

## Le tematiche dell'invecchiamento tra forte richiesta del "mercato" e modesto interesse degli studenti: Alcune ipotesi e qualche possibile strategia

---

**C**hi si occupa di percorsi formativi nel campo medico o in quello sociale nota spesso un ridotto interesse degli studenti ad occuparsi delle tematiche connesse all'invecchiamento, sia nella scelta dell'ambito in cui svolgere tirocinio o del tema su cui preparare la tesi, sia nella scelta della specializzazione post-laurea.

Se si considera che l'invecchiamento della popolazione oltre ad essere uno dei tratti salienti della società moderna, costituisce uno degli elementi cruciali con cui devono confrontarsi sia le politiche sanitarie, che quelle sociali, tale limitato interesse risulta decisamente problematico, in quanto prefigura uno scarto tra ambiti e tematiche che attraggono gli studenti e ambiti e tematiche su cui gli studenti dovranno intervenire al termine del loro percorso formativo. Tale scarto può infatti comportare che molti operatori vivano il loro lavoro con gli anziani come una soluzione di "ripiego", accettato in mancanza di sbocchi occupazionali legati ad ambiti di intervento ritenuti più stimolanti, con ovvie conseguenze negative sul loro coinvolgimento professionale e sulla stessa qualità del loro intervento.

Per elaborare strategie che incidano su tale scarto occorre, in primo luogo, cercare di capire quali possono essere le motivazioni di tale ridotto interesse.

Una prima ipotesi che si può formulare è che esso sia riconducibile al fatto che mentre lavorare su tematiche sanitarie specifiche, o su fasce sociali "a rischio", sia lavorare su "altro" e "lontano" da sé. Al contrario, lavorare con gli anziani e con le tematiche dell'invecchiamento implichi invece un confronto con la realtà e con i rapporti che si hanno con gli anziani della propria famiglia e, ancor più, con le immagini future di sé, della propria vecchiaia, delle proprie malattie, del proprio possibile decadimento implica dunque la necessità di un confronto, non semplice e ancor meno facile, con il proprio vissuto personale, con i propri timori e con le proprie paure.

Una seconda, e ancor più rilevante ipotesi è che gli studenti ritengano che altri campi, sanitari o sociali, di intervento permettano non solo di incidere positivamente sulla situazione ma anche di risolverla, gli interventi che riguardano gli anziani possano sì tamponare i problemi, ma non modificarli. Nello stesso tempo, mentre gli interventi sulla popolazione giovane e adulta hanno, di norma, ripercussioni che si protraggono a lungo, gli effetti, anche positivi, degli interventi sugli anziani hanno, una portata temporale sostanzialmente limitata. Se nel caso della popolazione giovane-adulta l'intervento può essere visto come effettivamente risolutivo, negli anziani l'intervento può essere considerato come in grado di

rimediare temporaneamente una situazione destinata ad evolversi negativamente: un *rammendo* dunque, e non una *ristrutturazione* risolutiva del “caso”.

In realtà, tale impostazione appare riconducibile ad una visione della vecchiaia come una condizione segnata da un processo unidirezionale e progressivo di deterioramento e di perdita, ovvero, per quanto riguarda il versante sanitario, dall'insorgere, o dal peggiorare di diverse patologie e, per quanto riguarda il versante sociale, da processi di isolamento e di emarginazione. Tale visione sostanzialmente “pessimista” comporta, come corollario, una concezione per cui i diversi interventi, i diversi servizi rivolti a questa fascia di popolazione possono sì migliorare, ma comunque non in modo sostanziale, condizioni di vita e ancor più condizioni di salute segnate da disagio e da “negatività”, senza che sia però ipotizzabile un effettivo miglioramento delle stesse e, ancor più un “ripristino” delle condizioni pregresse all'insorgere del problema specifico.

Non si tiene quindi conto della possibilità che elementi di compensazione possano intervenire anche in un quadro segnato dal declino dei livelli di funzionalità fisica o intellettuale e che, quindi, anche in presenza di situazioni sanitarie o socio-familiari difficili, possano verificarsi processi di invecchiamento vissuti, come sostanzialmente positivi. Si tratta insomma di un'impostazione che, se vede la salute come “assenza di malattia”, più che come stato di benessere o come assestamento dei soggetti su nuovi equilibri, vede la vecchiaia come il tempo della “perdita” e del bisogno.

Ma se questi sono i modelli culturali e l'impianto concettuale proposto nei percorsi formativi, è evidente che ben difficilmente gli studenti saranno motivati allo studio e all'intervento sulla popolazione anziana. Ben più stimolante, non solo in termini culturali, ma anche per le motivazioni all'impegno professionale, sarebbe invece un'impostazione che assumesse, come punto di partenza, non il concetto di *bisogno*, ma il concetto di *capacità residue*, sia per quanto riguarda la sfera biologica-sanitaria, che per quanto riguarda la sfera della socialità.

Questa modalità di impostazione comporterebbe infatti un'attenzione volta a quanto gli interventi e i servizi socio-sanitari possono fare per supportare le capacità residue esistenti (sia dell'utente, sia del contesto socio-familiare nel quale l'utente è inserito) e quindi introdurrebbe degli elementi di *progettualità* rispetto alla implementazione di tali risorse, di tali capacità. Certo, capacità e bisogni sono due facce della stessa medaglia: l'attenzione alle capacità residue non comporta, ovviamente, una sottovalutazione delle zone d'ombra di tali capacità, degli aspetti che limitano le diverse necessità dei soggetti, ossia dei bisogni; quello che però caratterizza un approccio centrato sulle capacità, è che l'attenzione è posta soprattutto sull'individuazione degli interventi e delle strategie che possano supplire, o innestare situazioni di compensazione a tali bisogni.

Nello stesso tempo, tale approccio comporta un'esplicita attenzione a cogliere il nesso tra autonomia, data dal quadro sanitario, e autosufficienza complessiva, determinata dal rapporto tra gli aspetti fisici e quelli psicologici e sociali. Ma per cogliere tale nesso, occorre un'impostazione molto più ricca e articolata rispetto a quella “monodisciplinare” che tuttora tende a caratterizzare la formazione sia degli operatori sociali che di quelli sanitari: da un lato, per gli operatori sanitari si pone la necessità di contestualizzare la salute in quanto processo che coinvolge, anche, l'ambito sociale; dall'altro, per gli operatori sociali, si pone, specularmente, la necessità di cogliere il ruolo specifico giocato dagli elementi sanitari e biologici sul vissuto dell'invecchiamento e sul suo inserimento familiare.

Vale a dire che si può stimolare un interesse verso le tematiche dell'invecchiamento solo “alzando il

tiro", sia sul ruolo degli interventi sociali o sanitari rivolti alla popolazione anziana, che sugli stessi processi formativi degli operatori.

Si tratta quindi non di nascondere o ridurre le possibili difficoltà ad occuparsi dell'invecchiamento, ma, al contrario, di partire, nell'impostazione dei processi formativi, proprio da tali difficoltà, trasformando le *criticità* in *potenzialità* intellettualmente stimolanti: evidenziando insomma come lo studio e il lavoro professionale in quest'ambito richieda, in misura ben maggiore che altri, da un lato un approccio interdisciplinare, dall'altro un confronto con una dimensione 'filosofica' ed una presenza di elementi di riflessività.

Carla Facchini  
Facoltà di Sociologia Università di Milano Bicocca