

## Prove di uno sguardo educativo *emergente*: la persona anziana che vive sola e la pandemia

Monica Crotti

*Università degli studi di Bergamo monica.crotti@unibg.it*

**Abstract:** L'articolo analizzerà la fragilità relazionale dell'anziano che vive da solo. Si tratta di un'*area grigia* di fragilità che non rientra nelle risposte ai bisogni di categorie medicalmente o socialmente definite attraverso lo spartiacque dell'autosufficienza e che richiede un sistema di osservazione individuale e la progettazione di interventi di prossimità leggeri, temporanei, personalizzati, che si pongano in maniera complementare alla rete consolidata dei servizi di welfare. La pandemia sanitaria ha agito da cartina al tornasole per mostrare l'esistenza di questa zona intermedia tra i soggetti anziani autosufficienti che usufruiscono di servizi di sostegno alla socializzazione e quanti invece necessitano di forme di assistenza per la non autosufficienza. L'emergere di nuovi bisogni relazionali e esistenziali, acuiti dall'impatto della pandemia e del confinamento residenziale su questa fascia di soggetti, vedrà la proposta pedagogica di interventi di accompagnamento sociale di prossimità.

*Keywords: pedagogia sociale, vulnerabilità, isolamento sociale, interventi di prossimità, welfare territoriale.*

**Abstract:** The article will analyse the relational fragility of the elderly who live alone. It is a "grey area" of fragility that does not fit into the needs of medically or socially defined categories through the watershed of self-sufficiency and that requires an individual observation system and the design of proximity interventions light, temporary, personalised, complementary to the consolidated network of welfare services. The health pandemic has acted as a litmus test to show the existence of this intermediate zone between elderly self-sufficient subjects who benefit from social support services and those who need forms of assistance for not self-sufficiency. The emergence of new relational and existential needs, exacerbated by the impact of the pandemic period and residential confinement on this group of subjects, will see the pedagogical proposal of social accompaniment interventions of proximity.

*Keywords: social pedagogy, vulnerability, social isolation, community action, territorial welfare.*

## 1. Una zona grigia dai confini porosi

Negli studi sull'invecchiamento e sui sistemi di welfare la dimensione dell'autosufficienza tendenzialmente si presenta come spartiacque sia per la riflessione teorica, sia per leggere e definire le proposte progettuali operative, mostrando inoltre un impatto sui paradigmi orientativi nella costruzione dei servizi socio-educativi e assistenziali (Nacoti et al., 2020; Monteduro, Nanetti, 2021; Gasperi, Gregianin, 2014). Sebbene non esista una definizione univoca di autosufficienza, uno dei riferimenti cui maggiormente si dà seguito, è quello proposto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (2001), per la quale sono definite non autosufficienti le persone che hanno una riduzione, o una perdita, delle capacità funzionali nel condurre le cosiddette *Activities of Daily Living*, identificate come essenziali per l'autonomia della persona e che vengono svolte regolarmente nel corso della giornata: vestirsi/spogliarsi, lavarsi, mangiare e bere, muoversi nella propria abitazione, recarsi in bagno (Oecd, 2007). Al contrario, l'autosufficienza si misura con la capacità di gestire autonomamente le attività quotidiane.

Esiste tuttavia una zona mediana di fragilità che interessa una parte della popolazione anziana che vive sola e, pur non essendo in situazione di grave perdita di autonomia, anche sul piano cognitivo, manifesta tuttavia una forma di vulnerabilità relazionale, perché talvolta sprovvisto di reti familiari e territoriali, con il rischio di incorrere in una condizione di solitudine non scelta e isolamento sociale.

Questa fascia di fragilità è quella maggiormente scoperta dal punto di vista delle risposte di servizio formale e necessita un approccio socio-educativo preventivo e promozionale, più che assistenziale o prettamente sanitario. Inoltre, sebbene non esista una definizione univoca della condizione di fragilità, un elemento comune per quanto attiene le persone anziane è la maggiore vulnerabilità a eventi ambientali e fisici stressanti che possono portare a un deterioramento delle capacità funzionali (Fried et al., 2004). Come anticipato, si tratta di anziani autonomi, ma con alcune difficoltà nello svolgimento di attività quotidiane legate alla socialità (*Advanced Activities of Daily Living*), che possono sfociare in carenze nelle *Instrumental Activities of Daily Living* (preparazione del pasto, svolgere piccole commissioni, gestire i farmaci, ecc.).

Un monitoraggio di questa realtà grigia è presente nel report del progetto di ricerca *Inclusive ageing in place* — IN-AGE, nel quale si osserva il tema della condizione di fragilità delle persone anziane in relazione al rischio di isolamento sociale. Attraverso l'analisi dei dati dei contesti regionali lombardo, marchigiano e calabrese, si rileva la presenza di un'emergenza sociale che è poco presente nelle agende socio-politiche del nostro Paese, ovvero l'elevato numero di persone anziane (over 74) che vivono sole, soprattutto a seguito della perdita della persona amata (85%), con un aumentare del dato all'avanzare dell'età. Se la condizione di salute è generalmente positiva e non si rilevano gravi patologie e disabilità, spesso subentrano fragilità che riguardano la mobilità verso l'esterno e la gestione dei compiti quotidiani, come fare la spesa o mantenere la pulizia della casa. Infatti, «di tutti gli anziani che abitano da soli, solo un terzo esatto non riporta alcuna difficoltà nei movimenti sia all'interno che all'esterno della propria casa» (Associazione Abitare e Anziani, 2020, p. 11). La vita anziana quindi «non appare come un dato in sé omogeneo, ma al contrario si struttura per diversi livelli di indipendenza e dipendenza dei soggetti rispetto alle reti sia primarie familiari, sia secondarie di assistenza e cura» (ivi). Se la fragilità come espressione di difficoltà sul piano fisico-biologico è elemento di attenzione già dal secolo scorso, soltanto di recente si inizia a comprendere l'impatto della fragilità socio-relazionale sulla vita delle persone, in particolare di quelle anziane (Cavazza, Malvi, 2014).

Le persone che vivono da sole hanno reti sociali più piccole e partecipano meno alle attività sociali; ricevono anche meno supporto dai membri della loro rete rispetto alle persone con un partner. Le persone sole, con pochi contatti e/o senza supporto, hanno inoltre maggiori difficoltà a far fronte a eventi traumatici della vita (Van Campen, 2011, p. 117). In merito a quest'ultimo passaggio, è evidente che l'impatto della pandemia sanitaria, con il conseguente isolamento forzato abbia messo a dura prova quanti già abitavano la zona grigia della vulnerabilità relazionale e, elemento da non sottovalutare, abbia agito anche come propulsore nello scivolamento alla fascia grigia di altri soggetti finora preservati dalla riduzione delle relazioni.

Inoltre, quanti sono vulnerabili dal punto di vista relazionale perché, pur mantenendo forme di autosufficienza funzionale, vivono però in condizioni di solitudine o di isolamento sociale, rimanendo

invisibili ai servizi, vedono aumentare, in situazioni di emergenza come la pandemia, il rischio di sviluppare forme di depressione o altre manifestazioni di malessere (Cristini, 2004, p. 130). Si è infatti verificata l'esistenza di uno stretto legame tra la fragilità dell'anziano e i rischi associati alla pandemia, che «si compongono di aspetti non solo strettamente sanitari, ma anche psicologici, relazionali e culturali» (Nanetti, Monteduro, Moscatelli, 2020, p. 19). L'isolamento sociale ha compromesso le stesse capacità cognitive, soprattutto quelle legate allo scambio e alla relazione e ha agito in particolare sulle domande di senso e sulla motivazione a vivere.

Se poi, come abbiamo anticipato, anche le politiche sociali si polarizzano tra valorizzazione dell'invecchiamento attivo e della solidarietà intergenerazionale per quanti sono autonomi, e cura soprattutto assistenziale per chi manifesta forme di non autosufficienza, diviene complesso anche solo rilevare il bisogno e la richiesta di una *cura volta al piano esistenziale*. Occorre allora agire un progetto di innovazione che interessa i servizi e i processi per ampliare la rilevazione e la comprensione dei differenti bisogni dell'anziano, arricchendo l'integrazione di servizi a offerta mista, con risposte educative, relazionali, sociali e/o sanitarie (Euricse, 2021, p. 4).

La pandemia ha inoltre mostrato il riemergere e il presentarsi di forme di esclusione (Walsh et al., 2016) e di stereotipi sulla base dell'età, esprimendo fenomeni striscianti di ageismo (Butler, 1969) che poco si adattano con l'apertura della *Decade for Healthy Ageing 2020 - 2030* lanciata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (Baker, Fink, 2020). Accanto all'ambito del ripensamento delle forme di accompagnamento della fragilità anziana, occorre quindi attivare anche una cultura formativa *dei* e *sui* territori di vita, quali luoghi di condivisione e di incontro reciproco, oltre che luoghi di apprendimento intergenerazionale: «Se pluralizziamo il significato pedagogico del luogo, (infatti) l'insieme diviene città che apprende, co-partecipando alla riduzione del ventaglio delle disuguaglianze. Una ri-generazione umana che alimenta la ri-generazione urbana e sociale, il cui esito è il risultato complessivo di comunità più coese» (Ellerani, De Blasi, Urbanovich, 2021, p. 40).

## 2. L'educazione e il confine fragile tra lo stare soli e il sentirsi soli

L'isolamento forzato della chiusura sociale, se pur volta alla salvaguardia delle persone più vulnerabili, tra le quali gli anziani, ha però fatto emergere la differenza intrinseca tra lo stare soli, quale forma di solitudine, ovvero scelta di ritagliarsi spazi di introspezione e riflessione, di pausa e di ristoro, e il sentirsi soli, laddove questa espressione manifesta una forzata separazione dal gruppo o comunità «di cui si condividono interessi, valori, norme, aspettative, in cui si è utili, si è necessari in quanto partner di cooperazione o di scambio» (Giumelli, 2006, p. 35). Essendo il bisogno di appartenenza intrinsecamente e reciprocamente legato alla costruzione e alla strutturazione dell'identità personale, l'incapacità o impossibilità di "sentirsi parte" di un contesto in cui ci si riconosce, aumenta la condizione di disagio.

La fragilità sociale consiste infatti in un deficit di relazioni umane significative sul piano affettivo, ma anche nell'assenza di contatti che agiscono da punto di riferimento cui attingere nel prendersi cura e nel ricevere cura; tale condizione, se non rilevata, può esitare in un vero e proprio isolamento della persona (Van Campen, 2011). La *loneliness* è allora una sofferenza psicologica derivante da un senso di vuoto, privazione, abbandono (Felisatti, De Rossi, 2009, p. 25), ma non si ferma al piano puramente clinico, essa vede «la fragilità come una condizione posta in un continuum tra l'autonomia e la dipendenza, che implica l'essere a rischio di perdita (o di aver perso) di risorse importanti per soddisfare i bisogni sociali di base durante tutto il corso della vita» (Monteduro, Nanetti, 2021, p. 3). Per estensione, quindi, la fragilità che interessa la zona grigia dell'anziano che vive solo non riguarda unicamente quanti non riescono a soddisfare i propri bisogni sociali, ma comprende anche anziani che non svolgono attività sociali perché non sono in grado di essere completamente autonomi negli spostamenti e nella gestione dei tempi/spazi.

Nel periodo pandemico, apprendiamo infatti che l'isolamento sociale per le persone anziane che vivono sole ha provocato problemi non soltanto su aspetti pratici della vita quotidiana, ma anche sul piano psicologico attraverso l'aumento dell'ansia e delle crisi di panico (Qiu et al., 2020). Nel documento strategico *Loneliness - an unequally shared burden in Europe* (2019), possiamo leggere che circa 30 milioni di cittadini della Comunità Europea si sentono spesso soli, tra di loro le stime maggiori sono presenti in quanti non hanno una buona salute, tra quanti dichiarano difficoltà

economiche, tra quanti abitano da soli. Tutti fattori che agiscono nella zona grigia che stiamo analizzando.

Inoltre, per le persone anziane in situazione di vulnerabilità relazionale, spesso il sentirsi soli è conseguenza del restare soli: la perdita del coniuge (Giumelli, 2006, pp. 44-45) e la condizione di vedovanza, accanto all'uscita dei figli della casa familiare, interessa in particolare nel nostro Paese le donne (Oppo, 1997, p. 25), presentando dei risvolti peculiari di genere anche nella gestione della quotidianità (Cavallero, Ferrari, Bertocci, 2006, p. 100; Shu-Chuan, Lo Sing, 2004). La perdita del compagno o compagna di vita è un evento doloroso e critico per qualsiasi età, ma in particolare nell'età anziana è un «evento stressante estremo» (Malavasi, 2007, p. 38) che condiziona il progetto esistenziale e incide sulla rappresentazione della realtà, obbligando a ricostruire la propria identità personale (Pati, 1999, pp. 24-36). Il dolore della perdita mette alla prova e interroga sul valore dell'esistenza, trasformando inevitabilmente le relazioni intra ed extra-familiari, con il rischio di incorrere in forme di isolamento e chiusura costituite da mancanza fisica e affettiva.

La componente dichiarata che impatta maggiormente sulla qualità della vita dell'anziano è proprio la solitudine a seguito del venir meno di relazioni di vicinanza emotiva con altre persone, in particolare della propria cerchia familiare (Grosso, Ambrosi, Benagli et al., 2018, pp. 3-4). La presenza di anche solo una persona di fiducia incide sulla percezione di qualità della vita (Lowe & McBride-Henry, 2014) e la politica sociale non può non considerare l'impatto delle relazioni e della famiglia nella definizione dello stato di salute e benessere.

In particolare, la depressione senile non è strettamente legata allo stato di solitudine in sé, ovvero non riguarda automaticamente la condizione di chi vive solo, ma fa riferimento alla percezione soggettiva che il soggetto esprime di mancanza di relazioni significative.

Per questo motivo, il documento *Global Humanitarian Response Plan* (OCHA, 2020) ha evidenziato tra le linee programmatiche in risposta alla pandemia la necessità che siano rivisti i sistemi educativi, sociali e sanitari al fine di proteggere e tutelare i gruppi più vulnerabili, tra i quali gli anziani. L'obiettivo rilanciato, soprattutto a seguito della sollecitazione di numerose organizzazioni sociali attente agli anziani, è quello di un approccio il più possibile inclusivo e a garanzia del benessere bio- psico-sociale.

Tra le organizzazioni che hanno portato l'attenzione sui rischi di isolamento dell'anziano a seguito della pandemia, nel documento di *HelpAge International* (2021, pp.15-16), presentato in occasione dell'XI sessione dell'*Open-Ended Working Group on Ageing*, istituito nel 2010 dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite, sono inclusi tra i bisogni primari da garantire alle persone anziane, oltre a quelli di mobilità e salute, anche quelli relazionali, riconoscendo quanto sia non procrastinabile una riflessione e una rilettura multidimensionale della fragilità, che ponga in rilievo anche indicatori relazionali e sistemici (Nanetti, Montenduro, Moscatelli, 2020, p. 5).

Una valida proposta educativa in tal senso è nelle attività di *intergenerational learning*, le quali agiscono sul piano personale dell'apprendimento permanente attraverso spazi di valorizzazione dell'esperienza e di reciprocità tra le generazioni, e allo stesso tempo promuovono la dimensione formativa comunitaria perché educano ai valori della convivenza e della coesione sociale. Rivitalizzare la creazione di opportunità reticolari di scambio intergenerazionale in luoghi formali (reverse mentorship, progetti di incontri nelle scuole di vari gradi tra generazioni, ecc.) e informali (orti urbani intergenerazionali, centri estivi multigenerazionali, ecc.) diviene quindi una valida realtà pedagogica in grado di sostenere la generatività delle relazioni educative e di aumentare il capitale sociale (Ellerani, De Blasi, Urbanovich, 2021, pp. 40-41; Crotti, 2018, pp. 161-166). Come evidenzia Franca Pinto Minerva, infatti, «si tratta di occasioni di mutuo apprendimento che possono apportare benefici ad entrambe le generazioni in quanto i giovani sanno fare cose che gli anziani non hanno mai provato fare o non sanno fare più; gli anziani hanno però un patrimonio di storia e di esperienza che i giovani non hanno avuto tempo per accumulare. Insieme possono (...) costruire una intercultura nuova» (1988, p. 15).

### 3. Investire in sostegni educativi di vicinanza

La pandemia da Covid-19 è stata definita una sindemia da Richard Horton (2020, p. 874), il quale ha ripreso il concetto introdotto dall'antropologo Merrill Singer per evidenziare quanto la protezione

garantita dal vaccino o dalla sperimentazione di farmaci in grado di limitare o bloccare la malattia, sia una soluzione che intercetta soltanto una sfumatura della complessità del fenomeno: esso infatti rimanda all'interdipendenza di aspetti biologici e sociali, esacerbando le disparità economiche, ampliando la forbice delle disuguaglianze e, in particolare per la persone anziane, richiedendo il ricorso a strategie integrate in ambito non soltanto medico-sanitario ma anche socio-educativo.

Come è risultato evidente in tempo di emergenza pandemica, una impostazione rigida di risposta ai bisogni suddivisa per categorie che ha caratterizzato le politiche sociali del secolo scorso, ha mostrato criticità nel comprendere appieno le sfumature della condizione anziana, ma anche nel proteggerla e tutelarla nella risposta a eventi complessi. I servizi di welfare per le persone anziane più presenti sul territorio nazionale riguardano infatti la presa in carico della non autosufficienza, attraverso l'indennità di accompagnamento e gli interventi per la cura residenziale o domiciliare, seppur si manifestino ancora gravi differenze in questo secondo campo sul territorio italiano (Monteduro, Nanetti, 2021). La polarizzazione negli interventi per fasce di età e di bisogno (anziani, minori, dipendenze, disabilità, ecc.), accanto ad una difficile lettura delle stesse differenze interne alle singole categorie (si pensi, ad esempio, alla poliedrica condizione di anziano nel suo manifestarsi nelle età della vita), ha reso molto complesso rilevare le reali esigenze delle persone, soprattutto se intercettano, come nel caso dell'anziano solo, bisogni relazionali e esistenziali.

Tuttavia, l'Italia si trova ad un punto di svolta: il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), presenta tra i suoi principali obiettivi proprio la ridefinizione dei modelli di assistenza e di cura per la fascia anziana, con attenzione ai presidi territoriali (Governo Italiano, 2021). L'approccio progettuale intende quindi superare il modello delle capacità funzionali e della loro compromissione, per focalizzarsi sulla *domanda di cura sociale* e sul garantire i *diritti sociali* dell'anziano accanto ai *doveri della comunità* (Commissione per la riforma dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria per la popolazione anziana, 2021).

La pedagogia sociale ha quindi il compito, soprattutto oggi, di superare l'idea di emergenza come risposta immediata da proporre ad un evento improvviso, poiché è un sapere complesso che riflette in contesti di complessità (Orefice, Sarracino, 2004, p. 35), quindi è chiamata a *far emergere* e a osservare *ciò che emerge* nel tessuto sociale, sia in termini di richieste silenziose, sia come risposte informali. In quest'ultimo caso, la prossimità educativa viene vista non come semplice vicinanza fisico-geografica, ma «come processo che mette in moto e quindi come processo di *empowerment* che fa emergere risorse e competenze latenti o ignorate che permettono non solo a ciascuno di agire per il miglioramento della propria vita, ma anche, ritornando alle comunità competenti, pensieri e azioni collettive che arricchiscono il contesto in cui sono inserite e sono convenienti per tutti» (Messia, Venturelli, 2013, p. 9). A tal proposito, in una ricognizione sui cambiamenti nell'assistenza alle persone anziane durante l'emergenza pandemica nelle regioni Lombardia, Veneto e Molise, si osserva, accanto al potenziamento delle strutture sanitarie già attive anche il finanziamento per rinforzare le reti primarie degli anziani e l'attivazione di nuovi servizi in sinergia tra l'ambito pubblico e il terzo settore (Nanetti, Monteduro, Moscatelli, 2020, pp. 11-12).

La solidarietà tra famiglie e persone che abitano nello stesso territorio è un tratto che caratterizza l'umano indipendentemente dal tempo e dalla cultura, se però l'aiuto reciproco manca in occasione di eventi traumatici imprevisti, aumenta la dimensione di sofferenza e difficile diventa ricostruire un piano di significatività su ciò che sta avvenendo. Le trasformazioni urbane e sociali degli ultimi secoli hanno eroso in larga parte questa "naturale" predisposizione all'aiuto reciproco, soprattutto in famiglie e soggetti che manifestano difficoltà nella costruzione e nel mantenimento del legame. La vicinanza solidale tra famiglie o persone fonte d'aiuto, diviene in questo caso uno strumento – seppur per molti aspetti possa riconoscersi come fine stesso della dinamica relazionale ricostituita (Folgheraiter, Cappelletti, 2011) –, grazie al quale consentire all'anziano che abita solo di poter continuare a vivere nella propria abitazione e di mantenere il rapporto con il proprio territorio, prevenendo l'istituzionalizzazione precoce.

Un approccio di welfare innovativo attento alla fragilità della persona anziana sola necessita quindi di alcune riflessioni pedagogiche, rilanciate dallo stesso *Libro Verde sull'invecchiamento demografico. Promuovere la solidarietà e la responsabilità fra le generazioni* (COM/2021): in primo luogo, occorre la promozione di un pensiero proattivo del concetto di salute che si fonda su «un cambiamento di prospettiva che richiama una sorta di *care transition* da un approccio prevalentemente

legato a aspetti di carattere sanitario (più legati alla dimensione di cura della salute), ad un approccio che metta al centro il benessere e recuperi il ruolo attivo del soggetto anziano» (Galeotti, 2021, p. 42). In una visione “aperta” del concetto di benessere, la salute mentale e psicologica giocano un ruolo cruciale, come è apparso evidente in tempi di distanziamento obbligato. Sul mantenimento di una buona salute agisce anche la presenza o meno di reti parentali e amicali (Bowling e Gabriel, 2004), le quali nella pandemia hanno mostrato il loro supporto non soltanto in occasione della risposta a bisogni materiali, quali la spesa o l’acquisto di farmaci, soprattutto si sono rivelati fondamentali nel garantire rapporti emotivamente e affettivamente “caldi”. Ciò è avvenuto anche con l’ausilio delle nuove tecnologie, le quali hanno consentito il mantenimento della rete di connessioni non soltanto in termini di contatti sporadici, bensì come veri e propri luoghi per coltivare la continuità dei legami.

A tal fine, si rilancia la proposta di Équipe Multidisciplinari territoriali, nelle quali «l’integrazione dell’assistenza attraverso una stretta cooperazione e la condivisione di informazioni tra professionisti, pazienti e prestatori di assistenza (compresi i prestatori di assistenza informale) ha il potenziale per (...) aiutare gli anziani a rimanere indipendenti più a lungo e in maggior benessere» (COM/2021, p. 19), anche pensando una migliore alfabetizzazione alle nuove tecnologie per le fasce di anziani più fragili in termini di possibile cadute nell’isolamento sociale (Ivi).

In secondo luogo, è utile riconoscere le competenze innovative che la comunità chiede agli operatori sociali professionali, i quali, nella ristrutturazione dei servizi, non possono più essere soltanto erogatori di assistenza, ma divengono accompagnatori nel percorso personale di sostegno ad autonomie multiple e residue, oltre che attivatori di interventi *community based*.

Promuovere servizi di prossimità territoriale multidisciplinari, nei quali operano in sinergia professionisti della salute, del sociale e dell’educativo, consente infatti di accogliere una domanda di accompagnamento sempre più attenta ai bisogni esistenziali: «Una maggiore offerta di infrastrutture di assistenza ambulatoriale e di prossimità non solo garantisce una migliore assistenza sanitaria e sociale, ma può anche permettere agli anziani di partecipare ad attività sociali e connesse al loro benessere» (COM/2021, p. 18); persone e famiglie disponibili alla vicinanza solidale sono presenti nei contesti di vita dell’anziano e possono essere anche nella cerchia della famiglia allargata, oppure nella rete amicale e sociale, o, in chiave più ampia, all’interno dell’associazionismo familiare attivo sul territorio. Più il cerchio si allarga, più l’operatore sociale che vuole agire un approccio di sostegno prossimale sistemico dovrà essere consapevole che laddove diminuisce la conoscenza diretta tra i soggetti, è minore la fiducia iniziale; in quelle circostanze si dovrà prevedere nella progettualità un tempo preventivo per costruire le basi stesse della relazione educativa (Elia, 2017).

Inoltre, un supporto educativo di prossimità agisce in stretta sinergia con i servizi istituzionali e promuove le reti di sostegno naturali, intercettando le forme di disagio in maniera preventiva e incontrando le persone nei loro spazi di vita. Il sostegno sociale ha quindi «assunto le sembianze di un ampio meta-costrutto in cui convergono diversi fattori quali lo scambio di interazioni supportive, la percezione di sostegno ricevuto, l’integrazione sociale» (Magrin, 2008).

Da questa prospettiva, è necessario quindi agire in chiave di pedagogia sociale per la riscoperta di «ciò che fa essere la comunità una *comune umanità*: un luogo, una storia, una cultura e un progetto di sviluppo» (Mozzanica, 2005, p. 261). L’azione pedagogica di messa in discussione del pensiero culturale dominante, si snoda sulla revisione del principio stesso di accoglienza in chiave di prossimità e nel rilanciare una comunità che riconosca la comune vulnerabilità come momento di incontro e luogo di convivenza. Occorre trovare spazi riflessivi in cui chiedersi: quali luoghi di cittadinanza andiamo costruendo, non soltanto per le persone anziane?

Si tratta perciò di progettare «non una città ideale, ma un *ideale di città*, che pensi al suo sviluppo» (Ivi) esistenziale, prima che produttivo o funzionale. Proporre nuove politiche di *community care* solidali e sussidiarie è quindi impossibile in un quadro di mancate partecipazioni, *in primis* dell’anziano nelle scelte che interessano il suo percorso di vita, come sancito nel documento *Education at a Glance* del 2020 (Ocse), che evidenzia la necessità di investire, non solo in termini finanziari, per attuare spazi di relazione intergenerazionale che rispettino l’autodeterminazione nella pratica del bene comune e aiutino a consolidare una *identità generativa* per il territorio di vita (Pignalberi, 2021, p. 129).

A tal fine, la relazione educativa di aiuto diviene azione di cura educativa (Musaio, 2020), partendo dalla consapevolezza che «la relazione è allo stesso tempo obiettivo e mezzo, evitando di assumerla

come fattore acquisito» (Mozzanica, 2005, p. 187); per tale motivo, è necessario operare in chiave di personalizzazione, valorizzando l'ascolto che attiva il soggetto nella sua personale costruzione di senso dell'esistenza e anche nel percorso stesso di cura e del prendersi cura.

Personalizzare significa inoltre riconoscere bisogni di esistenza, promuovendo le capacità e le risorse e non categorizzando unicamente sulla base delle carenze e inabilità. Significa, come rileva Rosita Deluigi (2017, pp. 35-37), tentare di curarsi *della, nella e per* la vecchiaia, ovvero «innescare movimenti di apertura, di inclusione, di condivisione» (ivi, p. 36), costruendo contesti partecipativi e luoghi di fiducia nei quali le relazioni consentono la socializzazione, ma anche la messa in comune della sfera emotiva, che comprende i desideri di vita e non soltanto i bisogni.

#### 4. Per non concludere

In questo quadro formativo, la proposta di comunità age-friendly che riguardano l'intero, l'interno e l'intorno della persona (Scassellati Sforzolini, 2013) è un modello di intervento educativo di cura che coinvolge l'anziano attraverso la rete comunitaria (Oms, 2017) e sostiene una domiciliarità diffusa: essa costituisce «il contesto dotato di senso per la persona (...) Tale spazio è una sorta di nicchia ecologica dove il soggetto sta bene e dove desidera continuare ad abitare anche quando si sono ridotte le condizioni di autonomia, perché legato alle sue memorie, ai suoi affetti, alla propria storia. La domiciliarità (...) comprende la casa, ma va oltre» (Scassellati Sforzolini, 2013, pp. 232-233).

Alla luce di tali riflessioni, non si propongono progettazioni sostitutive a quelle tradizionalmente dedicate all'anziano (Rsa, Centri diurni, Assistenza domiciliare, ecc.) ma, partendo dalla rilevazione della poliedrica definizione della condizione anziana (Ciarrocchi e Lupi, 2012, p. 20) e dello spettro delle sue possibilità e risorse, agendo con la finalità del benessere bio-psicosociale della persona, si pensa che anche la zona grigia di quanti esprimono vulnerabilità relazione debba essere accolta tra le forme di supporto da garantire. Per farlo, si affiancano al pubblico e al privato, anche il Terzo Settore e l'area del volontariato, integrandosi in un'ottica sistemica di cura di prossimità, offrendo un supporto di rete che consenta alla persona anziana di rimanere il più a lungo possibile nella sua casa e nel suo territorio, veri e propri agenti di well-being se permane l'accoglienza dei suoi bisogni relazionali e di partecipazione, altrimenti la casa rischia di trasformarsi in un contenitore chiuso e impermeabile.

L'obiettivo è quindi di integrare i tradizionali servizi socio assistenziali con quelli educativi e con innovativi servizi alla persona.

Un esempio di progetto educativo sociale attento alla vulnerabilità dell'anziano in chiave di prossimità è stato finanziato con la terza edizione del bando di Fondazione Cariplo sul Welfare di comunità e istituisce le cosiddette Sentinelle di prossimità (Euricse, 2019, pp. 16-17), persone che agiscono da antenne sul territorio, in questo caso di Seriate e Grumello del Monte (Bg), con il fine di conoscere e avvicinare anziani soli o che manifestano piccole fragilità, per metterli in contatto con infermieri e operatori educativi di comunità, i quali agiscono all'interno di un progetto *di aging in place*, ovvero di valorizzazione di cura nella domiciliarità.

Il principio fondativo di progetti di vicinanza e prossimità è infatti nella distribuzione comunitaria del carico di cura, fornendo una rete che supporta la persona e valorizza l'apporto di tutti i suoi membri. Tale approccio agisce in area di prevenzione dell'insorgenza dell'isolamento sociale e di promozione delle capacità e autonomie residue. Il partenariato tra l'ambito territoriale pubblico, il privato, il Terzo Settore e il volontariato sociale ha permesso di lavorare sulla prevenzione di situazioni di fragilità, accompagnando alla consapevolezza dei diritti e delle possibilità dei servizi di supporto per l'anziano, inoltre, ha consentito un cambio di paradigma nella lettura culturale della vecchiaia attraverso vere e proprie campagne di sensibilizzazione e percorsi di attivazione di comunità, rompendo stereotipi e pregiudizi fondati su scarsa conoscenza e incontri diretti tra persone.

#### Bibliografia

- Associazione Abitare e Anziani (2020). Anziani soli: una emergenza silenziosa. *Abitare e anziani*, 1.
- Bowling, A., Gabriel, Z. (2004). Quality of life from the perspectives of older People. *Ageing and Society*, 24, 5, 675-691.
- Butler R. N. (1969). Age-ism: another form of bigotry. *Gerontologist*, 9, 4, 243-246.

- Cavallero P., Ferrari M. G., Bertocci B. (2006). Solitudine e relazioni sociali: due aspetti della vita delle donne anziane. *Psychofenia*, 14, 99-118.
- Cavazza G., Malvi C. (a cura di) (2014). *La fragilità degli anziani. Strategie, progetti, strumenti per invecchiare bene*. Rimini: Maggioli Editore.
- Commissione Europea (2021). *Libro Verde sull'invecchiamento demografico. Promuovere la solidarietà e la responsabilità fra le generazioni*. Bruxelles, 27.1.2021 COM (2021).
- Commissione per la riforma della assistenza sanitaria e sociosanitaria per la popolazione anziana (2021). *Carta per i diritti delle persone anziane e i doveri della comunità*. Roma: Ministero della Salute.
- Cristini C. (2004). Anziano e psicopatologia. In Cesa-Bianchi M., Albanese O. (a cura di). *Crescere e invecchiare nella prospettiva del ciclo di vita*. Milano: Unicopli, 125-156.
- Crotti M. (2018). *Generazioni interrotte. Riflessioni pedagogiche sull'odierna fragilità del patto intergenerazionale*. Milano: Mimesis.
- Deluigi R. (2017). *Legami di cura. Badanti, anziani e famiglie*. Milano: Franco Angeli.
- Elia G. (2017). La relazione educativa: strumento privilegiato del fare educazione. In Kanizsa S., Mariani A.M. *Pedagogia generale*. Milano: Pearson, 131-146.
- Ellerani P., De Blasi M., Urbanovich H. (2021). Intergenerational learning: un profilo di educatore emergente? *Epale Journal*, 9, 39- 45.
- Euricse (2019). *Integrazione nella filiera dei servizi agli anziani. Soluzioni innovative per il benessere dell'individuo e della famiglia*. Trento: Euricse.
- Felisatti E., De Rossi M. (2009). *L'intervento socio-educativo con la persona anziana in condizione di solitudine. Il progetto, l'esperienza sul campo e la ricerca*. Padova: Cleup.
- Fried L. P., Ferrucci L., Darer J., Williamson J. D., Anderson G. (2004). Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. *The Journals of Gerontology*, 59, 3, 255-263.
- Galeotti G. (a cura) (2021). *L'innovazione sociale nell'assistenza domiciliare agli anziani*. Firenze: EditPress.
- Gasperi E., Gregianin (2015). In dialogo con le fragilità nascoste degli anziani. Un'esperienza pilota. *Formazione, Lavoro, Persona*, 11, 1-13.
- Giumelli G. (2006). *Solitudini. Materiali di approfondimento*. Milano: Guerini.
- Grosso S, Ambrosi E, Benagli C, Mortari L, Canzan F. (2018). The quality of life as perceived by older people. Results of a phenomenological study. *Professioni Infermieristiche*, 71(1), 30-37. DOI: 10.7429/pi.2018.711030
- HelpAge International (2021). *Unequal Treatment. What older people say about their rights during the Covid-19 pandemic*. UK: HelpAge International
- Horton R. (2020). Offline: Covid-19 is not a pandemic. *The Lancet*, 396, 26 settembre.
- Lowe P., McBrideHenry K. (2014). What factors impact upon the quality of life of elderly women with chronic illnesses: Three women's perspectives. *Contemporary Nurse*, 41, 18-27.
- Magrin, M.E. (2008). Dalla resistenza alla resilienza: promuovere benessere nei luoghi di lavoro. *Giornale italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, 30, 1, 11-19.
- Malavasi P. (2007). *Pedagogia e formazione delle risorse umane*. Milano: Vita e Pensiero.
- Monteduro G., Nanetti S. (2021). Invecchiamento, anziani fragili e Covid: una chiave di lettura. *I luoghi della cura*, 1, 1-8.
- Mozzanica C.M. (2005). *Pedagogia della/e fragilità*. Brescia: La Scuola.
- Musaio M. (2020). *Dalla distanza alla relazione: pedagogia e relazione d'aiuto nell'emergenza*. Milano: Mimesis.
- Nacoti M. et. al. (2020). At the Epicenter of the Covid-19 Pandemic and Humanitarian Crises in Italy: Changing Perspectives on Preparation and Mitigation. *Innovation in Care Delivery*. <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.20.0080>



- Nanetti S., Monteduro G., Moscatelli M. (2021). Gli anziani fragili e l'emergenza COVID-19: elementi d'innovazione nel welfare locale. *Rivista trimestrale di scienza dell'amministrazione*, 2, 1-24 (<http://dx.doi.org/10.32049/RTSA.2020.2.16>).
- OECD (2007). Glossary of statistical terms; Katz S et al. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*. 1963 Sep 21; 185:914-9
- OECD (2020). *Education at a glance*. Paris: OECD Publishing. Oppo A. (1997). La vedovanza femminile. *Famiglia Oggi*, 8-9.
- Orefice P., Sarracino V. (a cura di) (2004). *Nuove questioni di pedagogia sociale*. Milano: Franco Angeli.
- Pati L. (1999). Condizione di vedovanza e parentalità. *Pedagogia e Vita*, 4, 21-38.
- Pignalberi C. (2021). Youth, Elderly and Territory. Promoting intergenerational learning practices as a "vector" of well-being and social inclusion. *Italian Journal of Special Education for Inclusion*, IX, 2, 121-130. <https://doi.org/10.7346/sipes-02-2021-13>.
- Pinto Minerva F. (1988). *Progetto sapienza. Per una pedagogia del corso della vita*. Roma: Laterza.
- Presidenza del Consiglio dei Ministri (2021). Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. NextGenerationItalia. Roma.
- Scassellati Sforzolini M. (2013). Voce Domiciliarità. In Campanini A.M. (a cura di). *Nuovo Dizionario di Servizio Sociale*. Roma: Carocci.
- Schu-Chuan J, Lo Sing K. (2004). Living alone, social support and feeling lonely among the elderly. *Social behaviour and personality*, 32, 2, 129-138.
- Qiu J, Shen B, Zhao M, et al. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *General Psychiatry*, 33, 1-2. doi: 10.1136/gpsych-2020-100213.
- Van Campen C. (2011). *Frail older persons in the Netherlands*. The Hague: The Netherlands Institute for Social Research.
- Walsh K., Scharf T., Keating N. (2016). Social exclusion of older persons: a scoping review and conceptual framework. *Eur. J. Ageing*, 14, 1, 81-98.