) sull’*homo humanus* (o dell’“essere”) che, solo, può garantire all’uomo il recupero dell’integrità perduta³². Ai fini di un recupero del senso dell’essere possono concorrere tutte le correnti di pensiero, religiose e culturali che giocano la loro partita antropologica sul valore-persona e, tra queste, anche la visione cristiana.

La religione può rappresentare, pertanto, uno strumento valido per recuperare tutto un mondo di valori che il processo di industrializzazione e di modernizzazione ha progressivamente attenuato. È anche per questo che il tempo dell’anziano gradualmente perde i contorni del tempo reale e tangibile per assumere quelli di un tempo *trascendente e spirituale*, che si concretizza in una particolare attenzione al mondo escatologico. L’anziano viene in questo modo messo nelle condizioni di poter *risignificare la propria vita* così fortemente connotata di cambiamenti.³³

La logica che pervade la realtà contemporanea ha modificato in maniera profonda e radicale le aspettative e i significati da attribuire alla vita. In questo senso, l’obiettivo dell’anziano diventa, a livello più o meno consapevole, il recupero della *parola spirituale*, interiore e umana.

Il riemergere della dimensione religiosa rappresenta – in molti dei casi analizzati – un anello di congiunzione con il passato giovanile spesso connotato da un forte senso religioso. Il *senso di continuità* si realizza più facilmente nella dimensione spirituale che non in quella fisico-corporea dove l’anziano sperimenta la sua fragilità e vulnerabilità, oltre che la contingenza. Attraverso il mondo spirituale si può recuperare la “civiltà dell’essere” che si rivela “nel momento contemplativo, nella ricerca dell’al di là del ‘segno’ e si colloca dentro il ‘significato’”³⁴. Del resto, la saggezza e la maturità che caratterizzano l’età anziana, conferiscono a questa particolare fase della vita umana un senso e un fine diversi, in quanto si dovrebbe essere orientati alla realizzazione di una più profonda interiorità e alla ricerca di valori che trascendono la realtà materiale.

3.2.1 L’universo valoriale nella vita della persona anziana

La dimensione morale – sia sul versante delle scelte di valore personali sia su questioni etiche a rilevanza maggiormente sociale – costituisce un campo di indagine particolarmente interessante. Non solo, però, in quanto tale, bensì anche in relazione ad altri aspetti: la formazione ricevuta in famiglia e nelle “agenzie” formative classiche: scuola, chiesa, ambiente di lavoro. Ciò assume ulteriore rilevanza non tanto e non solo

³⁰ Romano M.C., Sgritta G.B., *Uguale ma diversi, diversi ma uguali*, in *Anziani '98. Tra uguaglianza e diversità* (Secondo Rapporto sulla condizione della persona anziana a cura della Federazione Nazionale Pensionati CISL), Roma: Edizioni Lavoro, 1999: 93.

³¹ Giovanni Paolo II, *Lettera enciclica “Evangelium vitae”* (25.3.1995), n. 23.

³² Cfr. Wojtyła K., *La visione antropologica della “Humanae vitae”*, Lateranum 1978: 129.

³³ Va notato peraltro che sia il senso religioso *tout court* sia l’adesione ad una determinata chiesa risultano più elevati tra le donne che tra gli uomini e tra le persone di età matura o anziana rispetto a quelle più giovani (cfr. Cesareo, Cipriani, Garelli, Lanzetti, Rovati, *La religiosità in Italia*; Burgalassi, Prandi, Martelli (a cura di), *Immagini della religiosità in Italia*).

³⁴ Sgreccia E., *Bioetica e tecnologia*, in ID., *Manuale di bioetica. I. Fondamenti ed etica biomedica*, Milano: Vita e Pensiero, 1999: 779.

per gli anziani di oggi, ma anche per quelli di domani. Più recentemente, anche la disciplina bioetica si è occupata a fondo di questioni etiche insorgenti nell'anzianità.³⁵

In complesso, la letteratura disponibile indica alcune linee di tendenza generali. Il profilo valoriale dell'anzianità contemporanea, almeno alle latitudini occidentali europee mostrerebbe due elementi salienti: 1. una disomogeneità rispetto alla consapevolezza del rapporto antropologia/valore.; 2. riguardo alle scale valoriali, sembrerebbe di poter rilevare una diffusa omogeneità rispetto ai "modelli" etici ricevuti, con una significativa prevalenza del lavoro su altri aspetti che potrebbero avere rilevanza etica previa.³⁶

Da quanto sopra esposto nasce però una domanda sul perché la letteratura riferisca di una certa "emarginazione" dai processi decisionali ed educativi della famiglia di appartenenza, di un sottile "silenzamento" della voce esperienziale della persona anziana. Forse la soluzione potrebbe rintracciarsi in un recupero e nella promozione della *cultura dell'essere* a partire dalla focalizzazione della persona nell'ambiente ove si snodano tutte le fasi del suo esserci nel mondo: la struttura familiare. E cultura dell'essere significa presumere che a suo fondamento si postuli la centralità di una plenaria *cultura della vita* che necessariamente rinvia poi – non prima – alla sua qualità che ha senso e significato solo se rapportata alla vita: infatti "la qualità è un attributo, una disposizione che acquisisce senso se riferita alla sostanza"³⁷ e guarda prima di tutto alla plenitudine della persona, ai valori che la fondano.

Dal recupero dell'essere e dell'esserci dell'uomo in tutte le sue fasi deriva poi la focalizzazione sulla possibilità squisitamente umana della scelta e, pertanto, sulla dimensione etica senza la quale i valori sono colti solo nella loro qualità eudaimonistica, economica, soddisfattiva di bisogni. Occorre invece andare oltre e riconoscere nei valori infraumani spirituali, nel valore morale (e in quello religioso come ultimo passaggio atteso) gli obiettivi da raggiungere quale matura espressione di umanità, nella giovinezza come anche nell'anzianità. Dunque va ricercato un ventaglio "elevato" dei valori, secondo la precisa scala di priorità appena detta, pena la rincorsa affannosa e mai soddisfatta alla saturazione di bisogni falsi, superflui, seguendo unicamente la filosofia dell'Avere che lo porta inevitabilmente a essere un uomo "a una dimensione"³⁸, un uomo che ha perso la parte migliore di sé. D'altra parte, in una simile "logica" l'anziano gioca una partita persa in partenza per i caratteri propri della condizione esistenziale e biologica che egli vive. A conferma di ciò, è suggestivo che anche relativamente alla sofferenza dagli studi emerga un monito di grande significato per tutte le età: l'essere deve poter prevalere sulla cultura del fare e del produrre per consentire all'animo umano di percorrere tutte le tappe della sua evoluzione. È solo in questa dimensione, infatti, che "l'anziano non va verso la caligine, ma verso la pienezza dell'essere personale: la verità sta in fondo al cammino, la verità e la gioia si trovano nella pienezza realizzata".³⁹

³⁵ Ciò risulta anche in testi di riferimento enciclopedici quali, ad es. i contributi contenuti in Post S.G. (ed.), *Encyclopedia of Bioethics*, vol. 1, New York: MacMillan Reference USA – Thomson Gale, 2004³; Jecker N.S., *Societal Aging*, pp. 101-104; Cole T.R., Holstein M., *Old Age*, pp. 109-112 e *Anti-Aging interventions: ethical and social issues*, pp. 112-116. Cfr. anche: Sgreccia E., *Bioetica, anzianità e invecchiamento delle popolazioni*, in ID., *Manuale di Bioetica. II. Aspetti medico-sociali*, Milano: Vita e Pensiero, 2002³: 497-557; Soldini M., Accettella U., Burgalassi S. (a cura di), *La bioetica e l'anziano*, Acireale: Edizioni ISB, 1999; Acocella G., *Questioni di bioetica e terza età*, in Federazione Nazionale Pensionati CISL (a cura di), *Anziani 2000. Terzo Rapporto sulla condizione della persona anziana*, Roma: Edizioni Lavoro, 2000: 137-151; Cipriani R., *La religione dei valori*, Caltanissetta-Roma: Salvatore Sciascia Editore, 1992. Per un esame dei problemi etici insorgenti in ambito medico geriatrico si legga anche: Petrini M., Caretta F., Antico L., Bernabei R., *Etica e Geriatria*, Roma: CEPSAG, 1993. Interessante, infine, è anche lo studio condotto su un campione di 250 donne marchigiane ultrasettantacinquenni nel quale è stato affrontato il tema della spiritualità/religiosità, raccolto nel volume di Vissani A.M., Salvi E., *La donna marchigiana. Una femminilità vissuta in pienezza*, Roma: CEPSAG-UCSC, 1998.

³⁶ Ciò emerge in: Sacchini D., Giardina S., Sgreccia E., *Orientamento ai valori, etica sociale e qualità della vita*, in De Rose, Sacchini (a cura di), *L'età in gioco...*, pp. 109-152.

³⁷ Id., *Bioetica e terza età: qualità della vita, valori, creatività e problematiche etiche*, in ID. (a cura di), *Persona e terza età...*, pp. 227-253, p. 235.

³⁸ Marcuse H., *L'uomo a una dimensione* (1964), Torino: Einaudi, 1991.

³⁹ Sgreccia, *Anzianità: valori, creatività...* in Antico, Sgreccia (a cura di), *Anzianità creativa...*p. 106

PARTE SECONDA

L'ANZIANO NON AUTOSUFFICIENTE E L'ETICA DELLA CURA

Il variegato e sofferto mondo degli anziani, sembra oggetto di proponimenti tanto retorici e ripetitivi quanto poveri di realizzazioni concrete.

Sono ben note le iniziative dell'ONU che negli ultimi decenni ha studiato le straordinarie dimensioni mondiali dell'invecchiamento, ha elaborato "Piani di azione" e "Principi" fondati su indipendenza, partecipazione, cura, auto-realizzazione e dignità, e nel 2002 ha convocato a Madrid l'Assemblea mondiale sull'invecchiamento. Da allora nessun programma concreto per la valorizzazione degli anziani nella vita sociale, produttiva, economica e culturale, si è realizzato (se non iniziative frammentarie e riflessioni all'interno di altri programmi quali la lotta all'esclusione o alla discriminazione, e risoluzioni di carattere sanitario come per l'Alzheimer).

L'auspicata "Società per tutte le età" non decolla se non nei proponimenti di una certa élite socio culturale, nonostante le sofferenze degli anziani aumentino soprattutto nei Paesi in via di sviluppo, dove si combatte, dove rivoluzioni e terrorismo mietono ogni giorno decine di vittime: le invocate dignità, partecipazione e indipendenza, a parte lodevoli considerazioni che dovrebbero tenere conto dell'evoluzione longitudinale della vita piuttosto che di situazioni trasversali standardizzate, sono ancora un'opzione a beneficio di pochi fortunati nei paesi sviluppati. Né sembra diffondersi particolarmente il valore di un'autentica solidarietà, quella che ogni uomo – indipendentemente dalla società in cui vive e dalle proprie credenze – può e deve dimostrare nei confronti di ogni altro uomo, solidarietà della quale l'anziano rappresenta oggetto di attenzione ma anche e forse soprattutto soggetto attivo capace di offrire quanto di unico è in grado ancora di dare.

4. L'INVECCHIAMENTO

L'invecchiamento determina la perdita progressiva della capacità di adattamento dell'organismo all'ambiente per l'esaurimento delle riserve funzionali. Al fine di comprendere i complessi meccanismi che lo determinano sono state formulate varie teorie, tra le più accreditate quelle dei "radicali liberi e dei legami crociati", della "alterata sintesi proteica" e dell'orologio molecolare o "fenomeno di Hayflick"⁴⁰, quest'ultima più rispondente alle domande della scienza moderna.

Il processo di invecchiamento non appare come un fenomeno uniforme e omogeneo. soprattutto dal punto di vista psicologico. Sono molteplici i fattori che lo condizionano: il patrimonio genetico, le malattie e i traumi subiti, l'educazione ricevuta, le esperienze vissute, le perdite sofferte, la semantica degli affetti, le opportunità e le difficoltà incontrate, le caratteristiche del proprio ambiente familiare e sociale e *soprattutto il desiderio di "essere e di vivere"*. Esistono una vita e un invecchiamento per ogni singola persona, ogni individuo è inconsciamente responsabile del proprio percorso di crescita anche attraverso il confronto con l'ambiente e con gli eventi che lo caratterizzano. Assumono un'importante rilievo, in questa fase della vita, l'ambiente familiare, quello sociale e assistenziale, le componenti affettive e motivazionali. La vita vissuta e la vita che si sta vivendo possono condizionare le ulteriori capacità di crescere senza limiti fino all'ultimo istante come dimostrano la storia dell'arte, la letteratura, la scienza, ma anche la quotidianità dell'individuo che può trovare in se stesso proprio nella parte ultima della vita la forza per "l'ultima pennellata... quella che dà più luce e dà forse il senso finale al quadro"⁴¹

Se alcune determinanti biologiche non sono correggibili, altri fattori sono suscettibili di modifica, ad esempio il decadimento fisico che consegue alla inattività e che può dar luogo a quella grave compromissione funzionale che va sotto il nome di "sindrome ipocinetica" responsabile o corresponsabile di un gran numero di ricoveri di soggetti anziani in centri di riabilitazione. L'attività fisica è in grado di prolungare la

⁴⁰ Studi effettuati su colture di fibroblasti estratti dal polmone di un feto, portarono all'osservazione di una rapida moltiplicazione iniziale di queste cellule, seguita da un rallentamento della loro crescita (fase senescente), fino a giungere al termine delle divisioni cellulari. Hayflick ne dedusse che, non potendo i fibroblasti moltiplicarsi oltre un numero programmato, doveva esistere un "orologio molecolare" in grado di regolarne la riproduzione. Le uniche cellule in grado di superare tale limite di moltiplicazione previsto, sono quelle neoplastiche.

⁴¹ Holmes Wendel, in Levi Montalcini R.: *L'asso nella manica a brandelli*. Baldini & Castoldi, Milano, 1998. La citazione completa è la seguente: "la vita non è come tirare una somma, ma la vita è come dipingere un quadro, e quindi anche l'ultima pennellata può essere quella che dà più luce e dà forse il senso finale del quadro"

sopravvivenza attraverso l'aumento della capacità aerobica, della mobilità e stabilità della colonna vertebrale e della forza muscolare, di attenuare in modo significativo la riduzione del flusso ematico nella sostanza grigia cerebrale e il deficit delle performances cognitive che si instaurano con il pensionamento, di svolgere un'azione protettiva nei confronti della morbilità e mortalità coronarica, un ruolo significativo nella prevenzione primaria e secondaria dell'ictus cerebrale, dell'ipertensione arteriosa, dell'arteriopatia periferica e della nefropatia diabetica, del cancro del colon, della mammella e dell'apparato genitale femminile. Può determinare un incremento della capacità di comunicazione nei pazienti affetti da malattia di Alzheimer.

Le più importanti scoperte neuro-scientifiche negli ultimi anni hanno contribuito a superare l'antico preconcetto che interpretava il cervello come organo destinato esclusivamente all'involuzione e alla perdita delle sue cellule. Se è vero che invecchiando si determina una riduzione dei neuroni, è altrettanto vero che le cellule nervose sono in grado di ricostruire e compensare le parti mancanti e riattivare le stazioni neuronali silenti. Assumono grande rilievo in tal senso una stimolazione ambientale appropriata per il recupero di competenze psichiche, relazioni e sociali.

Quanto alle diverse funzioni talora è possibile rilevare un rallentamento psico-motorio in rapporto soprattutto al tempo necessario a organizzare i processi decisionali. La coscienza non presenta in condizioni normali particolari involuzioni, possono tuttavia insorgere, più frequentemente che in età giovanile, episodi di confusione mentale non necessariamente attribuibili a stati patologici. La autocoscienza, vale a dire la coscienza dell'Io che si interseca e concorre con i cosiddetti "sentimenti dell'Io", è influenzata di solito da gravi sofferenze psichiche. Nell'anziano può essere collegata con turbative della memoria, in particolare della memoria iconica (sensoriale o di brevissima durata) e di quella a breve termine che sono meno attive con riduzione della capacità di ricordare i fatti più recenti, mentre la capacità di ricordare eventi del passato rimane particolarmente vivace. In condizioni di benessere psico-fisico l'anziano è in grado di apprendere⁴² e conoscere allo stesso modo del giovane e dell'adulto, pur se può avere bisogno di tempi più lunghi per l'assimilazione. Le motivazioni sono comunque essenziali, come – all'inverso – la scarsa partecipazione attiva riduce non poco la memoria e accentua le difficoltà di apprendimento. Si può osservare inoltre un certo decremento della funzione attentiva. La riduzione delle funzioni visive e uditive può attenuare le capacità percettive. L'isolamento culturale, il basso livello economico e sociale accentuano il declino psichico. Al contrario l'integrazione sociale e la maggiore cultura creano premesse per una vecchiaia e longevità migliori. Tanto più che l'anziano è spesso in grado di vicariare qualche *défaillances* con altre doti quali la continuità, la prudenza, l'esperienza, la motivazione, la capacità di controllo emotivo, di riflessione e sintesi, la maggiore precisione oltre alla sostanziale conservazione di importanti funzioni come il linguaggio, il pensiero, la percezione, l'attenzione e il riconoscimento⁴³.

Nonostante un generale e progressivo declino dell'attività sessuale correlato all'età, il sesso e la sessualità rappresentano per gli anziani parte integrante della esperienza esistenziale, che non si identifica solamente con il rapporto fisico, ma si associa sotto il profilo psicologico ed emozionale con la creazione di una profonda intimità tra i partner⁴⁴. La riduzione della potenza aumenta in modo lieve nel corso del settimo decennio e diviene più marcata nell'ottavo e può assumere una certa consistenza solamente dopo i 75 anni. La riduzione è condizionata non solo da fattori fisiopatologici e socio-ambientali, ma anche dall'emergenza o dall'aggravarsi di patologie capaci di interferire con l'attività sessuale che può venir meno per cause differenti nei due sessi. Nelle donne sono generalmente legate alla presenza e alla capacità del coniuge, mentre per gli uomini sono quasi sempre rappresentate dalla propria incapacità.

È comunque importante sfatare i pregiudizi che configurano la vita sessuale dell'anziano come qualcosa di inesistente, di sconveniente, di inopportuno e pericoloso per la salute e la sua cessazione come evento ineluttabilmente legato al trascorrere degli anni. In Italia aumentano e nascono con maggior frequenza relazioni fra anziani quando professione, figli e vite familiari fanno parte del passato⁴⁵. Secondo i sociologi tra

⁴² La vecchiaia inizia nel momento in cui cessa la capacità di apprendere. Morandotti. A. *Le minime di Morandotti* Scheiwiller, Milano, 1980.

⁴³ Levi Montalcini R.: *L'asso nella manica a brandelli*. Baldini & Castoldi, Milano, 1998.

⁴⁴ Contrariamente all'immaginario comune, da un'indagine condotta da "Ageing Society" (2002), emerge che gli anziani mantengono vivo, a dispetto dell'età, l'interesse per il sesso. Se il 65,1% ammette di farlo molto raramente, non per mancanza di desiderio bensì per difficoltà a reperire un partner disponibile, il 34,7 % dichiara di mantenere un'intensa attività sessuale e il 20% confessa di aver avuto una "cotta" dopo i 60 anni.

⁴⁵ Di Iusto F., et. al., *La sessualità nella donna anziana*. Giornale di gerontologia, 51, 504, n. 6, 2003. Aiolfi V.: *Fuori tempo*. Rizzoli, Milano, 2004. Sotis L.: *Le nuove coppie dell'amore a settant'anni*. Corriere della Sera, 5/2/2004. Ravizza P.: *Gli affetti non finiscono mai*. Percorsi, n. 39, 2003. De Chateaubriand F.R.: *Amore e vecchiaia*. Robin Edizioni, Roma, 2002. Ruggeri Fedele (a cura di): *Anziani e affettività. Le dimensioni della problematica in una ricerca proposta dal Sindacato pensionati Italiani CGIL*. FrancoAngeli, 2000.

breve non saranno più una rarità né una novità le coppie attempate che si amano e che decidono di iniziare l'ultimo cammino insieme (che nel loro entusiasmo non è mai l'ultimo). Tuttavia, gli stereotipi culturali fanno sì che questi legami vengano spesso occultati, derisi, o avversati. Gli psicologi invece sollecitano gli anziani a rifarsi una vita, soprattutto se vedovi e soli.

In sintesi, in età senile, soprattutto in ambito psicologico, nulla deve essere considerato con approssimazione e relegato nei luoghi comuni del risaputo, della diagnosi e del sintomo⁴⁶. Seguire l'indirizzo del cosiddetto *ageismo*, vale a dire lo stereotipo per cui il raggiungimento di una determinata età anagrafica equivale a essere anziani, con tutto il carico di patologie che possono creare dipendenza funzionale, è certamente fuori luogo dato che la terza età si presenta eterogenea quanto ad autosufficienza, salute fisica e mentale, qualità di vita: l'età in senso anagrafico non può rappresentare un criterio per individuare la scelta assistenziale e/o terapeutica e per escludere chicchessia da terapie finalizzate alla guarigione o al prolungamento della vita. Il periodo di anzianità attiva, che precede di molto quella involutiva, richiede un approccio orientato all'*active-ageing*, ossia a un invecchiamento creativo in buona salute.

Per il cosiddetto *invecchiamento sociale*, non esistono regole fisse definite dalla legge, contrariamente al minore (che è tale dalla nascita al compimento del diciottesimo anno). La normativa pensionistica riguarda i soggetti di età avanzata, ma neppure in questo caso vengono fornite indicazioni precise che definiscano l'anziano se non attraverso mere pratiche contributive talora non univoche, funzione delle categorie professionali di appartenenza e molto spesso di situazioni particolari: basti pensare alle baby pensioni, ai prepensionamenti forzosi o patteggiati con le aziende, alle condizioni dei magistrati e dei docenti universitari. Se il pensionamento può determinare una precoce e significativa perdita di valore della persona attraverso la "*svalutazione della funzione dell'esperienza*"⁴⁷, negli ultimi venti anni i modelli tradizionali hanno perso progressivamente significato in quanto proprio il sapere e l'esperienza vengono meno con l'invecchiamento in rapporto al modificarsi dei costumi e al progresso tumultuoso della tecnologia che la persona anziana spesso non è in grado di seguire.

In linea di massima, all'invecchiamento della popolazione si accompagna un certo deterioramento della professionalità tanto che le aziende considerano spesso i lavoratori anziani un peso perché privi del necessario aggiornamento professionale e tendono per questo ad allontanarli dal lavoro o a isolarli dalle decisioni e dai processi aziendali attraverso un progressivo demansionamento che può degenerare nel fenomeno del "mobbing". Al riguardo, sembra necessario – come suggerito dai rapporti dell'OCSE fin dagli anni Novanta – investire maggiormente in formazione professionale permanente che mantenga l'anziano al passo con l'innovazione e prevedere un pensionamento flessibile, anche nella prospettiva delle politiche più recenti che tendono a favorire il recupero lavorativo dell'anziano tanto più che anche nella terza età vale l'affermazione secondo la quale "*Il lavoro non è soltanto una necessità per guadagnare, ma una condizione per vivere*"⁴⁸.

A queste condizioni gli anziani, pur con i loro limiti, dovranno costituire, secondo l'orientamento odierno, sempre più una risorsa umana, professionale e culturale e proprio per questo la "*soglia dell'anzianità sociale*", rappresenterà sempre più un valore proprio di ogni singolo individuo, da considerare in modo realistico in base al *desiderio* e alla *capacità di fare*, mentre l'età anagrafica negli anni a venire sarà un indicatore sempre meno significativo delle effettive condizioni e delle reali necessità dell'individuo. Molto più realisticamente - anche sotto questo aspetto - saranno la assenza di patologie, l'autosufficienza, la *capacità di essere* e non più l'anagrafe, a fare la differenza.

5. L'ANZIANO AUTOSUFFICIENTE E PRIVO DI GRAVI PATOLOGIE

L'anziano autosufficiente e privo di gravi patologie non offre particolari problemi. La sua condizione di benessere dipende soprattutto dalla possibilità di conservare interessi lavorativi e non, di mantenere contatti con i più giovani, di dialogare con loro con la mente rivolta al futuro della famiglia e della società, al di fuori dei consueti modelli negativi della vecchiaia, senza necessariamente suscitare quel "rispetto" che potrebbe rappresentare l'anticamera dell'imbarazzo e della sopportazione, ma neppure offrire il destro ad atteggiamenti di mera tolleranza o compassionevoli.

La donna anziana vive di solito in famiglia con i nipoti che crescono, non di rado rappresenta la guida anche economica della casa. Con il marito progressivamente autoinsufficiente, è spesso in grado di assumere le funzioni di *caregiver*. Gli elementi che possono segnare la vita della donna sono la solitudine che segue alla vedovanza, le più scarse risorse economiche, un più lungo periodo di disabilità in rapporto alla maggiore

⁴⁶ Tammaro A., Casale G., Frisaglia A.: *Manuale di Geriatria e Gerontologia*. McGraw-Hill, Milano, 2000.

⁴⁷ Carrieri F., Catanesi R.: *Il suicidio dell'anziano*. Rass. It. Criminol., 1, 51, 1992.

⁴⁸ Berlinguer G.: *Salute e disuguaglianza*. The Practitioner, ed. it. novembre, 1989.

sopravvivenza, il basso livello di istruzione che ancora si percepisce nelle fasce di età più elevate ma che sta progressivamente migliorando e cambierà ancora nei prossimi decenni, la depressione⁴⁹. Le statistiche dimostrano che le donne presentano in genere una situazione più sfavorevole, soprattutto dai settanta anni in poi in rapporto all'aggravamento delle patologie croniche ad alta invalidità e lunga durata. Le donne subiscono una minore "selezione" durante la vita rispetto agli uomini (che soffrono più frequentemente di malattie a più alta letalità e minore durata come i tumori, gli accidenti cerebro e cardiovascolari) e questo fenomeno spiegherebbe il maggior stato di sofferenza in vecchiaia.

Ciò anche se non mancano, e anzi sono sempre più frequenti, i modelli di donna medio-anziana diversi da quello tradizionale per i quali la donna inizia una terza vita modificando radicalmente i propri interessi, è in grado di affrontare situazioni nuove con iniziative originali e costruttive soprattutto nel volontariato socio-culturale, e vive in parallelo – e non sempre in dimensioni ridotte – l'esistenza delle donne più giovani, libere da qualsiasi tipo di soggezione.

La sensazione di distacco dal proprio corpo nel quale la donna, ma anche l'uomo, non si riconoscono e che sentono come estraneo, può non avere nulla a che fare con la nostalgia della bellezza e della gioventù e spesso non sono le piccole patologie a limitarne la libertà! Molto più spesso si tratta – come già accennato nella "Prima parte" del presente Documento di una vera e propria crisi di identificazione che mette in gioco la nostra stessa immagine. Quando l'illusione di un'eterna giovinezza è dissipata, interviene un trauma narcisistico che genera una psicosi depressiva. Donne e uomini, nel tentativo illusorio di recuperare se stessi, di ricomporre corpo e psiche, o quanto meno di approdare verso nuovi equilibri, per alleviare il rimpianto e la depressione, ma anche per far fronte alle esigenze della vita sociale e di lavoro non di rado percorrono le soluzioni offerte dalla chirurgia estetica. Il dato statistico è sempre più significativo per gli interventi chirurgici e i trattamenti estetici, anche se trova un più elevato riscontro nella fasce di età inferiori ai 65 anni⁵⁰. La conseguenza è il fatto che esiste ormai una *terza età*, un'età ufficiosa ignorata dalla gerontologia, quella dei "senza tempo", di coloro che si affidano alla chirurgia per cancellare i segni degli anni, e che ottengono volti inespressivi che non rappresentano il vissuto della persona⁵¹, in una sorta di omologazione estetica. Il suggerimento di Ugo Ojetti, "saper invecchiare significa saper trovare un accordo decente tra il tuo volto di vecchio e il tuo cuore e cervello di giovane"⁵², è tuttora valido e può rappresentare la chiave di volta in grado di dare alla donna una nuova bellezza "non ritoccata" e realmente vissuta per gli anni che verranno. Mentre l'immagine della donna anziana preda del decadimento fisico e di gravi problemi intellettivi frutto di una letteratura oggi anacronistica o di studi incentrati su persone ricoverate in ospedali o in ospizi, deve considerarsi in gran parte superato almeno nelle fasce di età inferiori agli ottanta anni.

Talora l'anziano in buona salute vive presso istituti pubblici o privati. Il problema psicologico-sociale dell'anziano istituzionalizzato è visto spesso, e a torto, come una contrapposizione tra famiglia e istituto, per cui l'istituto rappresenterebbe una soluzione di ripiego imposta dalle circostanze o da una famiglia che, per interessi anche legittimi, non può far fronte ai bisogni dell'anziano. Ma non va trascurato il fatto che oggi (e non solo da oggi) la Casa di Riposo può rappresentare la scelta cosciente di non pochi anziani autosufficienti anche economicamente, vedovi e non, che vogliono garantirsi una vita autonoma anche sotto il profilo sociale e affettivo. Ove, al contrario, vi fosse costretto, l'anziano potrebbe trovarsi ad affrontare situazioni di profondo disagio in rapporto anche alla voglia di vivere, alla formazione socio-culturale, etc. L'impatto può essere penoso per una serie di problemi⁵³: la convivenza con persone estranee in relazione alle capacità di socializzazione, il rischio di chiudersi sempre più in se stesso e di presentare vere e proprie crisi di aggressività verso altri ospiti, le carenze affettive, l'obbligo di sottostare a regole e a volte a ordini, possono indurre nell'anziano un senso di impotenza e di "oggettualità"; la dipendenza psico-fisica può portarlo ad abbandonarsi passivamente alle cure per soggezione, per bisogno di affetto o di compagnia. Ovviamente un tale sfortunato impatto può innescare un processo involutivo attraverso un circolo vizioso che accentua il senso di disistima verso se stesso e la dipendenza dagli altri.

⁴⁹ Depressione : "Un male tutto femminile". Sondaggio Eurispes 28 aprile 2003. *La cura e il ricorso ai servizi sanitari*. ISTAT: Indagine Multiscopo sulle famiglie (anni 1999-2000), 2003.

⁵⁰ American Society for Aesthetic Plastic Surgery, 2002. Solo il 5% circa degli interventi interessano le donne di 65 anni e più. Congresso della European Academy of Dermatology and Venereology, Firenze novembre, 2004.

⁵¹ Venturi M.: *Segni particolari: ritoccati*. Esperienza 54, 9, 2004.

⁵² Ojetti Ugo, *Sessanta*. 1937.

⁵³ Spiridigliozzi S., Antonelli P., Bossi, A., Abetti P.: *L'anziano istituzionalizzato, problematiche e possibili soluzioni*: Difesa Soc 77,175, 1998.

Per l'anziano autosufficiente un problema emergente è infine rappresentato dal fatto che i nonni sono spesso penalizzati dalla separazione o dal divorzio dei figli riguardo a un'eventuale forzosa interruzione del rapporto con i nipoti. A loro volta i bambini possono subire un ulteriore trauma per la perdita dei nonni quale memoria storica ed emotiva che consentiva loro di percepire il senso delle proprie radici e della continuità della vita. La Giurisprudenza ha più volte confermato il "diritto di visita dei nonni"⁵⁴ e ribadito l'importanza di un'adeguata tutela del vincolo esistente tra nonni e nipoti che affonda nella tradizione familiare riconosciuta dall'art. 29 della Costituzione.

6. L'ANZIANO FRAGILE

I maggiori problemi, anche di interesse bioetico, riguardano gli anziani ai limiti della autosufficienza o non autosufficienti, i cosiddetti *anziani fragili*, soprattutto ove manchino il supporto della famiglia e sussistano condizioni economiche precarie. Nel nostro Paese l'equazione secondo la quale l'anziano è di per se stesso assimilabile al malato o all'invalido secondo il classico aforisma "*senectus ipsa morbus*", nei fatti non sembra pienamente superata, quanto meno sotto il profilo strettamente psicologico. È infatti ancora dominante l'atteggiamento di chi ritiene le malattie del vecchio conseguenza dell'invecchiamento e spesso destinate a evolvere fatalmente. La trascuratezza e l'ignoranza portano a confondere l'incedere della vecchiaia con patologie ancora trattabili che, se non diagnosticate e curate, possono essere responsabili della perdita dell'autosufficienza e di costi sociali e umani elevatissimi. Evitare questa drammatica evoluzione è compito precipuo della geriatria, cosa che la distingue dalle altre specialità mediche.

Va inoltre considerato che la sperimentazione geriatrica riguarda essenzialmente le patologie cognitive prevalenti nella terza età, per le quali l'impegno è massimo e i risultati promettenti, mentre viene trascurato lo studio specifico sugli effetti dei farmaci per le patologie comuni al di là di quanto noto dalla medicina interna dove però i soggetti della sperimentazione raramente superano i cinquant'anni. Le persone anziane vengono cioè private dei risultati di studi adeguati su farmaci e interventi e spesso trattate in base a protocolli terapeutici e assistenziali inadeguati e per di più con ricadute economiche considerevoli e non giustificate.

Eppure l'anziano è un paziente particolare, diverso dall'adulto, un malato spesso affetto da polipatologie la cui evoluzione può portare alla disabilità. La somministrazione dei farmaci dovrebbe pertanto essere effettuata con accortezza ed essere legata alla specificità del soggetto e del particolare quadro morboso, con grande attenzione agli effetti collaterali, e non dovrebbe semplicemente seguire raccomandazioni e cautele generiche. La limitata sperimentazione farmacologica nell'anziano dovrebbe essere considerata una discriminazione, come se la cura in età avanzata *non fosse meritevole di investimenti specifici*, piuttosto che essere ritenuta la conseguenza di un atteggiamento prudentiale in rapporto all'età dei soggetti sui quali si sperimenta. L'esperienza dimostra invece che in tarda età è ancora possibile intervenire e curare con successo anche chirurgicamente alcune patologie (come quelle cardiache), con il risultato di offrire al paziente anziano ulteriori anni di vita in buone condizioni di salute. Tra gli esempi che ricorrono nella pratica, si segnala la carenza di interventi geriatrici o psicogeriatrici di supporto nel trattamento chirurgico di gravi patologie degenerative o traumatiche dell'anca. In questi casi, anche se la protesizzazione è perfettamente riuscita, è possibile che si sviluppi una psicopatologia latente che potrebbe essere evitata con un adeguato e preventivo intervento di sostegno⁵⁵.

Le incongruenze economiche emergono anche dal numero dei ricoveri degli anziani non in linea con i parametri LEA ("Livelli Essenziali di Assistenza")⁵⁶: secondo l'OTE (*Osservatorio della terza età*) gli anziani 'parcheeggiati' in ospedale, la mancanza di prestazioni sul territorio, la percezione di poter essere curati solo se ricoverati, 'costano' all'Italia, ogni anno, 18 milioni di giornate di degenze improprie che potrebbero esseri evitate con un risparmio di 5,7 miliardi di euro, proprio quelli che, secondo l'organo di vigilanza sul bilancio statale, sarebbero necessari per riequilibrare il deficit del settore. Ad esempio: il trattamento domiciliare degli ultra-ottantenni colpiti da ictus si è dimostrato tanto efficace quanto quello ospedaliero, con la differenza essenziale di garantire una migliore qualità della vita e un numero certamente inferiore di reazioni depressive o evoluzioni negative di psicopatologie latenti.

Di notevole interesse bioetico, oltre che economico, il fatto che i pazienti anziani sono responsabili di oltre la metà della spesa farmaceutica a carico del SSN (51,9%) e delle prescrizioni dei medici di base (53,2%), anche

⁵⁴ Cass.Civ. Sez.I, 26 settembre 2003, n. 14345, Cass.Civ. 25.6.1998 n.9606, Corte di Appello di Lecce sez. 1, 3 maggio 2002, n.10, e altre.

⁵⁵ Pernigotti L.M., Simoncini M.: *I costi della vecchiaia: dove nascono nuovi obiettivi di ricerca in Geriatria*. G.Gerontol. 53,6,2005.

⁵⁶ Dal rapporto sullo "Stato di salute e prestazioni sanitarie nella popolazione anziana", Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute, aprile 2003.

se rappresentano solo il 21,5% degli assistiti⁵⁷. Questi dati potrebbero essere meno preoccupanti se la “Relazione sullo stato sanitario del Paese 2001-2002” non evidenziasse che le cure sono “inappropriate nel 25% dei casi e causano sprechi di 8 miliardi di euro all’anno”. La *Società Italiana di Geriatria e Gerontologia* ha segnalato 150.000 ricoveri all’anno per gli effetti secondari da farmaci, associazioni erranee o inopportune, assunzione di farmaci sbagliati⁵⁸. È un segno allarmante della situazione di fragilità e di assistenza insufficiente in cui vivono gran parte degli anziani. Spesso sono rischi legati all’impossibilità di muoversi da casa per recarsi dal medico o alla necessità di provvedere da soli in qualche modo. A questo dato, si deve aggiungere quello degli errori nelle prescrizioni ospedaliere, quasi tutti evitabili: sono ben 15 ogni 100 ricette (comunicazione preliminare dalla SIFO, in assenza di statistiche nazionali ufficiali⁵⁹).

L’assistenza domiciliare integrata (ADI) potrebbe garantire anche in Italia, come avviene in altri Paesi, un più corretto supporto socio-assistenziale-sanitario, anche se non è agevole disporre di dati affidabili per un confronto a livello europeo in quanto il generico termine di “assistenza a domicilio” comprende un’ampia e diversificata gamma di servizi, spesso con obiettivi e modalità diverse, erogati da più soggetti, pubblici e/o privati, all’interno di ogni singolo Paese. Le punte massime di questo genere di assistenza si registrano in Danimarca (24,6%), la media nei Paesi del Nord Europa è comunque superiore al 10%, ed è molto inferiore nel Sud (sono interessati solo il 3% degli anziani). Secondo il rapporto Censis 2004, meno di un terzo della popolazione italiana ultra-sessantacinquenne è a conoscenza dell’esistenza del servizio di “assistenza domiciliare integrata” (ADI). A complicare il quadro vi è il fatto che buona parte dell’Italia meridionale (circa un quarto⁶⁰) ne è sprovvisto. Inoltre, se il servizio può essere attivato celermente nel Nord Est (entro 48 ore, o al più tardi entro una settimana) a seguito della richiesta alla Asl competente e previo accertamento da parte della Unità di Valutazione Geriatrica integrata dalle consulenze specialistiche, nel Sud i tempi sono decisamente più lunghi (anche oltre un mese).

Eppure la ADI è privilegiata da tutti i governi europei per contrastare il rischio di istituzionalizzazione, per garantire agli anziani una migliore qualità della vita e permettere ancora, ove possibile, un certo inserimento sociale. L’assistenza è migliore sotto il profilo dei servizi e dei costi e risulta largamente preferita dai pazienti che possono rimanere nel proprio ambiente, circondati dalle persone e dalle cose care, con il ricordo dei momenti felici, essendo il ricorso in Ospedale, anche solo diurno, riservato alle riacutizzazioni della patologia o alla necessità di accertamenti. È evidente che l’assistenza domiciliare non può essere imposta ai pazienti e alle loro famiglie. La generosità e l’affetto dei familiari – pur essenziali per ricondurre a una dimensione umana la condizione di emarginazione che spesso il malato e l’anziano devono sopportare – non sempre sono sufficienti a far fronte a problemi complessi che, anche al di fuori delle emergenze, possono richiedere prestazioni di particolare impegno. Ad esempio, l’influenza delle barriere architettoniche può essere di grave ostacolo alle necessità degli anziani disabili e all’efficacia del trattamento riabilitativo svolto in regime di ADI. Il centro motore e decisionale, naturale anello di congiunzione tra struttura sanitaria e assistiti, è rappresentato dal *medico di medicina generale* che propone e coadiuva gli interventi specialistici, d’accordo con il paziente finché egli in grado di comprendere e di esprimere un consenso valido. È evidente che la medicina di base talora non è in grado di affrontare i problemi degli anziani, mancano infatti nelle nostre università insegnamenti idonei alla valutazione delle capacità psicofisiche e sociali nella terza età, all’approccio multidisciplinare nello studio del paziente anziano, all’utilizzazione di mezzi diagnostici poco complessi in ambulatorio o presso il domicilio del paziente, alla comunicazione con il paziente anziano che presenta delle sue proprie peculiarità, all’individuazione di alterazioni comportamentali e alla possibilità di un tempestivo e appropriato trattamento. Il geriatra *dovrebbe* poi rappresentare la principale figura di riferimento nel trattamento del paziente anziano⁶¹ ma spesso non lo è essendo la geriatria assimilata a qualsiasi altra branca medica. Né può la medicina interna vicariale questo ruolo essendo essa diretta essenzialmente allo studio di patologie acute, priva di riferimenti specifici alla polipatologia dell’anziano, alla riabilitazione geriatrica, alla peculiarità della nutrizione del vecchio, etc.

Quanto alle *strutture residenziali* (Residenze Assistenziali [RA], e Residenze Sanitarie Assistenziali [RSA], secondo la terminologia italiana) il confronto con gli altri Paesi è complesso per la disomogeneità di un insieme di caratteristiche organizzative ed economiche, e per le funzioni che debbono assolvere. Un buon esempio è tuttavia rappresentato dalla Danimarca che – come altri paesi del Nord Europa – ha sperimentato iniziative interessanti: dal 1988, dopo un’esperienza ventennale, è prevalsa la scelta politica di non costruire

⁵⁷ Rapporto 2001 del Progetto Arno (Cineca, Consorzio Mario Negri Sud). 24 Ore Sanità, 27.5.2003.

⁵⁸ Studio Sofia, Congresso nazionale della Società Italiana di Geriatria e Gerontologia, Firenze, 3.11.2004

⁵⁹ Società Italiana di Farmacia Ospedaliera (Sifo), XXV Congresso Nazionale, Roma, marzo 2005

⁶⁰ Caritas Italiana e Fondazione Zancan: Rapporto 2004 su “Esclusione sociale e cittadinanza incompiuta”. Feltrinelli, 2004.

⁶¹ Salvioli G.: Gli anziani oggi. G.Gerontol. 52, 162, 2004..

più RSA e case protette e di riconvertire quelle esistenti in abitazioni per gli anziani con servizi flessibili conformi alle loro esigenze. L'esperienza in questi Paesi è tale che gli standard strutturali relativi al comfort erano più avanzati di quelli italiani già dal 1967⁶². È più che evidente che la distanza va colmata al più presto per migliorare la disponibilità, l'accessibilità, l'organizzazione, la vivibilità, la qualità dell'assistenza di quel fondamentale presidio rappresentato dalle RA e RSA, tenendo presente che i Paesi del Nord negli ultimi dieci anni stanno sempre più concentrando la loro attenzione sul miglioramento della qualità dell'ambiente e delle prestazioni, eliminando ove possibile gli aspetti più spiacevoli della vita collettiva e favorendo gli spazi di intimità, le cure personalizzate, il rispetto dei ritmi normali della vita quotidiana, fino a *superare il concetto di struttura residenziale con l'offerta di "alloggi protetti"*. Questi ultimi derivano spesso dalla trasformazione delle tradizionali residenze collettive adattate alle esigenze di chi perda autonomia e possa seguitare a vivere autonomamente con l'aiuto dell'assistenza domiciliare e la garanzia di una maggiore sicurezza anche per la diffusione delle tecnologie informatiche o telematiche applicate agli alloggi e di strumenti automatizzati di ausilio allo svolgimento delle attività quotidiane. La flessibilità e la personalizzazione dei servizi per quanto concerne le prestazioni integrate sociali e sanitarie è garantita dalla fornitura di pacchetti studiati su misura per i singoli utenti, secondo le politiche di mantenimento dell'anziano al proprio domicilio.

Nei Paesi del Sud Europa continua invece a crescere l'interesse per le strutture residenziali tradizionali, peraltro con grande lentezza almeno in Italia, in ritardo nelle strategie di assistenza all'anziano e non ancora in grado di perseguire concretamente scelte di significativo interesse bioetico con il duplice fine di ridurre i costi dell'assistenza e garantire una migliore qualità della vita presso il domicilio dell'anziano. Il servizio sanitario nazionale comunque, pur con le difficoltà quotidiane ben note, resta tra i pochi al mondo in grado di garantire gratuitamente ai cittadini l'assistenza integrativa socio sanitaria.

Un aspetto ulteriore da tenere presente è il fatto che il personale infermieristico, e soprattutto quello socio assistenziale, è spesso purtroppo numericamente carente. Il problema riguarda tutti i Paesi europei dove nell'ultimo decennio il numero dei dipendenti dei servizi residenziali e domiciliari senza qualifica è aumentato di sei volte. I problemi legati al personale possono essere molteplici, frequente in particolare il cosiddetto *burn out*⁶³ che può sfociare in gravi crisi depressive soprattutto a contatto con pazienti terminali affetti da neoplasie e da demenza, e che rappresenta la maggiore causa di defezioni. Le caratteristiche del malato psichiatrico (aggressività e comportamenti violenti) possono comportare notevole stress per il personale, che può sfociare in un clima di violenza reciproca.

Il volontariato è d'obbligo, anche per supplire alle carenze, e, con un incremento del 120% circa negli ultimi anni, rappresenta una risorsa determinante e addirittura insostituibile per la tutela della salute, tanto da prestare assistenza a ben otto milioni di anziani e malati⁶⁴, spesso al di là del puro "atto sanitario". Per ulteriori sviluppi della assistenza non rimane che attendere provvedimenti concreti del Parlamento Europeo in riferimento alle proposte presentate e alle più recenti delibere⁶⁵.

Di particolare rilievo sono le patologie psichiatriche che colpiscono l'anziano. Secondo l'OMS la *depressione* rappresenta la principale causa di invalidità (12 % dei casi), in parte funzione anche del modesto grado di cultura, della precaria situazione economica e delle patologie che affliggono l'anziano. La *demenza* interessa poco meno di un milione di italiani, ma il numero è destinato a raddoppiare entro il 2050 per l'effetto combinato della maggiore aspettativa di vita e del miglioramento dello stato di salute della popolazione generale. Il 60-70% dei casi di grave deterioramento cognitivo che si osservano nell'invecchiamento sono rappresentati dalla *demenza di tipo Alzheimer (AD)*, la cui incidenza aumenta in maniera esponenziale con l'età. I costi diretti e indiretti ammontano a 35-50 mila euro all'anno per paziente⁶⁶. I disturbi sono spesso improntati a tematiche persecutorie o di gelosia che possono condurre a un gesto drammatico vissuto come

⁶² Il 98,5% delle stanze prevedevano un solo ospite (in Italia fino a 4 ospiti), il 75% delle stanze aveva una dimensione di almeno mq.15 (in Italia lo standard è di mq.12), il 75% delle stanze aveva il bagno annesso (in Italia lo standard prevede almeno un bagno ogni due stanze), L'80% delle stanze era accessibile, senza aiuto, da anziani in carrozzella.

⁶³ Maslach C., Pines A. : The burn out syndrome in the day care setting. Child Care Quarterly, 6, 100,1977. Piccione M.: L'etica nella pratica psichiatrica. Masson, Milano, 1999.

⁶⁴ Ilesis con il contributo di Farindustria, "Primo rapporto sull'esperienza sociale del volontariato sanitario e assistenziale", Il Sole 24 Ore Sanità, 2-8 dicembre 2003. L'Istat ha svolto la quarta rilevazione sulle organizzazioni di volontariato iscritte nei registri delle regioni e delle province autonome al 31 dicembre 2001.

⁶⁵ La seconda Conferenza Europea dei Ministri regionali della Sanità e degli Affari sociali (i nostri assessori regionali), Milano 2002, Sole 24 ore Sanità, 19 novembre 2002 ha proposto l'istituzione di una nuova figura professionale di "assistente per gli anziani", a metà fra la badante e l'infermiere specializzato, fornito di specifico diploma. Nel maggio 2004 è stata adottata dalla Commissione dell'Ue la relazione sull'assistenza sanitaria agli anziani. Gli obiettivi comuni sono i seguenti: 1) garantire l'accesso a cure basate sui principi dell'equità e della solidarietà, 2) promuovere un'assistenza di alto livello per una migliore qualità della vita, proporre cure di appurata validità scientifica, controlli e test di verifica, 3) assicurare la sostenibilità finanziaria del sistema salute.

⁶⁶ Caritas Italiana e Fondazione Zancan: Feltrinelli, 2004.

ineludibile. Le alterazioni che coinvolgono la personalità fisica e soprattutto psichica dell'anziano possono scatenare manifestazioni antisociali soprattutto se al disadattamento si aggiungono circostanze ambientali sfavorevoli e l'abuso di alcolici⁶⁷. Le attività criminose del vecchio riguardano in genere lesioni personali volontarie o colpose contro il coniuge e i familiari fino all'uxoricidio⁶⁸, comportamenti pedofili e delitti sessuali⁶⁹. In alcuni casi espressione di problemi caratteriali, depressione o deliri di tipo paranoide.

Talora lo stesso pensionamento – in soggetti predisposti – può dar luogo a reazioni depressive importanti per la sensazione di appartenere ormai alla fascia di marginalità sociale che spesso significa perdita affettiva ed economica soprattutto quando coincide con modificazioni strutturali della famiglia (figli grandi e indipendenti che non guardano più al padre come a un punto di riferimento). Il grave senso di malessere che talora colpisce l'anziano può essere favorito e aggravato da una serie di altri fenomeni quali il progresso tecnologico, il mutare dei modelli culturali, la crisi delle istituzioni, la progressiva perdita di ideali certi e condivisi in grado di alterare la realtà intellettuale dell'anziano e determinarne l'ulteriore distacco. Questa complessa situazione può creare e sostenere un preoccupante stato di tensione con perdita di finalità e fiducia, paura, sconforto, inefficienza, stati d'ansia e forme depressive anche di notevole rilievo che possono rappresentare l'anticamera – in soggetti predisposti – di comportamenti anche violenti che l'anziano può mettere in opera soprattutto contro se stesso. Di solito è colpito l'uomo, ma anche la donna ove gli interessi familiari non rimangano vivi e prevalenti, in quanto il lavoro rappresenta sempre più di frequente oltre che un mezzo di sostegno della economia familiare, una necessità interiore, un bisogno di confrontarsi e di dimostrare le proprie qualità anche al di fuori della famiglia.

I problemi che impediscono alle fasce più deboli il pieno accesso ai servizi sono rappresentati dalla difficoltà o dalla mancata integrazione dell'assistenza primaria fornita dai medici di famiglia con gli altri servizi territoriali per l'assistenza psichiatrica, soprattutto nelle regioni meridionali, dove preoccupanti risultano le conseguenze della carente collaborazione (in oltre la metà dei casi) tra medici di famiglia e Servizio di Igiene mentale. Conseguenza gravissima è la sottrazione a queste persone particolarmente fragili della indispensabile continuità terapeutica.

Di fronte alle insufficienze dell'assistenza pubblica le famiglie si rivolgono al mercato internazionale del lavoro che fornisce opportunità a prezzi contenuti. L'iniziativa privata si sostituisce al pubblico attraverso le cosiddette *badanti*⁷⁰, al cui istinto affidiamo il bene prezioso rappresentato dai nostri cari. Queste convivenze nascono per necessità, talvolta forzano il volere dell'anziano ma spesso approdano a equilibri accettabili, creando legami di affetto e solidarietà.

Non si possono trascurare, anche sotto il profilo bioetico, i problemi degli *anziani in carcere* anche se possono sembrare secondari in considerazione della percentuale modesta degli ultra-sessantacinquenni detenuti, mentre la legge garantisce una qualità e una continuità di cure equivalenti a quelle offerte al resto della popolazione. La loro condizione può imporre iniziative urgenti ove venga richiesto il riconoscimento dell'incompatibilità con il regime carcerario a causa di gravi patologie in atto. La burocrazia è però lenta e le procedure farraginose: spesso la cartella clinica non è redatta a dovere nei penitenziari più grandi anche per la mancata continuità assistenziale da parte dei medici e degli specialisti; il ritardo nell'esecuzione di accertamenti può essere notevole soprattutto se richiede il trasferimento del detenuto in un ospedale pubblico che avviene con non poche difficoltà e a volte a fatale distanza di tempo dalla richiesta. Sono decisive la consulenza del medico legale e degli altri specialisti nominati dall'Autorità giudiziaria, ma anche in questo caso le indagini possono essere lunghe per la necessità di accertamenti strumentali che, spesso, anche se semplici, richiedono attese esagerate, spiegabili solo con una burocrazia inefficiente. Talora possono avvicinarsi più consulenze, comprese quelle richieste nell'interesse del detenuto, mentre trascorrono tanti più mesi quanto più grave è il reato e rigido il regime di detenzione. La malattia può aggravarsi, il ricovero in un centro attrezzato adeguato alla patologia sofferta può essere tardivo e la morte può paradossalmente 'eliminare' ogni problema circa la concessione delle cure. Il sovraffollamento, la promiscuità, le malattie infettive, la violenza tra carcerati, la mancata tutela della privacy nelle celle collettive, il sovraccarico di lavoro per il personale dei penitenziari rendono penose e umilianti le condizioni di vita dei detenuti

⁶⁷ Carrieri F., Greco O., Catanesi R. : La vecchiaia. Aspetti criminologici e psichiatrico forensi. Giuffrè, Milano, 1992.

⁶⁸ Maurri N. Malavolti L. Tartaro G.: Uxoriciidi nel settore medico legale fiorentino. *Rass. Criminol.* 18, 621, 1987.

⁶⁹ Traverso G.B, Carter F.. Considerazioni criminologiche sul reato di violenza carnale in Italia. *Riv.It.Med.Leg.* 1,486,1979. Oddone V.: Delinquenza con i capelli bianchi. *Minerva medicoleg.* 34, 159,1984

⁷⁰ Occorre sottolineare con forza quanto il termine "badante" risulti offensivo per l'anziano: esso implica l'idea di una minorità personale e sottende una visione tanto paternalistica quanto autoritaria, e solo fintamente 'premurosa'. Il CNB ritiene che il termine vada sostituito, ciò non solo negli atti e nelle documentazioni, ma anche, auspicabilmente, nel gergo comune. Una possibile alternativa è la dizione "operatore assistenziale".

soprattutto anziani e incidono decisamente in senso negativo sulla possibilità di un effettivo recupero sociale per cui la permanenza in carcere diventa sempre più spesso un percorso verso l'emarginazione. Anche se non disponiamo di statistiche specifiche per la terza età, l'incidenza di disturbi psichici quali la depressione e l'aumento dei decessi in seguito ad atto suicida sono relativamente frequenti.

Un accenno infine sul problema delle truffe che negli ultimi anni affliggono sempre più gli anziani (l'aumento è del 471% tra il 2001 e il 2003⁷¹). Il danno morale e psichico è elevatissimo, sia per la depressione reattiva alla sensazione di incapacità, sia per la perdita di oggetti di grande significato affettivo anche se talora di modesto valore. L'entità del fenomeno è tale da richiedere interventi specifici, ma la scarsa propensione a denunciare i raggiri aggrava considerevolmente il rischio di incappare in persone senza scrupoli.

6.1. OPERATORI, SERVIZI, PERSONE: RISORSA PER L'ANZIANO

A seguito delle considerazioni avanzate sulla particolarità dell'età anziana, è importante considerare chi sono oggi gli operatori che si prendono cura dell'anziano. Conoscere meglio le peculiarità di queste figure può permettere una valutazione delle risorse professionali oggi a disposizione per l'anziano, oltre naturalmente a quelle del medico di base o curante e del geriatra.

L'infermiere responsabile dell'assistenza generale infermieristica, precedentemente denominato "infermiere professionale", è il professionista responsabile dell'assistenza, sia questa infermieristica che di base. Per realizzare ciò si avvale di progetti assistenziali per la singola persona o il gruppo o la comunità, centrati su diagnosi infermieristiche⁷². In questi progetti si parte dall'individuazione dei bisogni della persona, per valutare il suo bisogno di assistenza o meno; successivamente, a seguito di questo accertamento, l'infermiere potrà individuare gli specifici problemi per i quali la persona necessita di assistenza infermieristica e/o di assistenza di base, pianificando la risoluzione di questi mediante opportuni interventi. In questa pianificazione saranno previsti quindi gli interventi che dovranno essere svolti direttamente dall'infermiere e quelli che saranno affidati all'Oss: questi ultimi varieranno a seconda del contesto, delle condizioni della persona assistita, della presenza o meno di persone risorsa.

Accanto all'infermiere distrettuale si stanno sviluppando in molte realtà italiane esperienze pilota suggerite dalla Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi stessa, che mirano ad attualizzare la presa in carico del soggetto anziano. Orientati a esperienze europee già consolidate, nell'assistenza infermieristica si propone oggi l'infermiere di famiglia, ovvero un professionista che assieme al medico di base prenda in carico e segua nel tempo l'evoluzione dello stato di salute della persona, offrendo continuità di cure e anche personalizzazione delle stesse, per superare l'offerta di servizi standardizzati, quindi in un qualche modo rigidi e centrati sulle prestazioni da erogare anziché sulla persona da assistere. L'infermiere di famiglia segue un certo numero di soggetti, verificando nel tempo l'evoluzione della sua situazione, attivando e/o segnalando al curante la necessità di risorse umane (professionisti e operatori ad hoc) e materiali (es. assistenza integrativa) per il singolo caso.

L'operatore socio-sanitario (Oss) è una figura di supporto all'assistenza, che agisce in collaborazione con l'infermiere e l'assistente sociale, occupandosi direttamente dell'assistenza di base, ovvero di quell'accudimento un tempo fornito dalla famiglia patriarcale, ma oggi scomparso per l'evoluzione verso famiglie mononucleari. Sicuramente la comparsa sulla scena socio-sanitaria di personale di supporto all'assistenza ha segnato un passo avanti nella presa in carico e gestione dei bisogni della popolazione anziana, troppo spesso afflitta da patologie cronico-degenerative che si sommano agli effetti dell'anzianità. Succede così che la persona viva condizioni di mortificazione e riduzione della propria dignità di persona: per esempio per l'impossibilità di lavarsi regolarmente a causa della riduzione della forza e competenza funzionale, oppure alimentarsi regolarmente per la non autosufficienza nel disbrigo della spesa e nell'approntamento dei pasti.

L'assistente sociale è il professionista che opera nella prevenzione, nel sostegno e nel recupero di persone, famiglie, gruppi o comunità che si trovino in situazioni di bisogno o di disagio sociale. Attraverso progetti mirati e un'azione di rete, si occupa di creare opportunità di recupero per soggetti svantaggiati, anche in relazione ai problemi della comunità specifica cui è assegnato: agisce infatti su base territoriale o all'interno di strutture di cui è referente. All'interno delle Residenze Sanitarie Assistenziali l'assistente sociale è spesso presente come Responsabile, curando la quotidianità e le scelte più generali di persone a volte sole e/o lontane dai propri cari loro malgrado.

Relativamente ai servizi per l'anziano, distinguiamo:

⁷¹ Agenzia d'informazione Auser vol.8, 13, 2005:

⁷² Cfr. Juall Carpenito J., *Diagnosi Infermieristiche*, Milano, Sorbona, 2001

a) Il distretto socio-sanitario, nel suo significato più proprio di insieme di popolazione, area geografica e rete di servizi, è il luogo dove si tende a mantenere il benessere dei cittadini attraverso la possibilità di informazioni, orientamenti, prestazioni per gli abitanti. Non si tratta quindi di un edificio che contiene operatori e servizi, offerti a richiesta del singolo interessato, ma dell'insieme di case, scuole, fabbriche, uffici dove le persone trascorrono la loro vita abituale, usufruendo dell'apporto di operatori (medici curanti, infermieri, assistente sociale, Oss, psicologo ecc.). Le attività per la prevenzione, la cura e la riabilitazione vengono così portate direttamente al domicilio del soggetto (assistenza domiciliare sanitaria e sociale), oppure negli ambienti di studio e lavoro (interventi educativi nella scuola, controlli, igiene e sicurezza nelle sedi lavorative, etc.) o infine centralizzati in strutture predisposte, ovvero il centro socio-sanitario. Le prestazioni erogabili a domicilio comprendono, in integrazione appunto, assistenza medica, medico specialistica, infermieristica, riabilitativa e/o di recupero funzionale, nonché quelle di natura sociale. Alcune regioni contemplano come servizi complementari quelli riferiti a pasti, lavanderia, stireria, organizzati a livello di distretto. L'accesso al servizio può essere richiesto dagli interessati stessi, dal medico curante, dall'ospedale in cui il soggetto si trova ricoverato, indirizzando a seconda dei casi l'assistito verso un rientro a domicilio, il day hospital o la Residenza Sanitaria Assistita. Le visite si articolano nell'arco dell'intera settimana, con frequenze variabili a seconda dei casi, includendovi anche i turni festivi.

b) La Residenza Sanitaria Assistita (Rsa) è un presidio che offre assistenza infermieristica e di base, oltre a riabilitazione e assistenza tutelare e alberghiera, a soggetti con esiti di patologie non curabili a domicilio. All'interno della Rsa gli ospiti devono poter ritrovare un contesto il più possibile simile a quello domestico; spazi comuni interni ed esterni, ma anche ambiti più appropriati per consentire una minima privacy sono requisiti essenziali di tali strutture. Esse sono inserite nella rete dei servizi territoriali che fanno capo alle attività socio sanitarie del distretto; la loro direzione organizzativa e alberghiera è affidata a un responsabile con profilo professionale non medico. Per quanto riguarda gli standard di personale sono previsti infermieri, personale di supporto all'assistenza, terapisti, educatori. Il personale per attività specialistiche non è invece inserito a tempo pieno.

c) La Residenza per Anziani (Ra) è invece genericamente adibita all'ospitalità di persone in età avanzata, ma ancora autosufficienti; in questi casi è soprattutto la problematica sociale alla base della necessità di accesso. Di conseguenza, l'organizzazione interna prevederà un comfort alberghiero e attività ricreative genericamente intese. Un particolare esperienza in proposito è quella del Centro sociale o Centro Residenziale per Anziani, che ha avuto realizzazioni (e a volte denominazioni) diverse a seconda delle varie regioni.

d) In sostituzione delle totalizzanti Case di riposo, tipiche di alcuni anni fa, in alcune realtà si sono sviluppati Centri per Anziani, che uniscono la funzione di casa albergo e centro diurno. In questo modo sono assolte più necessità senza tuttavia arrivare alla struttura per non autosufficienti: vi trovano alloggio anziani totalmente o parzialmente autosufficienti che presentano soprattutto problemi di alloggio (per es. per sfratto, barriere architettoniche, mancanza di ascensore, coabitazioni forzate), o di solitudine, o di sicurezza psicologica. Ai residenti, che vivono in moduli abitativi di piccole dimensioni, vengono offerti servizi essenziali come mensa, bar, pulizie ambientali. Tutte le volte che è possibile l'anziano rimane il padrone di casa, occupandosi in prima persona delle sue necessità quotidiane. In un clima di questo tipo, inoltre, la cooperazione tra anziani è facilitata, e questo incide positivamente sul mantenimento dei livelli di autonomia anche per soggetti molto avanti con l'età. L'assistenza è presente, ma certamente non assume ritmi e modalità assistenzialistiche tipiche di altre strutture, così da non opprimere la libertà individuale. Questo tipo di struttura si ispira a modelli anglosassoni e scandinavi, con collocazioni dei Centri per Anziani in plessi urbani, così da inserire soggetti altrimenti marginalizzati in tessuti sociali ancora vivaci, evitando la sradicazione dell'anziano dal suo precedente contesto abitativo.

e) I Centri diurni accolgono l'utenza che necessita di forme di accudimento, assistenza, integrazione (anziani, disabili, tossicodipendenti, pazienti psichiatrici) per un arco di tempo limitato nella giornata. Il loro scopo è quello di favorire la socializzazione e il recupero con semplici attività artigianali e manuali (ceramica, disegno su stoffa, lavori in legno, altro) usufruendo anche del supporto di operatori specifici (animatori, educatori, terapisti occupazionali) Il Centro deve essere dotato di spazi per attività ricreative e per la mensa. La permanenza nel Centro per alcune ore della giornata allevia e supporta, nel contempo, anche la famiglia dell'utente; chi si fa carico di questi soggetti è sottoposto a uno stress non indifferente, pertanto deve essere garantita anche una tutela, per quanto possibile, della qualità di vita di questi, oltre che dell'assistito.

f) Le Case Famiglia sono strutture di limitate dimensioni, destinate ad accogliere persone di varia fascia di età, così da ricostituire un clima di coabitazione tipico del nucleo familiare. L'organizzazione degli spazi interni e della vita che vi si svolge è molto simile al contesto domestico.

g) Il Day Hospital è la struttura che accoglie utenti che necessitano di trattamenti terapeutici o diagnostici complessi, per un arco di tempo limitato. Di norma è annesso al presidio ospedaliero, dei cui servizi generali si avvale. Il suo orario di apertura al pubblico si protrae tra le sette e dodici ore. Il personale che vi opera (medici, infermieri, altre figure professionali a seconda dell'indirizzo di intervento: terapisti della riabilitazione, podologi, dietisti) è assegnato stabilmente a tale servizio e comunque all'UO ospedaliera di riferimento. Il day hospital nasce per rispondere alle necessità di trattamento per il quale è richiesta sì una permanenza prolungata nella struttura, ma non una degenza a tempo pieno; l'utente può così avere soddisfatte le proprie esigenze senza per questo sottoporsi a un ricovero protratto. Ne sono esempi la *day surgery*, che oggi sta sempre più sostituendo le degenze di Chirurgia generale degli ospedali: si tratta di unità dedicate a interventi di entità limitata, che possono essere assolti in giornata e quindi evitare al cliente di dover restare in degenza. Ne deriva che l'organizzazione di tale struttura deve potersi avvalere dei servizi generali del presidio ospedaliero (lavanderia, cucina, altro), ma per concludere comunque l'attività nell'arco diurno. Ciò comporta risparmi in ordine a risorse, personale, sedi, oltre ai vantaggi facilmente desumibili per l'utenza (permanenza nel proprio domicilio, minor disagio per i familiari, risposte in tempi reali alle esigenze di cura)

h) Il Presidio ospedaliero è oggi destinato a rivedere il proprio target classico, per indirizzarsi particolarmente a soggetti acuti e postacuti, con risorse umane professionali e dotazioni strumentali di livello avanzato. Si tratta di ospedali di medie dimensioni, comprendente in genere i settori di base di Medicina e Chirurgia, oltre ad altre unità operative di dimensioni e quantità variabili. Rispetto alla centralità di cui ha sempre goduto nel nostro Ssn, oggi la sua posizione è in netto ridimensionamento. Lo stato di salute odierno della popolazione, lo sviluppo di servizi alternativi per la riduzione dei quadri acuti che la medicina ha permesso, ne fanno ai nostri giorni una struttura riservata a pochi casi limitati, che però necessitano di risorse e modalità di cura avanzate. Ecco quindi che gli ospedali si stanno preparando a essere sempre meno luoghi di cura abituali, per divenire servizi destinati a esigenze di trattamento ad alta intensività. Dal punto di vista strutturale l'edificio ospedaliero sta pian piano evolvendo verso moduli più flessibili, con diversi livelli di cure: uno intensivo, o *high care*, e uno di convalescenza o stabilizzazione vigilata, o *low care*. Le strutture accreditate operano in stretta sinergia con quelle pubbliche, parimenti chiamate a rispondere agli stessi standard previsti per i presidi pubblici.

7. L'ANZIANO EMARGINATO

La solitudine può nascere dalla vedovanza, dalla perdita dei figli e della famiglia, dalla povertà; sono soprattutto le complesse eterogenee dinamiche delle grandi città metropolitane a favorire fenomeni di emarginazione o di autoemarginazione soprattutto nelle persone anziane che possono vivere vegetando, ammalarsi, suicidarsi, morire per strada o in condizioni di degrado materiale e morale⁷³. Non di rado l'anziano viene dimenticato in istituti o in comunità, in fantomatici ospizi, addirittura nella propria abitazione e in famiglia viene privato degli affetti, a volte costretto a rilasciare procure o donazioni, o ricattato per ottenere un tetto, talora vittima della nevrosi dei familiari, incolpato per la sua incapacità e le sue necessità, maltrattato, vilipeso, malnutrito, beffeggiato e addirittura spinto al suicidio. La *morte in solitudine* è frequente soprattutto nel periodo estivo e la salma può essere ritrovata dai familiari dopo molti giorni, al ritorno delle vacanze o dai vigili del fuoco chiamati da un vicino. Ma non ci risulta che casi di morte, anche se favoriti dall'abbandono dei parenti, siano stati oggetto di denuncia.

Da non dimenticare, nel problema più generale dello stato di abbandono e di emarginazione, gli eventi accidentali in casa. Meno numerosi dei suicidi, costituiscono spesso il sintomo dello stato di bisogno e di vulnerabilità che si esprime drammaticamente con un incidente, per lo più evitabile e contenibile nella sua gravità, qualora l'anziano fosse soccorso sollecitamente. Spesso l'abbandono continua negli obitori, come è avvenuto in Francia nell'agosto del 2003 e tristemente mostrato dai telegiornali. Il fatto che i familiari dimentichino i genitori o i nonni negando loro anche il funerale e non solo per ragioni economiche, è purtroppo esperienza frequente anche nel nostro Paese, tanto che la forzata tumulazione avviene spesso senza l'intervento dei parenti, a spese del Comune e con un'ordinanza della magistratura, a volte dopo mesi o anni, per la necessità di liberare le celle.

E se la società è indifferente di fronte all'anziano socialmente inutile, i governi, il parlamento, le regioni varano spesso piani in gran parte non applicati o non applicabili pur rappresentando l'anziano emarginato

⁷³ Secondo i dati ISTAT (2001) gli anziani rappresentano 56,1% delle persone che vivono sole (il 31% sono di sesso maschile, il 69% di sesso femminile).

– distante dalla cultura, dalla produttività e sempre più dal contesto sociale –, una realtà comunque numericamente importante.

8. L'ANZIANO MALTRATTATO

I maltrattamenti agli anziani rientrano in fattispecie previste dai codici, come i delitti di violenza privata (art. 610 c.p.) e di lesione personale (artt. 582 e 583 c.p.). Molti eventi drammatici rimangono “sepolti” nell’ambito della famiglia o degli istituti, specialmente se il reato è opera di familiari e manchi la denuncia delle vittime affette da problemi cognitivi o timorose di ulteriori violenze. Giuridicamente rilevante l’abbandono di persona incapace (art.591), eventualità che può riguardare anche il vecchio. In quanto delitto perseguibile d’ufficio in questi casi il referto è obbligatorio.

La mancata denuncia del fenomeno del maltrattamento degli anziani è dovuta, a volte, al comprensibile riserbo della vittima, alla speranza di un diverso atteggiamento dell’aggressore, alla vergogna, alla non infrequente complicità di terze persone nell’ambito della famiglia.

Il medico legale che operi nell’ambito della struttura pubblica potrebbe essere molto utile ai colleghi e in particolare al medico di base per la diagnosi e la valutazione dei casi di violenza di difficile interpretazione anche al fine della decisione di inviare il referto alla autorità giudiziaria. Ma tale possibilità non viene presa in considerazione dalle ASL, nonostante sia stata più volte auspicata.

Rilevante è il maltrattamento negli Istituti a cui si deve aggiungere la noncuranza e la superficialità dei medici, la leggerezza degli educatori, e talora l’impreparazione delle forze dell’ordine. Il fenomeno, pur essendo ampiamente conosciuto, è stato finora sottovalutato sia dal punto di vista quantitativo che della gravità. Negli USA, secondo il *National Elder Abuse Incidence Study*⁷⁴, almeno un milione e mezzo di anziani subirebbe ogni anno abusi anche se, verosimilmente, il fenomeno assume proporzioni ben più elevate. La violenza psichica sfugge a qualsiasi controllo, tanto più che in non pochi casi si consuma nell’ambito della famiglia o nell’isolato rapporto di soggezione vittima-aggressore. La trascuratezza è una forma frequentissima di maltrattamento che riguarda i bisogni personali, il vestire, l’alimentazione, l’incuria, la mancanza di pulizia, gli avvelenamenti da farmaci o gli iperdosaggi per distrazione, l’inadeguata assistenza sanitaria. Frequentissimo l’uso di mezzi di contenzione, l’abuso verbale ed emozionale, il turpiloquio, il furto di beni personali, il ricatto, la circonvenzione etc. Significativa anche l’incidenza delle cause “istituzionali” indirettamente responsabili del disagio degli ospiti anziani, legate alla scarsità di fondi destinati all’assistenza, agli ambienti fatiscenti, alla carente formazione dei membri dello staff assistenziale.

Spesso – come già detto – possono essere responsabili gli operatori addetti all’assistenza e gli inservienti⁷⁵, in genere mal pagati, in numero insufficiente rispetto all’organico, spesso soggetti a fenomeni di *burn out*, con progressivo disinteresse per il lavoro, vittime di una condizione di logorio psichico (e spesso anche fisico), della progressiva perdita delle spinte ideali, da una sensazione di impotenza e fallimento per l’incolumabile squilibrio tra bisogni e risorse, tra ideale e realtà, tra ciò che gli assistiti chiedono e le possibilità di rispondere a necessità anche elementari⁷⁶.

Basta consultare i media per avere un’idea delle condizioni dell’anziano in alcune istituzioni pubbliche e private convenzionate o meno con il Servizio Sanitario Nazionale, e dei gravi danni fisici per gli ospiti che giungono fino alla morte. Ripetute ispezioni dei NAS negli ultimi anni hanno evidenziato drammatiche inadempienze. Secondo fonti ufficiali del Ministero della Salute nell’estate 2003 su 685 istituti sottoposti a ispezione, ben 281 risultavano fuori norma.

Le condizioni di maltrattamento sono evidentemente diverse, peculiari e più gravi nei Paesi in via di sviluppo⁷⁷, in particolare in quelli africani dove le persone anziane (soprattutto le donne) sono spesso costrette a subire violenze psichiche in quanto accusate di portare sfortuna alla comunità e di essere causa di inondazioni, siccità, malattie e morte. Per queste ragioni possono subire l’ostracismo, torture e mutilazioni, e talora vengono uccise se rifiutano di abbandonare il villaggio.

Le persone anziane possono inoltre essere interessate direttamente dalle conseguenze di guerre, rivoluzioni e intolleranze ideologiche ove penosamente costrette a fuggire; ma ne possono soffrire anche indirettamente ove non vengano specificamente considerate e siano trascurate dai piani di assistenza umanitaria. Nei campi profughi gli anziani hanno spesso la peggio e subiscono discriminazioni quando costretti a competere nella

⁷⁴ The National Elder Abuse Incidence Study. Final Report, sptember1998 .

⁷⁵ Pillemer K., Moore D.W.: Abuse of patients in nursing Homes.Findings from a survey of staff. Gerontologist 29, 314, 1989. Goodridge D.M., Johnston P., Thomson M.: Conflict and aggression as stressors in the work environment of nursing assistants. J.Elder Abuse 8, 49, 1996.

⁷⁶ Sandrin L.: “Aiutare senza bruciarsi. Come superare il burn-out nelle professioni di aiuto”, Edizioni Paoline,Milano, 2004.

⁷⁷ Seconda Assemblea Mondiale sull’Invecchiamento.Madrid, Spagna, 8-12 aprile 2002.

distribuzione degli alimenti e per l'assistenza sanitaria. La violenza collegata all'HIV/AIDS è frequente in quei Paesi che ne sono stati più duramente colpiti: sono le donne anziane a portare il maggior peso dell'assistenza ai parenti che stanno morendo e ai bambini rimasti orfani e possono essere obbligate all'isolamento in quanto componenti della famiglia del malato dal quale non di rado subiscono il contagio per aver prestato assistenza.

Il *suicidio* è un fenomeno di portata non trascurabile e, senza alcun dubbio, collegato a situazioni di disagio personale ma anche a un'obiettiva condizione di disadattamento e di marginalità sociale e familiare nella quale possono versare i soggetti anziani. Se il suicidio di un giovane desta grande emozione, l'anziano o il vecchio che si toglie la vita viene spesso trascurato non solo dalla opinione pubblica, ma addirittura dalle Istituzioni⁷⁸. Il suicidio viene talora compreso come scelta razionale che implica una sorta di bilancio della propria esistenza, della sofferenza per malattie croniche invalidanti, anche psichiatriche, rimanendo comunque insufficiente l'impegno preventivo. Il tasso di suicidio aumenta vertiginosamente con l'età, come dimostrano le statistiche delle diverse scuole medico legali del nostro Paese. La vecchiaia, la solitudine, i problemi affettivi, le patologie croniche, rappresentano i fattori suicidogeni di maggiore rilievo che vengono moltiplicati dal maltrattamento e dall'emarginazione. Tenuto conto dei rilievi populazionistici, la percentuale dei suicidi dei non occupati è impressionante rispetto a quella di chi ancora lavora⁷⁹.

9. L'ANZIANO DAL PUNTO DI VISTA GIURIDICO

Se la legge definisce il *minore*, opportunamente non si interessa dell'anziano il cui stato può essere delineato dalla medicina, dalla psicologia, dalla sociologia, ma certamente non dai codici che prevedono norme generiche riferibili anche alla incapacità dell'anziano, ma non specificamente a esso (come l'interdizione, l'inabilitazione, la capacità a testare, la incapacità naturale). La Cassazione ha precisato che la "vecchiaia" in quanto tale non significa malattia e comunque deficienza psichica⁸⁰. In effetti identificare l'anziano e differenziarlo dagli altri cittadini maggiorenni avrebbe potuto rappresentare una forma di discriminazione: l'anziano capace e attivo è dunque, e giustamente, un soggetto come qualsiasi altro dal punto di vista giuridico, conservando il pieno godimento dei suoi diritti di cittadino. Anche se, non di rado, nella quotidianità, emerge sotto il profilo psicologico una sottile linea di emarginazione. Solo l'anziano bisognoso, malato e invalido viene preso in considerazione dalla legge, ma soltanto perché entra a far parte di determinate categorie a rischio (quella dei poveri, dei malati cronici, dei non autosufficienti, degli incapaci, ecc.), ferme restando alcune misure di tutela "*anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione*"⁸¹

La legge n. 6 del 2004 che ha un significato etico e pratico di grande rilievo, ha istituito la figura dell'amministratore di sostegno che si propone di sostenere e limitare la capacità di agire di chi si trovi "nell'impossibilità, anche parziale o temporanea, di provvedere ai propri interessi" come gli anziani, i malati terminali, i ciechi, gli alcolisti, i tossicodipendenti, i carcerati, senza fare ricorso alla interdizione o alla inabilitazione.

Tra le problematiche giuridiche che possono presentarsi nella età avanzata a causa di condizioni patologiche comuni, di particolare rilievo è l'eventuale incapacità a manifestare un consenso valido all'atto medico-chirurgico⁸², anche considerato che moglie e figli non hanno alcun titolo in proposito. Come per qualsiasi soggetto maggiorenne non interdetto, solo al medico spetta la valutazione se nella fattispecie il paziente si trovi in una condizione di "incapacità naturale" ed eventualmente richiedere l'intervento del giudice tutelare. Fermo restando che nei casi urgenti il medico è comunque tenuto a intervenire nei limiti dei trattamenti non procrastinabili e indispensabili per superare l'emergenza.

Un altro aspetto che merita di essere preso in considerazione sotto il profilo bioetico è quello del *risarcimento del danno in responsabilità civile* che, nel caso dell'anziano, può presentare prospettive fortemente

⁷⁸ De Leo D., Caneva A., Predieri M., Cadamuro M., Pavan I.: WHO European Multicentric Study on Parasuicide. Rilevamenti dell'unità operativa di Padova nel primo anno di sorveglianza epidemiologica. In De Leo D.: *Aspetti clinici del comportamento suicidiario*. Liviana, Padova, 1990.

⁷⁹ All'estero il fenomeno può assumere proporzioni notevoli soprattutto in Francia dove il tasso di mortalità per gli ultra settantacinquenni è pari a 150 per 100000 abitanti. Nel nostro Paese per quanto riguarda le condizioni socio-lavorative, è assai elevato il numero di suicidi tra le persone "ritirate dal lavoro": nel 2000, secondo l'Istat, ben 1156 casi di fronte a complessivi 997 suicidi verificatisi tra gli "occupati" nonostante la nettissima prevalenza di questi ultimi.

⁸⁰ Iadecola G.: La tutela dell'uomo, del paziente, della famiglia. *G.Gerontol.* 51, 425, 2003.

⁸¹ legge 23.12.1978 n.833, istitutiva del servizio sanitario nazionale, nell'art.2, art.14

⁸² Cfr. anche il documento del C.N.B. "Informazione e consenso all'atto medico" del 20 giugno 1992.

penalizzanti. Come ben noto, il danno biologico⁸³ rappresenta la lesione del diritto alla salute costituzionalmente garantito quale diritto umano inviolabile (art. 2), specificamente tutelato (art. 32) in senso dinamico e funzionale (art.3). Il medico legale, oltre a indicare i giorni di malattia e la percentuale di invalidità in riferimento al cosiddetto danno biologico “statico” che verrà liquidato secondo tabelle previste dalla legge (57/2001, 273/2002) che fissano un importo crescente in rapporto alla percentuale di invalidità e decrescente in rapporto all’età, deve descrivere tutte le conseguenze negative del “modo di essere” del danneggiato quali le limitazioni delle possibilità dinamiche relazionali, le rinunce, le turbative della qualità della vita, le prospettive di sopravvivenza, etc. Tali pregiudizi che potevano essere risarciti dal giudice senza limitazioni (legge 57/2001), sono stati fortemente svalutati dalla 273/2002 nel senso che la somma da liquidare non può essere superiore di un quinto rispetto a quella attribuita al danno biologico statico. Ciò premesso, i problemi significativi nel risarcimento del danno all’anziano sono duplici: 1. la progressiva riduzione della liquidazione del “danno biologico statico” al crescere dell’età in base alla presunzione del minore numero di anni da vivere (ma la legge non tiene conto dei meccanismi di adattamento e di compenso che nel giovane possono ridurre notevolmente il pregiudizio effettivo, mentre la entità del danno tende ad aggravarsi nel vecchio); 2. il fatto che nell’anziano i postumi di una lesione minimale per un giovane (ad esempio la frattura di un metatarso) possono alterare in modo rilevante la qualità della vita dell’anziano rendendogli impossibile il piacere di una breve passeggiata e arrecando comunque problemi esistenziali che potranno essere liquidati dal giudice solo in misura irrisoria. Per non parlare della ingiusta svalutazione del danno estetico dell’anziano (talora responsabile di un vissuto psichico rilevante) che, alla pari di tutti, ha diritto alla tutela del proprio aspetto. Anche un eventuale danno alla capacità sessuale rischia di essere sostanzialmente annullato, soprattutto nella donna, pur se sesso e sessualità rappresentano anche per gli anziani parte integrante dell’esperienza esistenziale.

⁸³ Busnelli F. D.: Natura del danno biologico: profili giuridici. Atti del Convegno nazionale “Il danno alla persona: tutela civilistica e previdenziale a confronto” , Firenze, 17-19 ottobre 1996. Bargagna M., Busnelli F.D. (a cura di): Rapporto sullo stato della giurisprudenza in tema di danno alla salute. CEDAM, Padova, 1996. Fiori A.: La stima personalizzata del danno alla salute: a chi compete e con quale metodo. Dir. Econ. Ass., 343, 1998. Busnelli F.D.: Il punto di vista del giurista. Danno e Resp. 728, 1999. Umani Ronchi G., Di Luca N.M., Bolino G.: Alcune puntualizzazioni circa la valutazione medico legale del danno biologico e del danno biologico da morte. Jura Med. 12,167, 1999. Bargagna M., Canale M., Consigliere F., Palmieri L., Umani Ronchi G.: Guida orientativa per la valutazione del danno biologico permanente. III ed. Giuffrè, Milano 2001. Petti G.B.: Il risarcimento dei danni: biologico, genetico, esistenziale. Utet, Torino, 2002.

CONCLUSIONI

1. Il CNB ha ritenuto opportuno portare ancora una volta l'attenzione – nei limiti del proprio mandato – sulla *condizione “morale” dell’anziano*, la consapevolezza piena della quale è premessa a un'attenzione fattiva di amicizia e di sostegno alle persone che sempre più numerose vivono l'età avanzata.

Non si può ragionare, infatti, in termini meramente demografici e economici sull'invecchiamento della popolazione e relative conseguenze per i bilanci pubblici e privati, senza considerare – altresì – la condizione di “pari dignità” dei cittadini, indipendentemente dall'età, dalle condizioni di salute in cui essi versano e dall'apporto che essi sono capaci di dare con la loro “presenza” al benessere globale della società.

Questa pari dignità sostiene anche una serie di “diritti”, che debbono essere intesi come requisiti del sostegno che la comunità – in base al “patto sociale di cittadinanza” - è giusto che assicuri con la maggiore ampiezza redistributiva possibile anche a chi ha contribuito al benessere collettivo nel passato e continua, in qualche misura, a fornire nel presente. Comunità che ha tra l'altro tra i suoi precisi doveri anche quello di guardare all'anziano con la mente sgombra da falsi quanto pericolosi luoghi comuni e stereotipi.

Come nel passato si è individuato il “diritto dei diritti” del minore, è bene parlare oggi di “diritto dei diritti” dell'anziano, interpretando le intenzioni *dell'art.25* della Carta Europea dei Diritti dell'uomo in cui “*l'Unione riconosce e rispetta il diritto degli anziani di condurre una vita dignitosa e indipendente*” in cui per la prima volta si riconosce il diritto dell'anziano come soggetto, come individuo investito di una legittimazione propria. Questo diritto deriva dal fatto di essere anziano perché si reputa che la persona si trovi in una fase della sua vita biologica nella quale può versare in condizioni di minore capacità di autotutela essendo esposta a maggior rischi. Per questa ragione i suoi diritti devono essere protetti, riconosciuti e soddisfatti.

In questo quadro il CNB ritiene auspicabile la costituzione di un **OSSERVATORIO SULLA CONDIZIONE DEGLI ANZIANI** che provveda alla verifica di attuazione delle norme sia nazionali che internazionali che li riguardano.

1. Si può riassumere il contesto di questi diritti nelle seguenti proposizioni:

- l'anziano è persona e come tale va rispettato;
- l'anziano ha diritto e dovere di promuovere le proprie risorse umane e in particolare spirituali;
- la società ha il dovere etico di facilitare la promozione della dignità di vita della persona anziana;
- l'anziano ha diritto di essere trattato secondo i principi di equità e giustizia, indipendentemente dal suo grado di autonomia e di salute.

2. Sul piano dell'assistenza sanitaria e della formazione del medico va detto che non sempre i corsi di laurea sono all'altezza dell'insegnamento della geriatria. Spesso sono invece carenti nell'approccio multidisciplinare necessario alla gestione del paziente anziano, inadeguati nella pratica utilizzazione di mezzi diagnostici semplici, insufficienti nella cultura e nell'etica della comunicazione con il paziente che spesso viene trascurato limitandosi il medico a contatti in ambulatorio con i familiari. È necessario riqualificare l'insegnamento della geriatria e delle scienze geriatriche anche ai fini della riabilitazione dell'anziano, della prevenzione di psicopatologie latenti, e della disabilità. È fondamentale sviluppare e ampliare le scuole di specializzazione considerato il fatto che i geriatri dovrebbero rappresentare il punto di riferimento della assistenza domiciliare integrata. È opportuno inoltre potenziare la sperimentazione, anche al di fuori dei farmaci antidemenza, per non privare le persone anziane dei risultati di studi appropriati piuttosto che affidarsi a protocolli terapeutici e assistenziali generici, inadeguati e costosi. Quanto al ruolo del medico nel tragico problema dei maltrattamenti, il CNB auspica che il medico legale, inserito nell'assistenza sanitaria pubblica, porti la sua esperienza nello studio del fenomeno nelle istituzioni e in ambito familiare, non solo come esperto eventualmente designato dall'autorità giudiziaria, ma soprattutto come specialista che, nel pieno rispetto della privacy, è a disposizione dei medici della struttura e del medico di base per la valutazione dei casi di difficile interpretazione. Il medico legale è in grado di consigliare il medico di medicina generale tenuto conto che i maltrattamenti sono spesso subdoli e in genere sottaciuti dal paziente che teme problemi peggiori e, nonostante tutto, l'allontanamento dalla famiglia.

3. Appare evidente dall'esperienza acquisita almeno nel nostro Paese che il benessere dell'anziano (psicologico, sociale, economico) è fortemente correlato al contesto familiare nel quale egli generalmente

vive, ove le relazioni intra-familiari possono assumere per l'anziano una rilevanza particolare dopo il ritiro dall'attività lavorativa. Appare sempre più evidente che le "crisi" della relazione intrafamiliare hanno evidente effetto sulla "fragilità" della condizione anziana. Crescente appare la percentuale degli anziani che vive in modo solitario.

La recente istituzione della figura dell'"amministratore di sostegno" è certamente una prova che la società è sensibile anche a esigenze che – soprattutto per gli anziani soli, privi dell'ambiente familiare – si pongono nella vita quotidiana allorché sia stata perduta almeno in parte la autosufficienza.

Si vuole inoltre riaffermare che l'affetto e la cura dei familiari, in primo luogo, sono ancora oggi gli elementi "naturali" che rassicurano e sostengono l'anziano. Ma sempre di più, appare evidente che anche la sensibilità, l'altruismo, l'entusiasmo degli operatori che i servizi pubblici e privati sanitari e sociali pongono in campo, potranno aiutare la persona anziana a combattere l'isolamento, la demoralizzazione per la perdita dell'autonomia e a rinforzare in essa la convinzione di essere un valore e di conservare ancora un "valore" per gli altri.

4. Ai fini operativi, la distinzione fra anziano autosufficiente e anziano non autosufficiente (dipendente) ha una valida giustificazione, sebbene fra questi due stati estremi esistano forme di passaggio.
Per l'anziano autosufficiente, desideroso di mantenersi attivo e di continuare a produrre reddito per la propria famiglia, si dovrebbero favorire possibilità di impegno lavorativo, proporzionate alle capacità e alle risorse fisiche e mentali disponibili. Il CNB è consapevole delle difficoltà inerenti alla realizzazione pratica di questo obiettivo, che tuttavia ritiene debba essere sostenuto (anche in ragione del positivo risultato offerto ad esempio da gruppi di volontariato attivo e cooperative sociali formate da anziani, impegnate a pieno titolo in attività produttive, ecc..) anche per il messaggio di "solidarietà intergenerazionale" che può veicolare.
5. Il CNB è pienamente consapevole della particolare delicatezza che – sotto l'aspetto bioetico oltre che organizzativo e politico – presenta la condizione dell'anziano non autosufficiente. Il CNB chiude questa riflessione fermandosi alle soglie della malattia terminale, delle cure palliative, dell'avvicinarsi della morte, perché questi argomenti costituiscono – se mai – oggetto di altre e più specifiche riflessioni (su alcune delle quali, peraltro, ha già prodotto precedenti documenti: v. ad es *Definizione e accertamento della morte nell'uomo (15 febbraio 1991); Parere sulla proposta di risoluzione sull'assistenza ai pazienti terminali (6 settembre 1991); Questioni bioetiche relative alla fine della vita umana (14 luglio 1995); La terapia del dolore: orientamenti bioetici (30 marzo 2001); Parere del CNB su Dichiarazioni anticipate di trattamento (18 dicembre 2003); L'alimentazione e l'idratazione dei pazienti in stato vegetativo persistente" (30 settembre 2005)).*
Il CNB sottolinea comunque la condizione di fragilità dell'anziano, che si aggrava – nella dimensione naturale della vita – scivolando nel corso del tempo quasi immancabilmente nella dipendenza, fenomeno di interesse bioetico personale e sociale tanto più rilevante quanto più si allunga la vita media.
Il CNB sottolinea, tuttavia che in ogni età e in ogni circostanza, l'anziano non autosufficiente conserva le sue caratteristiche insopprimibili di persona umana e di cittadino, un doppio "valore" che ne tutela la dignità, i diritti e gli interessi.
6. Il CNB rileva che l'evoluzione del dibattito internazionale sui "diritti dell'anziano" ha prodotto documenti di notevole interesse, ma la cui applicazione resta sempre riservata ai singoli Paesi, nella misura consentita dai loro ordinamenti e dai loro bilanci. Per il nostro Paese, quanto è stato elaborato e stabilito nel "Progetto obiettivo anziani" rimane un punto di riferimento non eludibile.

APPENDICE

1. CARTA DEI DIRITTI DELL'ANZIANO, (EISS, 1995)

Art. 1 Diritto degli anziani ad accedere alla "qualità totale" del vivere umano in cui consiste la sostanza del bene comune
Art. 2 Diritto al mantenimento delle condizioni personali dell'anziano al più alto grado possibile di autosufficienza sul piano mentale, psichico e fisico
Art. 3 Diritto alle cure preventive e riabilitative di primo, secondo e terzo grado
Art. 4 Diritto a ottenere gratuitamente le cure e gli strumenti necessari a restare in comunicazione con l'ambiente sociale e a evitare il degrado fisico e psichico: protesi acustiche e dentarie, occhiali e altri sussidi atti a conservare la funzionalità e il decoro della propria persona
Art. 5 Diritto a vivere in un ambiente familiare e accogliente
Art. 6 Diritto a essere accolti nei luoghi di ricovero alloggiativi od ospedalieri da tutto il personale, compresi i quadri dirigenti, con atteggiamenti cortesi, premurosi, umanamente rispettosi della dignità della persona umana
Art. 7 Diritto degli anziani a essere rispettati ovunque nella loro identità personale e a non essere offesi nel loro senso di pudicizia, salvaguardando la loro intimità personale
Art. 8 Diritto ad avere garantito un reddito che consenta non solo la mera sopravvivenza, ma la prosecuzione di una vita sociale normale, integrata nel proprio contesto e in esso il diritto all'autodeterminazione e all'autopromozione
Art. 9 Diritto a che le potenzialità, le risorse e le esperienze personali degli anziani vengano valorizzate e impiegate a vantaggio del bene comune
Art. 10 Diritto a che lo Stato - con il generoso apporto del volontariato e la paritaria collaborazione del settore non-profit - predisponga nuovi servizi informativo-culturali e strutture atte a favorire l'apprendimento di nuove acquisizioni mirate a mantenere gli anziani attivi e protagonisti della loro vita, nonché partecipi dello sviluppo civile della comunità

2. LINEE GUIDA PER IL COMPORTAMENTO DELLE NUOVE FIGURE DOMESTICO-ASSISTENZIALI ("BADANTI")

1. Rispettare l'anziano come persona, valorizzandone la dignità, ascoltandolo con attenzione, senza mai banalizzare i suoi problemi e le sue richieste.
2. Favorire il mantenimento dell'autonomia nell'anziano, aiutandolo a scoprire nuove strategie per conservare la sua autosufficienza sul piano fisico e mentale, per quanto possibile.
3. Prestare particolare attenzione alla sicurezza dell'anziano, anche nel contesto familiare, per prevenire ed evitare, per quanto possibile, tutte le situazioni di rischio
4. Aiutare l'anziano a mantenere il più attiva possibile la rete di contatti con il suo ambiente familiare e sociale, favorendo tutte le iniziative che lo aiutino a sentirsi in famiglia, stimolando nei figli e nei nipoti ogni possibile forma di relazione di cura.
5. Favorire il rispetto e la cura della sua persona fisica, intervenendo solo se necessario, e rispettando per quanto possibile, il senso dell'intimità personale . Stimolare il mantenimento di quella eleganza naturale che ha caratterizzato il suo stile di vita
6. Curare l'ambiente della casa come memoria attiva dell'anziano, mantenendo, per esempio, la cura dello spazio e delle cose, per conservare il suo orientamento negli ambienti domestici, anche in rapporto alla valenza affettiva degli oggetti, a cui va garantita .
7. Definire con chiarezza i termini contrattuali e accettare solo il compenso pattuito, evitando forme di retribuzione o di compensazione indiretta e rispettando i criteri di corretta amministrazione familiare (giustificativi di spesa) (cfr.art. 9 Codice deontologico internazionale delle infermiere - Consiglio Internazionale delle Infermiere, San Paolo del Brasile, 10 luglio 1953)

INDICE

INTRODUZIONE

PREMESSA

- la questione demografica
- il profilo epidemiologico
- l'anziano "autosufficiente"
- l'anziano "non autosufficiente"
- il volontariato e il "prendersi cura" dell'anziano
- la riabilitazione

PARTE PRIMA: BIOETICA E SENESCENZA

1. La vecchiaia tra riflessione filosofica e indagine bioetica
 - 1.1. La congiura del silenzio
 - 1.2. La crisi di identificazione ed il perseguimento dei significati
2. Dalla *CURA* all'*AVER CURA* al *SELF CARE*
 - 2.1. Il bilancio di competenze dell'anziano
 - 2.1.1. Centri per la salute dell'anziano
 - 2.1.2. Le diverse fasi del bilancio di competenze
3. Anzianità: comunicazione intergenerazionale e aspetti culturali, valoriali e spirituali
 - 3.1. La comunicazione intergenerazionale
 - 3.2. Spiritualità e religiosità nella senescenza
 - 3.2.1. L'universo valoriale nella vita della persona anziana

PARTE SECONDA: L'ANZIANO NON AUTOSUFFICIENTE E L'ETICA DELLA CURA

4. L'invecchiamento
5. L'anziano autosufficiente e privo di gravi patologie
6. L'anziano fragile
7. L'anziano emarginato
8. L'anziano maltrattato
9. L'anziano dal punto di vista giuridico

CONCLUSIONI

APPENDICI

1. Carta dei diritti dell'anziano
2. Linee guida per il comportamento delle nuove figure domestico-assistenziali ("badanti")

