

Who is the elder? Some hypotheses for the intervention

*Rosa Maria Paniccia**

Abstract

Abstract In order not to confuse the elderly state with the psychobiological development of the individual – growth, maturity, decadence – this paper aims to recover the difference between the prescribed emotions, seen as proper to the social role of the elderly, and the experience both of the people who have this role, and of those who have to do with them in various capacities (family members, carers). Psychoanalysis has kept away from old age: it would seem that advanced age contracts the space of the symbolic, that the importance of experiences is reduced, and one feels confronted with facts that "finally" acquire the weight of indisputable limits, compared to the which one feels helpless. However, the elderly continue to have an emotional life, whatever their biological and/or cognitive condition and the unconscious does not know time. Rather, it seems important to find ways to interrupt the enactment and think about the collusive set-up of desocialization, loss of identity and social power associated with the elderly state.

Keywords: desocialization of the elderly; psychoanalysis of the elderly; emotionality of the elderly; difference between chronological age and elderly status.

* Past Associate Professor, Faculty of Medicine and Psychology of “Sapienza” University of Rome; Director of Quaderni di Psicologia Clinica (Cahiers of Clinical Psychology); Director of the Specializing Course in Psychoanalytic Psychotherapy–Psychological Clinical Intervention and Analysis of Demand. E-mail: rosamaria.paniccia@fondazione.uniroma1.it

Paniccia, R.M. (2023). Chi è l'anziano? Alcune ipotesi per l'intervento [Who is the elder? Some hypotheses for the intervention]. *Quaderni di Psicologia Clinica*, 11(1), 21-32. Retrieved from <http://www.quadernidipsicologiaclinica.com>

Chi è l'anziano? Alcune ipotesi per l'intervento

*Rosa Maria Paniccia**

Abstract

Nell'intento di non confondere lo stato anziano con lo sviluppo psicobiologico dell'individuo – crescita, maturità, decadenza – questo scritto si propone di recuperare la differenza tra le emozioni prescritte, viste come proprie del ruolo sociale dell'anziano, e il vissuto sia delle persone che rientrano in tale ruolo, che di quelle che hanno a vario titolo (familiari, curanti) a che fare con loro. La psicoanalisi si è tenuta lontana dalla vecchiaia: sembrerebbe che l'età avanzata contragga lo spazio del simbolico, che l'importanza dei vissuti si riduca, e ci si senta confrontati con fatti che acquisiscono “finalmente” il peso di limiti indiscutibili, rispetto al quale ci si sente impotenti. Ma l'anziano continua ad avere una vita emozionale, quale che sia la sua condizione biologica e/o cognitiva e l'inconscio non conosce il tempo. Piuttosto sembra importante trovare i modi per interrompere l'agito e pensare l'assetto collusivo di desocializzazione, perdita di identità e potere sociale associato allo stato di anziano.

Parole chiave: desocializzazione dell'anziano; psicoanalisi degli anziani; emozionalità dell'anziano; differenza tra età anagrafica e stato anziano.

* Già Professore Associato presso la Facoltà di Medicina e Psicologia dell'Università di Roma “Sapienza”, Direttrice di Quaderni di Psicologia Clinica, Direttrice del Corso di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica – Intervento Psicologico Clinico e Analisi della Domanda. E-mail: rosamaria.paniccia@fondazione.uniroma1.it

Paniccia, R.M. (2023). Chi è l'anziano? Alcune ipotesi per l'intervento [Who is the elder? Some hypotheses for the intervention]. *Quaderni di Psicologia Clinica*, 11(1), 21-32. Retrieved from <http://www.quadernidipsicologiaclinica.com>

L'Unione Europea invecchia¹. Non possiamo permetterci un così elevato numero di anziani². Già nel 2012 si diceva necessaria una nuova ottica sull'invecchiamento, che allora era visto come una progressiva perdita delle capacità funzionali e una crescente comorbidità, investiva tutto l'arco della vita ed era proporzionale all'avanzamento dell'età (Galluzzo, Gandin, Ghirini, & Scafato, 2012). Dopo venti anni e nessuna inversione di tendenza nell'aumento dell'aspettativa di vita e dell'onere socioeconomico di cura e assistenza, il cosiddetto *longevity shock* si accentua, mentre ci chiediamo se si sia andati avanti nel perseguire gli obiettivi, all'epoca definiti "nuovi", di mantenimento dell'autosufficienza e della qualità della vita dell'anziano. Nel 2012 emergeva la distanza tra mete ideali e servizi sanitari visti come insufficienti, eterogenei e frammentati (Galluzzo, Gandin, Ghirini, & Scafato, 2012). Nel 2020 si diceva ancora che il sistema sociale italiano "è particolarmente carente dal punto di vista dei servizi alla persona, anche per la presenza di una cultura familista che delega ai familiari l'assistenza e la cura dei propri cari" (Istat, 2020, p.81).

Riassumendo, molte sono le voci che mettono in discussione l'ancoraggio alla biologia, dove l'invecchiamento è prodotto nel tempo dalla somma di danni molecolari e cellulari, con il conseguente degrado delle capacità fisiche e mentali, l'aumento del rischio di malattie e infine l'arrivo della morte. In questa ottica, l'anziano non può che essere fragile, dipendente, un peso per la società, fino ad arrivare a posizioni ageiste. Si riafferma che la sanità pubblica mondiale per far fronte al *longevity shock* deve tenere conto di questa significativa diversità di esperienze ed esigenze (OMS, 2022). Entro le politiche pubbliche, si constatano i limiti dell'attuale modello di *welfare* mediterraneo, caratterizzato dalla prevalenza della spesa pensionistica e del sostegno monetario alle famiglie rispetto a quella per i servizi, e si propone un cambio di paradigma: da politiche individualizzate, basate su un approccio diagnostico-riabilitativo e sostitutivo-compensativo, verso un approccio integrativo e comunitario alle questioni poste dalla non autosufficienza (Fefè, 2019).

Nelle età avanzate si osservano rilevanti diversità: ci sono ottantenni con grandi capacità fisiche e mentali, altri assai più giovani che le hanno viste diminuire notevolmente da un pezzo. Si ricorda l'importanza dell'economia della terza età: c'è sia la spesa pubblica, che quella privata; gli anziani sono caratterizzati da una certa ricchezza e solidità finanziaria; quelli in salute rappresentano un segmento di consumatori appetibile e diverse aziende ritirano i propri prodotti, beni o servizi, a misura di anziano (Rodà & Sica, 2020). Si nota che la crisi economica ha avuto un impatto minore sugli anziani, perché possono contare sui redditi da pensione. Quello delle persone in età attiva, che contano su un reddito da lavoro dipendente o autonomo, è inferiore per il ciclo economico negativo e le scarse prospettive di crescita (Istat, 2020). L'età anziana va perciò ridefinita. Per Treccani la parola anziano è un'espressione eufemistica, per evitare il più crudo termine vecchio (www.treccani.it). Oggi l'anziano assimilato al "vecchio", da un lato è un peso eccessivo per il sistema sociale, dall'altro non se ne riconoscono le capacità, anche di spesa.

Oggigiorno è sempre più difficile definire chi sia una persona anziana [...]. Fino a pochi decenni fa i nostri nonni che avessero superato il 65° compleanno venivano considerati "anziani". Oggi risulterebbe difficile ricorrere alla stessa unità di misura [...]. È acclarato come oggi un sessantacinquenne possa condurre una vita nel pieno del benessere psico-fisico, continuare ad essere inserito nel mondo del lavoro o ad occuparsi attivamente dei propri interessi personali o familiari. Dal momento che la condizione stessa dell'anzianità tende a muoversi nel tempo, gli indicatori tradizionalmente usati, ossia quelli basati sull'età anagrafica delle persone (l'età media, piuttosto che l'indice di vecchiaia, gli indici di dipendenza o la stessa speranza di vita alla nascita) non si prestano allo scopo di definire chi sia l'anziano. Questi indicatori, infatti, sono statici e non tengono in minimo conto il fatto che i parametri di sopravvivenza e le condizioni di salute mutano nel tempo (Istat, 2020, p.18).

Treccani adotta un neologismo, *perennial*: una persona che, a prescindere dall'età anagrafica, si adatta alle novità e ai cambiamenti (www.treccani.it). Gli stereotipi generazionali vengono ignorati a favore dei dati comportamentistici. Un 16enne può essere infatti più "perennial" di un 40enne, un 80enne può esserlo più di un 20enne. L'età come elemento di definizione diventa secondaria se non inutile.

¹ Tra il 2001 e il 2020 la quota degli ultraottantenni è quasi raddoppiata; sono diminuiti i giovani sotto i 20 anni. L'età mediana aumenta: era 38 anni nel 2001, 41 anni nel 2010, 44 anni nel 2020. La più alta è in Italia: 47 anni (Istat, 2022). Nel 2023 si conferma la tendenza: l'età mediana nell'UE è aumentata: 44,4 anni. In Italia arriva a 48 anni (Eurostat, 2023).

² L'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico prevede che l'invecchiamento della popolazione porterà a un calo fino all'8% delle entrate delle amministrazioni pubbliche, mettendo sotto pressione la spesa pubblica (pensioni, sanità, assistenza a lungo termine) (Dougherty, de Biase, & Lorenzoni, 2022).

Il sito di un'agenzia di consulenza aziendale (www.speexx.com) riporta le parole di Gina Pell, definita guru del marketing, che inventa il termine nel 2016.

I perennials sono persone curiose e sempre in fiore, di tutte le età, consapevoli di cosa sta accadendo nel mondo. Sono al passo con la tecnologia e hanno amici di ogni età [...] Amano lasciarsi coinvolgere, sono curiosi, fanno da mentore, sono appassionati, creativi, sicuri di sé, collaborativi, hanno un mondo di pensare globale, si assumono rischi perché continuano a spingersi oltre i limiti e sanno come azzardare.

Il termine vuole segmentare il mercato non in base alla generazione, vista come un modello riduttivo e antiquato, ma alle attitudini delle persone. Tuttavia, si tende ad adottare la parola soprattutto per recuperare al mercato persone avanti con gli anni: le grandi agenzie operanti nel marketing utilizzano il termine per riferirsi a persone almeno over 40. Sulla copertina di *Vogue*, edizione per le Filippine, appare una centenaria: *Vogue Filippine* rompe un tabù difficile da superare: la protagonista della cover di aprile 2023 è una bellissima tatuatrice di 106 anni, la persona più anziana mai apparsa sulla prestigiosa rivista di moda (Ansa, 2023). Iris Apfel ha 101 anni, è un influencer molto nota, e – come si dice – un'icona di stile, che ha 1,6 milioni di *follower* su Instagram e un corrispondente giro di affari. Promuove uno stile “esagerato” che ha fatto scuola. Le anziane che appaiono sul *web* come in linea con ciò che oggi ci si aspetta da un'anziana elegante, vestono con colori brillanti e sgargianti, indossano decine di collane e braccialetti in contemporanea, hanno enormi occhiali dalle montature vistose, eccetera. Colpisce che uno stile così sovraccarico non sia fatto per muoversi, ma per essere ammirate come idoli, mentre la quantità di stoffe e finiture occulta i corpi annosi.

Un altro punto da sottolineare è il divario generazionale: aumenta la disuguaglianza tra le diverse fasce di età.

Da un decennio, in ambito demografico si parla di “sindrome del ritardo”. Con ciò si dice che i giovani italiani rinviando *sine die* scelte di vita attribuite all'età adulta, come lo sposarsi o l'andare via dalla casa dei genitori (Livi Bacci, 2008). Gli economisti lo chiamano “divario generazionale”, intendendo che gli attuali sessantenni e settantenni detengono una ricchezza accumulata anche a discapito delle generazioni successive. I cosiddetti *Millennials* crescono in una società consumista e incapace di investimenti, costruita a misura delle generazioni precedenti, che preclude la speranza nel futuro. Si ipotizza che il divario generazionale sarà doppio nel 2020 e triplo nel 2030 (Monti, 2017). Si sottolinea l'incidenza, tra i fattori del divario generazionale, della cultura italiana dell'altruismo privato e dell'egoismo pubblico. Le famiglie sono molto attive nel sostegno dei figli, ma accumulano risorse su di sé in modo improduttivo e mancano investimenti su sviluppo di competenze e servizi (Paniccia, Giovagnoli, Caputo, Donatiello, & Cappelli, 2019, p. 21).

Va anche notato che:

La presenza di anziani nella famiglia ha costituito un fattore protettivo rispetto al rischio di povertà anche per i membri non anziani del nucleo [...] Il rischio di povertà è infatti diminuito del 3,5 per cento nelle famiglie con almeno un anziano e di più di cinque punti nelle famiglie con due o più anziani, mentre è cresciuto di più di tre punti nelle famiglie di componenti con 65 anni o più (Istat, 2020, p. 107).

Condividendo l'intento di non confondere lo stato anziano con lo sviluppo psicobiologico dell'individuo – crescita, maturità, decadenza – in questo scritto propongo un altro scopo: recuperare la differenza tra le emozioni prescritte, viste come proprie del ruolo sociale dell'anziano, e il vissuto sia delle persone che rientrano in tale ruolo, che di quelle che hanno a vario titolo (familiari, curanti) a che fare con loro. Come sappiamo, Freud aveva individuato nella problematica narcisistica, ovvero nel ritiro della libido oggettuale, il limite per il trattamento analitico con gli anziani. Questo limite è stato successivamente messo in discussione, con incertezze. Psicoanalisti, impegnati validamente nel campo, dicono che la psicoanalisi si è tenuta lontana dalla vecchiaia e ancora di più lo fa oggi (Izzo, 2020), che il pensiero psicoanalitico non ha riflettuto compiutamente su quest'età, forse per una svalutazione inconscia (De Masi, 2020). Sembrerebbe che l'età avanzata contragga, per gli psicoanalisti, lo spazio del simbolico, che l'importanza dei vissuti si riduca, che ci si senta confrontati con fatti che acquisiscono “finalmente” il peso di un limite indiscutibile, rispetto al quale ci si sente impotenti. Ad esempio, si dice che prevalgono il corpo con la sua decadenza, la morte che è già presente prima che si muoia. I limiti diventano “reali”, dopo una vita in cui si è rimandato il confrontarsi.

Lo stato anziano fa emergere la confusione che a volte si fa in psicoanalisi tra fatti e vissuti, come se non fosse una precisa scelta metodologica quella di avere attenzione per i primi o i secondi (Carli, 2019), ma ci fosse un'età in cui possiamo interessarci dei vissuti delle persone, quella che corrisponde all'arco della vita prima che inizi la parabola discendente, e un'altra, quella anziana, dove non ci sono che fatti. "L'anziano propone costantemente il rapporto con il proprio corpo secondo un registro decisamente concreto, mentre l'ordine simbolico sembra perdere la presa" (Minervini, 2008, p. 53). L'anziano diventa il suo corpo mortale. "Mai come con gli anziani il terapeuta deve recuperare un linguaggio corporeo [...]" (Nicolini, 2008, p. 20). Incontrare un vecchio significa "incontrare innanzitutto il corpo [quindi] ciò che è il destino comune degli uomini: il decadimento e la morte" (Minervini, 2008, p. 42). Il terapeuta prova perciò un sentimento di inutilità nell'intraprendere "un trattamento con una persona che si trova in una condizione della vita che evoca più la terminalità che la progettualità" (Minervini, 2008, p. 44). La realtà esterna prevale su quella interna: "La vecchiaia viene considerata come una fase molto impegnativa dell'esistenza che comporta delle specifiche pressioni da parte della realtà esterna (il pensionamento, il nido vuoto il declino somatico, il pensiero della morte, il bilancio della vita)" (Minervini, 2008, p. 37). "La vecchiaia obbliga a prendere atto, a volte in modo molto doloroso, di quelle parti negate nel corso di tutta la vita precedente" (Nicolini, 2008, p. 24). Con l'avanzare dell'età si rivelerebbe la componente illusoria dei vissuti, ci si confronta con una realtà dei fatti che disarmata, non permette più di evolvere. "Prima dei settant'anni si verificava l'illusione di un futuro indefinito" (Nicolini, 2008, p. 29). Per i giovani la prospettiva di vita è senza limiti, nella vecchiaia non si ha più di fronte un tempo illimitato, i lutti non sono più maturativi (De Masi, 2020).

Si afferma anche, curiosamente, perché poi si nota che non si deve essere omosessuali per comprendere un omosessuale, o donna per comprendere una donna e così via, che per capire la vecchiaia bisogna essere vecchi. Al tempo stesso, si teme che l'analista anziano possa rappresentare un rischio per il paziente: ci vorrebbero comitati di colleghi che con interviste programmate rendessero gli analisti anziani consapevoli della loro condizione (De Masi, 2020). Fino a che età l'analista può fare il suo lavoro? (Balsamo, 2020). Nell'introduzione al volume *La persona anziana. L'intervento medico e psicologico: i problemi delle demenze*, Rizzi, uno psicoanalista, segnala il rischio che trattando questo tema, prevalga "una biologia che occupa ogni possibile spazio psichico" (Rizzi, 2003, p. XXIV). Il rischio è la negazione della vita emozionale dell'anziano. Per l'Autore lo stato anziano incrocia l'avanzare dell'età biologica, ma non coincide con essa. L'anziano continua ad avere una vita emozionale intensa, quale che sia la sua condizione biologica e/o cognitiva. Anche per Nicolini "nella vecchiaia il lavoro psichico non cessa" (Nicolini, 2008, p. 19). De Masi dice come l'inconscio non conosca il tempo, non abbia un'età. Forse è possibile vivere l'ultima parte dell'esistenza come significativa, forse l'età anziana può rivelarsi un periodo di creatività e di ulteriore sviluppo. Ma poi lo stesso Autore dice che la partecipazione emotiva è più contenuta, che la vita è più ripetitiva, priva di novità, di stimoli (De Masi, 2020).

Questa ambiguità nel rapporto con l'anziano, le aperture quando si pensa alle emozioni che orientano e guidano la percezione, le chiusure quando prevalgono le emozioni che rispondano a fatti, attraversano parte della letteratura psicoanalitica³.

In questo mondo emozionale, per lo psicoterapeuta l'intervento diventa difficile. Il trattamento rappresenta l'ultima *chance*. Gli anziani sono persone "sulle quali nessuno punta più e, fino a poco tempo fa, nemmeno la psicoanalisi" (Nicolini, 2008, p. 33). Certo, si dice, non è possibile impegnarsi in una ricostruzione della personalità, può essere opportuno non fare una vera e propria psicoanalisi, ma sedute per elaborare l'angoscia dovuta alla prospettiva della morte (De Masi, 2020). La vecchiaia fa pensare impossibile il processo terapeutico, al di là di un contenimento dove, si afferma, nulla di importante potrà accadere, anche perché ci si occupa di un Io che sa di stare per morire, anche se l'Es non sa nulla della morte (Balsamo, 2020). In tale contesto, si dice "come da parte degli anziani la domanda di una psicoterapia in generale e di una psicoterapia psicoanalitica in particolare sia attualmente piuttosto bassa" (Minervini, 2008, p. 43). Ci chiediamo quale sia il rapporto tra esitazioni dello psicoterapista e quelle dell'anziano. Minervini riporta due interessanti casi. In entrambi la segnalazione di un terzo sostituisce la committenza della persona interessata. Siamo in una casa di riposo, dove l'Autore interviene. Nel primo caso, degli operatori socio-sanitari chiedono aiuto perché hanno difficoltà nella cura di un ricoverato. Nel secondo, il fratello di una

³ Sulla funzione delle emozioni nella vita mentale, Carli ha scritto in più sedi; qui propongo questa citazione: "Ricordando che le emozioni non sono la conseguenza o l'esito della percezione; le emozioni, di contro, orientano e guidano la percezione, determinandone l'esito. Se così non fosse, sarebbe senza senso pensare emozioni" (Carli, 2012, p. 2).

ricoverata è preoccupato delle reazioni che avrà quest'ultima, quando si accorgerà che il ricovero è definitivo e non temporaneo come le è stato detto. Queste le richieste dei segnalatori. Cosa chiedono gli anziani all'analista? Il primo vuole riottenere una carrozzina con comandi elettrici, che gli è stata sottratta perché ritenuta pericolosa per lui. La seconda vuole tornare a casa. L'analista interpreta le due richieste come desiderio delle due persone di ritornare a precedenti livelli di funzionamento. Sono perciò richieste "fattuali" impossibili. La strada percorsa dall'analista, che abbiamo modo di apprezzare nel resoconto che ne fa, è quella di aiutare i due anziani ad accettare la loro nuova realtà di ridotte capacità e di necessità di assistenza (Minervini, 2008). Potremmo leggere le due situazioni in un altro modo. La nuova realtà che i due ricoverati debbono affrontare concerne le loro ridotte capacità, ma anche la perdita di potere nella relazione sociale. Le due persone possono angosciarsi e anche protestare per tale perdita. Questo vissuto interagisce collusivamente con quello degli operatori, dei familiari, dell'analista, traducendosi nel fatto di tacere alla signora il motivo del ricovero, ad esempio. Entro questo assetto collusivo, è possibile per chi vi partecipa – sanitari, operatori, analista, ricoverati – riconoscere la differenza tra rinunciare alla carrozzina o allo starsene a casa propria, ed entrare in uno stato di desocializzazione, di perdita di identità e potere sociale? Se fosse possibile pensare tale assetto collusivo e interrompere l'agito che mette a tacere l'anziano nella casa di riposo, l'intervento potrebbe concernere come viene vissuta la relazione tra i vari protagonisti, elaborando il vissuto di impotenza che altrimenti pare imperante (Bolli, 2023; Bonavita, Brescia, & Sacchi, 2023).

Perché se si lavora per degli anziani può prevalere il vissuto di impotenza? Una riflessione sulle case di riposo ci è di aiuto. Un Autore che ha dedicato buona parte della vita a queste istituzioni ci dà alcuni spunti di riflessione. Ci dice che il vissuto degli operatori è di sconfitta; si tratta della sconfitta dell'ideale di cura: manca una prospettiva di guarigione. Da questo vissuto deriva quello di una cronicità, di una ripetitività senza uscita. Si possono dare due risposte, ugualmente difensive. Si assume una posizione onnipotente, salvifica, anche "contro tutti". Oppure ci si ritira dalla consapevolezza delle proprie emozioni, ovvero dal vissuto di essere in un mondo separato, isolato, dove dilagano fantasmi di perdita, abbandono e morte. L'assenza emozionale riduce l'intervento al rispondere ai bisogni primari degli anziani, eseguendo solo le azioni indispensabili alla loro sopravvivenza. A quel punto l'azione prevale sul pensiero: si sacrificano il pensiero e la parola alla tirannia dell'azione (Pichler, 2008). Riassumendo, entro una cultura sanitaria, il vissuto del fallimento della cura come guarigione comporta il sentirsi salvatori onnipotenti contro ogni limite, o curanti che negano l'emozione di fallimento riducendo gli anziani "incurabili" a corpi da far sopravvivere in attesa della morte. I vissuti sono potenti, nel produrre fatti. Gli operatori non tollerano il fallimento collusivo della cultura della cura in sanità. Questo vissuto è intollerabile, entro la cultura medica (Carli et al., 2016). Anche la cultura psicoanalitica sembra risentire di questo ideale della cura.

Treccani annovera la parola desocializzazione tra i neologismi, e la definisce così: "La perdita della capacità da parte dell'individuo di modellare il proprio comportamento e le proprie caratteristiche conformandoli alle norme, alle relazioni e ai valori sociali condivisi" (www.treccani.it). Sembra che la desocializzazione sia a carico di ridotte capacità dell'individuo. Tuttavia, essa avviene entro l'interazione individuo-contesto: la si può anche subire. Quando Treccani propone esempi d'uso del termine, compaiono parole come solitudine, allentamento dei legami sociali, avanzare dell'anomia. Si evidenzia un contesto sociale non in grado di occuparsi dei propri sistemi di relazione.

Alcuni Autori associano la desocializzazione all'industrializzazione, che ha reso necessario discriminare le persone meno prestanti, tramite scienze come la geriatria. È così che si crea il "vecchio" (in questo senso, un nuovo fenomeno sociale), confinato in un pensionamento proposto come raggiunta libertà dal lavoro. Meno di cento anni fa, uscire dal mercato del lavoro per il declino fisiologico, significava entrare nel gruppo dei poveri, non in quello dei "vecchi". Sancendo la separazione dei pensionati dai valori e dai codici di una società basata sulla produttività lavorativa, ci si accorge di aver attuato un'emarginazione che non è un problema individuale, ma sociale: è un processo di desocializzazione (Giori, 1984). Anche l'attuale versione universalista dei diritti umani, coerente con la globalizzazione economica e la fine dello Stato territoriale, propone nuove libertà individuali apparentemente senza confini, con conseguenze paradossali: i diritti vengono trasformati in subordinazione per categorie a basso potere sociale, come gli anziani o i bambini.

Il paradosso è che i diritti dei cittadini, non appena reclamati o pretesi, vengano subito trasformati in "dipendenza", in subordinazione o alla logica del mercato o alla burocrazia. Non c'è tempo di avanzare una pretesa, dei bambini o degli anziani, che questi vengono iscritti nell'ordinamento giuridico statale per essere manipolati e privati delle loro relazioni con ciò che prima costituiva l'ambito di relazioni solidali, affettive, non disciplinate né da norme né da regolamenti. I diritti umani rappresentano l'iscrizione della vita nel

giuridico statale. Cos'è oggi un anziano che viene trattato come oggetto di diritti? È un uomo ridotto alla “nuda vita”, al problema della mera sopravvivenza, senza alcun riguardo al problema dell'affettività (Barcellona, 2006, p. 95).

Il processo di desocializzazione consiste quindi nella perdita dei legami sociali, di relazioni solidali, affettive, ma forse soprattutto nella perdita del potere di parola. Due processi – in un rapporto variabile tra loro – creano lo stato di persona anziana: il degrado biologico, a volte associato a quello psichico, e l'allontanamento da una vita sociale dove la propria parola è incisiva, dove si ha il potere di essere ascoltati. Non avere potere di parola concerne anche altre categorie sociali, ad esempio persone molto giovani, molti diagnosticati, molti poveri, più in generale varie categorie sociali, ciascuna con le sue specificità. Qui ci interessa la specificità che connota il silenzio degli anziani, e che possibilità abbiamo di creare situazioni di rapporto entro le quali permettere loro di recuperare la parola, o comunque il potere di comunicare, dove la parola dotata di senso intenzionale fosse persa.

Entro un mondo dove la produttività lavorativa organizza l'identità sociale delle persone, la desocializzazione può essere il vissuto di chi ha un'età avanzata, ma anche di un “pensionato” che non avremmo altrimenti pensato come anziano.

Sto anche dicendo che alcune persone sono anziane in un contesto, e non in un altro. Un uomo va in pensione. È stato un importante dirigente di una grande azienda. Ha una moglie che ha fatto la madre, non ha lavorato, si è dedicata ai figli, e ha fondato il suo potere sul controllo della famiglia entro le mura domestiche, ricordando il suo sacrificio e legando a sé i familiari con la colpa. Il marito ha riottosamente subito tale potere nel tempo libero e alla sera quando tornava, per altro molto tardi, dal lavoro. Come pensionato rischiava di cadere in questa dinamica emozionale ventiquattro ore al giorno. Infatti, mentre la moglie poteva conservare il suo ruolo sociale di madre *ad libitum*, lui si sarebbe ritrovato, denudato del ruolo di dirigente, a fare l'anziano preda della moglie. Il nostro uomo però ha una brillante iniziativa: si chiude in camera sua e, con disappunto della moglie, sta tutto il giorno al computer. A fare cosa? A giocare a carte. Non fa solitari: entra in vari gruppi di giocatori, fa tornei. Sperimenta una nuova socialità entro una rete di rapporti molto varia, con persone di ogni luogo, età, cultura, unite dal gioco delle carte. Lì non è un anziano: vi acquisisce una nuova identità sociale, dopo aver perso quella lavorativa. Viene alla mente che molti giovani, l'altra categoria a rischio di ageismo insieme agli anziani, trovano in rete un'identità sociale che il contesto “non virtuale” sembra negargli. Stiamo vedendo che nell'intervento psicologico e psicoanalitico la sovrapposizione tra crescita, maturità e decrescita nello sviluppo biologico e di abilità di adattamento dell'individuo da un lato, stato anziano come fase finale di tale parabola dall'altro, può produrre una deriva che potremmo definire ageista. Entro tale sovrapposizione, si pensa che non ci sia molto da fare con persone di cui non si può potenziare l'atteso, lineare sviluppo, fatto di tappe con previsti corrispondenti esiti ottimali, ma con cui ci si confronta con la decadenza. Le terapie cognitivo-comportamentali si propongono come efficaci proprio accettando tale premessa. In questa ottica, se si supera il pregiudizio che con l'anziano si può solo minimizzare il disagio che prova, se tale disagio viene promosso a disturbo, il disturbo può essere oggetto di intervento. In particolare, si interviene sulle disfunzioni depressive, l'“evoluzione” prevista per la mente degli anziani. “Negli ultimi anni [...] il muro di pregiudizi che per molto tempo ha impedito agli anziani di accedere alla psicoterapia ha iniziato a sgretolarsi sotto i colpi dell'evidenza clinica che questa popolazione è ricettiva alle terapie non farmacologiche. [Abbiamo conquistato] la capacità di osservare il paziente anziano senza il filtro degli stereotipi e pregiudizi legati alla vecchiaia; considerare la depressione senile non come una condizione dipendente dall'età su cui intervenire solo con rassicurazioni o minimizzazioni, ma come un disturbo” (De Martino & Couyoumdjian, 2012, p. 322). All'anziano vengono proposte tecniche basate sulla ristrutturazione cognitiva e l'attivazione comportamentale. Gli Autori dicono che si sono ottenuti i maggiori riconoscimenti nel trattamento dei disturbi depressivi, anche se aggiungono che: “non sappiamo ancora se la supremazia di questo approccio sia dovuta al maggior numero di studi effettuati rispetto ad altre forme di psicoterapia. Non si riscontrano, infatti, grandi differenze nella dimensione dell'effetto tra i vari approcci psicoterapeutici” (De Martino & Couyoumdjian, 2012, p. 335). L'intervento rivolto ai vissuti di una persona ha come obiettivo pensare emozioni, entro setting adatti allo scopo; questo è un obiettivo che ci si può proporre qualsiasi età abbiano le persone con cui si interviene, ed è possibile anche se intervengono importanti limitazioni fisiche o mentali.

Un paziente, che ha 74 anni, ha vissuto la sua vita adulta entro ruoli di potere da cui si è sentito molto gratificato, e con cui si è pienamente identificato. Dopo il pensionamento si è sentito privato della sua identità, pesantemente impoverito. È sposato da quarant'anni con una donna molto vivace, piena di interessi, di poco più giovane di lui. Finché è stato un uomo di potere, ha potuto tenere a bada un sentimento che adesso dilaga

in lui. Abituato ad avere le persone sottoposte al suo controllo, ora sente l'indipendenza e la vitalità della moglie come altamente attraenti e minacciose al tempo stesso. La pensa una donna affascinante, ma questo fascino è sotto accusa: lei non fa altro che abbandonarlo per inseguire i suoi interessi e farlo sentire escluso. Tutto questo, nonostante lui possa partecipare a ciò che fa la moglie, che spesso lo invita a farlo. Ma siccome si tratta di iniziative che non ha preso lui, non riesce ad accettarle senza sentirsi subordinato. Questa donna che fino a quando lui era un uomo di potere poteva sentire come abbastanza ai margini della sua vita, o almeno non centrale, adesso centrale lo è diventata. Lui fa spesso fantasie in cui lei lo lascia per andare con un altro. In altri termini, la sente così seducente da poter fare innamorare un uomo, ma al tempo stesso sogna che lei se ne vada. Si potrebbe dire che in questo modo si libererebbe di lei e del grande problema emozionale che sta vivendo. Quest'uomo, che ha vissuto a lungo riassumendo la sua emozionalità entro fantasie di potere, in questo momento della sua vita potrebbe forse per la prima volta innamorarsi di una donna; quella donna che da quarant'anni è sua moglie, ma che oggi vede in un modo completamente diverso.

Due sono le discontinuità da valorizzare nell'età avanzata: quella per cui chi ha vissuto a lungo è testimone di discontinuità culturali, e quella per cui l'avanzare dell'età fa vivere esperienze inedite, tutt'altro che ripetitive, non necessariamente angosciose, a patto però di essere espresse, dette, dotate di un senso condiviso e condivisibile.

Un infermiere chiede di fare una psicoterapia, perché tormentato da una fantasia: lavora in una Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) e pensa di aver ucciso un'anziana somministrandole un farmaco sbagliato. Non è affatto certo di questo, e la signora era in fine vita, ma lui non può evitare di sentirsi colpevole e di esserne tormentato. Nel procedere del lavoro, vediamo che lui vive in un contesto dove con gli anziani non c'è comunicazione alcuna. Tutto quello che queste persone tentano di dire, viene azzerato dall'occuparsi di loro in uno specifico modo, che può essere illustrato dal caso di un'altra anziana. Questa signora deve prendere tutte le sere una certa pillola. Il contenitore con la pillola e l'acqua per ingerirla sono sul suo comodino, proprio a portata di mano. Eppure la signora chiama tutte le sere qualcuno, perché l'aiuti a prendere la pillola. L'intervento che viene effettuato in seguito a queste richieste, è di accostarle bicchiere e pillola sempre di più. Il nostro infermiere, analizzando le emozioni che prova nel suo lavoro, rievoca questo evento, e finalmente capisce che la signora vuole qualcuno vicino a sé tutte le sere, e in quel contesto non ha trovato modo migliore che parlare la lingua che lì si capisce; quindi chiede assistenza "sanitaria": per ingerire una pillola. Naturalmente questo non è intenzionale nella signora, ma è abbastanza chiaro se appena lo si vuole intendere. Il lavoro con l'infermiere procede, lui cambia modo di stare nella RSA. Questo gli permette di poter assistere un anziano che sta per morire. Questo signore è stato a lungo uno dei più vivaci ospiti della residenza, prendendosi cura, ad esempio, del giardino; è un uomo intellettualmente molto presente e capace. Però improvvisamente gli diagnosticano un tumore terminale. Nessuno ne parla con lui. I medici parlano di lui con la sua famiglia, persino in sua presenza, facendo come se lui non ci fosse. L'infermiere si accorge della solitudine di questo signore, che sta capendo, ma non osa uscire dall'invisibilità con cui apparentemente lo si vuole proteggere. L'infermiere condivide con lui gli ultimi giorni, standogli vicino in modo solidale e affettuoso, cosa che agli altri sembra impossibile. Finalmente capiamo che la sua fantasia di aver ucciso la signora riassume la violenza che stava vivendo nel contesto della RSA. Non stava uccidendo nessuno, ma era come se lo facesse. Viene alla mente Ploton, che parlando di assistenza agli anziani, dice che nella cura di queste persone si può vivere un pericoloso sentimento di onnipotenza, vivendoli come persone la cui sopravvivenza dipende dal curante, in una situazione di impunità pressoché totale (Ploton, 2001/2003).

Una signora in psicoterapia porta un ricordo importante per lei. Sua nonna era affetta da demenza. Lei, la nipotina, la vedeva percorrere all'infinito, avanti e indietro, un breve corridoio senza finestre, pronunciando incessantemente numeri in una sequenza apparentemente casuale. Un giorno la bambina vive una situazione di grande spavento e solitudine, perché per una mancata comprensione, la madre le dà un violento schiaffo dopo che lei era stata punta da una vespa. La madre (evidentemente spaventata, forse più della piccola) aveva creduto che l'occhio della bambina fosse gonfio (la puntura era in prossimità dell'occhio) perché lei, la bambina, aveva fatto qualcosa di avventato: mettere le mani nella calce viva che stava in un vaso. La vecchia nonna demente l'aveva presa sulle ginocchia e l'aveva stretta a sé, improvvisamente presente. Questo gesto, dotato di un senso emozionale così pieno, aveva interrotto un'assenza che sembrava senza ritorno, commuovendo profondamente e per sempre la bambina, facendole recuperare un senso di fiducia negli adulti. La nostra cultura e il nostro vissuto sono attraversati dai contrasti, a volte colti in modo stridente, più spesso negati, occultati, tra l'anziano entro un percorso biologico di decadenza, lo stato anziano come

rappresentazione emozionale di persone di età variabile caratterizzate da un processo di desocializzazione, l'anziano come detentore di potere sociale e benessere economico escludenti.

Forse le maggiori difficoltà, per chi interviene, si vivono quando lo stato anziano si sovrappone all'età anziana. La biologia, se prevale come ottica, chiede anche alla mente di seguire un percorso evolutivo prevedibile. Nell'anziano, di procedere verso la decadenza. Abbiamo visto come tale linearità non aiuti a capire la complessa vita mentale che ci caratterizza fino alla tarda età, fino alla morte, se insieme alle capacità cognitive si considerano le risorse emozionali, la simbolizzazione affettiva con cui connotiamo ogni oggetto della realtà. Rizzi (2003) ricorda la rilevanza e la pressione di quelli che chiama processi che modellano l'immaginario. Ma procedendo nel suo discorso, lo spazio della rappresentazione simbolica dell'anziano si riduce, man mano che acquista importanza il rapporto tra anziano e deterioramento mentale da un lato, la morte dall'altro. La sequenza anziano, malattia, morte si impone come un fatto che non lascia margini di libertà alla polisemia emozionale, al vissuto, alla soggettività; in conclusione a quella importante funzione della mente che è il pensiero come interpretazione.

Questa reificazione dell'anziano fa sì che Rizzi, psicoanalista, arrivi a ritenere difficile che lo psicoanalista, o comunque chi si occupa dell'anziano, possa capirlo, perché non potrà mai conoscere come esperienza diretta, fattuale, lo stato anziano. Specie se si tratta di demenza. Ma il discorso si fa più generale se si parla del cosiddetto lutto anticipato, che la persona in età avanzata necessariamente sembrerebbe dover vivere. Tale lutto è una sorta di morte in anticipo, poiché l'anziano è una persona che vive tra la vita e la morte. La morte si presenta come un fatto che non può essere interpretato, incontestabile, muto, privo di senso. Il pensiero disarmo.

Eppure, sempre per Rizzi, l'esito più sinistro nell'occuparsi dell'anziano è precipitare, insieme, nella mancanza di senso. Per chi lavora con lui, aggiunge l'Autore, è importante fare riferimento al pensiero, salvaguardarlo. Però sul pensare c'è ambivalenza, il pensiero è un'arma a doppio taglio, genera anche angosce. Di qui il difendersene con la negazione, sia negli operatori che negli anziani. Piuttosto – è sempre Rizzi che parla – bisognerebbe sconfermare la tradizionale distinzione tra chi cura e chi è curato, riconoscere la sofferenza comune, ed evitare di precipitare nella perdita di condivisione, che instaura la disperazione del non-senso; quella da cui l'anziano si difende rifugiandosi nella depressione, nella demenza, nella psicosi. Nella ricerca di senso, viene recuperato l'immaginario religioso come una possibile soluzione dell'impensabilità della morte. La fede, non necessariamente religiosa, può aiutare a ritrovare un fine e un senso. Si può investire anche nella scienza, nella politica, nella cultura. Si può avere fede nella vita (Vandi, 2020).

Il compito terapeutico sarà il cercare, a tutti i costi, di riconoscere e accogliere ogni forma di comunicazione, anche perché in qualsiasi stato mentale – demenza, depressione, psicosi – l'inconscio comunque resta. Anche nella demenza un po' di soggetto deve restare, nonostante tutto, dice Balsamo. Alla vecchietta va ridato il tempo della vita psichica, che va in una direzione diversa da quella posta dalla "roccia del biologico" (Balsamo, 2020, p. VII).

L'occuparsi degli anziani fa emergere interessanti confusioni e contraddizioni entro l'intervento psicoanalitico. Viene alla luce il conflitto tra le due psicoanalisi, quella della prima topica e quella della seconda topica. La teoria pulsionale aveva ben risolto il problema della vecchietta: prevale la pulsione di morte, finisce l'investimento libidico narcisistico. Entro questo quadro concettuale si capisce il disinvestimento sugli anziani, e la grande limitazione con cui si pensa di potervi intervenire: non per la ristrutturazione profonda della personalità, ma per un sostegno, un aiuto ad affrontare l'angoscia del degrado e della morte, inevitabilmente dominanti entro questa concezione lineare dell'avanzare dell'età.

Tuttavia non si riesce ad abbandonare l'età anziana in questo modo crudele. Diversi analisti testimoniano di aver potuto lavorare molto bene con persone avanti con gli anni. Altri fanno trasparire nei loro scritti come siano al contempo interessati alle questioni degli anziani, e presi da timori, ambivalenze, reticenze in proposito. Ora prevale l'idea che ci sia ben poco da fare, altre volte, lo stesso analista pensa che invece sia possibile lavorare con gli anziani, perché alla fine l'inconscio è sempre lo stesso, la vita emozionale e il bisogno di rapporti affettivi pure.

Il conflitto è raramente esplicitato con chiarezza nei suoi presupposti concettuali e di intervento profondamente diversi, come pure nelle modalità di rapporto col paziente completamente differenti.

Ciò che può aiutare è il non essere centrati sull'individuo, ma recuperare il rapporto tra anziano e contesto. Questo è molto chiaro nel rapporto tra anziani e servizi, tra anziani e famiglia. Occuparsi delle dinamiche collusive che organizzano queste relazioni permette obiettivi di intervento utili e anche appassionanti.

Nel 2015 una ricerca ha esplorato le attese di famiglie del Centro e del Sud Italia che hanno individuato nella badante (un'assistente familiare privata) l'assistenza domiciliare per un loro anziano. I risultati dicono che la badante simbolizza un'estraneità che libera risorse della famiglia, permettendo a quest'ultima di pensare ai giovani e al futuro. Alla famiglia chiusa in sé, solo la morte "risolve" il problema. Per le famiglie l'assistenza va affrontata dalla collettività e non dalla sola famiglia, contraddicendo il modello di *welfare* italiano, che incarica le donne della famiglia dei problemi di assistenza per i propri membri non autosufficienti. Vanno promossi interventi che trattino i problemi di convivenza posti dall'invecchiamento, affiancando quelli che si occupano esclusivamente di diagnosi-cura-riabilitazione dell'individuo anziano (Paniccia, Giovagnoli, & Caputo, 2015).

Un'altra ricerca ha intervistato un gruppo di cittadini romani sulle loro attese verso i Servizi di Salute Mentale (SSM). Le donne interpellate dicono che la famiglia tradizionale è in crisi, in particolare è in crisi il loro ruolo di assistenza ai membri della famiglia in difficoltà. Tutti gli intervistati chiedono ai SSM non di intervenire sulla malattia mentale grave – questa sembra una funzione data per acquisita – ma di incrementare la capacità di convivenza delle persone (Paniccia, Dolcetti, Giovagnoli, & Sesto, 2014).

Questo lavoro viene pubblicato in un numero di Quaderni che sviluppa il tema chi è l'anziano, con più articoli; molti Autori fanno parte di un gruppo di studio sul tema; stiamo proseguendo con una ricerca che raccoglie la voce delle persone che rientrano nello "stato anziano" per raccogliere la loro voce, il loro vissuto.

Bibliografia

- Ansa (2023). *A 106 anni sulla copertina di Vogue, è Apo la celebre tatuatrice batok*. Retrieved from https://www.ansa.it/canale_lifestyle/notizie/people/2023/04/02/a-106-anni-sulla-copertina-di-vogue-e-apo-la-celebre-tatuatrice-batok_d2107f9d-b3db-46da-a7a1-6040194ca682.html
- Balsamo, M. (2020). Prefazione: La vecchiaia è una viaggiatrice di notte. In R. Corsa, L. Fattori, & G. Vandi (Eds.), *Vecchiaia e psicoanalisi* [Old age and psychoanalysis] (pp. V-XIII). Roma: Alpes.
- Barcellona, P. (2006). Diritti umani e "nuovi diritti": Governo della globalizzazione e desocializzazione del diritto [Human rights and "new rights": Government of globalization and desocialization of law]. *AFDUDC*, 10, 91-98. Retrieved from <https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/2475/AD-10-6.pdf>
- Bolli, L. (2023). Lo psicologo in RSA [The psychologist in RSA]. *Quaderni di Psicologia Clinica*, 11(1), 99-110. Retrieved from <http://www.quadernidipsicologiaclinica.com>
- Bonavita, V., Brescia, F., & Sacchi, S. (2023). Gli Anziani: Una terra straniera [The Elders: A foreign land]. *Quaderni di Psicologia Clinica*, 11(1), 111-118. Retrieved from <http://www.quadernidipsicologiaclinica.com>
- Carli, R. (2019). Vissuti e fatti: Scientificità e scientismo in psicologia clinica [Experiences and facts: Scientificity and scientism in clinical psychology]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 28-60. doi:10.14645/RPC.2019.1.756
- Carli, R. (2012). Editoriale [Editorial]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 1-2. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/ojs/index.php/rpc/article/view/99/154>
- Carli, R., Paniccia, R.M., Caputo, A., Dolcetti, F., Finore, E., & Giovagnoli, F. (2016). La relazione che organizza il contesto sanitario: Domanda dell'utenza e risposta dei servizi sanitari, nel territorio e nell'ospedale [The relationship which organizes the healthcare context: Users' demand and response of healthcare services, in the territory and the hospital]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 7-44. doi:10.14645/RPC.2016.1.608
- De Martino, P.A., & Couyoumdjian, A. (2012). La terapia cognitivo-comportamentale della depressione nell'anziano: Una revisione della letteratura [Cognitive-behavioral therapy for depression in the elderly: A review of the literature]. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 18(3), 321-341. Retrieved from <https://rivistedigitali.erickson.it/psicoterapia-cognitiva-comportamentale/it/visualizza/pdf/968>

- De Masi, F. (2020). Psicoterapia in tarda età. In R. Corsa, L. Fattori, & G. Vandi (Eds.), *Vecchiaia e psicoanalisi* [Old age and psychoanalysis] (pp. 83-109). Roma: Alpes.
- Dougherty, S., de Biase, P., & Lorenzoni, L. (2022). *Funding the future: The impact of population ageing on revenues across levels of government*. *OECD Working Papers on Fiscal Federalism*. Retrieved from <https://fondazionecerm.it/wp-content/uploads/2022/07/OECD-Ageing-and-the-long-run-fiscal-sustainability-of-health-care-across-levels-of-government.pdf>
- Eurostat, (2023). *Struttura della popolazione e invecchiamento* [Population structure and ageing]. Retrieved from https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing&action=stat5exp-seat&lang=it
- Fefè, R. (2019). *Care of the elderly: Aging and new demands for the development of care work in Italy*. Retrieved from <https://oa.inapp.org/xmlui/handle/20.500.12916/726>
- Galluzzo, L., Gandin, C., Ghirini, S., & Scafato, E. (2012). L'invecchiamento della popolazione: Opportunità o sfida? [Population ageing: Opportunity or challenge?]. *Not Ist Super Sanità*, 25(4), 3-4. Retrieved from <https://www.epicentro.iss.it/ben/2012/aprile/aprile2012.pdf>
- Giori, D. (1984). Deterioramento fisiologico e desocializzazione: Note su un modello atto a promuovere una interpretazione della vecchiaia come fenomeno collettivo [Physiological deterioration and desocialization: Notes on a model aimed at promoting an interpretation of old age as a collective phenomenon]. *Giornale degli economisti e annali di economia - Nuova Serie*, 43(11/12), 783-793. Retrieved from <https://www.jstor.org/stable/23246503>
- Istat (2022). *Rapporto annuale* [Annual report]. Retrieved from <https://formatresearch.com/2022/07/08/istat-rapporto-annuale-2022>
- Istat (2020). *Invecchiamento attivo e condizioni di vita degli anziani in Italia* [Active aging and living conditions of the elderly in Italy]. Retrieved from <https://www.istat.it/it/archivio/246504>
- Izzo, E.M. (2020). I vecchi che saremo: Tipologie libidiche nella vecchiaia. In R. Corsa, L. Fattori, & G. Vandi (Eds.), *Vecchiaia e psicoanalisi* [Old age and psychoanalysis] (pp. 3-23). Roma: Alpes.
- Livi Bacci, M. (2008). *Avanti giovani, alla riscossa: Come uscire dalla crisi giovanile in Italia* [Forward young people, to the rescue: How to get out of the youth crisis in Italy]. Bologna: Il Mulino.
- Nicolini, C. (2008). Invecchiamento e psicoanalisi. In C. Nicolini, L. Ambrosiano, P. Minervini, & A. Pichler (Eds.), *Il colloquio con l'anziano: Tra psicoterapia e supervisione nelle istituzioni* [The interview with the elderly: Between psychotherapy and supervision in institutions] (pp. 13-34). Roma: Borla.
- Minervini, P. (2008). La psicoterapia psicoanalitica con gli anziani. In C. Nicolini, L. Ambrosiano, P. Minervini, & A. Pichler (Eds.), *Il colloquio con l'anziano: Tra psicoterapia e supervisione nelle istituzioni* [The interview with the elderly: Between psychotherapy and supervision in institutions] (pp. 35-74). Roma: Borla.
- Monti, L. (2017). *Il Divario generazionale tra conflitti e solidarietà. Vincoli, norme, opportunità: Generazioni al confronto* [The generational gap between conflicts and solidarity. Constraints, norms, opportunities: Generations in comparison]. Viterbo: Dialoghi.
- OMS (2022). *Ageing and health*. Retrieved from <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Paniccia, R.M., Dolcetti, F., Giovagnoli, F., & Sesto, C. (2014). La rappresentazione dell'Accoglienza presso un Centro di Salute Mentale romano a confronto con la rappresentazione dei Servizi di Salute Mentale in un gruppo di cittadini romani: Una ricerca intervento [The representation of the Reception Service in a Mental Health Center of Rome confronted with the representation of Mental Health Services in a group of roman citizens: A research-intervention]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 186-208. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>

- Paniccia, R. M., Giovagnoli, F., & Caputo, A. (2014). L'assistenza domiciliare per anziani. Il caso dell'Italia: La badante [In-home elder care. The case of Italy: The badante]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 60-83. doi: 10.14645/RPC.2014.2.506
- Paniccia, R.M., Giovagnoli, F., Caputo, A., Donatiello, G., & Cappelli, T. (2019). Il fallimento delle “mete adulte tradizionali” per i giovani d’oggi: Nuove coabitazioni e nuove convivenze [The failure of “traditional adult goals” for today’s young people: New cohabitations and new coexistences]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 14(2), 21-54. doi:10.14645/RPC.2019.2.785
- Pichler, A. (2008). Lavorare con gli anziani: Impatto e motivazioni degli operatori. In C. Nicolini, I. Ambrosiano, P. Minervini, & A. Pichler (Eds.), *Il colloquio con l'anziano: Tra psicoterapia e supervisione nelle istituzioni* [The interview with the elderly: Between psychotherapy and supervision in institutions] (pp. 117-138). Roma: Borla.
- Ploton, L. (2003). *La persona anziana. L'intervento medico e psicologico: I problemi delle demenze* [The elderly person. Medical and psychological intervention: The problems of dementia]. Milano: Raffaello Cortina (Original work published 2001).
- Rizzi, P. (2003). Introduzione. In L. Ploton (Ed.), *La persona anziana. L'intervento medico e psicologico: I problemi delle demenze* [The elderly person. Medical and psychological intervention: The problems of dementia] (IX-XXXII). Milano: Raffaello Cortina.
- Rodà, M., & Sica, F.G.M. (2020). *L'economia della terza età: Consumi, ricchezza e nuove opportunità per le imprese* [The economy of the elderly: Consumption, wealth and new opportunities for businesses]. Retrieved from <https://www.confindustria.it/home/centro-studi/temi-di-ricerca/scenari-geo-economici/tutti/dettaglio/silver-economy-l-economia-della-terza-eta-consumi-ricchezza-e-nuove-opportunita-per-le-imprese>
- Vandi, G. (2020). L'ultima stagione di Freud. In R. Corsa, L. Fattori, & G. Vandi (Eds.), *Vecchiaia e psicoanalisi* [Old age and psychoanalysis] (pp. 25-39). Roma: Alpes.