

INTRODUZIONE

Processi di invecchiamento, ageismo e cura nei contesti ospedalieri: attori, pratiche e prospettive teoriche

Elena Allegri*, Cristina Calvi*, Eugenia Mercuri*, Francesca Zaltron*

The ageing of the population, a complex phenomenon that increasingly challenges contemporary societies, calls for multidimensional analysis and critical reflection on its social construction. This article, which introduces the Special Issue, explores key sociological themes, questioning the persistent dichotomies between autonomy and dependency and between agency and passivity, that often frame the discourse on ageing. It begins by reflecting on the socio-cultural dimensions of ageing, continues with an examination of ageism in healthcare settings, and concludes by considering care practices as situated and privileged sites through which the risks of ageism can be observed and addressed.

Keywords: ageing; ageism; discrimination; healthcare settings; care practices; age.

Parole chiave: invecchiamento; ageismo; discriminazione; contesti sanitari; pratiche di cura, età.

1. Anziani, ageismo e pratiche di cura

L'invecchiamento demografico rappresenta una delle trasformazioni strutturali più rilevanti che investono le società contemporanee, in particolare nei paesi europei e nel contesto italiano. La crescente longevità e l'aumento della popolazione anziana sollecitano interrogativi profondi che attraversano molti ambiti – politiche pubbliche, cultura, sistemi sanitari, organizzazione dei servizi – e che impongono una riflessione critica sulla giustizia tra generazioni, sull'equità redistributiva e sulle rappresentazioni sociali che concorrono a definire l'età anziana. Non si tratta solo di ripensare la redistribuzione delle risorse nei sistemi di welfare, in un contesto segnato da restrizioni di finanziamenti e da un crescente processo di managerializzazione dei servizi (Ranci, Pavolini, 2024), ma anche di interrogarsi criti-

* Università del Piemonte Orientale. elena.allegri@uniupo.it

L'articolo è frutto del lavoro congiunto delle autrici; tuttavia, ai soli fini dell'attribuzione, il primo paragrafo è stato curato da Elena Allegri, il secondo da Eugenia Mercuri, il terzo da Cristina Calvi e il quarto da Francesca Zaltron.

camente su come l'età anziana venga costruita socialmente, interpretata e trattata nelle pratiche sociali quotidiane.

Se il paradigma biomedico tradizionale ha storicamente considerato l'anziano come oggetto della cura – fragile e passivo, da gestire secondo logiche paternalistiche (Freidson, 1970) – le trasformazioni più recenti, sollecitate anche dall'introduzione del *New Public Management* (Barzelay, 2002) e dalla successiva evoluzione verso la *New Public Governance* (Osborne, 2006), ne hanno promosso una ridefinizione come soggetto attivo, capace di esercitare autonomia, compiere scelte e partecipare al processo di cura. Tuttavia, tale spinta alla partecipazione può produrre nuove forme di disuguaglianza, soprattutto tra coloro – come molti anziani – che si trovano in condizioni di fragilità cognitiva, economica o relazionale, e che non sono in grado di compiere scelte informate e consapevoli.

In questo quadro si inserisce il concetto di ageismo (Butler, 1969), per descrivere un insieme di stereotipi, pregiudizi e discriminazioni rivolti alle persone in base alla loro età. Come evidenziato da Ayalon e Tesch-Römer (2018), l'ageismo attraversa i diversi livelli dell'agire sociale: il micro, nelle interazioni tra professionisti, pazienti e *caregiver*; il meso, nelle culture organizzative; e il macro, nei quadri normativi che regolano l'accesso, la qualità e l'equità dei servizi.

Questa *Special Issue* della rivista Salute e Società si propone di esplorare l'ageismo sia sul versante teorico sia su quello empirico, con due obiettivi principali: contribuire alla costruzione di una riflessione sociologica sul tema, ancora scarsamente sviluppata in ambito italiano, e promuovere una riflessione critica e multidimensionale, capace di collegare i diversi livelli di analisi (micro, meso e macro) mettendo in luce come le discriminazioni legate all'età non siano naturali, ma socialmente prodotte e potenzialmente trasformabili attraverso processi di *agency*, negoziazione e resistenza.

I saggi proposti in questo numero monografico si articolano lungo tre assi tematici. Il primo esplora la relazione tra ageismo e contesti sanitari, luoghi emblematici del contrasto tra pressione alla standardizzazione delle pratiche e necessità di personalizzazione dei processi di cura. Zaltron e Allegri approfondiscono, in chiave interazionista, la divisione del lavoro tra professionisti della sanità, mostrando come la prospettiva dell'ordine negoziato di Strauss (1985) permetta di rilevare micro-pratiche di resistenza all'ageismo. Calvi e Mercuri, adottando la stessa prospettiva teorica, indagano le interazioni terapeutiche tra pazienti, *caregiver* e professionisti sanitari, evidenziando sia rischi di discriminazione sia forme di partecipazione dei pazienti e dei *caregiver* nella co-costruzione del percorso di cura.

Il secondo asse riguarda le rappresentazioni socioculturali dell'invecchiamento e della discriminazione basata sull'età. Van Rijn, Meyer-Wyk, Reinhard, Kajander, Seiger, Wollgaste e Wurm discutono le origini e le conseguenze dell'ageismo, sottolineando il ruolo centrale dei media e del sistema sanitario nella costruzione di stereotipi dannosi per la salute e la qualità della vita degli anziani. Atzori analizza criticamente le app digitali rivolte alla popolazione anziana, mostrando come esse rafforzino rischi di discriminazione all'interno di una retorica performativa dell'invecchiamento fondata su autonomia e produttività, escludendo così le soggettività fragili.

Il terzo asse tematico indaga pratiche innovative dedicate agli anziani, tenendo sullo sfondo i rischi di discriminazione basati sull'età. Sena e Galligani analizzano una sperimentazione di telemedicina in un'area montana interna, rivelando potenzialità e limiti nell'accesso alle cure per gli anziani. Pellegrinelli e Miele discutono le potenzialità delle attività artistiche per coinvolgere persone con declino cognitivo nella progettazione di tecnologie assistive a loro dedicate. Infine, Ganugi, Magliacane e Prandini studiano la situazione di anziani autonomi che vivono da soli in due quartieri bolognesi, evidenziando il rapporto complesso tra solitudine e diritto alla città, che le politiche pubbliche dovrebbero garantire.

Nel loro insieme, i saggi raccolti in questo volume evidenziano che affrontare criticamente l'ageismo significa non solo tutelare i diritti delle persone anziane, ma interrogare l'intero progetto sociale di convivenza tra generazioni. Nei paragrafi che seguono, (Mercuri, Calvi e Zaltron) propongono una lettura dell'invecchiamento e dell'ageismo nei contesti sanitari mettendo in luce, attraverso l'analisi delle pratiche professionali, la tensione tra soggettivazione e oggettivazione delle persone anziane e interrogando criticamente il ruolo delle logiche organizzative nella costruzione quotidiana delle relazioni di cura.

2. Processi di invecchiamento

L'invecchiamento della popolazione è un fenomeno composito, che deriva da trasformazioni di lungo respiro: il miglioramento delle condizioni igienico sanitarie, che hanno contribuito ad allungare sensibilmente la speranza di vita; ma anche la riduzione della fecondità e il progressivo posticipare il momento in cui si diventa genitori. Tali trasformazioni hanno inciso sull'invecchiamento sul piano individuale, ma anche collettivo: non sono, infatti, solo le persone a invecchiare, ma le società nel complesso. Nel no-

stro paese, il quadro dei dati demografici mostra chiaramente quanto l'Italia stia invecchiando: secondo l'Istat, nel 2024 il 24,3% della popolazione è composta da persone che hanno almeno 65 anni, e l'età media a livello nazionale è di 46,6 anni. L'indice di vecchiaia, al 199,8%, indica come per ogni bambino/a tra 0 e 14 anni vi siano quasi due persone over 65, proporzione destinata a triplicare nel 2050, quando si stima che l'indice di vecchiaia sarà del 309%, per effetto combinato del crescere della proporzione di persone con almeno 65 anni (che saranno il 34,5% della popolazione, vale a dire una su tre), e del costante diminuire dei residenti più giovani. Al livello individuale, la speranza di vita alla nascita è tornata ai livelli pre-Covid, ed è fra le più alte del mondo occidentale, con 83 anni nel 2023, di cui 81 per gli uomini e 85,1 per le donne; i dati Eurostat, inoltre, mostrano che chi aveva 65 anni nel 2022 poteva sperare, in media, di avere davanti a sé circa 10 anni di vita in buona salute. I processi di invecchiamento sono stati oggetto di indagine sociologica da diverse prospettive, di cui Arlotti (2024) propone un'utile rassegna distinguendo uno sguardo positivo, uno negativo, e uno critico. Il primo si caratterizza per una forma di "catastrofismo" che inquadra l'invecchiamento come problematico per la tenuta delle strutture sociali (aumento dei bisogni, tensioni fra le generazioni, consumo di risorse); il secondo, viceversa, mette l'accento sulle condizioni sempre migliori della popolazione anziana, in termini di risorse materiali, di salute, e di coinvolgimento nella vita sociale. Entrambe le prospettive, pur se da posizioni opposte, scontano una tendenza a uniformare e stereotipizzare l'esperienza dell'invecchiamento. Il terzo sguardo, infine, tenta di problematizzare proprio tale tendenza, mettendo in luce la complessità e l'eterogeneità dei processi di invecchiamento. Questo breve excursus apre la strada ad almeno due riflessioni, fra loro intrecciate, nelle quali una tensione fra rappresentazioni dell'età anziana come caratterizzata da autonomia e *agency*, da un lato, e viceversa come destinata alla dipendenza e alla passività dall'altro, è trasversale. La prima ha a che fare con i modi in cui si dà senso a un periodo del corso di vita destinato sempre più a dilatarsi o a spostarsi in avanti, a seconda della definizione dei suoi "confini". Le definizioni della senilità sono, infatti, prodotti storico-culturali, soggetti a continue produzioni e ri-produzioni discorsive che poco hanno a che fare con processi biologici e "naturali": nelle società occidentali contemporanee, a una "terza età" caratterizzata da attività e partecipazione si fa culturalmente seguire una "quarta età" passiva, malata, in declino, fondamentalmente "altro" (Higgs, Gilleard, 2015). Queste rappresentazioni hanno influenzato anche la definizione delle politiche destinate alla popolazione anziana, riconducibili principalmente a due ambiti: la *long term care* (LTC), che offre as-

sistenza in varie forme alle persone anziane non autosufficienti; e *l'Active ageing*, che viceversa immagina interventi per favorire partecipazione, salute e sicurezza di chi invecchia, con un'enfasi sulla responsabilità individuale che rischia però di definire percorsi “di successo” e “fallimentari” perdendo di vista l’eterogeneità dei corsi di vita e le diverse dotazioni di capitale – economico, culturale e sociale – delle persone che invecchiano (Cappellato *et al.*, 2021). La seconda riflessione, dunque, che deriva dalla precedente, chiama in causa il tema dell’eterogeneità interna della categoria di “persone anziane” e delle disuguaglianze e i rischi di discriminazione che vi si nascondono. È utile, infatti, ricordare come il rischio di esclusione in età anziana sia multidimensionale, e interessi almeno sei ambiti: la comunità territoriale del vicinato; la partecipazione civica; i servizi (sociali, sanitari, abitativi, di trasporto, di informazione, commerciali); le risorse materiali e finanziarie; le relazioni sociali; e gli aspetti socioculturali (Walsh *et al.*, 2017). Questi ultimi fanno riferimento a come l’età anziana è rappresentata culturalmente all’interno di una società, e alle conseguenze di tali rappresentazioni, potenzialmente discriminatorie: si tratta, infatti, dei rischi di esclusione identitaria, discorsiva e simbolica, e di discriminazione su base ageista. Proprio questo sarà l’oggetto del prossimo paragrafo.

3. Ageismo nei contesti sanitari

Il WHO (2021) e la “Carta of Florence” (Ungar *et al.*, 2024) – primo manifesto mondiale contro l’ageismo sanitario redatto da un gruppo di geriatri e gerontologi – hanno riconosciuto l’effetto negativo dell’ageismo sulla salute e sul benessere della popolazione anziana.

Come evidenziato nel primo paragrafo, con il termine ageismo si fa riferimento ad una specifica discriminazione basata sull’età che colpisce soprattutto le persone anziane (Butler, 1969; Ayalon, Tesch-Römer, 2018). La definizione di tale concetto si è evoluta nel tempo e per una disamina di questa evoluzione si rimanda al recente articolo di Okun ed Ayalon (2024).

Nell’ambito dei servizi sanitari, la definizione più riconosciuta è quella di Iversen e colleghi (2009, p. 13, trad.it a cura dell’autrice): «L’ageismo è definito come stereotipi negativi o positivi, pregiudizi e/o discriminazioni contro (o a vantaggio di) persone anziane sulla base della loro età cronologica o sulla base di una percezione di loro come “vecchi” o “anziani”. L’ageismo può essere implicito o esplicito e può essere espresso a livello micro, meso o macro». Successive riflessioni sul tema hanno introdotto le dimensioni autodiretta ed eterodiretta dell’ageismo, sottolineando come tali

aspetti possano emergere solo a livello micro, ovvero nelle interazioni tra gli individui.

L'ageismo nei servizi sanitari e nei servizi sociali ospedalieri è una realtà diffusa (tra gli altri, Wyman *et al.*, 2018; Ungar *et al.*, 2024) e, a nostra conoscenza, non ancora adeguatamente indagata in Italia, sebbene la pandemia da COVID-19 abbia messo in evidenza la diffusione di una discriminazione esplicita basata sull'età nell'assistenza sanitaria a livello globale. Come precedentemente accennato, in ambito sanitario l'ageismo si può tradurre in pratiche discriminatorie che si sviluppano a livello individuale (micro), cioè del singolo professionista sanitario attraverso la messa in atto, ad esempio, di una medicina paternalistica o del cosiddetto nichilismo terapeutico; a livello di gruppi sociali o contesti organizzativi (meso) in cui si radicano regole e procedure standardizzate che determinano l'agire professionale (ad esempio, la ridotta tempistica per le visite); a livello di politiche (macro), come ad esempio l'esclusione della popolazione anziana dai *trials* clinici.

La Carta of Florence (Ungar *et al.*, 2024) esplicita, inoltre, come l'ageismo sanitario possa permeare le istituzioni deputate alla cura a livello strutturale influenzando, oltre alle pratiche cliniche, la progettazione ma anche la gestione stessa delle strutture sanitarie e della tecnologia utilizzata in sanità con ricadute sensibili in termini di riduzione dell'accesso ai servizi di assistenza per i pazienti anziani.

Per una disamina delle pratiche ageiste in ambito sanitario si rimanda al lavoro seminale di Wyman e colleghi (2018), da cui emerge che le discriminazioni basate sull'età colpiscono i pazienti anziani per tutto il corso della traiettoria di malattia, senza grandi differenze tra patologie e quindi tra specialità mediche. In particolare, nella fase della diagnosi emergono stereotipi legati alla considerazione di sintomi come "normali" per le fasce di età più avanzate o disparità nella messa in atto di procedure diagnostiche (ad esempio la mancata prescrizione di esami specifici). Nella fase del trattamento si registra, invece, la convinzione di alcuni operatori sanitari rispetto alla mancata risposta a terapie o a procedure specifiche (soprattutto quelle chirurgiche). Per quanto riguarda la gestione della malattia, è utile fare riferimento alla questione dell'aderenza terapeutica che, sebbene apparentemente riguardi solo i pazienti, in realtà lega a doppio filo professionisti sanitari e malati. Essa, infatti, si rivela un campo in cui si possono sviluppare pratiche ageiste eterodirette ma anche autodirette. Nel primo caso si fa riferimento al fatto che gli operatori sanitari possono influenzare in modo significativo il livello di *compliance* dei pazienti – è sufficiente pensare all'effetto di un colloquio tra paziente e medico quando quest'ultimo riesce

a motivare il malato a seguire la terapia, o al ruolo cruciale del personale infermieristico nello spiegare chiaramente le modalità di assunzione dei farmaci; nel secondo caso, invece, sono gli stessi pazienti anziani a non aderire correttamente ai piani terapeutici prescritti a causa di atteggiamenti negativi nei confronti dell'invecchiamento e della propria condizione di salute associata all'età. È utile però sottolineare che adottando una lettura delle pratiche ageiste più attenta al contesto e quindi ai vincoli strutturali e alle interazioni tra gli attori sulla scena della cura, la *compliance* potrebbe diventare l'esito di negoziazioni continue tra pazienti e professionisti sanitari, così come la mancata aderenza al piano terapeutico da parte dei primi potrebbe configurarsi come atto di resistenza. L'adozione di questa prospettiva permette quindi di far emergere la tensione dicotomica tra oggettivazione e soggettivazione degli anziani già richiamata nei precedenti paragrafi.

4. Ageismo e pratiche di cura: riflessioni conclusive

La tensione tra soggettivazione e oggettivazione delle persone anziane, richiamata in più passaggi di questo contributo, attraversa in profondità i processi di invecchiamento: si ritrova nelle rappresentazioni socialmente costruite dell'età anziana, nelle politiche pubbliche che la governano, nelle forme organizzative dei servizi sanitari, ma anche nelle relazioni di cura quotidiane e, non da ultimo, nelle stesse prospettive teoriche che hanno cercato di definire e analizzare l'ageismo.

L'aspetto critico di questa contrapposizione risiede nel rischio di riproporre una dicotomia rigida e generalizzante tra *agency* e passività, tra autonomia e dipendenza. Tale dicotomia non solo semplifica la complessità delle esperienze di cura, ma rischia anche di riprodurre forme implicite di riduzionismo: psicologizzando le condotte dei pazienti oppure naturalizzando le pratiche professionali come unidirezionali.

A nostro avviso – ed è questo uno degli obiettivi centrali della presente *Special Issue* – risulta più produttivo interrogare i modi in cui questa tensione prende forma in modo situato, all'interno del “farsi quotidiano” delle relazioni di cura. Si tratta, in altri termini, di osservare come le possibilità di azione dei soggetti anziani si configurino di volta in volta in relazione a vincoli e risorse di ordine strutturale, relazionale e materiale: nella distribuzione del tempo, nell'organizzazione del lavoro professionale, nei dispositivi comunicativi e tecnologici, nelle norme implicite che regolano l'interazione.

Per affrontare questa complessità, ci è parso fruttuoso riferirci al concetto di pratiche di cura, così come sviluppato, seppure con accenti differenti, da Mol (2008) e Dahl (2017). Entrambe le autrici mettono in discussione una concezione della cura fondata sull'autonomia decisionale e sulla libera scelta, per sostituirla con una visione situata e relazionale, in cui la cura si configura come un “assemblaggio” eterogeneo di atti, saperi, strumenti, affetti, norme e conflitti. In particolare, Mol propone una lettura alternativa della cura rispetto alla retorica della scelta del paziente, sostituendole una “logica della cura” basata su aggiustamenti continui, co-produzione di significati, attenzione al contesto e sperimentazione situata. La cura, in questa prospettiva è dunque un processo distribuito, materiale e relazionale, che si costruisce nel fare quotidiano. Dahl, da parte sua, riconcettualizza la cura come assemblaggio frammentato, attraversato da logiche spesso in competizione – professionali, affettive, familiari, manageriali – e invita a leggerla non come un bene universale, ma come un campo di tensioni politiche e morali.

Come osservato da Cappellato (2022), l’approccio di Dahl tende a trascurare la materialità della cura – fatta di oggetti, ambienti, strumenti, tempi e corpi – centrale invece nelle teorie delle pratiche (Gherardi, 2000), che leggono la cura come attività performativa e situata, basata su un sapere incarnato e distribuito tra attori umani e non umani. In una prospettiva affine, Strauss (1985) interpreta la cura come lavoro collettivo e processuale, costruito attraverso il coordinamento negoziale di ruoli, responsabilità e risorse, e come un processo dinamico e situato, che coinvolge quotidianamente pazienti, professionisti, *caregiver* e istituzioni.

Assumere le pratiche, nelle sue differenti accezioni, come chiave analitica consente non solo di studiare ciò che accade nei contesti di cura, ma anche di osservare come, nel vivo dell’interazione, si costruiscano o si ostacolino opportunità di riconoscimento, *agency* e inclusione.

La soggettività della persona anziana non è data in modo essenziale, né attribuita una volta per tutte: essa emerge o viene negata nel corso di azioni, scelte, deleghe, resistenze e alleanze che attraversano le relazioni concrete di cura. In questo senso, la prospettiva delle pratiche ci sembra permettere di problematizzare la tensione tra soggettivazione e oggettivazione, rendendola osservabile nei contesti situati in cui si produce. Proprio in tale direzione, in alcuni contributi di questa *Special Issue*, è stata utilizzata per interrogare e comprendere le forme che l’ageismo può assumere nella quotidianità dei servizi di cura, trasformandolo da oggetto astratto a questione concreta, politica e relazionale.

Bibliografia

- Arlotti M. (2024). *Anziani, povertà e disuguaglianze sociali. Una prospettiva multidisciplinare*. Bologna: Il Mulino.
- Ayalon L., Tesch-Römer C. (2018). *Contemporary Perspectives on Ageism*. Cham: Springer.
- Barzelay M. (2002). Origins of the New Public Management: An International View from Public Administration/Political Science. In: McLaughlin K., Osborne S.P., Ferlie E., eds., *New Public Management: Current Trends and Future Prospects*. London: Routledge, 15-33.
- Butler R.N. (1969). Ageism: Another form of bigotry. *The Gerontologist*, 9(4): 243-246.
- Cappellato V. (2022). *Ripensare la non autosufficienza. Logiche di cura a confronto*. Bologna: Il Mulino.
- Cappellato V., Gardella Tedeschi B., Mercuri E. (2021). *Anziani. Diritti, bisogni, prospettive. Un'indagine sociologica e giuridica*. Bologna: Il Mulino.
- Dahl H.M. (2017). *Struggles in (Elderly) Care: A Feminist View*. London: Palgrave Macmillan. DOI: 10.1057/978-1-37-57761-0
- Freidson E. (1970). *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. New York: Harper & Row.
- Gherardi S. (2000). Practice-Based Theorizing on Learning and Knowing in Organizations. *Organization*, 7(2): 211-223. DOI: 10.1177/135050840072001
- Higgs P., Gilleard C. (2015). *Rethinking Old Age. Theorizing the Fourth Age*. London: Palgrave Macmillan.
- Iversen T.N., Larsen L., Solem P.E. (2009). A conceptual analysis of ageism. *Nordic Psychology*, 61(3): 4-22. DOI: 10.1027/1901-2276.61.3.4
- Mol A. (2008). *The Logic of Care: Health and the Problem of Patient Choice*. London: Routledge.
- Okun S., Ayalon L. (2024). Ageism: the importance of the linguistic concept for the construction of the experience. *Ageing & Society*, 44: 1354-1368. DOI: 10.1017/S0144686X22000708
- Osborne S.P. (2006) The New Public Governance? *Public Management Review*, 8(3):377-387. DOI: 10.1080/14719030600853022
- Ranci C., Pavolini E. (2024). *Le politiche di welfare*. Bologna: Il Mulino.
- Strauss A. (1985). Work and the Division of Labor. *The Sociological Quarterly*, 26(1): 1-19. DOI: 10.1111/j.1533-8525.1985.tb00212.x
- Ungar A., Cherubini A., Fratiglioni L., de la Fuente-Núñez V., Fried L.P., Krassovitsky M.S., Tinetti M.E., Officer A., Vellas B., Ferrucci L. (2024). Carta of Florence Against Ageism: No Place for Ageism in Healthcare. *The Journals of Gerontology, Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 79(3): 1-5. DOI: 10.1093/gerona/glad264
- Walsh K., Scharf T., Keating N. (2017). Social exclusion of older persons. A scoping review and conceptual framework. *European Journal of Ageing*, 14(1): 81-98. DOI: 10.1007/s10433-016-0398-8

- WHO (2021). *Global Report on Ageism*. Geneva: World Health Organization.
- Wyman M.F., Shiovitz-Ezra S., Bengel J.L. (2018). Ageism in the Health Care System: Providers, Patients, and Systems. In: Ayalon L., Tesch-Römer C., eds., *Contemporary Perspectives on Ageism. International Perspectives on Aging*, 19. Cham: Springer. DOI: 10.1007/978-3-319-73820-8_13