

Meeting the desire of the elderly: A research-intervention on the elderly state carried out in adapted physical activity courses (AFA) in Lunigiana, in the Elderly Social Centers of Rome and in two groups of citizen of the two territories

*Rosa Maria Paniccia, Viviana Fini, Eleonora Amicosante, Matteo Antonini, Margherita Bari, Nadia Battisti, Viviana Bonavita, Giuseppe Carollo, Francesca De Luca, Silvia Di Toma, Giulia Di Vetta, Francesca Dolcetti, Ottavia Esposito, Flaminia Forestieri, Fiammetta Giovagnoli, Chiara Giovannetti, Sonia Giuliano, Danny Guido, Luca Leone, Nicola Lupo, Giulia Mero, Matteo Nicolini, Olimpia Nussbaum, Andrea Pacini, Angela Pizzi, Silvia Policelli, Melania Polli, Giulia Propersi, Guglielmo Propersi, Stefania Ranieri, Marika Rullo, Giuseppe Saracino, Cecilia Sesto, Vincenza Tomasello, Stefano Zanfino**

Abstract

We propose a research on being elderly, carried out in the adapted physical activity courses (AFA) of Lunigiana, in two Elderly Social Centers of Rome, among two groups of citizens of the two territories. The research has a double commission: SPS Studio di Psicosociologia, a Roman agency that provides consultancy and training, and the Società della Salute of Lunigiana. To improve the services offered, we explored the representation of the elderly state in line with studies that urge not to overlap the elderly state and age. The research says that the central problem of the elderly state is finding oneself within a process of desocialization, which also infects families, services and operators who deal with it. At the same time, it identifies more agencies and situations that can intervene on this process.

Keywords: desocialization of the elderly and his family; desocialization of retirement homes; subjectivity and medicine; intervention research as an agent of socialization; thinking about emotions related to the elderly age of life.

* The whole group participated in the various phases of the research with periodic confrontations; below are the functions performed by the authors in the research. SPS commissioning group: Rosa Maria Paniccia, Viviana Fini, Nadia Battisti, Fiammetta Giovagnoli, Sonia Giuliano. Interviews and focus groups were carried out by: Eleonora Amicosante, Matteo Antonini, Margherita Bari, Nadia Battisti, Viviana Bonavita, Giuseppe Carollo, Francesca De Luca, Silvia Di Toma, Giulia Di Vetta, Francesca Dolcetti, Ottavia Esposito, Flaminia Forestieri, Viviana Fini, Fiammetta Giovagnoli, Chiara Giovannetti, Sonia Giuliano, Danny Guido, Luca Leone, Nicola Lupo, Giulia Mero, Matteo Nicolini, Olimpia Nussbaum, Andrea Pacini, Angela Pizzi, Silvia Policelli, Melania Polli, Giulia Propersi, Guglielmo Propersi, Stefania Ranieri, Marika Rullo, Giuseppe Saracino, Cecilia Sesto, Vincenza Tomasello, Stefano Zanfino. Preparation of the corpus, choice of dense words and statistical data processing: Nadia Battisti, Francesca Dolcetti, Viviana Fini, Fiammetta Giovagnoli, Sonia Giuliano, Rosa Maria Paniccia, Cecilia Sesto. Drafting of the research report: Rosa Maria Paniccia, Viviana Fini. E-mail: coordinamento@spsonline.it

SPS Studio di Psicosociologia (2024). Incontrare il desiderio degli anziani: Una ricerca-intervento sullo stato anziano realizzata nei corsi di attività fisica adattata (AFA) della Lunigiana, in due Centri Sociali Anziani di Roma, presso due gruppi di cittadini dei due territori [Meeting the desire of the elderly: A research-intervention on the elderly state carried out in adapted physical activity courses (AFA) in Lunigiana, in the Elderly Social Centers of Rome and in two groups of citizen of the two territories]. *Quaderni di Psicologia Clinica*, 12(2), 42-68. Retrieved from <http://www.quadernidipsicologiaclinica.com>

Incontrare il desiderio degli anziani: Una ricerca-intervento sullo stato anziano realizzata nei corsi di attività fisica adattata (AFA) della Lunigiana, in due Centri Sociali Anziani di Roma, presso due gruppi di cittadini dei due territori

*Rosa Maria Paniccia, Viviana Fini, Eleonora Amicosante, Matteo Antonini, Margherita Bari, Nadia Battisti, Viviana Bonavita, Giuseppe Carollo, Francesca De Luca, Silvia Di Toma, Giulia Di Vetta, Francesca Dolcetti, Ottavia Esposito, Flaminia Forestieri, Fiammetta Giovagnoli, Chiara Giovannetti, Sonia Giuliano, Danny Guido, Luca Leone, Nicola Lupo, Giulia Mero, Matteo Nicolini, Olimpia Nussbaum, Andrea Pacini, Angela Pizzi, Silvia Policelli, Melania Polli, Giulia Propersi, Guglielmo Propersi, Stefania Ranieri, Marika Rullo, Giuseppe Saracino, Cecilia Sesto, Vincenza Tomasello, Stefano Zanfino**

Abstract

Proponiamo una ricerca sullo stato anziano, realizzata nei corsi di attività fisica adattata (AFA) della Lunigiana, in due Centri Sociali Anziani di Roma, presso due gruppi di cittadini dei due territori. La ricerca ha una doppia committenza: SPS Studio di Psicosociologia, un'agenzia romana che fa consulenza e formazione, e la Società della Salute della Lunigiana. Per migliorare i servizi offerti, abbiamo esplorato la rappresentazione dello stato anziano in linea con studi che esortano a non sovrapporre stato anziano ed età. La ricerca dice che il problema centrale dello stato anziano è ritrovarsi entro un processo di desocializzazione, che contagia anche le famiglie, i servizi e gli operatori che se occupano. Al contempo individua più agenzie e situazioni che possono intervenire su tale processo.

Parole chiave: desocializzazione dell'anziano e della sua famiglia; desocializzazione delle residenze per anziani; soggettività e medicina; la ricerca-intervento come agente di socializzazione; pensare emozioni nello stato anziano.

* Tutto il gruppo di ricerca ha partecipato alle varie fasi della ricerca con periodici confronti; di seguito le funzioni svolte dagli autori nella ricerca. Gruppo di committenza SPS: Rosa Maria Paniccia, Viviana Fini, Nadia Battisti, Fiammetta Giovagnoli, Sonia Giuliano. Hanno effettuato le interviste e i focus group: Eleonora Amicosante, Matteo Antonini, Margherita Bari, Nadia Battisti, Viviana Bonavita, Giuseppe Carollo, Francesca De Luca, Silvia Di Toma, Giulia Di Vetta, Francesca Dolcetti, Ottavia Esposito, Flaminia Forestieri, Viviana Fini, Fiammetta Giovagnoli, Chiara Giovannetti, Sonia Giuliano, Danny Guido, Luca Leone, Nicola Lupo, Giulia Mero, Matteo Nicolini, Olimpia Nussbaum, Andrea Pacini, Angela Pizzi, Silvia Policelli, Melania Polli, Giulia Propersi, Guglielmo Propersi, Stefania Ranieri, Marika Rullo, Giuseppe Saracino, Cecilia Sesto, Vincenza Tomasello, Stefano Zanfino. Preparazione del corpus, scelta delle parole dense e trattamento statistico dei dati: Nadia Battisti, Francesca Dolcetti, Viviana Fini, Fiammetta Giovagnoli, Sonia Giuliano, Rosa Maria Paniccia, Cecilia Sesto. Stesura del rapporto: Rosa Maria Paniccia, Viviana Fini. E-mail: coordinamento@spsonline.it

SPS Studio di Psicosociologia (2024). Incontrare il desiderio degli anziani: Una ricerca-intervento sullo stato anziano realizzata nei corsi di attività fisica adattata (AFA) della Lunigiana, in due Centri Sociali Anziani di Roma, presso due gruppi di cittadini dei due territori [Meeting the desire of the elderly: A research-intervention on the elderly state carried out in adapted physical activity courses (AFA) in Lunigiana, in the Elderly Social Centers of Rome and in two groups of citizen of the two territories]. *Quaderni di Psicologia Clinica*, 12(2), 42-68. Retrieved from <http://www.quadernidipsicologiaclinica.com>

Premessa

La ricerca-intervento nasce dalla committenza di SPS, Studio di Psicosociologia di Roma¹ e della Società della Salute della Lunigiana², con l'interesse condiviso a esplorare il tema "anziani", per migliorare la conoscenza delle questioni su cui intervenire.

La riflessione sulla letteratura sul tema (Fini, Nicolini, Pirrotta, Scala & Tommasello, 2023; Padiglione, 2023; Paniccia, 2023a) e quella sui casi di intervento incontrati nella prassi clinica (Atzori et al., 2023; Bolli, 2023; Bonavita, Brescia & Sacchi, 2023; Crisanti, Fini & Russo, 2023; Fedeli, 2023; Paoletti & Tommasello, 2023; Pirrotta & Bisogni, 2023) mostrano una realtà poliedrica e l'esigenza di superare l'immagine dell'anziano come persona definita dalla sua età e dalla sua parabola biologica.

La rappresentazione dell'anziano presenta molteplici aspetti degni di considerazione. Quando lo stato anziano è visto in un rapporto coerente con l'età, cresce il loro numero (Eurostat, 2021; WHO, 2022): ne deriva l'esigenza di mantenere gli anziani attivi il più a lungo possibile, perché non gravino sul welfare (WHO, 2002a, 2002b); persiste però l'inadeguatezza dei servizi a perseguire questo obiettivo per motivi sia strutturali che culturali (Falasca, 2021; Istat, 2019, 2020). Si rileva peraltro l'importanza dell'economia che li concerne, non solo perché destinatari di un'ingente spesa sociale e familiare per l'assistenza e la cura, ma anche perché detentori di ricchezza (Ires, 2010); si indica l'attrattività che la loro capacità di spesa esercita sulle aziende che vendono beni e servizi; si nota l'evoluzione della loro immagine, anche in rapporto a tale attrattività: si inventano nuovi termini come quello di *perennial*, la moda se ne appropria (Rodà & Sica, 2020).

Gli anziani sono anche protagonisti del divario generazionale, descritto da economisti e demografi come quel fenomeno per cui la generazione degli attuali sessantenni, settantenni, ottantenni, detiene le risorse del Paese, avendo poco investito in sviluppo (Boeri & Galasso, 2009; Monti, 2017). Oggi le nuove generazioni non hanno le risorse economiche per perseguire le mete "tradizionalmente" definitive dello stato adulto: avere una casa propria, una famiglia con dei figli, un posto di lavoro sicuro. Pensiamo peraltro che inventeranno nuove mete entro nuove culture, come alcune ricerche mostrano (Paniccia, Giovagnoli, Caputo, Donatiello & Cappelli, 2019).

Mentre resta nella rappresentazione comune la sovrapposizione tra anziano e vecchio, si tenta da più parti di sganciare lo stato anziano dall'età, per evitare il rischio di stigma e di ageismo (WHO, 2021)³, recuperare risorse mantenendoli attivi (Walker, 2002; Zaidi & Zólyomi, 2012) e anche perché si vede come obsoleta la soglia dei 65 anni nel definire una persona anziana (Istat, 2022).

Questa ricerca si occupa del rischio di emarginazione sociale, oggi comune e diffuso: viviamo in una cultura anomica (Carli, 2019; Paniccia, 2023), con appartenenze deboli e scarsa competenza organizzativa. Per questo il pericolo di essere spinti fuori dai sistemi di convivenza è molto presente. Alcune categorie lo patiscono particolarmente: ad esempio chi per l'età, una malattia, un lutto, la perdita di lavoro, tutte condizioni proprie dello stato anziano, si trova senza gli abituali contesti di convivenza che definivano in modo sostanziale la sua identità.

L'intento di questa ricerca di non confondere e sovrapporre lo stato anziano con lo sviluppo dell'individuo caratterizzato da successive fasi, prima di crescita, poi di decadenza, sia biologica che di abilità cognitive e più in generale di adattamento, è in linea con molti dei punti di vista attuali (De Masi, 2020; Fefè, 2019; Galluzzo, Gandini, Ghirini & Scafato, 2012; Giori, 1984). È presente anche lo scopo di recuperare risorse, sia dalle persone definite anziane che dai loro contesti di riferimento. In particolare, si intende recuperare la differenza tra le emozioni prescritte, viste come proprie di un certo ruolo sociale (lo stato anziano quando sovrapposto allo sviluppo individuale, che va incontro a decadenza) e il vissuto soggettivo delle persone. Si ipotizza che, entro questa differenza, sia possibile cogliere e riconoscere una domanda sociale che, se ascoltata

¹ SPS Studio di Psicosociologia di Roma si occupa di ricerca e intervento circa la convivenza nella contemporaneità. Gestisce una Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica e la rivista online Quaderni di Psicologia Clinica. <https://spsonline.it/sps/>

² La Società della Salute della Lunigiana è un consorzio pubblico composto da ASL Toscana Nord Ovest e 14 Comuni del territorio dell'alta Toscana. Programma, gestisce e verifica i servizi socio-sanitari, socio-assistenziali e sociali territoriali. <https://sdslunigiana.it>

³ L'ageismo, secondo WHO (2021), è l'essere esclusi da alcune posizioni sociali soltanto in merito all'età che si ha. Il fenomeno riguarda giovani e anziani.

e supportata, può organizzarsi in termini di risorsa, prevenendo il rischio di desocializzazione – lo stato che nelle nostre riflessioni è quello che più corrisponde alla rappresentazione dello “stato anziano” di una persona – e di sanitarizzazione di questioni e problemi non sanitari da essa posti.

Obiettivi della ricerca

La ricerca intende esplorare come si costituisce e come viene trattata la differenza tra età anagrafica da un lato, stato anziano come ruolo sociale dall'altro, al fine di migliorare l'offerta di servizi alle persone che rientrano nell'area che così si viene e delineare.

Metodologia

Per ascoltare quanto le persone avevano da dirci in rapporto allo stato anziano, sono state raccolte 46 interviste fatte a cittadini, metà in Lunigiana e metà a Roma, suddivise per 3 differenti fasce d'età: meno di 30 anni, tra 31 e 54 anni, più di 55 anni.

Al contempo sono stati realizzati sette focus group, con 73 partecipanti in totale: tre sono stati realizzati in Lunigiana e quattro a Roma in due differenti servizi. Questi servizi sono stati scelti perché caratterizzati dalla capacità di intercettare la domanda degli anziani senza medicalizzarla. Abbiamo utilizzato il gruppo per favorire un confronto tra partecipanti e cogliere la dinamica collusiva, caratterizzante la fruizione del servizio, che così sarebbe emersa (Carli, 2013a).

In Lunigiana il servizio scelto è stato l'AFA (attività fisica adattata), promosso dalla Regione Toscana e gestito a livello di Zona Distretto o Società della Salute. Rivolto ad adulti prevalentemente anziani e/o fragili, con autonomia funzionale conservata o ridotta competenza funzionale, con difficoltà di movimento o dolori dovuti a osteoporosi, reumatismi, dolori al rachide, alla schiena, che hanno subito un'operazione o hanno una malattia che comporta una disabilità fisica temporanea o cronica, l'AFA è un percorso non sanitario che prevede programmi di attività motoria di gruppo, finalizzati a migliorare il benessere della persona e a contrastare le difficoltà di movimento temporanee o conseguenti a malattie croniche. I corsi si svolgono in piccoli gruppi, in luoghi aperti al pubblico e gestiti da associazioni di terzo settore o di volontariato, o in palestre pubbliche e private. Le sedute, di circa un'ora, si tengono 2-3 volte alla settimana. Il costo del servizio è molto contenuto: per ogni seduta il cittadino paga da 3,50 a 4,50 euro, a seconda dell'attività. L'Asl promuove il servizio e garantisce l'adeguatezza dei locali e l'applicazione dei protocolli per gli esercizi. È un servizio presente su tutto il territorio lunigianese, apprezzato dagli anziani e non solo. Sono attivi 24 corsi dislocati in diversi comuni.

A Roma sono stati scelti due Centri Sociali Anziani: uno situato in zona centrale (Trastevere), l'altro in zona semi-periferica (Montesacro). Si tratta di strutture territoriali, che accolgono i cittadini anziani per attività di tipo sociale, culturale e ricreativo; possono iscriversi residenti dei diversi Municipi che abbiano compiuto 55 anni e persone con invalidità superiore al 60% che abbiano compiuto 40 anni. Per favorire la socializzazione è consentita l'iscrizione del coniuge o del convivente di un iscritto, anche se non anziano. Attualmente è in corso una trasformazione dei Centri Sociali Anziani in Case Sociali delle Persone Anziane e del Quartiere, che li vede diventare luoghi di aggregazione e propulsione della vita sociale, culturale e ricreativa delle persone anziane over 60, con un'apertura anche ad altre fasce d'età e alle diverse realtà sociali del territorio, in un'ottica di convivenza e scambio intergenerazionale.

Abbiamo anche realizzato delle interviste con cittadini, per esplorare il loro punto di vista sullo stato anziano e sui servizi dedicati. L'interesse di sentire i cittadini ha un carattere generale, ma è stato anche sollecitato da alcune considerazioni: in Lunigiana, ad esempio, nei servizi rivolti agli anziani ci sono poche presenze maschili. Rivolgendoci a cittadini di varie età, avremmo anche sentito anziani che non si avvicinano ai servizi loro rivolti.

Variabili illustrative

Nel periodo giugno-agosto 2023 sono state sentite 119 persone, 88 di età superiore ai 55 anni, 14 persone nella fascia d'età fino ai 30 anni, 17 in quella dai 31 ai 54 anni. Per capire il divario, va tenuto conto che nei focus group l'età della maggior parte dei partecipanti supera la soglia dei 55 anni. Per quanto riguarda il sesso, ci sono 91 femmine e 28 maschi; la disparità è legata al fatto che i servizi in cui si sono realizzati i focus group sono partecipati in larga misura da donne. Per quanto concerne la variabile "territorio", ci sono 62 intervistati in Lunigiana, area interna a rischio di spopolamento, e 57 a Roma, area urbanizzata. Le interviste ai cittadini sono 46, nell'AFA sono 40, nei Centri Sociali Anziani 33. I cittadini sono stati individuati con il metodo a cascata. In Lunigiana a partire da un gruppo di cittadini interessati a partecipare, segnalati da *stakeholders* locali di diversi comuni; a Roma da un gruppo di cittadini conosciuti dagli intervistatori.

Età dell'intervistato		
<i>Fino a 30 anni</i> 14	<i>Da 31 a 54 anni</i> 17	<i>Da 55 anni in poi</i> 88
Sesso		
<i>Femmina</i> 91	<i>Maschio</i> 28	
Territorio		
<i>Lunigiana</i> 62	<i>Roma</i> 57	
Appartenenza		
<i>Cittadini</i> 46	<i>AFA</i> 40	<i>Centri Anziani</i> 33
Tipo di testo		
<i>Interviste</i> 46 (46 partecipanti)	<i>Focus group</i> 7 (73 partecipanti)	

Tabella 1. *Caratteristiche del gruppo degli intervistati (n=119)*

Istituzione della ricerca e domande-stimolo nell'intervista e nei focus group

Evidenziamo alcune particolarità di questa ricerca. È commissionata da SPS, un'agenzia di ricerca e intervento privato e da un ente pubblico, la Società della Salute della Lunigiana: entrambi i committenti si occupano del tema in oggetto e sono interessati a conoscerlo per migliorare il modo di intervenire. È stata realizzata, come si è detto, sia consultando direttamente i cittadini con delle interviste individuali, sia incontrandoli in focus group entro servizi (AFA della Lunigiana e Centri Sociali Anziani di Roma). È stato necessario un notevole impegno nella costruzione di una committenza con tali strutture, ovvero con gli istruttori AFA e con i responsabili dei Centri Sociali Anziani, e successivamente con i partecipanti alle AFA e con quelli ai Centri Sociali Anziani. Costruire una committenza alla ricerca ha significato individuare e sostenere un interesse a partecipare da parte delle persone incontrate.

Chi ha svolto le interviste e i focus group è stato formato a reperire persone interessate a parlare del problema esplorato. A queste persone è stato comunicato che:

SPS, uno studio romano che fa ricerca e intervento sui problemi della convivenza nella contemporaneità, e la Società della Salute della Lunigiana, in collaborazione tra loro, stanno conducendo una ricerca su come viene rappresentato lo stato anziano e su quali servizi sia opportuno pensare per persone che rientrano in tale stato, per età o altri motivi che hanno portato la persona, anche se non molto avanti con l'età, a uscire dai consueti contesti di socializzazione; ad esempio il pensionamento, una malattia, un grave lutto. Stiamo intervistando sia persone che frequentano servizi rivolti ad anziani, sia cittadini che non li frequentano. Sia chi li frequenta che chi non li frequenta potrà dirci cose interessanti e importanti su cosa ne pensa.

Focus group e interviste sono stati istituiti con le seguenti domande-stimolo, coerenti con questa premessa:

Voi siete interpellati in quanto frequentate un Centro Sociale Anziani/un'AFA. Siamo molto interessati a rilevare il vostro specifico punto di vista: pensiamo potreste dare un importante contributo. La partecipazione al focus group nei dati di ricerca risulterà anonima. Abbiamo un'ora di tempo. Vi chiediamo di poter registrare perché il discorso raccolto verrà trattato da un programma informatico. Inviteremo tutti i partecipanti interessati a partecipare a un seminario online dove proporremo quanto avremo capito tramite la ricerca; la ricerca verrà poi pubblicata su una rivista on line, Quaderni di Psicologia Clinica, accessibile senza pagamento. Per potervi fare queste proposte vi chiediamo i vostri indirizzi e-mail. Possiamo cominciare. Proponiamo due questioni: cosa pensate sia oggi, nella nostra contemporaneità, vivere lo stato di anziano? Cosa ne pensate dei servizi rivolti agli anziani? Parlateci della vostra esperienza.

Questa la domanda-stimolo per l'intervista:

Lei è interpellato/a in quanto cittadino/a. Siamo molto interessati a rilevare il suo specifico punto di vista: pensiamo possa dare un importante contributo. La sua partecipazione nei dati di ricerca risulterà anonima. Possiamo prevedere che l'intervista duri circa mezz'ora. Le chiedo di poter registrare, perché il suo discorso, unito a quello degli altri intervistati in un unico testo, verrà trattato da un programma informatico. L'intervista è anonima. Tutti i partecipanti alla ricerca interessati verranno invitati a un seminario online, dove proporremo quanto avremo capito tramite la ricerca; la ricerca verrà poi pubblicata su una rivista on line, Quaderni di Psicologia Clinica, accessibile senza pagamento. Per poterle fare queste proposte le chiedo un suo indirizzo e-mail. Possiamo cominciare. Proporrò due questioni: cosa pensa sia oggi, nella nostra contemporaneità, vivere lo stato di anziano? Cosa ne pensa dei servizi rivolti agli anziani?

La domanda-stimolo è una proposta di rapporto, fondata su tre parametri: chi propone l'intervista; che ruolo si pensa abbia l'intervistato; i motivi dell'intervista (o del focus group), che si pensano condivisibili tra intervistatore e intervistati (conduttori/partecipanti al focus group). Gli intervistati e i partecipanti al focus group parlano quindi entro questo invito a condividere con l'intervistatore una cosa terza (Carli & Paniccchia, 2017), in questo caso ciò che si pensa dello stato anziano. La ricerca diventa così un'occasione per sospendere il processo collusivo che organizza il fenomeno oggetto di studio (Carli, 2017). In questo senso la ricerca è un intervento a partire dalle sue fasi istituenti: perché si propone di pensare, entro il rapporto tra ricercatori e soggetti interpellati, il tema in oggetto, sul quale si condivide un interesse. Il carattere di intervento viene poi sostenuto nelle successive interlocuzioni sia con la committenza che con i soggetti intervistati, a cui viene proposto di discutere i risultati entro momenti organizzati *ad hoc*.

L'Analisi Emozionale del Testo

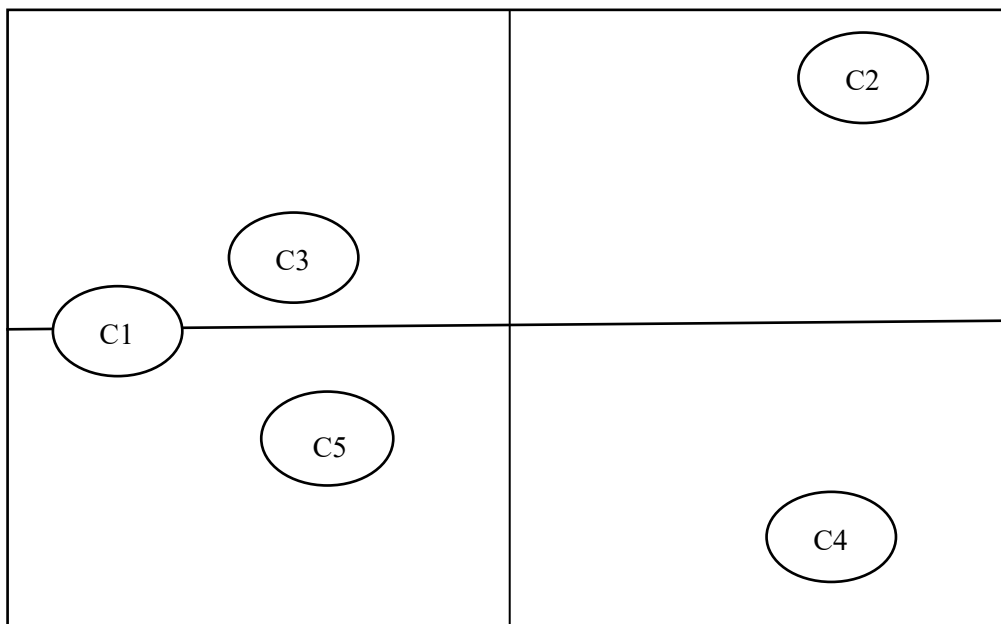
Le verbalizzazioni dei singoli intervistati e le discussioni dei focus group, registrati con il consenso dei partecipanti, sono state trascritte creando un unico corpus da sottoporre ad analisi. Il corpus è stato trattato con l'Analisi Emozionale del Testo (Carli, 2018; Carli & Paniccchia, 2002; Carli, Paniccchia, Giovagnoli, Carbone & Bucci, 2016d). L'AET ipotizza che le emozioni, espresse nel linguaggio, siano il principale organizzatore della relazione. Di conseguenza non si analizzano sequenze discorsive, ma gli incontri – entro segmenti di testo – di parole dense: parole dotate di un massimo di densità emozionale e di un minimo di ambiguità di senso. Il ricercatore, supportato da un programma informatico, TLab (Carli et al., 2016d), ottenuto un vocabolario completo del corpus, sceglie le sole parole dense. Messi in ascissa i segmenti di testo e in ordinata le parole

dense, attraverso l'analisi fattoriale delle corrispondenze multiple e l'analisi dei cluster si ottengono cluster di parole dense entro uno spazio fattoriale. L'interpretazione è retta dall'ipotesi che la co-occorrenza di parole dense entro i segmenti di testo evidenzia il processo collusivo espresso dal testo. L'interazione tra parole dense, a partire dalla più centrale nel cluster, riduce la loro polisemia, perseguendo una acquisizione del senso emozionale del cluster. Si considera, inoltre, la relazione dei cluster entro lo spazio fattoriale, giungendo alla lettura dei repertori culturali usati dalle persone quando parlano di ciò su cui sono interpellate, ovvero la dinamica collusiva che connota il tema in oggetto.

Risultati

La Figura 1 è la rappresentazione grafica della dinamica collusiva individuata. In termini statistici è un piano fattoriale caratterizzato da 5 cluster. I cluster sono raggruppamenti di parole, che indicano repertori culturali in rapporto dinamico tra loro entro una cultura più generale, rappresentata dall'insieme del grafico.

Figura 1. Piano fattoriale



Sul primo fattore si contrappongono il cluster 1 e i cluster 2 e 4. Sul secondo fattore si contrappongono il cluster 2 e il cluster 4. Sul terzo fattore si contrappongono il cluster 3 e il cluster 5. Sul quarto fattore si contrappongono il cluster 1 e il cluster 5.

Tabella 2. Rapporto tra cluster e fattori

	Fattore1	Fattore2	Fattore3	Fattore4
Cluster 1	-0.6066	-0.0241	-0.3803	0.5763
Cluster 2	0.7281	1.1651	-0.2531	0.0080
Cluster 3	-0.3621	0.1814	0.8732	-0.1083
Cluster 4	0.6698	-0.6479	0.0409	0.0784
Cluster 5	-0.4346	0.1406	-0.5355	-0.9090

Nella seguente tabella riportiamo i cluster di parole in ordine decrescente di Chi-quadro (Chi2):

Tabella 3. Cluster di parole dense in ordine di Chi2

Cluster 1 Chi2/parola	Cluster 2 Chi2/parola	Cluster 3 Chi2/parola	Cluster 4 Chi2/parola	Cluster 5 Chi2/parola					
609.41	<i>casa</i>	358.72	<i>sanitario</i>	307.20	<i>aiutare</i>	469.34	<i>lavoro</i>	371.17	<i>solitudine</i>
351.88	<i>figli</i>	257.26	<i>pagare</i>	125.84	<i>limiti</i>	418.63	<i>giovane</i>	201.38	<i>nonni</i>
222.61	<i>famiglia</i>	151.86	<i>medico</i>	103.03	<i>morire</i>	104.30	<i>generazioni</i>	139.70	<i>amicizia</i>
120.13	<i>madre</i>	146.04	<i>volontariato</i>	91.26	<i>malattia</i>	88.84	<i>vecchio</i>	122.94	<i>giocare</i>
92.14	<i>marito</i>	99.72	<i>pensione</i>	76.21	<i>fisico</i>	50.80	<i>socializzare</i>	92.03	<i>carte</i>
42.87	<i>sorella</i>	74.13	<i>pubblico</i>	64.48	<i>mobilità</i>	47.32	<i>studiare</i>	74.49	<i>rete</i>
34.55	<i>prendersi cura</i>	73.07	<i>Stato</i>	63.44	<i>vicinanza</i>	45.28	<i>insegnare</i>	61.53	<i>nipoti</i>
30.18	<i>donna</i>	65.47	<i>assistenza</i>	53.82	<i>macchina</i>	43.03	<i>gruppo</i>	43.96	<i>isolamento</i>
22.08	<i>ricoverare</i>	60.81	<i>soldi</i>	45.44	<i>la spesa</i>	37.33	<i>ginnastica</i>	42.85	<i>supportare</i>
19.49	<i>uscire</i>	58.27	<i>privato</i>	40.53	<i>guidare</i>	31.06	<i>passato</i>	40.60	<i>padre</i>
15.50	<i>rubare</i>	55.63	<i>migliorare</i>	38.21	<i>consapevole</i>	26.01	<i>psicologo</i>	28.72	<i>cimitero</i>
14.10	<i>suoceri</i>	48.34	<i>guadagnare</i>	37.87	<i>curare</i>	25.96	<i>imparare</i>	27.60	<i>accompagnare</i>
13.96	<i>casa di riposo</i>	48.34	<i>pubblicizzare</i>	36.79	<i>agevolare</i>	25.55	<i>cultura</i>	24.93	<i>scacchi</i>
12.88	<i>accudire</i>	45.63	<i>infermiere</i>	33.83	<i>salute</i>	23.80	<i>scambio</i>	23.00	<i>facebook</i>
12.29	<i>confondere</i>	42.27	<i>civile</i>	32.87	<i>paura</i>	22.62	<i>parlare</i>	18.36	<i>carrozzella</i>
10.22	<i>cane</i>	33.26	<i>medicazione</i>	31.43	<i>fatica</i>	22.58	<i>insieme</i>	16.38	<i>abbandonare</i>
9.95	<i>parenti</i>	33.83	<i>risorsa</i>	28.65	<i>mente</i>	22.08	<i>ricordare</i>	14.92	<i>estraneo</i>
9.24	<i>spazzatura</i>	32.81	<i>scuola</i>	23.51	<i>spostarsi</i>	18.97	<i>memoria</i>	14.92	<i>sedia a rotelle</i>
9.14	<i>nuora</i>	31.80	<i>ricetta</i>	18.28	<i>forza</i>	18.87	<i>valore</i>	11.84	<i>maschio</i>
8.43	<i>buttare</i>	30.68	<i>sconti</i>	17.73	<i>libertà</i>	16.72	<i>curiosità</i>	11.74	<i>preoccupazione</i>
8.43	<i>Casa di cura</i>	30.15	<i>bancomat</i>	16.89	<i>cervello</i>	16.56	<i>bocce</i>	11.09	<i>deprimersi</i>
8.19	<i>solitudine</i>	28.68	<i>garantire</i>	16.58	<i>autonomia</i>	16.56	<i>maestra</i>	10.74	<i>attivi</i>
7.05	<i>badare</i>	26.15	<i>spendere</i>	15.57	<i>indipendenza</i>	16.38	<i>oratorio</i>	10.30	<i>ritrovo</i>
7.02	<i>cari</i>	24.95	<i>vantaggio</i>	14.69	<i>tristezza</i>	16.38	<i>precario</i>	10.30	<i>circondare</i>
7.02	<i>valutare</i>	24.76	<i>barriera</i>	12.98	<i>letto</i>	14.30	<i>ballare</i>	9.88	<i>fortuna</i>
6.43	<i>domestico</i>	24.56	<i>asl</i>	11.99	<i>peso</i>	11.88	<i>uncinetto</i>	8.54	<i>tranquillità</i>
6.43	<i>nascondere</i>	21.87	<i>gratuità</i>	11.70	<i>soffrire</i>	11.48	<i>aggregazione</i>	8.54	<i>integrare</i>
6.19	<i>moglie</i>	20.93	<i>oss</i>	11.41	<i>gambe</i>	10.89	<i>cellulare</i>	8.38	<i>burraco</i>
6.15	<i>pulizia</i>	20.93	<i>sfruttare</i>	11.35	<i>economico</i>	10.89	<i>ghettizzare</i>	8.38	<i>dormire</i>
6.08	<i>deprivare</i>	19.79	<i>soccorso</i>	10.21	<i>impegno</i>	10.89	<i>stabilità</i>	8.16	<i>rifutare</i>
6.08	<i>disperazione</i>	18.24	<i>handicap</i>	10.10	<i>covid</i>	10.89	<i>tombola</i>	8.16	<i>sposati</i>
6.08	<i>gatto</i>	18.24	<i>ottenere</i>	10.01	<i>lucidità</i>	10.89	<i>trasformare</i>	6.91	<i>cinema</i>
6.08	<i>inesistente</i>	17.70	<i>bambini</i>	10.01	<i>rinascere</i>	10.75	<i>distanza</i>	6.53	<i>sopperire</i>
6.08	<i>moderno</i>	17.42	<i>rispetto</i>	9.79	<i>lutto</i>	10.35	<i>sport</i>	6.12	<i>costringere</i>
6.08	<i>spid</i>	15.78	<i>finanziario</i>	9.79	<i>scherzare</i>	9.99	<i>desiderare</i>	6.12	<i>Terza età</i>
5.73	<i>vergognarsi</i>	15.62	<i>prenotare</i>	9.79	<i>soddisfazione</i>	9.74	<i>adolescenza</i>	5.96	<i>lutto</i>
5.50	<i>camminare</i>	15.24	<i>analisi</i>	9.16	<i>camminare</i>	9.74	<i>concerti</i>	5.96	<i>spazi</i>
5.44	<i>controllare</i>	15.09	<i>politica</i>	8.85	<i>taxi</i>	9.74	<i>disegnare</i>	5.35	<i>musica</i>
4.91	<i>dramma</i>	13.95	<i>bollette</i>	8.65	<i>esame</i>	9.74	<i>gara</i>	5.27	<i>disagio</i>
4.85	<i>padre</i>	13.95	<i>geriatra</i>	8.42	<i>ragazzo</i>	9.74	<i>Tempo libero</i>	4.76	<i>paura</i>
4.65	<i>farmaco</i>	13.11	<i>controllare</i>	8.25	<i>lontano</i>	9.51	<i>stimolare</i>	4.55	<i>tecnico</i>
4.58	<i>timore</i>	12.47	<i>pranzo</i>	7.85	<i>sangue</i>	8.47	<i>paziente</i>	4.55	<i>vedovi</i>
4.41	<i>perdere</i>	11.91	<i>fregarsene</i>	7.39	<i>autosufficienti</i>	8.59	<i>musica</i>	4.26	<i>affetto</i>
4.09	<i>discussione</i>	11.30	<i>carezza</i>	7.15	<i>coppia</i>	8.39	<i>correre</i>	4.26	<i>stancarsi</i>
3.84	<i>guai</i>	10.93	<i>emarginare</i>	7.15	<i>dubbio</i>	8.07	<i>futuro</i>	4.08	<i>femore</i>
3.84	<i>nervoso</i>	10.93	<i>reagire</i>	7.15	<i>meditazione</i>	7.96	<i>escludere</i>	4.08	<i>prezzo</i>

Vediamo la relazione, in termini di Chi2, tra cluster e variabili illustrative: età, sesso, territorio di residenza, appartenenza organizzativa, aver partecipato a un'intervista o a un focus group. In tabella vengono riportate le variabili che sono in rapporto con almeno un cluster.

Tabella 3. Relazione tra cluster e variabili illustrative

Variabili illustrative	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Cluster 4	Cluster 5
Età					
<i>Fino a 30 anni</i>					12,03
Sesso					
<i>Maschi</i>		12,61		6,09	
<i>Femmine</i>					6,67
Territorio					
<i>Lunigiana</i>		18,40			
<i>Roma</i>					
Appartenenza					
<i>Cittadini</i>				4,91	
<i>AFA</i>		4,04			
Tipo di testo					
<i>Interviste</i>				4,91	

Analisi dei dati

Cluster 1

Il cluster 1 è sul polo a sinistra del primo fattore; al polo opposto troviamo due cluster contrapposti tra loro: il cluster 2, in rapporto con il mondo della sanità, e il cluster 4 in rapporto con i luoghi di aggregazione e con questa ricerca. Nessuna variabile illustrativa è in rapporto con questo cluster: questa cultura appartiene a tutti gli intervistati.

La prima parola densa del cluster 1 è **casa**; co-occorre con parole che rimandano ai rapporti familiari: **figli, famiglia, madre, marito, sorella**. Il cluster evoca una famiglia che convive in una casa. Ci sono una coabitazione, un abitare insieme; si noti bene, simbolici. Non è necessario pensare alla traduzione in fatto di tale emozione. Non si constata un fatto, si dice di un vissuto: si condivide un'appartenenza caratterizzata dal legame familiare; in qualche modo si tratta di un'appartenenza fondata più su diritti e doveri derivanti dai ruoli familiari che dalla scelta. Segue **prendersi cura**. Questa appartenenza permette, ma anche prescrive, un prendersi cura. Torniamo sulla famiglia evocata. I primi membri citati sono i figli. Con gli anziani il ruolo di cura può ribaltarsi: chi è stato curato, oggi è chiamato a curare. Ai figli è richiesto di diventare genitori dei genitori. Segue **donna**: tradizionalmente, dall'antichità classica senza soluzione di continuità, alle donne della famiglia viene affidata la cura di tutti i membri in difficoltà di autonomia: bambini, malati, vecchi. È una funzione in crisi, lo abbiamo visto in diverse nostre ricerche (Paniccchia, Giovagnoli & Caputo, 2014). È tuttavia persistente l'attesa che si perpetui, anche per non aver trovato significative alternative (peraltro non promosse dalle politiche pubbliche) nei servizi, soprattutto pubblici, ma anche privati. "Donna" fa pensare anche alla badante, una soluzione a questa crisi forse specificamente italiana, dove si è tentato di prendersi cura dell'anziano con una figura che surrogasse le donne della famiglia, piuttosto che trovare soluzioni innovative e più pensate al problema (Paniccchia et al., 2014).

Segue la parola densa **ricoverare**: in primo luogo vuol dire riprendere, riacquisire⁴. Di qui, anche mettere in salvo. Il ricovero è l'azione di ricoverarsi o essere ricoverato soprattutto in luoghi di cura o di assistenza. In

⁴ Per l'analisi linguistica di questa e delle altre parole dei cluster abbiamo fatto riferimento al Vocabolario Treccani online (2022).

ambito medico vi si ricorre in situazioni di particolare complessità, sia per lo stato del paziente, che per i dispositivi tecnici di cui si ha bisogno, che per la necessità di osservazione prolungata. Con il ricovero si tratta, a termine, una crisi acuta del corpo del paziente. Ci possono però essere situazioni di lungodegenza, fino alla degenza permanente in strutture apposite, attrezzate per ospitare e assistere persone che non hanno la possibilità di vivere in modo indipendente. In questo caso, la messa tra parentesi della soggettività del paziente, a cui si chiede di sospenderla nella sua complessità e interezza fino alle sue dimissioni dal ricovero medico, è impossibile. La lungodegenza pone la questione della soggettività della persona ricoverata, che non si può più ignorare: la lungodegenza non è un intervallo nella sua vita, è la sua vita. Le strutture sanitarie o medicalizzate in cui avviene il ricovero, peraltro, tendono a riprodurre la scissione corpo degente/soggettività della persona, tendendo a ignorare quest'ultima, con l'aggravante dell'ulteriore sottovalutazione dei suoi vissuti cui è sottoposto l'anziano, come abbiamo avuto modo di studiare sia nella letteratura che attraverso vari casi, in un recente numero dedicato al tema "stato anziano" di Quaderni di Psicologia Clinica (Atzori et al., 2023; Bolli, 2023; Bonavita et al., 2023; Crisanti et al., 2023; Fedeli, 2023; Fini et al., 2023; Paoletti & Tomasello, 2023; Padiglione, 2023; Paniccchia, 2023a; Pirrotta & Bisogni, 2023). Il ricovero interrompe bruscamente la cura familiare, ne mostra l'insufficienza. Occorre un ricovero, l'essere messi in salvo altrove. Vengono alla mente case di cura per anziani, adibite a ospitare anziani autosufficienti, e RSA, dove sono sempre presenti un medico e degli infermieri, e sono per anziani non autosufficienti.

Segua la parola **uscire**. Andare da un interno a un esterno. Il ricovero richiede di abbandonare l'interno della casa, dell'appartenenza familiare; c'è una separazione, un lasciare la cura che coincideva con la casa. Inoltre, si va in un luogo, con il ricovero, da cui non è ovvio uscire, come si può fare dalla casa. Quando si è ricoverati si entra sotto la tutela di chi presidia il ricovero; c'è bisogno di autorizzazioni firmate, per uscire. Dal responsabile del ricovero, da sé stessi se si ha l'autorità di firmare. Non sempre l'anziano ce l'ha, non sempre gli viene riconosciuta. Questa è una componente molto rilevante del ricovero dell'anziano in una casa di cura o in una RSA: la sua partecipazione alla decisione di ricovero, la sua libertà nell'uscirne.

In effetti, dopo compare la parola densa **rubare**: sottrarre beni altrui. Il ricovero sottrae la libertà al ricoverato. Il cluster prende una piega drammatica, dolente, conflittuale. Rubare rimanda anche alle fantasie, frequenti nell'anziano, di essere derubato: quando perde il **controllo** di qualcosa (controllare è una parola densa del cluster), non pensa di averla smarrita, di essersi dimenticato, ma che ci sia qualcuno che lo ha derubato. È un segnale del deteriorarsi della persona anziana, del perdere il controllo su di sé. Parla di quanto si senta fragile, del sentimento di doversi difendere, di dover controllare. Di questo stato ci si **vergogna**, si cerca di **nascondere** agli altri, ma forse *in primis* a se stessi, con la fantasia di conservare ciò che si è stati.

Segue la parola **suoceri**; la cura, la decisione del ricovero, riguarda non solo i genitori, ma anche i suoceri, nell'appartenenza familiare che si lascia ci sono anche i suoceri da tenere presenti.

Poi c'è **casa di riposo** (più in basso, c'è **casa di cura**). Quindi **accudire**: dallo spagnolo *acudir*, accorrere, rifacimento di *recudir*, rimettere una cosa al suo posto, latino *recutere*, respingere indietro. L'accudire ha un senso di urgenza, di riparazione, che non ha la cura. Più in basso c'è **badare**: osservare, riflettere, indugiare guardando; di qui anche prendersi cura. Abbiamo già ricordato la badante. Segue **confondere**: mescolare senza distinzione e ordine. Badare e confondere, mescolare e osservare riflettendo evocano un lavoro in cui un disordine deve essere riordinato, un ordine viene confuso. Il ricovero, l'uscire dall'abituale vita familiare dove si aveva un ruolo (figlio, madre, marito, sorella, suocero) per diventare un anziano non meglio specificato, uscire da quella vita dove c'è la responsabilità su di sé della persona, che con il ricovero viene messa in discussione, richiede una rielaborazione, ove questa possa aver luogo, profonda, intensa, critica. Si può precipitare continuamente nella confusione sociale, mentale: che ruolo ho adesso? Chi sono ora?

Segue **cane** (più in basso c'è **gatto**); ci si dovrà separare anche da loro. Il cane, il gatto hanno più possibilità di restare nella casa, nella famiglia, di quanta non ne abbia l'anziano ricoverato. I fedeli amici, quelli che non sanno che il padrone, l'amico, è anziano, per cui è sempre la stessa amata persona, dovranno essere lasciati a casa. Segue **parenti**: il ricovero separa dai parenti? Parenti con cui non si sa che rapporto si avrà. Verranno, non verranno, ricorderanno, dimenticheranno? Si fa la conta delle separazioni. Segue **spazzatura**, e dopo la parola **nuora**, **buttare** e **solitudine**. Si viene buttati. Come una scarpa vecchia, si dice; come un oggetto che non serve più a niente. Ma quell'oggetto è un soggetto che vive, che si emoziona, che soffre la solitudine. Più in basso troviamo **deprivare**, **disperazione**, **inesistente**, **vergognarsi**, **dramma**, **timore**, **perdere**, **guai**. L'atto del ricovero appare come un dramma lacerante. Il dramma che lo studio della letteratura e dei casi (Bolli, 2023; Bonavita et al., Crisanti et al., Fini et al., 2023; Paniccchia, 2023a; Pirrotta & Bisogni, 2023) ci ha portato

a far coincidere non con l'età, ma appunto con l'essere fatti uscire, l'essere messi fuori da ogni forma abituale di socialità, l'essere ridotti all'isolamento sociale, l'essere desocializzati.

Il cluster 1 è il più drammatico. Parla della crisi familiare quando c'è un anziano non più autosufficiente, della crisi dei rapporti quando cessa una quotidianità prevedibile, fatta di dipendenza affiliativa, di affiliazione sicura.

Ricapitolando, possiamo dire che il cluster 1 mostra il dramma del ricovero come crisi di convivenza e momento di desocializzazione dell'anziano, come fase della vita entro cui una persona diventa anziana. Questo forse non sorprende. Sorprende che casa e casa di cura, separate nel cluster da una crisi emozionale drammatica, stiano insieme sullo stesso polo del primo fattore. Qualcosa di più potente della frattura tra casa e ricovero tiene insieme, nella contrapposizione fattoriale, queste due realtà: il cluster 1 si contrappone ad altri due, il 2 e il 4. Abbiamo detto che il cluster 2 è in rapporto con il mondo della sanità e che il cluster 4 è in rapporto sia con questa ricerca che con i contesti AFA e Centri Sociali Anziani, presso cui ci siamo recati per effettuarla. Anticipiamo che l'analisi di questi due cluster dice che entrambi parlano di un "fuori", di un contesto esterno, di un mondo più ampio sia della casa che dei luoghi del ricovero. In questi ultimi, casa e ricovero, il "dentro" recludente che si contrappone al "fuori" è più potente, nel vissuto degli intervistati, della differenza tra loro e fa sì che vengano avvicinate se non assimilate.

Casa e casa di cura/di riposo sono connotate in modo drammatico, non solo dalla crisi del passaggio tra l'una e le altre, ma in quanto condividono solitudine, deprivazione, desocializzazione. Emerge la difficoltà a prendersi cura di un "dentro" che, così scisso, separato, contrapposto al contesto sociale, non è più protettivo. Il rapporto sociale che si fa fragile entro la famiglia, nei luoghi del ricovero che "soffrono" la presenza dell'anziano "contamina" tutti; se le relazioni con il contesto si assottigliano o svaniscono, il "dentro" diventa un posto sinistro per chiunque. Non solo gli anziani, ma tutta la famiglia, tutti gli operatori dei luoghi del ricovero hanno bisogno di un contesto sociale con cui sentirsi in rapporto.

Cluster 2

Il cluster 2, contrapposto al cluster 1 sul primo fattore e al cluster 4 sul secondo, è in rapporto con le variabili illustrative Lunigiana, AFA, sesso maschile.

Le prime cinque parole dense sono **sanitario, pagare, medico, volontariato, pensione**. La prima parola è **sanitario**, la terza **medico**. Con il sistema sanitario nazionale si attua l'art. 32 della Costituzione italiana, che sancisce il "diritto alla salute" di tutti, ponendosi come un sistema pubblico di carattere "universalistico", finanziato dallo Stato attraverso la fiscalità generale e le entrate percepite dalle aziende sanitarie locali. Il suo esordio è nel dopoguerra, la sua attuazione è lenta, discontinua, in continuo cambiamento, attraversata da più esigenze e culture, anche in conflitto tra loro. Pensiamo a quella per cui la salute è un bene universale e gratuito, o a quella per cui è un bene necessario per l'equità verso i meno abbienti; o al "conflitto di interesse" tra pubblico e privato; o all'aziendalizzazione come attenzione al costo e al risultato più che alla qualità del servizio; o al temuto prevalere delle assicurazioni private – nell'indagine europea sulla salute promossa dalla Commissione UE i cittadini italiani sono preoccupati dalla compressione del sistema sanitario (Eurostat, 2019) – o alle differenze nella qualità dei servizi fra Nord e Sud Italia (Osservatorio Eurispes ed Enpam, 2023). Quanto all'età anziana, viviamo più a lungo, ma dopo i 65 anni, dei 21 anni circa che mediamente restano da vivere, più della metà saranno in condizioni precarie di salute: siamo al di sotto della media europea (Ancescao, 2020; Secondo Welfare, n.d). Con **sanitario** e **medico** co-occorre la parola **pagare**. La gratuità universalistica della sanità è tutt'altro che scontata. Si deve pagare in termini di danaro, ma anche in quelli di scontare la pena, espiare, subire le conseguenze dannose di qualche cosa. Pagare come costo economico, come perdita della salute e quindi anche di potere sociale, come accesso costoso, difficoltoso, ai servizi. Le parole che concernono il potere di spesa, il guadagnare, il pagare, la gratuità sono numerose; più in basso troviamo **soldi, guadagnare, sconti, bancomat, spendere, gratuità**. Subito dopo pagare c'è **volontariato**, che rimanda a dispositivi che integrino le prestazioni dei servizi pubblici e privati e fronteggino, con attività gratuite, fatte dai cittadini in nome della solidarietà, le carenze e il costo dei servizi pubblici e privati. La parola successiva è **pensione**: la principale prestazione previdenziale contemplata dal nostro ordinamento, ovvero la risorsa economica, il potere di spesa che l'anziano potrebbe ancora mettere in campo, cessata la sua partecipazione al mondo del lavoro. Seguono le parole **pubblico** e **Stato**. **Pubblico**: "che riguarda la collettività, nel suo complesso e in quanto ordine civile; in contrapposizione a privato, concerne lo Stato nell'esercizio delle sue funzioni e nei

rapporti tra quello e gli individui come soggetti privati”. Seguono **assistenza, privato, migliorare**, più in basso ci sono **garantire, vantaggio, ottenere**. Si evidenzia tutta la fatica insita nel rapporto utente-servizi sanitari, in particolare quelli pubblici; c’è la sconfirma dell’utopia del servizio pubblico a disposizione di tutti, subito. Troviamo la parola **barriera** e più in basso, **arrampicarsi**. Ci sono anche **handicap e bambini**, parole riferite a soggetti con scarso potere di richiesta nell’intervento sanitario. Non li si interpella sulle loro esigenze, perché si presuppongono e si prevedono, appiattendole sulla fattualità conformista di ciò che è bene e opportuno per loro. Con loro si accentua il già previsto ignoramento della soggettività dell’intervento sanitario. Ricordiamo alcune caratteristiche di quest’ultimo. La salute, dice Canguilhem (1966/1998), consiste nel silenzio degli organi. La medicina combatte ciò che si oppone al silenzio. Fornari (1976) parla di modello fallocentrico, dove si tratta “il male proprio come se fosse altro, per cui si lotta contro la malattia come alienità intrusiva e nemica” (p. 199). Nel rapporto collusivo che sostiene l’intervento fallocentrico c’è una delega del potere del paziente verso il medico, poiché ciò che accadrà, avverrà per il suo bene (Carli & Paniccchia, 1989). Per Parson (1951/1965) il ricorso al medico, in una società che esige salute produttiva, è dovuto. È perciò che si accetta una circoscritta dipendenza dal medico, in occasione della crisi, entro una dovuta alleanza contro il male altro (Carli & Paniccchia, 1989). Ma vecchiaia e malattia si sovrappongono (Carli, Paniccchia & Caputo, 2016a), non c’è una crisi reversibile. Si configura un rapporto continuativo con il sistema sanitario, viene meno il decidere di sentirsi ammalati di cui parla Canguilhem (1966/1998), in cui si istituisce quella relazione dipendente e reversibile in cui la soggettività del paziente è temporaneamente messa da parte per combattere il male altro. Con l’età anziana il rapporto è tra l’inezienza della persona anziana – non con un paziente la cui soggettività è per il momento messa a tacere – e sistema sanitario. Nel caso della soggettività non esclusa, Fornari (1976) parla di modello onfalocentrico. La malattia non viene trasformata in male altro, ma è integrata nella relazione di cura come proprietà non scindibile del paziente. Si tratta perciò di accettare il fallimento della fantasia del recupero di una condizione di salute.

C’è stato un tempo, nel nostro paese, in cui la sanità era pensata come contesto senza limiti, in quanto regolato dallo stato di salute da perseguire a tutti i costi. Questo scenario ha creato il paradosso dell’efficacia (Carli & Paniccchia, 1989), per cui gli obiettivi della sanità diventavano infiniti, se il fine era promuovere la salute dei cittadini e il loro benessere. Senza obiettivi come limiti condivisi circa l’efficacia della sanità, era impossibile definire e misurare la sua efficienza. Per il paradosso dell’efficacia, la sanità tendeva a sottrarsi alla verifica dell’efficienza, quindi a un suo miglioramento. Quella fantasia, sia pure oggetto di crisi profonda, persiste, e al tempo stesso le cose sono profondamente cambiate: c’è un sentimento di scarsità, povertà di risorse, di ribellione al limite dell’onnipotenza della sanità, che si sovrappone e confonde con il fatto che le risorse vengono effettivamente tagliate, limitate, spesso senza competenza organizzativa. **Assistenza, migliorare**, rimandano anche a una sorta di feedback che le persone danno al sistema perché diventi più accessibile. Ricordiamo le variabili illustrative: Lunigiana, AFA, sesso maschile. La cultura di questo cluster è in relazione specifica con i soggetti incontrati nel corso dell’intervento in Toscana; i ricercatori si sono presentati come chi agiva anche grazie alla committenza della Società della Salute della Lunigiana. È il cluster del rapporto tra servizi pubblici e cittadini, quello dove i soggetti interpellati parlano come clienti di un servizio che si sottopone, con la ricerca, a un riscontro. La variabile sesso maschile rimanda alla funzione di rapporto con l’esterno della famiglia tradizionalmente assunta dagli uomini, dal padre di famiglia. Gli intervistati si sono sentiti conferire un potere di feedback, di committenza, di domanda, entro un rapporto diretto con i loro servizi.

Cluster 4

Il cluster 4 si contrappone sul primo fattore al cluster 1, quello della casa e dei luoghi del ricovero divisi dalla crisi del passaggio dall’una agli altri, ma uniti dall’essere entrambi un mondo “interno”, chiuso intorno al suo problema, escluso, separato dal mondo esterno del vasto, articolato contesto sociale e, perciò, a rischio di isolamento e desocializzazione. Sul secondo fattore si contrappone al cluster 2 un mondo esterno alla casa e ai luoghi del ricovero, quello della sanità che si occupa dell’età anziana, esclusa da tutti gli altri mondi esterni, in particolare quello della vita produttiva. La sanità si occupa dello stato anziano con un costo: l’età anziana e la famiglia dell’anziano hanno un potere di committenza debole. Le variabili illustrative in rapporto con questo cluster sono: maschi, cittadini, interviste.

Le prime cinque parole dense sono lavoro, giovane, generazioni, vecchio, socializzare. **Lavoro e giovane** sono le due condizioni da cui lo stato anziano è escluso: non c’è più la gioventù, non c’è più il lavoro. La successiva

parola densa, **generazioni**, rimette in discussione il rapporto tra giovani e anziani, con il gioco delle differenti generazioni che si susseguono: con le classi di età viste come generazioni, si succedono anche epoche, culture, stili di vita. La generazione si contestualizza nella storia, si qualifica in modi diversi dall'età, la anima (Cavalli, 1994). In questa ottica l'anziano, oggi non più depositario di saperi da trasmettere, è però testimone, nella contemporaneità, dei cambiamenti culturali che si sono susseguiti nella sua vita. Segue **vecchio**. Il vecchio non è l'anziano. L'anziano ha più anni, anche molti, di un giovane, è una questione di età. Ma l'età maggiore (contrapposta come più grande a minore, a più piccolo) ha anche individuato, in diverse epoche, persone al potere: il collegio, il consiglio degli anziani. Oggi i *boomer* detengono poteri tanto politici che sociali (Paniccia, 2023a), e sono quelli che posseggono le risorse economiche entro il divario generazionale (Paniccia et al., 2019). La parola vecchio non evoca una questione di anni, ma di obsolescenza: indica ciò che entro il passare del tempo diventa obsoleto, superato, deteriorato. Ciò che diventa spazzatura. Brutto vecchiaccio. Vecchia strega. Questa cosa è vecchia, è da buttare. Vecchia è la persona che, subendo il processo di desocializzazione, diventa invisibile, priva di potere sociale, viene messa da parte, è un morto vivente (Fini et al, 2023). È un corpo in attesa della morte, quello del cluster della sanità, curato entro i sospetti di ageismo rivolti alla sanità, privato della soggettività in un modo permanente, non temporaneo come avviene per il paziente. Di ciò si è accorta da tempo la medicina narrativa (Charon, 2019) e nel numero di Quaderni di Psicologia Clinica dedicato agli anziani sono molti i casi che testimoniano quanto andiamo dicendo (Bolli, 2023; Crisanti et al, 2023; Fedeli, 2023; Pirrotta & Bisogni, 2023). La parola successiva, dopo anziani, è **socializzare**. Questo termine compare nell'Ottocento avanzato, entro istanze di cambiamento sociale, con il senso politico di mettere in comune risorse: si pensi a una politica che propone il passaggio da proprietà privata a bene pubblico. Di qui si coglie anche il significato che socializzare ha come inserire o reinserire nel tessuto sociale categorie a potere debole, come i vecchi e le persone con disabilità. Più in generale, essere in un processo di socializzazione vuol dire divenire membro di una società, apprendendone e condividendone le regole, la cultura. Quindi significa anche affiatarsi, fare amicizia, stringere rapporto. Socializzando si evita di precipitare nello stato di persona vecchia, da emarginare (Accademia della Crusca, n.d.). Si resta nel contesto dei vivi, delle persone che conservano il potere di parola, la cui parola conta, incide sulla realtà. Poi ci sono **studiare** e **insegnare**. Se al posto del liberarsi delle cose vecchie si apprezzano le differenze culturali, anche del passato, la storia, le diversità generazionali diventano oggetto di studio e insegnamento, sono fonte di apprendimento. La **spazzatura** diventa risorsa per il più ampio contesto sociale. Segue **gruppo**: si evoca un incontro, lo stare insieme che permette il socializzare; poi c'è **ginnastica**. In Lunigiana questa ricerca si è rivolta a persone che praticano ginnastica dolce; più in generale, quando sono state incontrate organizzazioni, sia in Toscana che nel Lazio, sono stati realizzati dei focus group, dando la parola ai partecipanti. Nel cluster si evocano anche le occasioni di socializzazione che la ricerca ha messo in atto. Si è trattato pure di incontri tra giovani ricercatori e anziani partecipanti, entro l'occasione di studio, di apprendimento che la ricerca si proponeva. I ricercatori, entro una metodologia esplorativa, hanno proposto alle persone incontrate: diteci, parlateci di voi, fateci capire la vostra situazione, i vostri vissuti.

Il cluster 4 è perciò un mondo esterno connotato da una socializzazione che si contrappone sia all'isolamento del cluster 1, che al mondo esterno della sanità, caratterizzato dai costi che comporta tra cui, forse, il più alto è la rinuncia permanente alla soggettività, al potere di parola. Nel cluster 4 c'è l'opposto: la parola, il vissuto, sono centrali, sono richiesti. Seguono **passato, psicologo, imparare, cultura, scambio, parlare, insieme, ricordare, memoria, valore, curiosità**. Queste e altre parole che si susseguono nel cluster evocano un mettersi in gioco, insieme ad altri, entro una reciprocità che permette un confronto discorsivo, esplorativo, una traduzione di emozioni in parola scambiata. Se ci si dedica a realizzare qualcosa insieme ad altri, si è in un contesto che ha carattere di scelta, un contesto non "dato". I contesti lavorativo, genitoriale (quando si era ancora con tale funzione, e non nei termini rovesciati di essere diventati dipendenti dai figli), possono essere vissuti come dati, garantiti dall'obbligo: "volenti o nolenti" garantiscono la socialità. Anche il contesto del cluster 2, quello della sanità, contrapposto a questo cluster sul secondo fattore, è "dato": dall'obbligo di curare e di curarsi. Di nuovi possibili contesti, come quelli in cui ci si incontra nella ricerca, e quello della ricerca stessa, si coglie, poiché scelti, anche la **precarietà**, la **stabilità** non garantita. Se ne sperimenta il valore di costruzione se, e solo se, se ne vedono risorse, *in primis* quella del proprio **desiderio** di esserci e di farli funzionare e continuare a vivere. Le variabili illustrative maschi, interviste, cittadini, sono coerenti con la cultura del cluster: un mondo esterno connotato da una capacità di socializzazione. Gli intervistati sono in buona parte "in salvo" dal processo di desocializzazione proprio dell'età anziana.

Sintesi del primo e del secondo fattore.

Sul primo fattore si evidenzia la situazione che abbiamo ipotizzato qualificare lo stato anziano: il processo di desocializzazione. Sul polo di sinistra, con il cluster 1, troviamo la crisi provocata dall'isolamento. L'isolamento concerne luoghi qualificati dall'essere un "dentro" più isolato e recludente che protettivo. In questo "dentro" sono inclusi sia la casa di famiglia che i luoghi del ricovero. La casa della persona anziana, il rapporto con i familiari deputati ad assisterla, i luoghi del ricovero sono scissi da un mondo esterno che troviamo sul polo di destra del fattore, con due cluster contrapposti tra loro. I due cluster sono il 2, dove c'è la sanità, e il 4, dove ci sono luoghi non sanitarizzati di incontro: la ginnastica dolce della Toscana, i Centri Sociali Anziani di Roma, e non ultima la ricerca che stiamo effettuando, che ha creato occasioni in cui prendere parola insieme, confrontarsi.

Torniamo sull'isolamento della famiglia. Nonostante gli sforzi dello Stato e della sanità per sostenere le famiglie nella cura e nell'assistenza agli anziani, il maggiore carico, non solo fattuale ma anche simbolico, sotto forma di attesa "obbligante" che si occupino dell'anziano, resta a loro. Una ricerca realizzata da SPS nel 2014 sul ruolo della badante evidenziava come il badantato fosse sintomatico dell'incapacità delle politiche sociali italiane di cogliere problemi di cura e assistenza in evoluzione. In quello e altri studi si rileva come si persegua la salvaguardia di una supposta famiglia "tradizionale", non cogliendo né supportando cambiamenti in atto (Paniccia et al., 2014; Pugliese, 2011; Sgritta, 2009). Al contempo si evidenziava una dinamica relazionale, nel rapporto tra famiglie e badanti (che potremmo estendere al rapporto tra famiglie e strutture di ricovero) definita "di corto circuito della funzione sostitutiva" (Paniccia et al., 2014, p. 72), in cui si chiede a un operatore di riprodurre, in modo surrogato, agiti emozionali caratterizzanti la cultura del cliente, in questo caso delle famiglie. In altri termini, le famiglie non si aspettano tanto di veder realizzate azioni di supporto che non riescono a sostenere e che per questo affidano a un servizio, quanto piuttosto che gli operatori le attuino come se non fossero entrati in scena altri soggetti, oltre la famiglia. Tale riproduzione dell'azione familiare sarebbe già di per sé un problema, dal momento che non contempla la necessità di occuparsi della differenza inevitabile che si sta mettendo in campo nel momento in cui la famiglia chiede un aiuto esterno. Ma a questo si aggiunge anche l'attesa che si mettano in atto azioni proprie di una "famiglia ideale", quelle che la stessa famiglia non potrebbe mai realizzare (Paniccia, 2012).

L'isolamento che connota il cluster 1 è un problema sia dei curanti (che siano i familiari o gli operatori dei luoghi del ricovero) che dell'anziano. Chi si occupa dell'anziano rischia di precipitare nella medesima desocializzazione, di perdere in misura analoga un potere di presenza nella vita sociale. Se nel cluster 1 la casa familiare e i luoghi del ricovero si ritrovano insieme, come un interno di isolamento, nella contrapposizione al mondo esterno che si trova sul polo di destra del fattore, non manca però una crisi importante nel passaggio dalla casa familiare al ricovero, con un sentimento di allontanamento e di perdita. C'è il dramma del ricovero, una crisi di convivenza nel momento in cui una persona anziana viene allontanata da quel relativo rapporto con il contesto sociale che l'appartenenza familiare ancora poteva rappresentare. Al tempo stesso, casa familiare e luoghi del ricovero sono associati dall'isolamento: la famiglia che assiste l'anziano, le persone che operano nei luoghi del ricovero sono spinte ai margini della convivenza sociale da questa assistenza.

A questo scenario si contrappone, come dicevamo, l'intervento sanitario del cluster 2 e quello del "parlare insieme" dell'intervento non sanitarizzato del cluster 4, contrapposti a loro volta sul secondo fattore.

Il complesso ambito della sanità è l'unico contesto esterno "dato", non costruito da una qualche forma di iniziativa e di intervento locali e contingenti, che nella ricerca appare ancora accessibile per la situazione anziana. È quindi di grande rilievo anche se, al contempo, richiede notevoli pagamenti, tanto fattuali che emozionali. Con la sanità la situazione anziana, e l'anziano in primo luogo, hanno una committenza debole (la sanità pensa di sapere già cosa è bene e opportuno fare, senza bisogno di interpellare l'anziano) e un'accentuata esclusione della soggettività.

Al contrario, i contesti di incontro promossi da AFA, Centri Anziani, dalla ricerca in corso – tutti contesti esistenti grazie a iniziative locali e contingenti – ridanno la parola alle persone, che siano gli anziani come pure chi si occupa di loro, e permettono integrazione. Questi servizi possono essere visti in rapporto con la gerontologia sociale, che decostruisce, in un'ottica pluridisciplinare attenta al contesto, alle culture e alla storia la naturalità del processo di invecchiamento (Cumming & Henry, 1961) e introduce il concetto di invecchiamento di successo fondato sul contrasto alla desocializzazione (Havighurst, 1961). La nostra ricerca

dice che questa possibilità c'è, ma anche che va continuamente costruita, coltivata e mantenuta. Come costruire tali condizioni di realizzabilità, è un interrogativo importante.

Fattore 3

Sul fattore 3 si contrappongono tra loro cluster 3 e cluster 5

Cluster 3

Il cluster 3 si contrappone sul terzo fattore al cluster 5. Il cluster non è in rapporto con nessuna variabile illustrativa; è perciò una cultura trasversale a tutti gli intervistati. Le prime cinque parole dense sono **aiutare, limiti, morire, malattia, fisico**. **Aiutare** “prestare ad altri la propria opera in momenti di difficoltà o per cose che non sarebbero capaci di fare da soli”. Certo, c'è anche “aiutami che Dio t'aiuta”, ma aiutare, l'andare verso l'altro per soccorrerlo, sconfirma quell'individualismo che fa dell'autonomia (presente nel cluster, ma con parole molto meno centrali di aiutare: **autonomia, indipendenza** e più in basso ancora **autosufficienza**) un ideale del nostro tempo da perseguire. L'aiutare riconosce, legittima la non autosufficienza, indicando nel prestare aiuto un'azione che nella nostra cultura si colloca in un continuum, ma anche in una confusione, tra atteggiamento basato su valori e competenza. Il regolamento di un Corso per *helping professions* che è stato tenuto dall'Università di Bologna recita:

Per *helping professions* s'intende un vasto campo di professionisti impegnati in diversi ambiti, dal sociale-sanitario a quello della sicurezza. Il riferimento è a forze dell'ordine, medici, operatori sanitari, terapisti, assistenti sociali, educatori, psicologi, psichiatri. [Nelle *helping professions* i soggetti sono coinvolti in scambi] che li vedono a titolo diverso protagonisti secondo logiche necessariamente asimmetriche e con risorse diseguali ma orientate al raggiungimento di un progetto comune (Dipartimento di Sociologia e Diritto dell'Economia Università di Bologna, 2015, p. 1).

Il baricentro del progetto formativo del Corso è sul disagio che l'aiuto provoca negli aiutanti: “Attualmente, nel nostro Paese non esiste un servizio né una formazione specifica (se non legata ai soli aspetti tecnico specifici) dedicata al benessere e alla salute psicofisica di chi, per professione, si occupa di relazioni complesse” (Dipartimento di Sociologia e Diritto dell'Economia Università di Bologna, 2015, p. 1). Questa centratura sul disagio di chi aiuta non è eccezionale e trascura altri rilevanti problemi. Chi aiuta può agire l'asimmetria della relazione di aiuto, “aggredendo” (in vari modi, anche paternalistici, protettivi) chi è in posizione minoritaria. Ancora: il *burnout* spesso ha motivazioni nel fallimento collusivo della cultura dell'aiuto, ad esempio ove medicalizzata: più dello stato critico dell'utenza, incide nel disagio l'incompetenza organizzativa del servizio. A titolo di esempio, ricordiamo come le cure palliative abbiano dovuto trovare spesso ospitalità in spazi separati dall'ospedale, che “non tollera” il fallimento delle terapie.

Dopo aiutare, c'è **limiti**. Questa è la prima co-occorrenza del cluster: aiutare/limiti. Limite: “confine fattuale ma anche ideale, l'estremo grado a cui si può giungere, il termine che non può o non deve essere superato, o il cui superamento ha per effetto un mutamento”; ad esempio, l'età alla quale cessano o hanno inizio determinati diritti o rapporti. L'avanzare dell'età, forse come nessun altro evento della vita, ci ricorda che abbiamo a che fare con dei limiti, di cui forse il più esemplare, potente nella sua misteriosa irreversibilità, è la morte. La terza parola densa è **morire**. La quarta è **malattia**, “lo stato di sofferenza di un organismo, prodotto da una causa che lo danneggia, e i fenomeni reattivi che ne derivano”. Ancora un limite, con cui si può essere, anche molto duramente, confrontati. La malattia con l'età anziana cessa, il più delle volte, di essere una crisi di cui si attende la risoluzione tramite un'efficace terapia, ma diviene una situazione costante, cronica, mutando profondamente lo stato della persona, incidendo sulla sua stessa identità. Quella persona è diabetica, cardiopatica... La quinta parola è **fisico**: si evocano il corpo umano, la sua materialità, la rilevanza del corpo nello stato anziano. Il corpo viene in primo piano, incapace, oramai, costantemente, ogni giorno di più, di quel silenzio degli organi di cui parla Canguilhem (1966/1998). Seguono parole che sottolineano l'importanza che questo corpo si muova. Soprattutto che non perda la capacità di andare verso il mondo della socialità, dei vivi, degli attivi: **mobilità, vicinanza, macchina, fare la spesa, guidare, spostarsi**. Questo movimento porta fuori

dalla casa. Ricordiamo che la casa, nel cluster 1, finisce con il diventare, se non se ne esce, il luogo dell'isolamento, della reclusione, perdendo la caratteristica di riparo e protezione. Segue **consapevolezza**; dopo arrivano la **paura** e la **fatica**. Quest'ultima non è solo fisica, perché si evocano la **mente** e il **cervello**; poi ci sono **tristezza**, **peso**, **soffrire**. Si dicono sentimenti e li si accompagna con la **consapevolezza**: un sapere, un vedere ciò che sta accadendo. Forse anche con un non poter evitare di vedere e sapere, tanto gli eventi che fanno provare fatica e paura sono ineludibili, pressanti. C'è il confronto con il limite del tempo che passa, del corpo che decade, del mondo che si teme si faccia più piccolo, fino alla reclusione, se non ci si muove, se non si esce di casa. Pensiamo all'attenzione della sanità, degli specialisti, della psicologia, della psichiatria per i deficit che possono segnare, cognitivamente, l'età anziana. Confrontiamo questa attenzione, che rischia di divenire esclusiva, con il fatto che qui si evocano mente e cervello, ma non per il timore della loro decadenza. Mente e cervello sono associati al provare emozioni. Alla **tristezza**, alla **fatica**, alla **paura**, al **soffrire**. Sì, fatica e sofferenza rimandano anche al corpo di cui si avverte, come mai prima, il peso. Quando avverti quanto è faticoso muoverti, o quanto è pesante il tuo corpo se qualcuno deve spostarlo per te, quando non ce la fai più, quando le **gambe** tradiscono. Ma tutte queste parole, **peso**, **fatica**, **sofferenza**, **soffrire**, sono anche, al tempo stesso, intensamente, emozioni. In questo cluster il corpo che fa fatica, che non si muove più come prima, è quanto mai centrale, entro un significato che è, al tempo stesso, fattuale ed emozionale. Più in basso c'è la parola **letto**, che rimanda al riposo ma anche all'allettarsi, al corpo che cessa drammaticamente di muoversi, all'essere confinati, inerti, in uno spazio minimo, lontani da ogni socialità che non sia quella della cura e dell'assistenza, fino all'ultimo atto, alla morte. Ci sono perciò anche **curare**, **agevolare**, **salute**, e più in basso **forza** e **libertà**: si declinano le perdite di forza, di libertà, ma anche le attese verso l'aiuto, con cui il cluster ha esordito, che ha a che fare con la **libertà**, la "capacità del soggetto di agire (o di non agire) senza costrizioni o impedimenti esterni e di autodeterminarsi".

Cluster 5

Il cluster 5 si contrappone sul terzo fattore al cluster 3, quello della rilevanza dell'aiuto e del movimento che porta verso la libertà. Le variabili illustrative in rapporto con il cluster sono donna con meno di 30 anni e sesso femminile.

Le prime cinque parole del cluster sono **solitudine**, **nonni**, **amicizia**, **giocare**, **carte**. La **solitudine** è la condizione di chi è solo, come situazione passeggera o duratura. Viene accompagnata da connotazioni estreme: beata solitudine, la più nera solitudine. Treccani dice "finalmente un po' di pace!"; ma anche "trascorrere la vecchiaia in solitudine" come triste condizione. Si evoca la condizione dell'essere l'umano, un animale sociale, con tutta l'ambivalenza che da sempre la accompagna. Non si può fare a meno degli altri. **Isolamento** è la settima parola del cluster: "provvedimento con cui una persona pericolosa, perché malato infettivo, perché delinquente, viene separata dagli altri. È anche condizione di egoismo, misantropia, disgrazia per cui si vive in solitudine, privi di amici; o di chi, pur vivendo tra agli altri, si sente abbandonato a sé". La centralità della socialità nella vita umana la rende tanto desiderabile, quanto, nella sua necessità, un vincolo che può divenire odioso. L'elaborazione di questa condizione, il nostro essere sempre dentro le relazioni e il viverlo come occasione di arricchimento, di vitalità, o come vincolo detestabile è al centro del pensare emozioni, del lavoro psicologico clinico. Solo è anche "unico nel suo genere, senza altri della sua specie". Viene alla mente la tigre dalla Tanzania, il malinconico animale di cui si fece in tempo a prendere l'immagine dell'ultimo individuo, prima dell'estinzione.

La seconda parola è **nonni**. I genitori del padre o della madre (più in basso c'è **padre**). Ci si colloca all'interno di una sequenza generazionale, della generatività, entro i fondamenti della socialità, con un ruolo dato, appunto, dall'essere dentro questa sequenza. Non è una socialità (necessariamente) voluta e costruita, ma data entro il legame familiare. In qualche modo, è una socialità garantita, quasi "naturale". Quasi: c'è anche la storia, il mutare di questo ruolo (SPS, 2023). Non ci sono mai stati tanti nonni. E così pochi **nipoti** (la sesta parola del cluster). Pochi, ma impegnativi: i nonni sono chiamati, forse come mai, ad assistere bambini. Nonni rimanda così a due valide motivazioni per essere entro la socialità: la sequenza generazionale, e la loro utilità, a volte indispensabilità, nel permettere alle nuove famiglie, dove padre e madre lavorano, di avere bambini. Nel cluster 3 l'anziano chiede aiuto, nel cluster 5 lo dà. Nel cluster 3 ridiventa come un bambino piccolo ove perdesse il movimento, la capacità di muoversi in autonomia; qui resta un genitore che si occupa dei piccoli. Entro la dinamica della famiglia troviamo anche, più in basso, la parola **cimitero**: il luogo dove ci si ritrova

tra generazioni, anche le remote e che, non di rado, è motivo, per un anziano, di uscire, andare a trovare i suoi, quelli che lo hanno preceduto nella morte; è, a suo modo, un luogo di specifica socialità. Dopo **solitudine** e **nonni**, la terza parola densa del cluster è **amicizia**. Non ci sono solo le relazioni date dal legame familiare, ci sono anche i rapporti dove ci si sceglie, l'**amicizia**. Vincenzo Padiglione (Padiglione, 2023) indica nell'amicizia un paradigma di socialità con una potenza analoga alla famiglia, soprattutto nella contemporaneità; una recente ricerca sui mutamenti della famiglia indica nella rete di rapporti dove ci si sceglie una nuova, vitale forma di legame familiare (SPS, 2023).

Segue **giocare**. Forse viene in mente il gioco come marginale passatempo, ma il giocare ha da sempre rivestito, in tutte le culture e tutte le epoche, e non solo per i bambini, una rilevante funzione di organizzatore della socialità come alternativa, contrapposta o complementare, all'azione politica o religiosa. Segue **carte**. Giocare a carte è un modo di incontro delle persone che frequentano i Centri Sociali Anziani a cui ci siamo rivolti. Il gioco organizza, permette l'incontro, anche andando oltre differenze che forse lo renderebbero più complesso. Non è neppure necessario essere amici, per ritrovarsi intorno a un tavolo dove si gioca a carte e, al tempo stesso, giocare insieme permette appuntamenti, reiterazione garantita dell'incontro, e con questo, salvezza dall'isolamento. Più in basso c'è **scacchi**, ancora più in basso **burraco**. Segue la parola densa **rete**, intreccio di fili, tessuto a maglie. Ma fare rete vuol dire condividere risorse, obiettivi comuni, riconoscere e costruire relazioni. La rete è anche il nuovo universo delle relazioni online: più in basso c'è **facebook**. Essere in una rete di rapporti mette in comune risorse, la reciprocità prevale sull'asimmetria che connota l'aiuto del cluster 3. Seguono **supportare**: sostenere, spalleggiare, appoggiare. Poi c'è **accompagnare**. Compagno è colui che mangia il pane con un altro. Accompagnare è condivisione.

Nel cluster C5 c'è la consapevolezza che la socialità costruita dalla scelta, dal desiderio, è la risposta alla **solitudine**.

Sintesi del terzo fattore

La contrapposizione del cluster 3 (la necessità di ricevere aiuto, entro rapporti dove è doveroso darlo) e del cluster 5 (l'importanza dei rapporti entro relazioni più simmetriche e scelte) evidenzia come la crisi del fallimento collusivo relativa all'emozione prescritta dell'autonomia e dell'indipendenza individuale, se non elaborata, renda difficile trovare risorse per rimanere in rapporto con il contesto della socialità. Sulle variabili illustrative in rapporto con il cluster, donna con meno di 30 anni e sesso femminile: gli stati femminile e femminile/giovanile forse permettono di comprendere meglio il valore delle iniziative che possono essere prese, per contrastare la desocializzazione, in contesti caratterizzati da una socialità vicina, prossima: quelli familiare e amicale.

Fattore 4

Sul fattore 4 si contrappongono il cluster 1, quello dell'isolamento subito entro processi di passivizzazione inarrestabili, e il cluster 5, quello dell'importanza dei rapporti e della possibilità di desiderarli e perseguirli. I due cluster richiamano le condizioni entro cui si mantengono o si perdono i rapporti. Questo è il tema centrale di tutto lo spazio fattoriale.

Sintesi dei dati

Ricordiamo che la ricerca sullo stato anziano è stata realizzata nei corsi di attività fisica adattata (AFA) della Lunigiana, in due Centri Sociali Anziani di Roma, presso due gruppi di cittadini dei due territori. Aveva una doppia committenza: SPS Studio di Psicosociologia, un'agenzia romana che fa consulenza e formazione, e la Società della Salute della Lunigiana. Abbiamo esplorato la rappresentazione dello stato anziano, per migliorare i servizi offerti.

Abbiamo ottenuto un piano fattoriale con cinque cluster. Sul primo fattore si contrappongono il cluster 1 della desocializzazione e dell'isolamento, dove troviamo tanto la famiglia quanto i servizi che accolgono gli anziani

come residenti, e due cluster a loro volta contrapposti tra loro, il cluster 2 e il cluster 4, che potremmo entrambi definire della risocializzazione.

Il cluster 2 parla della sanità. È l'unica istituzione presente come luogo di risocializzazione dello stato anziano; la sola, in altri termini, in grado di riconoscere lo stato anziano come ancora incluso nella socialità. Con caratteristiche complesse nella relazione anziani - sanità: sono presenti diversi "ostacoli" nel vivere questo rapporto; tuttavia, la sanità è un caposaldo in questo panorama.

Il cluster 4 parla invece di puntuali iniziative volte a ricucire il rapporto con lo stato anziano, a reincluderlo nella socialità. Il cluster 4 esordisce proponendo l'anziano come risorsa per la collettività. Si rimette in discussione il rapporto tra giovani e anziani, evocando le generazioni che si susseguono come epoche, culture, stili di vita. In questa ottica l'anziano, non più depositario di saperi da trasmettere, è però testimone dei cambiamenti culturali che ha vissuto e che può proporre ai più giovani come alternativa a un sentimento di essere appiattiti nel presente. A partire da questa premessa, le iniziative con cui si ricuce la relazione con lo stato anziano non sono organizzazioni permanenti, con carattere istituzionale, ma decise e costruite in base a iniziative specifiche. In questo cluster troviamo le AFA della Lunigiana, agenzie private coordinate dalla Società della Salute, con la loro attività di ginnastica dolce. C'è poi la Società della Salute committente di questa ricerca, che, ricordiamolo, fa parte della sanità. In questo cluster è centrale il recupero della parola come agente di risocializzazione, ovvero di una parola in grado di dare senso alla realtà che si condivide. Il cluster 4 ha una importante specificità. Dei cluster sinora considerati è forse l'unico, attraverso la ricerca, a occuparsi di tutti i protagonisti: non solo l'anziano, come avviene con gli AFA, non solo l'anziano e la sua famiglia, come avviene con la sanità del cluster 2, ma anche gli operatori della sanità, le associazioni, i sindaci, chiamati non a realizzare la loro attività, ma a darle senso, parlandone. Il cluster 4 è forse anche l'unico a occuparsi delle persone "contagiate" dallo stato anziano, quelle che vengono trascinate a loro volta in un'area di esclusione dalla socialità, poiché se ne occupano.

Gli altri due cluster sono il cluster 3 e il cluster 5.

Il cluster 5 si contrappone, sul 4 fattore, al cluster 1 della desocializzazione. Anche il 5 è un cluster della risocializzazione. Lo sono anche il cluster 2 e il 4: il 2 è il cluster della risocializzazione garantita dall'istituzione sanitaria attraverso l'essere riconosciuti come pazienti, il 4 è quello dove si vivono esperienze di risocializzazione grazie ad accessibili contesti di incontro, aperti allo stato anziano, come le AFA, ma anche grazie a puntuali interventi mirati, volti a ridare potere di parola alle persone desocializzate implicate nella questione, come questa ricerca, che viene evocata nella sua rilevanza di incontro, comunicazione dei propri problemi, occasione di renderli oggetto di studio. Il 5, invece, è il cluster della risocializzazione affidata alle risorse della vita quotidiana, ove queste vengano riconosciute e valorizzate. Vi ritroviamo la famiglia, già presente nel cluster 1 della desocializzazione, ma non la famiglia isolata perché contagiata dallo stato anziano; è la famiglia generativa, dove l'anziano può divenire nonno e ritrovare un ruolo sociale. La famiglia è il primo ambito della quotidianità proposto dal cluster come in grado di accogliere l'anziano come componente vitale e produttiva. Subito dopo c'è l'amicizia. Nelle relazioni di amicizia non c'è "pensionamento", ed entro certi limiti, nemmeno l'invecchiamento. L'amicizia c'è fino a quando c'è vita, fino a quando è possibile "muoversi" (qui anticipiamo un dato del cluster 3, che parlerà molto di questa emozione) inteso come capacità di non precipitare nella passività emozionale e fisica, anche confuse tra loro. Infine c'è il gioco. Come non pensare ai Centri Anziani? Una volta entrato nel gruppo dei giocatori, si avrà diritto di farne parte. È un'occasione di incontro a portata di mano. Non richiede la complessa costruzione dei rapporti familiari e di amicizia. Si può decidere se andare all'ultimo momento. Questo non esclude la complessità della relazione sociale, ma appare come una facilitazione. Non a caso il gioco, come abbiamo ricordato, è stato concettualizzato come una delle matrici della relazione sociale. Come diceva Huizinga nel suo *Homo Ludens* (1938/1967) la socialità si regge sul gioco.

Quanto al cluster 3, contrapposto al 5 delle risorse della vita quotidiana, si presenta come quello in cui si teme di "morire" prima del tempo, di precipitare in una solitudine immobile. Esprime la drammatica emozione di essere a rischio di un mortifero isolamento. Nel cluster 1 l'isolamento ha già avuto luogo, qui se ne sente intensamente il pericolo. E si chiede aiuto. Questa è la risorsa di questo cluster. Si riesce a chiedere aiuto: si accetta il fallimento della prescrizione di autonomia intesa come saper fare senza gli altri. Ci si può orientare verso una competenza ben più utile e complessa: saper vivere l'interdipendenza. Una nota: non compare né in questo cluster né in altri il problema della decadenza cognitiva in quanto tale. Ogni decadenza è vista come pericolosa solo se spinge verso la desocializzazione; è interessante che la decadenza cognitiva non sia vista come un fattore determinante in tale senso.

Riassumendo, il problema centrale è quello della desocializzazione. Ci sono due cluster che la rappresentano: l'anziano in famiglia e negli istituti che lo accolgono la vive insieme a chi si occupa di lui (cluster 1); l'anziano solo la teme come un precipizio in cui cadrà, se non viene aiutato a mantenere relazioni sociali (cluster 3). Ci sono poi tre cluster della risocializzazione: il punto fermo dell'istituzione sanitaria (cluster 2), le iniziative in cui incontrandosi si riprende potere di parola (cluster 4); le occasioni della vita quotidiana che, se riconosciute, permettono di riavere un ruolo sociale.

Prospettive di intervento

Rimandiamo a un intervento che è in corso in Lunigiana, a partire da questa ricerca (Icaro, 2024). Aggiungiamo alcune note. Riconosciuta la desocializzazione come il maggiore problema di cui occuparsi, ognuno dei cluster individuati indica delle possibilità specifiche di intervento: recuperare il rapporto con gli istituti in cui risiedono gli anziani; trattare le fantasie di contagio degli operatori, dei ricoverati, delle famiglie; intervenire nella sanità con l'intervento psicologico che recupera la soggettività; incentivare e supportare le iniziative puntuali con cui dare parola a chi vive lo stato anziano e a chi se ne occupa; aiutare a individuare le situazioni di vita quotidiana in cui si recupera un ruolo sociale; ascoltare la richiesta di aiuto di chi, precipitando nello stato anziano, teme di morire prima del tempo entro una asocialità passivizzante.

Conclusioni e prospettive di intervento

L'insieme della cultura individuata conferma la rilevanza, nello stato anziano, del processo di desocializzazione. Una caratteristica centrale di tale processo è l'essere privati del potere di parola. Si entra nello stato anziano, se vengono meno i contesti in cui è, più o meno relativamente, garantita la parola che conta, quella per cui una persona, parlando, ha il potere di definire, insieme ad altri, la realtà che la circonda. Si pensi alla rilevanza, più volte denunciata, ad esempio dagli storici, della parola maschile rispetto a quella femminile, nel definire "come stanno le cose". Si pensi alla rivalsa delle donne, nel riprendersi tale parola entro l'ambito della famiglia (SPS, 2021, 2022). Si viene privati del potere di parola, quando si ha un ruolo sociale dove la parola non ha potere, appunto, nell'organizzare la relazione e la realtà condivisa, ma parla solo di te, e più specificamente, delle tue caratteristiche, in una sorta di perpetua anamnesi. Lo stigma psichiatrico è tra i più noti: se un diagnosticato si arrabbia entro un rapporto, si pensa derivi dalla sua disregolazione emozionale, non se ne coglie la valenza di comunicazione. Anche se ha buoni motivi per arrabbiarsi, non ha più il potere di comunicarlo. Oppure, si pensi alla diagnosi di disturbo oppositivo provocatorio (DOP) nella scuola, sempre più orientata a trasformare crisi della relazione scolastica in problemi individuali diagnosticabili (Bisogni et al., 2016; Carli, 2016; Paniccia, 2024; Valentini, 2022).

Lo stato anziano, come lo stiamo studiando in questa ricerca, non è un individuale problema di età. Si tratta di un sentimento di esclusione dalla vita sociale, in rapporto con l'età ma non definito da precise soglie di quella, alimentato entro un contesto di rapporti collusivamente costruito. Si tratta perciò di uno stato contagioso, contaminante persone e organizzazioni che hanno a che fare con quello stato (cluster 1).

Questo è tanto più vero, quanto più viene esclusa la soggettività della persona che si ritrova nello stato anziano. Vediamo che la sanità, nei limiti in cui se occupa, salva l'anziano dalla desocializzazione (cluster 2). Dicevamo che la sanità è fondata sull'esclusione della soggettività. Ci guardiamo bene dal valutare in modo negativo tale esclusione, funzionale all'organizzazione sanitaria, anche per l'esigenza sempre più marcata di caratterizzare tecnicamente l'intervento in funzione della rapida evoluzione delle conoscenze mediche (Carli, 2013b). L'umanizzazione delle cure ha tentato di porre rimedio all'esclusione della soggettività, mostrando al contempo i limiti di tale tentativo (Bertini, 2010; Carli, 2010, 2013b; Carli et al., 2012). I motivi di questa esclusione sono alla base della sanità come si è venuta strutturando nel passaggio da medicina magica a medicina moderna (Fornari, 1976). La medicina moderna tratta con i "fatti", non con la soggettività, ed è organizzata per garantire questo tipo di funzionamento (Guerra & Di Giulio, 1989).

La convenzione sanitaria è fondata su una distinzione: la soggettività del paziente è esclusa, finché la persona ha lo stato, reversibile, di paziente. La soggettività del paziente è sospesa, non cancellata. Posso sopportare che il medico non sappia nulla del lavoro che faccio, della mia vita, che l'infermiere mi infantilizzi e mi dia del tu, perché sono in una situazione transitoria e reversibile. L'essere l'unico contesto sempre disponibile, in

grado di occuparsi dello stato anziano, sottopone la sanità a domande complesse, talvolta impertinenti, ovvero non riducibili alla medicalizzazione del problema, proprio perché è il solo contesto che, come appare nella ricerca, sembra capace di legittimare un rapporto dell'anziano con una istituzione. La relazione con la sanità è caratterizzata dal vissuto che comporti alti pagamenti; beninteso, è "costosa" su entrambi i fronti: quello del paziente anziano e della sua famiglia, quello dell'istituzione sanitaria. L'anziano non è un paziente ideale, con le sue cronicità, la multimorbilità, le malattie che esiteranno nella morte. Non c'è la chiusura della crisi: si tratta di accettare, per il paziente e per il sistema sanitario, il fallimento della fantasia del recupero della salute (Lisci & Baraldi, 2012; Paniccia & Bucci, 2016). Abbiamo visto, in interventi fatti in Ospedale, come l'intervento psicologico diventi importante per elaborare il fallimento di questa fantasia. C'è un altro fallimento da considerare: quello della trasformazione della persona in paziente. Negli interventi citati abbiamo rilevato aree particolarmente a rischio per questo motivo: il pronto soccorso, gli ambulatori, la terapia intensiva neonatale, l'oncologia. Si tratta di unità operative diverse, ma accomunate dalla difficoltà di trasformare la persona in paziente. Nel pronto soccorso manca il tempo per questa trasformazione. In oncologia si continua a morire, e il moribondo non può essere un paziente: è una persona nella sua interezza. Negli ambulatori ci sono utenti e non pazienti: non sono sottoposti al rito della svestizione. In terapia intensiva neonatale anche se il paziente è il bambino, ci si confronta con i genitori. Trattare con l'anziano presenta lo stesso problema: non è più un paziente da congedare, è una persona che ha bisogno di cura e assistenza *ad libitum* (Atzori, 2012; Atzori et al., 2013; Carli et al., 2012, 2016a, 2016b, 2016c; Civitillo, 2012; Paniccia, 2024; Quaglia & Reale, 2012; Sarubbo, 2012; Zanetti & Lalli, 2012).

Anche nella famiglia, nelle RSA, nelle case di riposo, non c'è questa reversibilità dell'anziano da paziente a persona. È una persona malata, ricoverata *ad libitum*. La convenzione che l'anziano sia un paziente, ruolo reversibile e transitorio, idealmente destinato alla dimissione perché guarito, è fragile, pronta a mostrare la sua impossibilità. È questa impossibilità non analizzata che fonda il sentimento di impotenza, detto *burnout*, degli operatori e dei familiari. L'anziano in famiglia, nelle RSA, nelle case di riposo, è una persona sottoposta a limiti permanenti, non reversibili; lo è tanto più se prevale, nell'identificarlo, la medicalizzazione del suo stato, perché la medicalizzazione, non fosse altro che per la sua biologia, ne indica la irreversibile decadenza. Il sentimento di impotenza che ne deriva, trascina con sé tutti coloro che si occupano di questa persona diventata un corpo destinato alla morte.

Si parla di *burnout* come stato di un operatore angosciato per l'altro che ha in cura (Caruso, Tramontana & Bigazzi, 2011). Ma l'operatore è angosciato anche per sé stesso, perché è, insieme a quello di cui si occupa, desocializzato, ovvero impotente.

Si fanno molti studi sulla perdita delle capacità cognitive, sulla loro riabilitazione. Sono importanti, ma nella ricerca non c'è interesse per tali questioni. Ci si interessa invece molto alla decadenza delle funzionalità motorie. Leggiamolo sotto un profilo simbolico. La mobilità (lo vediamo nel cluster 3) è l'essere in grado di muoversi verso i rapporti con altri, di uscire da una casa che diventa reclusione, di alzarsi da un letto che anticipa la morte. Si chiede aiuto a non precipitare nella passività.

Le persone intervistate hanno utilizzato in modo competente il potere di parola dato dalla ricerca, assumendo una funzione di feedback verso i committenti, Società della Salute e SPS.

Il lavoro di ricerca ha comportato sia interviste, che focus group, che restituzioni. Oltre agli interpellati con interviste e focus group, ha convocato e dato parola in una giornata di discussione dei risultati (ne è prevista un'altra che quando questo lavoro sarà pubblicato sarà già stata realizzata) ai protagonisti: servizi sociosanitari e assistenziali, tra cui quelli dedicati agli anziani; cittadini interpellati sul problema, tra cui anziani e associazioni di anziani; sindaci. Fini parla di tale intervento in questo numero di Quaderni (Icaro, 2024).

Bibliografia

Accademia della Crusca (n.d.). *Si può socializzare un concetto?* [Can you socialize a concept?]. Retrieved from <https://accademiadellacrusca.it/it/consulenza/si-puem-socializzare-emun-concetto/27352>

Ancesco (2020). *La sanità in Italia a confronto con quella degli altri Stati Europei* [Healthcare in Italy compared to other European countries]. Retrieved from https://www.ancescao.it/images/00-Documenti/LA_SANITA_IN_ITALIA_E_IN_EUROPA.pdf

- Atzori, E. (2012). La funzione psicologica in un Servizio Prevenzione e Protezione Rischi: La valutazione del rischio da stress lavoro-correlato/rischio psicosociale come occasione per sviluppare un orientamento al cliente [The psychological function in a Risk Prevention and Protection Service: The assessment of work-related stress risk/psychosocial risk as occasion to promote client orientation]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 44-48 Retrieved from <https://journals.francoangeli.it/>
- Atzori, E., & Cinalli, S. (2013). L'intervento psicologico clinico sul rischio psicosociale entro l'ACO San Filippo Neri [Clinical psychological intervention on psychosocial risk in ACO San Filippo Neri]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 63-66. Retrieved from <https://www.quadernidipsicologiaclinica.com>
- Atzori, E., Di Venosa, S., Nicolini, M., Scala, V.F., Tanga, C., & Vanacore, R. (2023). Interventi che incrociano gli anziani [Interventions that cross the elderly]. *Quaderni di Psicologia Clinica*, 11(1), 63-74. Retrieved from <https://quadernidipsicologiaclinica.com>
- Bertini, M. (2010). Un confronto tra Mario Bertini e Renzo Carli sul tema della psicologia della salute e dell'intervento psicologico-clinico. Parte 1 - Bertini a Carli [A comparison between Mario Bertini and Renzo Carli on the topic of health psychology and clinical psychological intervention. Part 1: Bertini to Carli]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 145-150. Retrieved from <https://journals.francoangeli.it>
- Bisogni, F., Maldese, P.P., Manieri, S., Marchetti, G., Mastroianni, C., Policelli, S., ... Paniccchia, R.M. (2016). L'intervento psicologico clinico con ragazzi in età evolutiva: Le culture dell'adempimento e della diagnosi [The clinical psychological intervention with children and adolescents: Compliance and diagnosis culture]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 19-33. Retrieved from <https://quadernidipsicologiaclinica.com>
- Boeri, T., & Galasso, V. (2009). *Contro I giovani: Come l'Italia sta tradendo le nuove generazioni* [Against young people: How Italy is betraying the new generations]. Milano: Mondadori.
- Bolli, L. (2023). Lo psicologo in RSA: Sviluppo di una competenza a intervenire entro un contesto residenziale e sanitario di assistenza per anziani [The psychologist in RSA: Development of an intervention competence within the residential and healthcare context of care for the elderly]. *Quaderni di Psicologia Clinica*, 11(1), 99-110. Retrieved from <https://quadernidipsicologiaclinica.com>
- Bonavita, V., Brescia, F., & Sacchi, S. (2023). Anziani: Una terra straniera [The elderly: A foreign land]. *Quaderni di Psicologia Clinica*, 11(1), 111-118. Retrieved from <https://quadernidipsicologiaclinica.com/index.php/quaderni/article/view/919>
- Canguilhem, G. (1998). *Il normale e il patologico* [The Normal and the Pathological] (M. Porro, Trans.). Torino: Einaudi (Original work published 1966).
- Carli, R. (2010). Un confronto tra Mario Bertini e Renzo Carli sul tema della psicologia della salute e dell'intervento psicologico-clinico. Parte 2 - Carli a Bertini [A comparison between Mario Bertini and Renzo Carli on the topic of health psychology and clinical psychological intervention. Part 2: Carli to Bertini]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 151-158. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Carli, R. (2013a). Per una psicologia clinica del gruppo [For a clinical psychology of the group]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 4-24. Retrieved from <https://quadernidipsicologiaclinica.com>
- Carli, R. (2013b). L'intervento psicologico in Ospedale [Psychological intervention in hospital]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 3-11. Retrieved from <https://quadernidipsicologiaclinica.com>

- Carli, R. (2016). Diagnosticare o intervenire [Diagnose or Intervene]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 4-18. Retrieved from <https://quadernidipsicologiaclinica.com>
- Carli, R. (2017). Gli agiti nel lavoro psicoanalitico [Acting out in psychoanalytic work]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 97-106. Retrieved from <https://quadernidipsicologiaclinica.com>
- Carli, R. (2018). Inconscio, culture locali e linguaggio: Linee guida per l'Analisi Emozionale del Testo (AET) [Unconscious, local cultures and language: Guidelines for the Emotional Text Analysis]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 7-33. doi:10.14645/RPC.2018.2.739
- Carli, R. (2019). Rivalutiamo l'anomia [Let's reconsider anomie]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 14(2), 7-20. doi:10.14645/RPC.2019.2.777
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (1989). Psicosociologia dell'ospedale: Riflessioni sul ruolo dello psicologo clinico [Psychosociology of hospital system: Reflections on the role of clinical psychologist]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 148-160.
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2002). *L'Analisi Emozionale del Testo: Uno strumento psicologico per leggere testi e discorsi*. [The Emotional Text Analysis: A psychological tool for reading texts and discourses]. Milano: FrancoAngeli.
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2017). Il cammino delle idee [The path of ideas]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 3–12. Retrieved from <https://quadernidipsicologiaclinica.com>
- Carli R., Paniccia, R.M., Atzori, E., Cinalli, S., Brescia, F., Mazzeo, G., ... Dolcetti F. (2012). Il rischio psicosociale in un Ospedale romano: Il rapporto tra Cultura Locale e soddisfazione nell'Azienda Complesso Ospedaliero San Filippo Neri [Psychosocial risk in a roman hospital: The relationship between Local Culture and satisfaction in Azienda Complesso Ospedaliero San Filippo Neri]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 76-90. Retrieved from <https://journals.francoangeli.it/>
- Carli, R., Paniccia, R.M., & Caputo, A. (2016a). La rappresentazione del rapporto tra utenti e sistema sanitario: La domanda di un gruppo di cittadini [The representation of the relationship between users and healthcare system: The demand of a group of citizens]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 45-65. doi:10.14645/RPC.2016.1.606
- Carli, R., Paniccia, R.M., Dolcetti, F., Policelli, S., Atzori, A., Civitillo, A., ... Fiorentino, R. (2016b). La rappresentazione del rapporto tra utenti e sistema sanitario: I modelli culturali del personale ospedaliero [The representation of the relationship between users and the healthcare system: Hospital staff cultural models]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 89-118. doi:10.14645/RPC.2016.1.609
- Carli, R., Paniccia, R.M., Giovagnoli, F., Caputo, A., Finore, E., Russo, E. (2016c). La rappresentazione del rapporto tra utenti e sistema sanitario: I modelli culturali dei medici di medicina generale [The representation of the relationship between users and healthcare system: Cultural models of general practitioners]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 67-88. Retrieved from <https://journals.francoangeli.it>
- Carli, R., Paniccia, R.M., Giovagnoli, F., Carbone, A., & Bucci, F. (2016d). Emotional Textual Analysis. In L.A. Jason & D.S. Glenwick (Eds.), *Handbook of methodological approaches to community-based research: Qualitative, quantitative, and mixed methods*, (p.111-117). New York, NY: Oxford University Press.
- Caruso, A., Tramontana, A., & Bigazzi, V. (2011). *Burnout e formazione psicologica degli operatori sanitari in oncologia* [Burnout and psychological training of healthcare workers in oncology]. *NÓOς*, 3, 247-259. Retrieved from <https://www.e-noos.com>

- Cavalli, A. (1994). Generazioni [Generations]. Retrieved from [https://www.treccani.it/enciclopedia/generazioni_\(Enciclopedia-delle-scienze-sociali\)/](https://www.treccani.it/enciclopedia/generazioni_(Enciclopedia-delle-scienze-sociali)/) Enciclopedia delle scienze sociali
- Civitillo, A. (2012). Ospedale, sofferenza, psicologia: Intercettare domande [Hospital, suffering, psychology: Intercepting demands]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 21-26 Retrieved from <https://journals.francoangeli.it/>
- Crisanti, P., Fini, V., & Russo, E. (2023). Incontrare la domanda degli anziani [Meet Elderly People Demand]. *Quaderni di Psicologia Clinica*, 11(1), 54-62. Retrieved from <https://quadernidipsicologiaclinica.com>
- Cumming, E., & Henry, W.E. (1961). *Growing Old: The Process of Disengagement*. New York: Basic Books.
- 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.
- Dipartimento di Sociologia e Diritto dell'Economia Università di Bologna (2015). *Corso di formazione permanente: Helping professions. Competenze e abilità* [Long life training: Helping professions. Skills and abilities]. Retrieved from <https://www.oaser.it/pub/wp-content/uploads/2014/09/Regolamento-H.P. pdf1.pdf>
- Eurostat (2019). *European health interview survey*. Retrieved from <https://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/european-health-interview-survey>
- Eurostat (2021). *Struttura e invecchiamento della popolazione* [Structure and aging of the population]. Retrieved from https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php?title=Archive:Struttura_e_invecchiamento_della_popolazione
- Falasca, C. (2021). *Anziani non autosufficienti e integrazione sociosanitaria territoriale nei Piani regionali* [Non self-sufficient elderly and territorial social-health integration in regional plans]. Retrieved from https://www.auser.it/wpcontent/uploads/2021/11/anziani_non_autosufficienti_e_integrazione_sociosanitaria.pdf
- Fedeli, A. (2023). Divenire anziani: Il Centro Diurno Anziani Fragili come luogo per trattare le emozioni [Becoming Elderly: The Frail Elderly Day Centre as a place to deal with emotions]. *Quaderni di Psicologia Clinica*, 11(1), 85-98. Retrieved from <https://quadernidipsicologiaclinica.com>
- 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>
- Fini, V., Nicolini, M., Pirrotta, S., Scala, V., & Tomasello, V. (2023). Gli anziani: Una questione culturale. Riflessioni critiche sulla letteratura [The elderly people: A cultural issue. Critical reflections on the literature]. *Quaderni di Psicologia Clinica*, 11(1), 5-20. Retrieved from <https://quadernidipsicologiaclinica.com>
- Fornari, F. (1976). *Simbolo e codice. Dal processo psicoanalitico all'analisi istituzionale* [Symbol and Code. From the psychoanalytic Process to institutional analysis]. Milano: Feltrinelli.
- Galluzzo, L., Gandin, C., Ghirini, S., & Scafato, E. (2012). L'invecchiamento della popolazione: Opportunità o sfida? [Population ageing: Opportunity or challenge?]. *Notiziario dell'Istituto Superiore della Sanità*, 25(4), 3-4. Retrieved from <https://www.epicentro.iss.it>

- 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>
- Guerra, G., & Di Giulio, C. (1989). Il sapere medico: Un'analisi istituzionale [Medical knowledge: An institutional analysis]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 167-176.
- Havighurst, R.J. (1961). Successful Aging. *The Gerontologist*, 1(1), 8-13. <https://doi.org/10.1093/geront/1.1.8>
- Huizinga, J. (1967). *Homo Ludens* (C. von Schendel, Trans.). Milano: Il Saggiatore (Original work published 1938).
- Icaro - Centro per la promozione di una cultura di comunità (2024). Icaro, un progetto per promuovere il confronto su problemi condivisi nei servizi, nei comuni e nelle associazioni locali in Lunigiana, un territorio italiano caratterizzato da un'alta presenza di anziani [Icaro, a project to promote discussion on shared problems in services, municipalities and local associations in Lunigiana, an Italian territory characterized by a high presence of elderly people]. *Quaderni di Psicologia Clinica*, 12(2), 90-103. Retrieved from <http://www.quadernidipsicologiaclinica.com>
- Ires (2010). *Il capitale sociale degli anziani: Stime sul valore dell'attività non retribuita* [The social capital of the elderly. Estimates on the value of the unpaid activity]. Retrieved from https://fondazionedivittorio.it/sites/default/files/contentattachment/2010_IL_CAPITALE_SOCIALE_DEGLI_ANZIANI_CONFERENZA_STAMPA__Area_Welfare_0.pdf
- Istat (2019). Gli anziani e la loro domanda sociale e sanitaria anno 2019: Rapporto commissione per la riforma dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria per la popolazione anziana [The elderly people and their social and health care demand year 2019: Report of the commission for the reform of health and social care assistance for the elderly population] https://www.istat.it/it/files//2021/06/rapporto_commissione_anziani.pdf
- 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/files//2020/08/Invecchiamento-attivo-e-condizioni-di-vita-degli-anziani-in-Italia.pdf>
- Istat (2022). *Popolazione e famiglie* [Population and families]. Retrieved from <https://www.istat.it/storage/ASI/2022/capitoli/C03.pdf>
- Lisci, E., & Baraldi, D. (2012). La cronicizzazione come possibile risultante del rapporto tra servizi e utenza [Chronicization as possible result of the relationship between services and users]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 49-62. Retrieved from <https://journals.francoangeli.it>
- Monti, L. (2017). *Il Divario generazionale tra conflitti e solidarietà. Vincoli, norme, opportunità: generazioni al confronto* [The generational gap between conflicts and solidarity. Constraint, norms, opportunities: generations in comparison]. Viterbo: Dialoghi.
- Osservatorio Eurispes ed Enpam (2023). *Termometro della salute. 2° Rapporto sul Sistema sanitario* [Health thermometer. 2nd Report on the Health System]. Retrieved from <https://eurispes.eu/ricerca-rapporto/termometro-della-salute-2-rapporto-sul-sistema-sanitario-eurispes-ed-enpam/>

- Padiglione, V. (2023). Amicizia come paradigma della socialità [Friendship as paradigm of sociality]. *Quaderni di Psicologia Clinica*, 11(1), 119-133. Retrieved from <https://quadernidipsicologiaclinica.com>
- Paniccia, R.M. (2012). Psicologia Clinica e disabilità: La competenza a integrare differenze [Clinical Psychology and disability: The competence in integrating differences]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 91-110. Retrieved from <https://journals.francoangeli.it>
- Paniccia, R.M. (2023a). 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 <https://quadernidipsicologiaclinica.com>
- Paniccia, R.M. (2023b). Editoriale: Disordine mondiale, crisi dei diritti umani e psicologia clinica [Editorial: World disorder, human rights crisis and clinical psychology]. *Quaderni di Psicologia Clinica*, 11(2), 1-9. Retrieved from <https://www.quadernidipsicologiaclinica.com>
- Paniccia, R.M. (2024). Editoriale: La molteplicità dei modelli di intervento entro la medicalizzazione dei problemi di convivenza [Editorial: The multiplicity of intervention models within the medicalization of coexistence problems]. *Quaderni di Psicologia Clinica*, 12(1), 1-7. Retrieved from <https://quadernidipsicologiaclinica.com>
- Paniccia, R.M., & Bucci, F. (2016). Presentazione della Special Issue “La relazione tra ospedale e territorio nei processi di cura e assistenza [Presentation of the Special Issue “The relationship between hospital and territory in health care and assistance practices”]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 5-6. Retrieved from <https://journals.francoangeli.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. Retrieved from <https://journals.francoangeli.it>
- 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:10.14.645/RPC.2019.2.785
- Paoletti, M., & Tomasello, V. (2023). Sentirsi anziani: Un'emozione senza età. Una proposta per interpretare i vissuti di ruoli sociali e identità che cambiano [Feeling old: An ageless emotion. A proposal to interpret the experiences of changing social roles and identities]. *Quaderni di Psicologia Clinica*, 11(1), 75-84. Retrieved from <https://quadernidipsicologiaclinica.com>
- Parson, T. (1965). *Il Sistema sociale* [The Social System] (L. Gallino, Trans.). Milano: Edizioni di Comunità (Original work published 1951).
- Pirrotta, S., & Bisogni, F., (2023). Il rapporto tra domanda e offerta nei servizi di assistenza ad anziani non-autosufficienti: Una ricerca-intervento con medici di medicina generale, operatori sociali e famiglie [The relationship between demand and offer in the services for non-self-sufficient elderly people: A research-intervention involving general practitioners, social workers and families]. *Quaderni di Psicologia Clinica*, 11(1), 33-53. Retrieved from <https://quadernidipsicologiaclinica.com>
- Pugliese, E. (2011). *La terza età* [The third Age]. Bologna: Il Mulino.
- Quaglia, R., & Reale, F. (2012). L'esperienza di tirocinio in un Pronto Soccorso: Vedere il rapporto tra clienti e struttura. Un intervento in costruzione in un contesto senza tradizione di funzione psicologica [The traineeship in the ER: Looking at the relationship between clients and structure. An intervention under

construction in a context without tradition of psychological function]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 27-33. Retrieved from <https://journals.francoangeli.it128>

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/scenariigeoeconomici/>

Sarubbo, M. (2012). La funzione psicologica nel Servizio di Prevenzione e Protezione Rischi: Adempiere a un obbligo di legge o sviluppare competenza organizzativa? [The psychological function in the Risk Prevention and Protection Service: Perform regulatory requirements or developing organizational competence?] *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 34-41. Retrieved from <https://journals.francoangeli.it>

Secondo Welfare (n.d). *Long Term Care*. Retrieved from <https://www.secondowelfare.it/long-term-care/>

Sgritta, G.B. (2009). *Badanti e anziani in un welfare senza futuro* [Caregiver and elders in a welfare without future]. Roma: Edizioni Lavoro.

SPS Studio di Psicosociologia (2021). Neo madri: Una ricerca sul vissuto circa il loro ruolo di madri, di donne che hanno avuto un bambino da poco [New mothers: A research on the experience of women who have recently had a baby about their role as mothers]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 16(1), 62-85. doi:10.14645/RPC.2021.1.849

SPS Studio di Psicosociologia (2022). Neo padri: Una ricerca sul vissuto, circa il loro ruolo di padri, di uomini che hanno avuto un bambino da poco [New fathers: A research study on the emotional experiences, about their role as fathers, of men whom a child was born to recently]. *Quaderni di Psicologia Clinica*, 10(2), 19-43. Retrieved from <https://quadernidipsicologiaclinica.com>

SPS Studio di Psicosociologia (2023). I cambiamenti della famiglia italiana visti attraverso il pranzo di Natale [The changes of the Italian family seen through the Christmas lunch]. *Quaderni di Psicologia Clinica*, 11(2), 22-54. Retrieved from <https://quadernidipsicologiaclinica.com>

Valentini, S. (2022). Alcune riflessioni sul modello formativo organizzato sulla valutazione e la diagnosi nel contesto scuola [Some thoughts on the training model organized on assessment and diagnosis in the school context]. *Quaderni di Psicologia Clinica*, 10(2), 59-73. Retrieved from <https://quadernidipsicologiaclinica.com>

Vocabolario Treccani online (2022). Retrieved from <https://www.treccani.it/vocabolario>

Walker, A. (2002). A Strategy for Active Ageing. *International Social Security Review*, 55(1), 121–39.

World Health Organization (2002a). *World health report 2002: Reducing risks, promoting healthy life*. Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/9241562072>

World Health Organization (2002b). *Active ageing: A policy framework*. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67215>

World Health Organization (2021). *Global report on ageism*. Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/9789240016866>

World Health Organization (2022). *Ageing and health*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/ageing-andhealth#:~:text=At%20this%20time%20the%20share,2050%20to%20reach%20426%20million>

- Zaidi, A., & Zólyomi, E. (2012). Active Ageing: What Differential Experiences across EU Countries? *European Papers on the New Welfare*, 19. Retrieved from <http://eng.newwelfare.org/2012/04/13/active-ageing-what-differential-experiences-across-eucountries/>
- Zanetti, M., & Lalli, A. (2012). La non relazione medico-paziente: Dalla chiusura alla massima disponibilità [The doctor-patient non-relationship: From closing to maximum availability]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 180-185. Retrieved from <https://journals.francoangeli.it>