

Conoscere i volti dell'invecchiare

Padre Edoardo Gavotti



Il saggio del prof. Marco Trabucchi *I volti dell'invecchiare* (San Paolo, 2016) offre alcune interessanti chiavi di lettura sulla condizione dell'invecchiamento, utili a chi intenda ripensare una pastorale per la terza età.



La **prima chiave di lettura** è la necessità di smentire il “**pregiudizio**” sulla vecchiaia, cioè l'insieme dei luoghi comuni che si annidano nell'immaginario circa lo status dell'anziano. Dell'anziano o del vecchio? Già questa altalenante terminologia indica la difficoltà a definire la terza età che, a partire dal pensionamento, copre un arco dai 20 ai 30 anni; troppi per non presentare situazioni molto differenziate.

Uno dei pregiudizi più diffusi è l'omologazione, quasi che il passare del tempo sia un *fattore di omogeneizzazione* delle persone, e l'accumulo di anni comporti necessariamente l'assommarsi di patologie e l'acquisizione di determinati tratti di personalità e stili di comportamento. Così non è, quanto meno non per tutti. Chi ha avuto comportamenti salutari, chi ha coltivato interessi, chi ha socializzato e amato, chi ha sempre affrontato a viso aperto le sfide della vita e, magari, è stato anche baciato dalla genetica, può arrivare ai 90 anni ancora in buona salute, sia fisica che mentale.

Un altro pregiudizio è la visione della vecchiaia come un *tempo deprimente e triste*, segnato da progressive privazioni, da rimpianti, da orizzonti preclusi senza più speranze e desideri... Insomma, un tempo in attesa della morte. Se per qualcuno le cose stanno così, non è la regola generale. C'è chi continua ad esercitare ruoli importanti, a svolgere lavori intellettuali o manuali, a progettare. Un nome per tutti, il novantenne scrittore Andrea Camilleri che sa appassionare coi racconti del suo maresciallo Montalbano. L'anziano d'oggi non è quello di ieri, non vuole rinunciare al tempo che resta e lo usa per vivere intensamente.

Dai primi due pregiudizi ne discende un terzo, la considerazione della fascia anziana della società quale *peso sociale* per la collettività, più tollerato e marginalizzato che fatto oggetto di creatività progettuale a tutti i livelli, dalla cura, alla socializzazione, alla protezione, alla valorizzazione. In una cultura che si nutre di giovanilismo, il rischio di avere al suo interno cittadini di serie B non è una ipotesi poi così remota.

La **seconda chiave di lettura** è l'importanza di conoscere cosa avviene “**nel cervello e nelle gambe**” dei vecchi, considerando alcuni fattori che aggravano la sua condizione.

Fermo restando che le malattie non sono un percorso obbligato, resta il fatto che per tanti l'accumulo di anni comporta l'assommarsi di *malattie*, dovute forse a comportamenti a rischio quali fumo, alcol, lavori usuranti, o al ricorso a sostanze di potenziamento nello sport o nel sesso... Le tipologie dei vecchi ammalati possono variare: da chi ha una buona cultura e contribuisce alle decisioni che lo riguardano, a chi ha alterazioni cognitive e non esercita scelte autonome, a chi è sì autonomo ma ritenuto incapace di autogestirsi, a chi infine è affetto da handicap fisici o psichici. Inoltre, aumentano le problematiche cliniche quando la malattia acuta si aggiunge a patologie pregresse, o quando induce la riduzione dell'autonomia funzionale.

L'anziano ammalato è fragile da ogni punto di vista, perché è esposto al dolore fisico e morale, alla preoccupazione di episodi ingravescenti, al timore di non essere curato, alla incapacità di



difendere i propri diritti e di doversi far rappresentare, alla paura della solitudine e alla carenza di supporto una volta rientrato a casa dall'ospedale.

Sussiste inoltre la prospettiva non remota della *morte*. Non mancano luoghi comuni che tendono a banalizzare il morire del vecchio, come evento ovvio e da accettarsi. In realtà, come si approccia l'anziano alla propria morte: come chiusura di un ciclo, come un "incidente", come una auspicabile *fuga mundi*? Oggi prevale il volto dell'anziano che si guarda attorno in ospedale o nella casa di riposo, senza chi lo rassicuri. Oltretutto la scienza medica pone davanti a complicazioni di natura bioetica quali l'accanimento terapeutico o l'eutanasia: come decifrare la domanda di morire del vecchio?

La *solitudine* e la *povertà* sono compagne di viaggio di tanti vecchi, all'origine di difficoltà sia sul piano fisico che psichico. La solitudine può causare il mancato intervento sanitario in episodi acuti o la scarsa cura di sé nell'alimentazione e nell'igiene, è fattore di rischio per molte malattie, incide sulla qualità del sonno, procura depressione o limitazioni funzionali che rendono dei macigni le piccole problematiche del quotidiano. Peggiora la solitudine del vedovo rispetto alla vedova, per la quale c'è più continuità con la sua quotidianità fatta di faccende domestiche, di frequentazioni esterne nei negozi o in parrocchia, etc. L'anziano rimasto solo è anche meno protetto da rapine o raggiri



economici o affettivi, più esposto a contenzioni ingiustificate o vere aggressioni fisiche nelle case di riposo. Con la povertà, imperante in certe aree periferiche della città, tutta la preoccupazione del vecchio verte sul misero bilancio economico, con rinunce a molte cose, compreso il cibo; in casi estremi finisce sulla strada, con ripetuti ricoveri ospedalieri. Il vecchio povero, protagonista del boom economico, ha oggi ritrosia a cercare supporti perché si vergogna di offrire un'immagine di sé perdente.

A volte si sottovaluta nel vecchio la *depressione*, i cui sintomi – come la mancanza di energia o di interessi, alterazioni psicomotorie, del sonno o dell'appetito - possono essere sostituiti da forme ipocondriache, da difficoltà lavorative, da malumore generale. Pensieri ricorrenti di morte o ideazione suicidaria si accompagnano a tentativi riusciti, a volte nella forma del "suicidio allargato" al caro da lui assistito. Va messa poi in conto l'*Alzheimer*, col suo percorso penoso che va dalla perdita della memoria fino ai mutamenti della personalità, alla perdita di ogni interesse, all'agitazione e sospettosità, al disorientamento, al mutismo, alla difficoltà di deglutizione. Il problema è aggravato dallo stigma sociale che avvilisce il soggetto e mette in difficoltà o disagio i famigliari.

Una **terza chiave di lettura** è l'**atteggiamento della collettività** verso i suoi vecchi, la sua volontà di ricercare il senso della loro collocazione al proprio interno, l'offerta di una cura che sia reale e non simbolica.

L'allungamento generale della vita pone una serie di sfide per la collettività nelle sue scelte politiche (quale previdenza, quale città vivibile?), sanitarie (quale trattamento peculiare ospedaliero?), assistenziali (un modello di casa di riposo che non sia il "villaggio globale" impermeabile agli stimoli esterni), sociali (quale sostegno alla famiglia, quali forme di socializzazione?), e naturalmente anche pastorali (quale posto nelle attenzioni della parrocchia?).

Nell'incontrare il vero volto dell'anziano, di ogni singolo anziano e non semplicemente della sua caricatura, la collettività ha l'opportunità di scoprire un volto nuovo di se stessa, più umano a patto che non tema di specchiarsi nel destino che tutti attende. Del resto, "più che vecchi non si diventa".

