

Fabio Folgheraiter

Il rispetto per gli anziani

Note per gli operatori di cura



Università Cattolica del Sacro Cuore
Centro di Ateneo per la dottrina sociale della Chiesa
Pubblicazione periodica online
<https://www.dizionariodottrinasociale.it>
Allegato al fascicolo 2024, 1 - Gennaio-Marzo

Dizionario di dottrina sociale della Chiesa

Le cose nuove del XXI secolo

Allegato al fascicolo 2024, 1 – Gennaio-Marzo

Direttrice / Editor

Simona Beretta

Comitato di direzione / Editorial Board

Ilaria Beretta, Diego Boerchi, Antonio Campati, Emilio Colombo, Michele Faioli, Laura Maria Ferri, Paolo Gomasasca, Paolo Maggiolini, Vincenzo Tabaglio, Gilberto Turati, Alessandra Vischi

Comitato scientifico internazionale / International Scientific Committee

Helen Alford OP, Francesco Botturi, Paolo G. Carozza, Ferdinando Citterio, Paul H. Dembinski, Martino Diez, Flaminia Giovanelli, James Keenan, David Kirchhoffer, Markus Krienke, Mario A. Maggioni, Giovanni Marseguerra, Mike Naughton, Mathias Nebel, Sebastiano Nerozzi, Eugenia Scabini, Clemens Sedmak, Anna Maria Tarantola, Stefano Zamagni, Laura Zanfrini.

Segreteria di redazione / Editorial Staff

Marco Pedrazzini, Filippo Tocci

Un progetto del Centro di Ateneo per la dottrina sociale della Chiesa dell'Università Cattolica del Sacro Cuore

Le voci del Dizionario sono disponibili *open access* sul sito <https://www.dizionariodottrinasociale.it>

La rivista ha adottato il sistema di *double-blind review*

Centro di Ateneo per la dottrina sociale della Chiesa: centro.dottrinasociale@unicatt.it

Redazione / Editorial Board: dizionario.dottrinasociale@unicatt.it

2024 Vita e Pensiero. Pubblicazioni dell'Università Cattolica del Sacro Cuore

Largo Agostino Gemelli, 1 - 20123 Milano

Proprietario: Istituto Giuseppe Toniolo di Studi Superiori

Registrazione del Tribunale di Milano del 9 Febbraio 2021, n. 24.

Registered with the Milan Court February 9th, 2021, no. 24.

Pubblicità inferiore al 45%

ISSN (digitale): 2784-8884

www.vitaepensiero.it

Libri Ebook Riviste - Anteprime Notizie Interviste

Anche su     

«Dizionario di dottrina sociale della Chiesa. Le cose nuove del XXI secolo», 2024, 1
Prima pubblicazione online Marzo 2024
Allegato alla voce *Il rispetto per gli anziani. Brevi note per gli operatori di cura*, DOI:



IL RISPETTO PER GLI ANZIANI: NOTE PER GLI OPERATORI DI CURA

Fabio Folgheraiter

Sommario

Premessa	5
1. Il sentire inconscio di chi cura: qualche domanda introspettiva	7
2. Due sentimenti ingenui: le dottrine del rispetto alla rovescia	9
2.1. Il sentimento efficientista (liberista – statistico – garrulo)	10
Domande scomode per l’approccio efficientista	12
2.2. L’approccio dei diritti (welfarista – unilaterale – della presa in carico terapeutica)	15
L’approccio dei diritti alla prova	18
3. Il paradigma relazionale: verso una reciprocità matura	22
La regola aurea dell’etica nelle relazioni di cura	23
In principio, la relazione	26
4. Implicazioni metodologiche, esistenziali e sociali del paradigma relazionale	29
Lezione metodologica	30
Lezione esistenziale	31
Lezione sociale	33
Per concludere: un’introspezione al “positivo”	35
5. Sintesi ed esemplificazioni: mentalità a confronto	36
Esempio 1 (sentimento liberista)	37
Esempio 2 (approccio welfarista)	38
Esempio 3 (paradigma relazionale)	38
Esempio 4 (approccio welfarista)	39
Esempio 5 (paradigma relazionale)	39
Bibliografia	40

Premessa

Simone de Beauvoir (1971), al tempo degli ormai quasi dimenticati anni Sessanta, affermava: «*I vecchi sono degli esseri umani? A giudicare dal modo con cui sono trattati nella nostra società, è lecito dubitarne*».

Nonostante i molti progressi in campo medico e sociologico, sia teoretici che effettivi, quest'antico interrogativo rimane attuale. Esso fotografa un sentimento ancora prevalente nelle nostre società cosiddette sviluppate (sempre più lanciate verso l'utilitarismo, il consumismo, l'edonismo, il narcisismo, il salutismo, il nichilismo, l'abilismo, eccetera.). È l'atteggiamento secondo cui, se l'essere umano non è capace di produrre e consumare a pieno ritmo, se non serve alla prosperità economica generale misurata dal PIL, sarebbe ovvio (che altro se no?) considerarlo superfluo o, come denuncia Papa Francesco, uno *scarto*. Non più un vero essere umano, degno di esprimersi e di essere ascoltato. Magari un essere umano sì – ci mancherebbe! – ma di serie C.

Lasciando in disparte l'ossessione liberista per il denaro, scavando più a fondo, troviamo pure, in ogni società, non solo in quelle a sfondo calvinista, un fenomeno – un istinto, si potrebbe dire – ancor più radicale: l'ammirazione incondizionata per ogni eccellenza. Le persone splendide, che esibiscono i loro punti di forza – siano la salute, la forza, il denaro, l'intelligenza, la bellezza, la bontà, ecc. – esercitano su di noi un'attrazione quasi ipnotica: ci piacciono! Neppure sforzandoci saremmo capaci di resistere loro. Ancora meno resisteremmo qualora i destinatari della nostra ammirazione fossimo... noi stessi. Poco male in ciò. Ammirare i modelli è una pulsione "troppo umana", direbbe Nietzsche.

Rigirando tuttavia la medaglia, sul retro di un tale incantamento, troviamo la... muffa. Parliamo dello speculare sottile ribrezzo verso ogni decadenza. I vecchi, i malati, i deboli, i poveri, gli

emarginati, i devianti – in generale chiunque mostri difficoltà nel vivere – ci inducono spesso istintiva pena, e pure a volte un filo di poco cristiano disprezzo (Bernardini, 2022).

Suprematista o igienista può essere chiamato tale sentimento. Nella misura in cui il nostro animo lo avverte, esso resta indicibile: corre in genere «*al di sotto del linguaggio*» (Natoli e Semeraro, 2023, 9). Di tutte quelle innate repulsioni in fondo un poco ci vergogniamo, per fortuna. Esse, tuttavia, hanno radici profonde. Fanno spesso capolino tra altisonanti parole che maldestramente tentano di affermare il contrario.

Nella trappola di screditare chi non è conforme alle nostre attese, cadiamo tutti indistintamente, giovani e vecchi, operatori della cura e dilettaanti.

Per primi noi stessi studiosi dei pregiudizi sociali. Pur edotti da tante teorie contrarie, a volte tendiamo a svalutare persino... i *target* stessi dei nostri studi. Controprova ne è che, pur dichiarandoci, in quanto esperti, fieri paladini degli ultimi, degli oppressi o, usando termini vetusti, degli handicappati, mai accetteremmo uno scambio alla pari tra la nostra condizione di privilegiati e la loro di emarginati. Mai arriveremmo a pensare davvero che, se noi ipoteticamente fossimo loro, ne saremmo senz'altro... orgogliosi.

Alquanto disinvolti, nel disprezzare i deboli, sono più spesso i giovani. Spinti da una comprensibile naturale baldanza – e da una cultura estetizzante devota alla vanità – essi tendono a stupirsi di chiunque non esibisca una cartella clinica a norma come la loro. I giovani si percepiscono forti per essenza (vale a dire: come atto dovuto) e faticano perciò a trovare un senso all'evidenza che altre persone debbano arrancare e soffrire. Essi sanno bene che le miserie esistono, ma qualificano ogni regressione altrui come una disgrazia. Tanti giovani procedono incuranti che la questione li possa riguardare. Forse non hanno letto, e meno ancora

meditato, l'enigmatico cartello esposto all'entrata di un grande cimitero medioevale, di cui parla Norbert Elias (1985) e che così declamava: «*Quello che noi ora siamo, voi lo sarete. Quello che voi ora siete, noi lo siamo stati*».

Pure in tanti anziani è facile trovare un certo discredito verso il decadimento legato all'età avanzata – sociologicamente indicato con il termine *ageism* (Folgheraiter, 2022). Persino lo riscontriamo a volte in tanti cosiddetti grandi vecchi, i quali, ben sapendo che «*la vecchietta non esiste*» (Augè, 2014), di continuo si chiedono “ma quando e come lo siamo diventati?”. Taluni di loro, quasi affetti da una sorta di malattia auto-immune, si rivoltano contro il proprio esistere, e si biasimano mormorando: “che ci sto ancora a fare al mondo, se il mio corpo si è sformato e le mie gambe non reggono, se non ricordo quasi nulla e persino stento a riconoscere i miei figli? È vita questa?”.

1. Il sentire inconscio di chi cura: qualche domanda introspettiva

Forse all'unico scopo di lasciarsi studiare dalla sociologia e dalla psicoanalisi, si formano dunque, in tanti cuori di noi comuni esseri umani, all'insaputa delle nostre menti, sensazioni di un simile tenore. Ma se ci interrogassimo invece, più in specifico, circa gli analoghi sentimenti che si agitano dentro di noi in quanto addetti alle cure? Che dire se volessimo restringere l'attenzione ai pregiudizi di chi, a vario titolo interessati, operano nel campo del *welfare*?

Curiosi di capire che cosa succede davvero giù nel fondo delle nostre coscienze certamente solidali, la domanda di ricerca cui ci interessa rispondere, è perciò la seguente: “pure in noi così altruisti si possono generare certe inconfessabili dinamiche lontane dalla lettera e dallo spirito di ciò che facciamo?”

Proprio il fatto di sentirsi competenti a lavorare l'umanità degli altri richiede in prima istanza, a tutti i *caregivers*, una profonda conoscenza della propria. Pure una formale abilitazione come esperti nell'aiuto non garantisce di per sé. Meno ancora mette al riparo dall'incongruenza, cioè dal poter provare imbarazzanti sentimenti che contraddicono l'essenza della *care*. Mentre avrebbe poco senso chiedere a tutti di fare attenzione al proprio parlare o al proprio vivere, non così è per un operatore di cura.

Chiunque si trovi impegnato nel lavoro di cura con le persone cosiddette fragili o non autosufficienti, così come ogni esperto accademico che tali dinamiche le studi, non sprecherebbe il proprio tempo qualora decidesse, a volte, di porsi in seria auscultazione della propria personalità. Il primo passo per qualsiasi cambiamento interiore è infatti avvertire un qualche *insight* rispetto a ciò che non va in fondo a sé stessi.

Potrebbero allora provare a rispondere a domande come le seguenti:

a) sono io consapevole di quell'eventuale *mood* interiore che mi porta a disprezzare il decadimento e la difficoltà, a inorridire sottilmente di fronte alla persona bisognosa, paradossalmente forse nello stesso momento in cui io la prendo in cura?

b) So dominare al mio interno, se vi sono, certi morbosi godimenti – maligni li definirebbe Tom Kitwood (2005) – a diagnosticare i disfunzionamenti altrui, per poi andare, forse a volte un poco spavalidamente, ad attaccarli?

c) So percepire dentro di me il tintinnio di certe sottili incongruenze – direbbe C. Rogers – tra ciò che dico, ciò che faccio e ciò che sento?

d) Quando mi alzo in pubblico per parlare di rispetto, dignità e diritti (beninteso: dicendolo in tutta sincerità, non come slogan politicamente corretti), mi accorgo se quel mio accorato parlare sia invece, a volte, sottilmente... falso?

e) Quando stigmatizzo con forza il diffondersi dell' *ageism* tra la mia gente, nella comunità in cui io vivo, so capire che sono io stesso forgiato nel medesimo brodo di quella cultura?

A noi tutti, studiosi e operatori, piace pensare che le parole che usiamo per rivolgerci alle persone assistite, intenzionati a trasmettere loro cortesia e simpatia, per definizione si incarnino armoniosamente nei nostri atteggiamenti, i quali poi ecco che, in automatico, trasferiscono ai destinatari il nostro indiscutibile rispetto!

Ma c'è rispetto e rispetto. C'è un rispetto di superficie, che luccica al di fuori. E c'è un rispetto profondo, che non si lascia sentire, se non toccandolo con mano. Rispettare e rispettare – potremmo dire parafrasando Kierkegaard – non sono la stessa cosa.

2. Due sentimenti ingenui: le dottrine del rispetto alla rovescia

In sintesi: se gli operatori della cura riformulassero su loro stessi il classico interrogativo di Simone de Beauvoir, esso suonerebbe così: è possibile che pure noi, forgiati da tanti contatti con l'umanità che soffre, finiamo a volte per lasciarci indurre a ritenere scontato, al pari della nostra società, che la "disabilità" e le sofferenze siano sciagure e che esse in fondo non servano a nulla?

Risulterà ovviamente difficile seguire fino in fondo il senso di una tale insinuazione. Più facile avvertire freudianamente un certo fastidio, dovuto a un qualche noto meccanismo di difesa, e ritrovarsi comprensibilmente a dire: e che diamine, ci mancherebbe! Ci mettiamo pure noi *caregivers* ora? Come potremmo autoaccusarci di mancare di rispetto ai nostri assistiti, con tutto quello che facciamo per loro?

Ognuno seguirà la propria «*conversazione interiore*» (Archer, 2006) così come essa fluisce dal proprio interno, e come meglio

riterrà. Volendo trivellare con sonde statistiche l'animo degli esperti delle cure, come di recente, pur nelle limitazioni del Covid, ci siamo ingegnati a fare (Folgheraiter e Raineri, *in press*), si trovano, impilati idealmente uno sopra l'altro, tre distinti strati di senso. Gli innumerevoli accenti e toni delle nostre distinte sensibilità possono essere ricondotti infatti entro il canovaccio di tre potenti sentimenti-guida o *mood* inconsci, tutti ragionevoli e in parte condivisibili, ma non tutti dotati della stessa potenza e fecondità.

Per iniziare, proviamo a esplicitare due modi di sentire la cura tra i più intuitivi: ci riferiamo all'approccio liberista e all'approccio welfarista. Per quanto molto diversi e per certi aspetti opposti, entrambi afferiscono a un Paradigma unidirezionale e sottilmente suprematista, il quale porta come vedremo a palesi incongruenze che finiscono per rovesciare quella dottrina del rispetto degli assistiti che pur essi tenterebbero seriamente di affermare. Successivamente esplicheremo il terzo e più profondo paradigma, che argomenta una concezione di rispetto nelle pratiche di cura più seria e liberante.

2.1. Il sentimento efficientista (liberista – statistico – garrulo)

Entro una prima concezione, più semplice e ingenua, un professionista potrebbe rivendicare di rispettare il rispetto, elaborando la seguente "teoria": noi operatori non potremmo mai pensare, e meno ancora affermare, che gli anziani siano degli scarti; nel nostro lavoro vediamo infatti un numero sempre crescente di persone anziane che sono in salute, sono attive, impegnate, leggono e si informano, raccontano barzellette perfino; vivono ancora molto bene e tengono testa ai giovani!

In sostanza qui gli operatori di cura dicono al mondo fuori:

attenzione signori, non spandiamo disprezzo a casaccio! Non facciamo di tutta un'erba un fascio. Non dimentichiamo che, statistiche alla mano, sempre più anziani ormai dimostrano molto meno della loro età anagrafica!

La ricerca psico-sociale studia da anni il confortante fenomeno del cosiddetto invecchiamento attivo (Lucatoni, 2022). Oggigiorno tanti anziani mantengono a lungo – vuoi per fortuna genetica, vuoi per “merito”, cioè per essere riusciti a centrare un esatto stile di vita, vuoi grazie al *welfare* – una certa vitalità tipica dei giovani: eccoli dunque, molti di essi, giovanili, con tutto quel che di desiderabile oggettivamente ne consegue.

Il presupposto statistico del sentimento di cui parliamo (“tanti anziani oggi sono ancora agili e sani e intraprendenti”) ci chiede di abbandonare il semplicistico pregiudizio anagrafico (“tutte le persone, superati i settant’anni, diventano un peso”) per sostituirlo con un criterio più inclusivo, di matrice psico-fisiologica (“ogni anziano, quale che sia la sua età, finché sta bene e rimane lucido, è da ritenersi una risorsa”). In virtù di tali ovvie considerazioni, il motivo per ammirare/rispettare una persona anziana sarebbe... la sua gagliardia, la capacità di far scorrere l’esistenza per l’appunto entro l’auspicabile canovaccio dell’invecchiamento attivo.

Tale ottimistico ragionamento ci sembra per l’appunto ragionevole, se non che, tendendo appena l’orecchio, ecco che lo sentiamo scricchiolare. Per fortuna – esso ci dice – non tutti i vecchi sono vecchi! Sarebbe come se apprezzassimo un cane perché assomiglia... a un gatto. Analogamente noi qui siamo trascinati a dire: apprezziamo i vecchi quando assomigliano ai giovani (Isaia, 2018).

Che dire però dei tanti anziani che, anziani, lo sono davvero? Che dire delle persone che ad una certa età appaiono comprensibilmente stanche, un poco afflitte e infastidite da vari acciacchi;

quelle che necessitano del bastone o forse del girello, che cominciano a richiedere cure e attenzioni? Che dire soprattutto dei vecchi “estremi”, quelli molto malati, gravemente non-autosufficienti, cronicamente dipendenti dai servizi sociosanitari o dai *caregiver*, quelli confusi, definitivamente incapaci di muoversi e di parlare, che vegetano a letto in attesa di lasciarci? Non c'è nulla da ammirare in loro?

Ponendo come criterio ideale la salute del giovane, siamo forzati a riformulare come specularmente penosa la decadenza. Avvaloriamo l'idea che svalutare i deboli sia ovvio. Giunti allo stadio estremo, quando le persone ci appaiono confuse, barcollanti e senza memoria, siamo portati a maledire, a nome loro, le spietate logiche della natura (o, per chi crede, di Dio stesso). Le avviciniamo non più come persone, bensì come corpi: marchingegni biologici sopravvissuti a loro stessi. Non li guardiamo più come soggetti, ma come oggetti.

Domande scomode per l'approccio efficientista

Tale *forma mentis* la ritroviamo a fondamento del pensiero liberista, secondo la quale il valore civico primario è il possesso di adeguata qualità/vitalità per produrre, divertirsi e consumare. La salute è primariamente un dovere del cittadino, che dovrebbe conservarsela. Siamo qui nel pieno di una visione sociologista (collettivista), dove il presunto valore per la società prevale rispetto al valore umano singolo. Se non sei più utile al funzionamento del “grande meccanismo”, anzi lo appesantisci, che ce ne facciamo di te?

La logica relazionale (cfr. Donati, 2022) ci insegna che un vero rispetto nei confronti per un essere umano non può fondarsi sulla sua... funzionalità, quale è in essenza la salute. Il benessere psicofisico è una qualità pregiatissima, architrave della vita, che tutti dobbiamo rispettare e se possibile preservare, ma non è il

più alto. Più in alto della salute rimane la vita stessa. Ogni essere umano vive per esplorare possibilità di senso: la salute è sana, se rimane ancillare a tale primario orientamento.

La maggioranza delle persone, del resto, vive senza ritrovarsi nello stato ideale della piena salute. Un po' di acciacchi vi sono ovunque. E mai tanto in alto deve stare la nostra considerazione per la salute da indurci inconsciamente a negare dignità all'altra sua faccia, vale a dire la malattia, la degenerazione e la morte. Potremmo persino dire che la salute esiste... affinché ci sia la malattia, la quale, circolarmente, ha il pregio di farcela meglio apprezzare. Afferma infatti H. Jonas: «*in modo soltanto apparentemente paradossale, è la morte, ossia il poter morire [...] ciò che pone il suggello all'autoaffermazione dell'essere*» (Jonas, 1990, pag. 104).

L'ammirazione inconscia per gli anziani sani – ribadiamo – è una faccia della medaglia che non c'è ragione di sminuire. Perché disprezzare ciò che è una chiara ed evidente benedizione? Che c'è di male ad essere in forma? Nulla, in effetti. Noi qui stiamo cercando di affermare il valore della fragilità, non di sminuire quello dell'efficienza. Non si rispetta qualcosa – insegnava Pascal – perché si disprezza il suo contrario.

La conservata brillantezza di un anziano, così che i suoi anni sembrino meno, è un dono anche in quanto essa può sorreggere le più sottili virtù tipiche della maturità: esperienza, saggezza, sapienza, ecc. Gli operatori sociali hanno spesso la gioia di incontrare tante persone anziane che sono straordinarie risorse del volontariato o le colonne delle loro famiglie, ecc. Ci sono anziani che lavorano con successo fino a molto avanti in età e altri che ad ogni scatto della loro età guadagnano in autorevolezza, come i vecchi di una volta.

Un noto filone di letteratura prodotta per lo più da esperti per esperienza (cioè da autori anziani) si è data impegno a combattere i pregiudizi ageistici, cioè a rendere il dovuto merito ai

vecchi (Bianchi, 2018; Nussbaum e Levmore, 2021; Valeri, 2016; Andreoli, 2023). Tra i classici, ad esempio, Cicerone, superati i sessant'anni, scrisse il suo *De senectute* per decantare (romanzizzandole un po') tutte le qualità dei pochi personaggi che al tempo varcavano le improbabili soglie di una lunga vita. Altro che la baldanza dei giovani – si sbilanciava a dire il grande oratore. La ponderazione, la conoscenza delle tradizioni e dei valori, la pazienza, la temperanza, la pace dei sensi (alla buon'ora!) e quant'altro: al loro confronto i nostri giovani – se solo ascoltassero – ne avrebbero di che imparare!

Un conto tuttavia è riconoscere, quando ci sono, le belle qualità degli anziani. Altro negare gli oggettivi loro problemi o rischi. Altro, addirittura, difenderli screditando i giovani. Scrivesse nel nostro tempo, Cicerone sarebbe più cauto. Con la sua perspicacia, vedrebbe sia come molti giovani contemporanei (al pari degli antichi peraltro) appaiono saggi e giudiziosi, sia quanto taluni vecchi dei nostri tempi fanno leva giusto sulla salute per andare allegramente oltre le righe (Palmarini, 2019).

Un'ingenua esaltazione del giovanilismo non solo suona indirettamente irrispettosa per i coetanei deboli. Essa si può rivoltare, paradossalmente, contro i destinatari stesse di quelle lodi. Ammirando troppo un vecchio per la sua piena salute comunichiamo a costui, infatti, che... stia in guardia: l'attuale credito gli verrà ritirato nello stesso momento in cui quel suo stato di grazia, inevitabilmente, cesserà.

Proviamo ad immedesimarci personalmente in ciò di cui qui parliamo. Immaginiamo di ritrovarci noi, in buona forma, ad un'età molto avanzata: esagerando, diciamo attorno ai classici novant'anni ben portati. Saremmo contenti di sentire di ricevere un rispetto condizionato a qualcosa che non... siamo noi, cioè la nostra essenza? Per l'appunto: al fatto di essere arzilli? Ci farebbe piacere di sentirci rispettati a condizione che la nostra attuale

salute (il nostro precario miracolo di ingegneria biologica) inspiegabilmente permanga? Per non dire poi della noia di sentirci sempre additati come portatori di quel certo cromosoma tipico del nostro territorio, che produce così tanti “grandi vecchi”, o come capaci di pedalare ancora in bicicletta o di saper cantare al *karaoke* in RSA, ecc. Saremmo contenti di essere apprezzati e lodati sì, ma quasi come un fenomeno da baraccone?

La salute è ammirevole – potremmo dire parafrasando Baudelaire – solo se migliora l’animo dell’uomo.

2.2. L’approccio dei diritti (welfarista – unilaterale – della presa in carico terapeutica)

Un secondo sentimento degli operatori difende gli anziani, e li rispetta, sulla base di una filosofia di maggior respiro, più meditata e profonda, che pressappoco recita così: tutti gli utenti dei nostri servizi sono esseri umani a titolo pieno, e vanno sempre trattati come tali, anche quelli così malati o così gravemente deteriorati da essere oggettivamente un peso.

Questo secondo approccio è giustamente radicato nella cultura dei servizi sociali e sanitari. Un professionista che sente la cura in questo modo è quantomeno impostato su serie basi: mai arriverebbe a teorizzare che un proprio assistito sia meno umano solo perché non è più così efficiente come ce lo ricordiamo. Tutt’altro. Esso segue i principi etici e i codici deontologici della professione, i quali giustamente lo sollecitano e gli impongono di non trattare mai un proprio utente come uno scarto, neppure nel caso in cui egli evidentemente lo sia. L’espressione gergale della “presa in carico”, in uso nei servizi sociali, ben esprime un tale atteggiamento, che potrebbe essere riformulato nelle parole seguenti: tu, caro anziano, sei purtroppo divenuto una pesante

preoccupazione per te stesso, la tua famiglia e la tua società; noi operatori, tuttavia, siamo qui pronti a fare il nostro dovere, che è di portare il tuo peso sulle nostre spalle.

In sostituzione del precedente criterio psicofisiologico, si adottano qui, combinandoli, due più sofisticate linee-guida, l'una deontologica ("il dovere morale di noi validi professionisti ci impone di non disprezzare la debolezza dei nostri utenti") e l'altra giuridica ("per quanto certi nostri utenti siano civicamente ormai spenti, essi restano titolari di diritti").

Tale stile di pensiero – meno dicotomico e più inclusivo – ci mostra un netto progresso, dunque, rispetto alla visione precedente, la quale semplicemente riflette, dissimulato sotto l'ammirazione per il bello, un chiaro fastidio per l'incontrario. Nella logica della presa in carico, nulla ci appare così stridente, anzi! E tuttavia, scendendo ad una profondità maggiore, ecco che pure qui un baco lo si vede.

Analizzando il rispetto per l'umano attraverso lo *scanner* del paradigma dei diritti, se ne deduce che il corrente valore delle cosiddette persone non autosufficienti debba essere reputato – purtroppo – come oggettivamente scarso, se non nullo. Filtra da tale sentimento che, pure qui, la vecchiaia/malattia sia una degenerazione epperò noi operatori, ciononostante, anzi proprio per questo, ci facciamo forza e ci imponiamo di... resistere ad una tale evidenza. Consideriamo umane tali persone anche se evidentemente esse... fino ad un certo punto lo sarebbero! Dopo aver preso amaramente atto della loro decadenza, ecco che all'unisono ci alziamo in piedi ed esclamiamo: ma tali persone vanno comunque rispettate!

Le regole dei codici professionali premono dunque meritoriamente sui professionisti delle cure, rendendoli quasi dei forzati del rispetto. Come il Grillo Parlante di Collodi, gli ottimi nostri principi deontologici, pur così necessari, sottilmente ci opprimo-

no. Essi ci richiamano di continuo al nostro faticoso dovere. Ci costringono quasi a negare ciò che ai nostri sensi sembrerebbero delle indiscutibili evidenze, vale a dire appunto il penoso degrado biologico dei nostri assistiti. I codici etici si ergono come una sorta di barriera sensoriale, spronandoci quasi a sfuggire alla realtà, a rifugiarci nel ricordo, a giudicare i nostri utenti ormai solo per quello che sono stati, o per quello che hanno fatto nella loro precedente vita attiva: la sola che, grazie alla nostra ancor buona memoria, potrebbe conservare oggi un valore per noi. Tale rispetto è ovviamente migliore di un aperto disprezzo, ma esso suona sinistro, come l'omaggio che si riserva a chi... ha già lasciato questo mondo.

Per esteso, il volenteroso ragionamento del paradigma dei diritti suona all'incirca così: essendo i cosiddetti non autosufficienti indubbiamente stati, un tempo, "veri" esseri umani, pienamente coscienti, adeguatamente inseriti nella vita sociale; avendo fornito un certo contributo al benessere collettivo, è giusto che essi conservino pure ora – perse tutte quelle caratteristiche – il pieno diritto ad essere considerati, ancora e per sempre, cittadini a tutti gli effetti. Anche se purtroppo, per tanti aspetti, i vecchi anebbiati e confusi sono dei corpi da assistere, e quindi di fatto possono sembrare quasi degli "ex umani", nella nostra epoca essi sono fortunati a trovare noi operatori che siamo bravi e civili, e combattiamo affinché non sia loro lesinato alcun diritto! Troviamo giusto, ad esempio, che siano sempre loro garantite, costi quel che costi, tutte le cure necessarie. Noi mica siamo... insensibili! Tutto siamo fuorché dei freddi... liberisti! Lasciamoli parlare gli economisti thatcheriani. La loro corrente di pensiero, assai cinica, secondo cui le spese assistenziali sono improduttive e alla lunga insostenibili, sprechi di denaro pubblico che potrebbe essere meglio investito, è molto forte, ma noi non ci caschiamo. Non solo è giusto spendere denaro per le loro cure; è bene pure che

non sia lesinato loro il riconoscimento verbale della loro dignità; in altre parole, è giusto che sia sempre attribuito a tali “scarti” uno tra i più alti diritti umani verbalmente formulabili: il rispetto.

Tale pensiero andrebbe sottoscritto parola per parola ogni qual volta, nell’arena politica o dei *media*, gli elementari diritti umani esigibili vengano negati o calpestati. Ma tale sensato ragionamento, perfetto entro una cornice difensiva, non appena lo si consideri di per sé, filtrandolo entro un codice più profondo, mostra qualche crepa. Considerando ingenuamente il rispetto come un faticoso dovere professionale, è come se ci scusassimo in anticipo ammettendo che, purtroppo, tale rispetto non è davvero genuino: non esprime un intrinseco reciproco piacere di stare assieme. Non esprime un ovvio riconoscimento del valore delle persone che qui e ora interagiscono. Nasconde piuttosto un’innaturale, un poco tartufesca, postura suprematista. Lungi dall’essere un atto dovuto, il rispetto rischia qui di scadere a surrogato di sé stesso. Diventa la manifestazione politicamente corretta della... nostra bontà.

«*Per fare l’intingolo di lepre*» – affermava Dostoevskij – «*ci vuole la lepre*». Analogamente potremmo noi qui dire: per dare rispetto, ci vuole il rispetto!

L’approccio dei diritti alla prova

La ragionevole posizione appena analizzata la ritroviamo a fondamento dell’etica del *welfare State* e del nostro dettato costituzionale. La salute è un diritto. Mantenerla o recuperarla è un dovere delle istituzioni e di ogni società che voglia dirsi civile (Bauman, 2001). Cura e rispetto devono essere assicurati a tutti d’autorità, indistintamente, sia a chi mostra di “valere”, sia a chi mostra di... “non valere”, ossia (sic!) ai vecchi non autosufficienti, così come ad ogni altra forma di malattia o di devianza biologica o comportamentale. Tale convinzione è pure il manifesto degli approcci

anti-oppressivi del *social work* contemporaneo, che con ammirevole buona volontà denunciano e contrastano lo schiacciamento dei diritti e la contrazione di potere delle persone stazionanti ai margini delle nostre società (anche come involontari effetti perversi degli stessi nostri sistemi di *welfare*).

Il punto di forza di questo modo di pensare è di ribadire che i diritti tributati astrattamente ai cosiddetti deboli non possano mai essere, per nessuna ragione economica o sociologica, messi in discussione. Nessun motivo utilitaristico o ideologico li dovrebbe esporre ad attacchi teorici e al discredito politico.

Fin qui tutto chiaro. Se non che... tale principio lo è fin troppo. Nella mente degli operatori, i diritti di cittadinanza dovrebbero essere delle ovvietà costituzionali, ed essere dati per scontati radicalmente. Essi andrebbero perciò verbalmente maneggiati con delicatezza. Non andrebbero declamati enfaticamente, o inutilmente, men che meno pappagallescamente. «*Da troppe ripetizioni la parola non ci guadagna*», disse una volta per tutte Thomas Mann.

Sulle parole e sui buoni propositi è facile scivolare. Siamo tutti con Bauman (2002), quando afferma che, così come la solidità di un ponte si misura dalla tenuta del suo pilastro più piccolo, il grado di civiltà e di umanità di una Nazione si misura dalla attenzione e dalla cura che le istituzioni riservano ai più affaticati, ai più fragili e ai più emarginati tra i propri membri. Ma dovremmo essere lucidi e calmi su questo punto. Dovremmo intuire che affaticati e fragili lo siamo tutti costitutivamente. In quanto vivente, ogni essere umano è forte e debole, resiliente e vulnerabile, allo stesso tempo. Deboli lo siamo in parte adesso; lo siamo già stati in passato quando, come dice Marco Zancanella (comunicazione personale, 2023) «*tutti siamo stati bimbi puzzolenti, muti strilloni, inetti e disabili in tutto*», affidati alle cure dei nostri genitori; e lo saremo ancor più nel futuro, se avremo la fortuna di andare più

in avanti ancora con gli anni.

Enfatizzando il sacrosanto dovere di sostenere e difendere i deboli o gli ultimi, da un lato mettiamo giustamente i puntini sulle “i” e però dall’altro rigiriamo il dito nella piaga: per meglio proteggerlo dal disprezzo altrui, esponiamo il nostro utente all’involontario disprezzo nostro. Rimarchiamo che i deboli altro non sono che deboli, e che gli ultimi altro non sono che ultimi. Deboli e ultimi peraltro, come detto, lo siamo tutti: basta solo accordarci rispetto a che cosa.

Nominando invano – ingenuamente e con troppa enfasi – la diagnosi di qualcuno (che sia un povero, un vecchio, un demente, un ladro, ecc.) la costruiamo socialmente e la rafforziamo. E non solo. Senza accorgerci, diventiamo simili a quei biblici pastori che «*pascolano se stessi*» (Ez 34, 1): per troppa bontà noi ci caschiamo ad... abbeverare il nostro Ego! Continuando a dire che il nostro interlocutore è debole, tiriamo acqua al nostro mulino, lasciando presumere che allora noi, di riflesso, siamo forti! Quando accostiamo un bisognoso considerandolo tale in essenza, presupponiamo che noi – bisognosi – mica lo siamo! Inconsapevolmente ringraziamo il Signore perché fortunatamente ci ha fatti – per così dire – migliori di loro. In realtà siamo come quei moralisti che Goethe rimproverava così: «*Ve ne state tranquilli, impassibili, voi gente morale! Condannate l’ubriaco, inorridite del pazzo, e passate oltre nella strada, ringraziando Dio con animo fariseo che non vi ha fatti come uno di questi*» (2002, 54).

Nelle relazioni umane, un vero rispetto non lo si parla. Lo si pratica. Ogni teoria dei diritti è doverosa solo nelle sue formulazioni astratte, quando è pronunciata in favore della intera umanità. Nel momento in cui la si personalizza, cioè la si punta verso questo o quel gruppo sociale, o verso questa o quella persona in particolare, può trasmettere un rispetto apparente, che rasenta l’opposto. La sfera impersonale del diritto, giusto per riconosce-

re la dignità di cura ad una persona, e per poterle formalmente attribuire le corrispondenti prestazioni di *welfare* (indennità, pensioni, *benefit* vari, ecc.) deve prima dequalificarla tramite una diagnosi, classificandola entro una speciale categoria di disabilità/vulnerabilità.

Dicendo o pensando di qualcuno: “io ti rispetto in ottemperanza ad un grande principio astratto, anche se invece tu qui ora...”, affermiamo da un lato una doverosa intenzione e dall’altro la contraddiciamo in pratica. Essendo quei giusti pensieri anche un subdolo inno alla nostra bontà e alla nostra superiorità, suggeriamo una speculare involontaria svalutazione degli altri che intendiamo tutelare.

Un fondo di benevolo disprezzo può spesso alimentare le nostre stesse parole apprezzanti. Per meglio comprendere, proviamo infatti di nuovo ad applicare su di noi l’esercizio dell’empatia. Immaginiamo noi stessi in un futuro indefinito. Eccoci fortunatamente invecchiati e regrediti molto più di quanto già ora non siamo. Che cosa diremmo se ci accorgessimo che il nostro operatore sta dicendo di noi a voce alta: “adesso questo povero nonnino non è più lui, ma sforziamoci di continuare a rispettarlo! Un tempo, non dimentichiamolo, costui era uno stimato professore, nonché un marito e un padre affettuoso”? Noi, qui e ora, nell’attuale momento di lucidità residua, gradiremmo pensare che, in un futuro forse imminente, ad un certo punto, il nostro ingenuo *caregiver* parlerà di noi in tal modo?

Da coloro che ci cureranno, oltre ad essere ben assistiti, vorremmo essere genuinamente rispettati. Nessun rimbombo di teorie, o di parole pseudo-affettuose, ci rassicurerebbe. Vorremmo dagli operatori un rispetto intuitivo, immediato e profondo: una *care* che si tocca con mano.

3. *Il paradigma relazionale: verso una reciprocità matura*

Passate in rassegna le due concezioni più diffuse, perfettamente intuitive e considerate perciò lapalissiane dal maggior numero, mentre si mostrano sottilmente difettose e eticamente sdruciolevoli ad una analisi logica men che sommaria, resta aperto il punto che maggiormente ci interessa, in tema di rispetto: come si possa rispettare una persona debole semplicemente in quanto noi, in modo ovvio, la percepiamo come... forte! Seguendo Donati (1991), chiamiamo “relazionale” questo pensiero, che sembra controintuitivo mentre invece tale è, ovviamente, solo fino a quando esso non ci diventi familiare.

La sensibilità di cui ora diremo è sintetizzabile pressappoco nel ragionamento seguente: “Proprio in quanto tu, o nostro cosiddetto assistito, ci appari malato e confuso, tanto più lampeggia ai nostri occhi la tua umanità. Quanto più ci appari sofferente e umiliato, tanto più risplende l’evidenza che il tuo DNA è coincidente al cento per cento con il nostro. Anzi, proprio in quanto tu ora sei molto più fragile di noi, la nostra sensibilità umana e persino professionale ti colloca automaticamente, in confronto al mondo, su un gradino più alto, esistenzialmente parlando”.

Questa terza posizione ingloba il buono del paradigma dei diritti e al contempo prova a depurarne le sottili scorie. Mentre mai nega – per disattenzione, fretta o malinteso buonismo – le gravi difficoltà altrui, il nuovo paradigma consente di compiere un radicale passo avanti. Esprime un rispetto integro, che sempre presuppone, in ogni rapporto di aiuto consistente, per quanto possibile, una effettiva parità umana, pur tra interlocutori (il *caregiver* e l’utente) ciascuno depositario di un’umanità – per così dire – in apparenza tanto diversa. L’operatore esprime qui un rispetto che va oltre ogni pur commendevole obbligo professionale, così come oltre ogni pur necessaria obbedienza a protocolli o

procedure di autorità esterne. Il paradigma della relazione apre ad una sensibilità umanistica spiritualmente più profonda. Una visione che presuppone una certa capacità naturale (fosse anche di professionisti super addestrati) di incontrare Alter tale quale egli è come umano, e di apprezzarne seriamente, senza sforzo, per acclamate evidenze e motivazioni, la dignità che gli appartiene nella relazione. Afferma infatti Donati: «*La dignità dell'anziano non sta in ciò che ha fatto [...] alla società, né consiste in quello che può fare sul piano di cose utili, come aiutare nipoti e pronipoti. Sta in ciò che l'anziano è nella sua umanità, che è donata nelle sue relazioni, le più semplici, anche quando è confinato in una carrozzina o soffre per una grave malattia. Anche quando è solo una presenza silente. Perché anche in queste situazioni, ciò che l'anziano può dare è la richiesta di una relazione umana che rende umano chi se ne prende cura. La qualità delle cure date dal caregiver è un atto di reciprocità verso questa dignità dell'anziano*» (Donati, 2020, 329-330).

La regola aurea dell'etica nelle relazioni di cura

Ma – ci chiediamo – in che modo, e con quali motivazioni razionali, è possibile sentire il valore di coloro che, istintivamente, il nostro animo ci induce a percepire come deprivati di valore, se non addirittura privi di valore? Una risposta, allo stesso tempo semplicissima e, per così dire, misteriosofica, sembrerebbe essere la seguente: per attribuire dignità ai nostri simili dobbiamo innanzitutto sentire, e rispettare, la nostra. Occorre che il nostro inconscio si predisponga ad incontrare la diversità/sofferenza dei nostri interlocutori – custodita nello scrigno di menti a noi sempre parzialmente estranee – intendendola come se essa fosse proiettabile circolarmente, profondamente, su noi stessi.

La logica relazionale di cui parliamo rispecchia la regola aurea dell'etica universale, la massima famosa dell'alterità (Donati, 2023) del “non fare agli altri ciò che non vorresti che fosse fatto a

te”. Chi lavora effettivamente per e con l’esistenza degli altri, non può non tenere presente, davanti a sé, vincendo le forze inconscie della rimozione, l’omologa precarietà della esistenza propria, attuale o di là a venire (Folgheraiter, 2014): l’immediato rispetto per la nostra personale dignità, che ognuno di noi incondizionatamente sente di meritare, lo potremmo poi subito trasferire, per spirito di reciprocità, agli estranei di cui ci prendiamo cura (Ignatieff, 1985). In effetti, qualora fossimo qui noi oggi malati, come potremmo mai pensare di dover sopportare, per sovrappiù, il disprezzo dei sani che pur ci aiutano?

Il paradigma della relazione come sopra espresso richiama pure l’affermazione evangelica delle “pietre scartate dai costruttori che saranno testate d’angolo”. E pure richiama l’altrettanto nota “gli ultimi saranno i primi”, da leggersi in spirito di reciprocità come “gli ultimi in efficienza saranno i primi in umanità” (Folgheraiter, 2016).

Ogni operatore dell’umano si realizza quando è attento a non svalutare l’esistenza di Alter al pur nobile scopo di tutelarla. Di più. Io, operatore, fondo il senso del mio agire sulla chiara evidenza del *valore* di quella esistenza fragile, costitutivamente simile/uguale alla mia. Tanto più alto, tale valore, quanto più esso rimane materialmente invisibile agli occhi miei, e a quelli del comune buon senso.

Ogni *caregiver* che sia mosso da un tale genuino moto emotivo, in ogni momento, mentre presta la sua *care* – la sua attenzione e la sua premura, di cui parla Joan Tronto (1993) – si lascia guidare da una sorta di voce interiore che lo aiuta a elaborare, e a lasciar trasparire verso il proprio interlocutore, senza bisogno di parole, il seguente articolato messaggio:

a) Proprio in quanto tu ora ti senti umiliato come uno scarto, è perciò che ai miei occhi possiedi valore;

b) In quanto io stesso operatore, come tutti, sono già ora in

parte... uno scarto, e sono biologicamente destinato ad esserlo ancora più, ecco allora che profondamente comprendo come tu, scarto tra gli scarti qui nel tempo presente, proprio per questo, *non lo sei*;

c) Quanto più stai esperendo un dolore o un abbruttimento che io *caregiver* ancora non provo in quel grado, tanto più sei per me, e potenzialmente per tutta la società, un involontario maestro di umanità, una preziosa guida sapienziale.

d) Io mi sento privilegiato di poterti assistere. Ti ringrazio per la tua generosità nell'accogliermi – io aiutante in qualche misura specializzato – per ciò che semplicemente io sono, e che posso fare. Anche quando le tue difficoltà ti esasperano, quando sarebbe più logico che tu senta le mie cure come un disturbo, o addirittura che tu desideri, di quando in quando, mandarmi a quel paese – posto che «*cercare di consolare un sofferente, il più delle volte, è un'impertinenza*» (Natoli e Semeraro, 2023, 10) – tu, volente o nolente, mi accogli. Grazie per permettermi di starti a fianco e di accompagnare la tua esistenza: così imparerò!

Non stiamo qui romanticizzando – ribadiamo – il “bello” di essere malati o disabili o confusi, ecc. Potendo scegliere, nessuno amerebbe esserlo. Non scivoliamo a dire che ritrovarsi abbattuti e sofferenti sia auspicabile. Affermiamo solo, in via controintuitiva, che l'altrimenti penosa condizione del profondo disagio ci mostra l'inaspettata evidenza del suo alto valore esistenziale. Per il fatto di caratterizzare il vivere umano, la precarietà coglie della vita una sua profonda essenza. Nobilita non solo la vita del singolo vivente interessato, ma si irradia verso quella di tutti. Diviene un bene comune (Donati, 2019).

Vediamo qui come, immerso nel paradigma della relazione/reciprocità, l'operatore del *welfare* non si sente *obtorto collo* costretto entro stringenti bontà, o gravato da faticosi sensi del dovere. Non solo arriva a sentire che semplicemente rispetta l'utente che

incontra, ma va oltre: senza sforzo, con leggerezza... lo onora o lo riverisce, come afferma Luigina Mortari (2015). Lo “omaggia” o “gli rende grazie” non solo (o non tanto) in virtù del suo passato felice, ma proprio per quello che egli è ora, colto nel pieno di una sua attuale esistenza. Lo omaggia per le esperienze che, sottratte forse agli sguardi del mondo ma ben presenti ai suoi occhi professionali di sollecito *caregiver*, la persona sofferente vive e sopporta adesso, qui e ora, senza scampo. Mentre quella vita diviene via via più dura, tormentata e umiliante, perciò stesso essa si eleva. «Solo l'uomo che sa di essere miserabile, è un grande uomo», scrive Pascal (2014, 106). Una vita segnata dall'irreversibile decadenza è sì inquietante e pochissimo divertente, ma è più umana di un ipotetico esistere anestetizzato e liscio. Se siamo d'accordo nel dire che uno dei nobili fini della vita di un essere umano è comprendere il senso della propria esistenza nel mondo, «solo l'uomo “colpito”... è in una migliore posizione per fare i conti con se stesso, per meglio sentire il senso della propria umanità e restituirla al mondo tramite più profonde relazioni» (Folgheraiter, 2007, 13). La meravigliosa attuale funzionalità della salute può indurre alla spavalderia, all'egocentrismo e all'insensibilità. La dura precarietà della malattia apre infine alla mitezza, all'attenzione e alla sensibilità. «Il genio della malattia è più umano di quello della salute», ci conferma Thomas Mann (1997, 54-55).

In principio, la relazione

Il paradigma della relazione lo ritroviamo a fondamento di:

- a) le teorie dell'“etica della *care*” e di ogni cura autenticamente relazionale, secondo le quali, se l'assistenza non coglie il valore umano intrinseco della sofferenza, e tratta l'Altro come un corpo, non è cura (Barnes, 2015; Severnusen, 2003; Tronto, 1993);
- b) il metodo RSW (Folgheraiter, 2017) che insegna all'operatore a mettersi in relazione ad ogni interlocutore, quale che sia,

sentendolo sempre come *un valore*, condizione necessaria per lasciar trasparire e far arrivare alle persone un rispetto vero (e non solo declamato in parole, le quali allora risuonano inavvertitamente incoerenti);

c) delle azioni intuitive di aiuto espresse da parenti e amici coinvolti nella sofferenza dei propri cari, di *natural helpers*, di volontari esperti, di cittadini attivi, delle cosiddette persone alla pari (*peers*), persone cioè che si trovano ad affrontare disagi analoghi. I *peers* si dimostrano spesso sorprendentemente efficaci come terapeuti proprio per essere capaci di agire tali principi in virtù della pura loro esperienza, spesso senza nulla sapere, analiticamente, attorno ad essi;

d) i fondamenti della *caritas* cristiana, attitudine altruistica che mai può essere farisaica o suprematista, bensì autenticamente aperta all'ascolto, pena il suo dissolversi. Afferma a tal proposito il cardinal Martini: «*Oggi le persone hanno più bisogno di ascolto che di parole*» (Martini, 1989).

L'esistenza umana ha una sua traiettoria che con pari dignità ingloba tutte le fasi della vita: dall'età giovanile («*l'età della superbia*», come la definisce Musil) all'età in cui, se le cose vanno bene, ci si ritrova ad essere vecchi. Se poi (nella sfortuna) si è – per così dire – più fortunati ancora, ecco che il nostro vivere si spingerà tanto in là da farci diventare, inevitabilmente, via via ancora più malandati, sofferenti e decadenti. È la legge impostaci dalla natura, condivisa con tutti gli esseri biologici. Ma l'uomo ha la proprietà tipicamente umana di comprendere davvero tale condizione per esperienza diretta, cioè vivendola (Folgheraiter, 2017). Sul letto di morte il Buddha disse che «*il deperimento è connaturato a tutte le cose composte*» (Capra, 1982, 114) sperimentandolo appunto su di sé.

Noi dovremmo alzare lo sguardo e dire perciò: altro che scarti sono coloro che la nostra società marchia in tal modo! Loro mal-

grado, ci appaiono come esploratori del vivere estremo, come maestri di umanità. Coloro che sono definiti, e che perciò si sentono forse come dei rottami, possiedono il privilegio, nel dolore e a volte nell'angoscia, di ritrovarsi sospinti verso livelli più alti del senso. Toccando il fondo della loro vita, sono portati ad arricchire il loro essere di esoteriche, misteriose, inaudite sensazioni, conoscenze e verità, a contatto con il Mistero. Mentre la vita arriva al dunque, fin nei pressi della sua fine naturale, sentendo l'inesorabile annunciarsi, ciascuno di noi esplorerà (forse mentalmente, di sicuro visceralmente) la propria stessa fine, dopo averla in qualche modo anticipata (Colusso, 2021), poi accettata e infine vissuta. Tale mesto privilegio sarebbe in effetti la prerogativa dell'umano. Afferma infatti Kierkegaard (2024, 26): «*La disperazione è un pregio o un difetto? In astratto, si dovrebbe dire: la disperazione è un pregio immenso [...] è la prerogativa dell'uomo di fronte all'animale*».

Nella sofferenza estrema abbiamo ogni diritto, in quanto umani, di sperare e pure di chiedere (come Gesù stesso fece) che ci venga tolto l'amaro calice. Abbiamo ogni diritto di chiedere la grazia: di guarire, o di star meglio, o di sopportare, ecc. Qualora ciò non fosse possibile, andremo incontro infine all'ineluttabile confortati dal fatto che proprio il più Grande tra gli uomini (il più umano di tutti, che per i credenti è Dio stesso) ha avuto il terrore della sua biologia. Come un semplice uomo, Gesù ha chiesto aiuto al Padre, ma, pur avendone potere, non vi si è sottratto. Nei Vangeli sentiamo come sono franche le sue parole: «*Che cosa dirò: Padre, salvami da quest'ora? Ma proprio per questo sono giunto a quest'ora!*» (Gv 12, 27-28; cfr. Ge 31, 31-40).

La vita comprende la salute e la malattia, affermava Basaglia (2013). Una vita che offrisse solo salute sarebbe spiritualmente amorfa, la caricatura di sé stessa. Una esistenza spensierata (alla lettera) è banalmente animalesca, checché ne dica Nietzsche

(2012). La vulnerabilità e il decadimento psicofisico donano, a coloro che attraversano tali esperienze, il privilegio di penetrare con più verità la realtà tragica, e perciò alta, del vivere nostro.

4. Implicazioni metodologiche, esistenziali e sociali del paradigma relazionale

Saper concepire il valore sapienziale di ogni sofferenza è la *capability* più alta in ogni relazione di cura. Il rispetto di quel valore porta gli operatori ad accostare i propri assistiti, e in generale tutte le persone che incontrano, con atteggiamento fiducioso, mirando alle loro qualità pur se esse a volte se ne stanno nascoste sotto una scorza o una superficie oscurante, o addirittura deformante. Tanti professionisti della cura arrivano a una simile postura senza bisogno di troppe filosofiche spiegazioni: semplicemente sentono tale attitudine da sempre ben armonizzata con la propria personalità. Altri vi possono arrivare in forza dello studio teorico e delle corrette riflessioni sopra le esperienze di campo.

Ricerche empiriche recenti (quelle condotte durante lo scardinante e angosciante periodo di Covid) documentano con immediatezza come gli operatori che arrivano a introiettare un tale sentimento si sentono con giusta ragione “operatori dell’umano” (Corradini, 2021). Su tali fondamenta, ogni giornata di lavoro, per quanto faticosa e a tratti sfinente, può portare apprendimento/soddisfazione nella vita dell’operatore a vari livelli: sia sul piano metodologico, e dunque dell’efficacia operativa; sia sul piano esistenziale, e dunque dei benefici riflessi sulla propria vita personale; sia sul piano sociale, e dunque dei benefici sulla vita nel proprio servizio e del territorio in cui il donatore di aiuto vive e lavora.

Lezione metodologica

Un operatore è relazionale quando sente che ogni aiuto si realizza sempre (e solo) se va a buon fine l'incontro di più volontà associate, cioè se si costruisce in relazione. Nessun operatore può mai credere che il suo lavoro sia relazionale solo perché cerca di essere diplomatico e tattico o perché riesce a fare le belle faccette o le moine alle persone che ha davanti. Si dovrebbe piuttosto rammaricare, qualora, sotto i propri modi sempre garbati, sentisse di far loro sottilmente mancare, senza intenzione, il rispetto autentico. Se io non trovo nel mio interlocutore motivi per rispettarlo in sé – se credo davvero pur in buona fede che egli sia uno scarto – io non potrò mai sostare con lui (e di riflesso: con me stesso) in una relazione umana. Immerso nel mio occulto paradigma suprematista, io vedrò sempre l'interlocutore come un *minus*, per quante coccole io gli riservi. Sarò con lui forse anche in una ottima relazione funzionale, finalizzata a trasmettergli la precisa manipolazione di cui io come esperto sono capace. Ogni gesto tecnico riuscito – espressione di “una testa ben fatta”, come dice Morin (2000) – resta ovviamente un apprezzabile dono, un bene. Di per sé, tuttavia, il puro gesto meccanico tendenzialmente può ledere la dignità altrui, cioè la libertà di essere quelli che siamo. La dignità risuona di libertà e di accettazione, della possibilità di «*essere creature fino in fondo, senza aspettarsi nulla se non il rispetto e la fiducia nella nostra capacità di essere degni di quello che siamo, senza presumere di essere di più*» (Natoli e Semeraro, 2023, 32-33)

Ogni nostro giudizio professionale prima, e ogni nostra manipolazione tecnica poi, «*trasforma un mondo estraneo in un mondo la cui alterità si converte nella mia idea*» (Levinas, 1998, 66). Scendesse dall'alto la prestazione, senza ascolto previo, l'operatore rischia di darsi – ahinoi – la tecnica sui piedi: i meccanici interventi, unilaterali, bypassando la relazione, oltre un certo limite rischiano di disfunzionare. Ponendo inavvertitamente l'umano ai margini

del progetto, l'operatore comprenderà di non essere un manipolatore davvero così qualitativo come lui stesso esigerebbe per sé, e come pure gli standard della sua professione o i protocolli della sua organizzazione gli imporrebbero (Cosmancini, 2008). Solo ponendosi in tendenziale parità e in apprendimento reciproco con Alter, un operatore sociale potrà sentire di essere (anzi: di esserlo davvero) metodologicamente efficace.

Lezione esistenziale

Un operatore di cura relazionale sa percepire in ogni persona che assiste l'occulta forza di una manifesta inferiorità. Vede in essa un potenziale insegnamento capace di andare oltre la sfera tecnica del mestiere, per nutrire la propria intera personalità. «*La relazione con gli Altri mi rimette in discussione [...] scoprendo in me sempre nuove risorse. Non sapevo di essere tanto ricco, ma non ho più il diritto di serbare nulla*» (Levinas, 1998, 72). Al contrario, qualora il professionista seguisse il corso del senso comune, presupponendo di poter/dover agire unilateralmente – per rinforzare il proprio Ego – l'esperto potrà avvertire nel tempo il proprio animo inzupparsi di maligne, subdole negatività: insoddisfazioni, frustrazioni, insensatezza e stress. Tali miserie – in letteratura codificate e narrate sotto la nota etichetta di *burn out* (Bellotti e Madera, 2008; Benini e Magenti, 2021) – arrivano spesso come conseguenza di gravi carenze o mancanze di rilassante reciprocità nella dinamica degli aiuti.

Il principio relazionale ci porta ad accettare che, nelle situazioni delle cure estreme, come quelle palliative, ad esempio, le logiche ordinarie del determinismo vengono progressivamente in gran parte, se non del tutto, a perdere di senso. È come se le cure invertissero le loro polarità: ad un certo punto del protocollo terapeutico, gli operatori si accorgono che loro non possono più trasferire aiuti – per così dire – sostanziali. Essi si trovano quasi

ad elemosinare – per così dire – che sia a loro ancora concesso di avere un ruolo, e di poter essere davvero utili. Ciò che gli operatori, compresi gli stessi medici, offrono meccanicisticamente sempre più fatica ad arrivare a segno o, addirittura, può tornare indietro come veleno. Il mestiere dell'umano concede al professionista di poter davvero dare solo aprendosi in recezione, ossia: sentendosi al contempo appagati e felici di ricevere. Al di là delle affermazioni di principio, possiamo trasmettere rispetto al nostro interlocutore solo consentendogli di poter dare lui, a noi, insegnamenti altrettanto esclusivi dei nostri.

Gli operatori delle RSA, a contatto con i sofferenti irreversibili, sanno per esperienza che in realtà i pazienti, a fronte di immani esigenze di cura, non hanno più quasi nulla ormai, in termini di speranza di vita, da ricevere da noi, esseri estranei e ormai quasi alieni, stazionanti in un altro universo distaccato. Mentre loro invece? Loro possono offrirci l'esperienza irreversibile che stanno vivendo; il loro attaccamento alla vita che sfugge e il suo *insight* più intimo. Attimi eccelsi in cui finalmente si impara e dunque si insegna a vivere mentre la vita ci lascia.

A contatto quotidiano con tali sofferenze, nel momento in cui i professionisti non le percepiscono solo come un carico (come pure esse parzialmente sono), ma come un dono, aprendosi ai sottili e spesso involontari insegnamenti magistrali di cui si è detto, ne verrebbero loro indicibili vantaggi in termini di sensibilità esistenziale (cioè, in umanità). Entro una relazione rispettosa e affettuosa sarà a noi consentito fare esperienza vicaria di sofferenze che forse, per nostra fortuna, non arriveremo a vivere mai in quella intensità. Potremo così sentire la nostra salute e la nostra forza come precari doni, e perciò preziosi e miracolosi, già al tempo in cui essi per noi sono ancora intatti, presunti atti dovuti.

Da dove emergono in effetti certi operatori solari, armoniosi, calmi, contenti e beati di sé e del proprio lavoro, che non di rado

si possono incontrare nei servizi del nostro *welfare* o nelle nostre comunità? Probabilmente essi incarnano il potere radioso che arriva loro da una vita seriamente e intrinsecamente compresa già nel tempo in cui, in genere, i propri consimili, immersi in differenti mestieri ed esperienze, sono più portati a fraintenderla, vivendola per lunghi tratti come banale alternanza mono-tonica di piccole gioie e piccoli dolori che si susseguono. Guardando la vita – propria e altrui – dall'esterno e da vicino, come fanno gli operatori sensibilizzati, è possibile intuire ciò che la vita è e sarà, non solo ciò che essa ci consente di acquisire e di godere. L'operatore sociale e sanitario sensibile gode del vantaggio indiretto di poter comprendere e di poter «*esprimere fino in fondo la verità della propria vita*» (Natoli e Semeraro, 2023, 34). Tutto questo *insight* appaga e rasserena ben oltre gli ordinari, non di per sé disprezzabili ancorché spesso dozzinali, piaceri/godimenti dei sensi stessi. Tale intuizione fornisce un senso trascendente a tutto ciò che semplicemente accade. Un operatore sociale, vivendo e mostrando una tale serenità, per non dire una tale beatitudine, testimonia l'alto laico valore spirituale del proprio mestiere. Non si vuole dire qui che gli operatori sociali debbano essere dei santi, ma tendenzialmente in pace con sé stessi sì.

Lezione sociale

Ogni sofferenza accettata e rielaborata diviene un bene sapienziale che assume una inevitabile caratura collettiva. Diviene un bene di tutti: di chi quella sofferenza la vive e di chi, da provvisoriamente sano, si apre a quel contatto. Ogni esperienza di contatto profondo con l'umanità dolente trasuda poi verso gli "altri significativi" dell'operatore involontaria sapienza riguardo a ciò che il vivere umano è.

Recependo dentro di sé e rilanciando per quanto possibile le lezioni "vitali" che giungono dai propri utenti, l'operatore sociale

o sanitario sente l'orgoglio di migliorare/elevare impercettibilmente l'umanità della vita dentro il Servizio in cui lavora. Quando una forte caratura umana di una struttura sociosanitaria traspare in tanti piccoli atti, essa aleggia nell'aria e si lascia – per così dire – toccare con mano. Bella cosa, per un servizio umano, “costruire” umanità ed effonderla quale incenso nei corridoi, nelle stanze e negli uffici della propria organizzazione! Gli utenti, i familiari e i cittadini vedendo rispecchiate le loro esperienze negli atteggiamenti di ascolto e di rispetto dei professionisti, e nello stile del loro relazionarsi, potranno respirare e incorporare il profumo del valore di ogni esistenza e della intera società.

Di riflesso poi, ogni organizzazione del *welfare* – deputata per statuto alla *care*, cioè all'attenzione e al prendersi a cuore, come sono oggi in particolare le nostre RSA – indirettamente provvederà, in ogni suo contatto con la società circostante, a far circolare i doni di sensibilità e di senso che quotidianamente, giorno e notte, riceve dalle persone assistite, fossero essi un sorriso o uno sguardo o una riconoscenza, oppure semplicemente il loro esserci. Doni ricevuti da persone che pur possono sentirsi a volte umiliate dall'essere lì in quei luoghi a ricevere pesanti cure e a dipendere dagli altri, così come pure ad essere umiliate da una certa esclusione sociale, da quell'inevitabile solitudine – come direbbe Elias – che è il tratto distintivo dei moderni percorsi di cura – ovattati e istituzionalizzati – che preparano alla morte (Elias, 1985). Chi svolge il mestiere di accompagnare le persone nel termine della vita, in parziale sostituzione delle famiglie e delle comunità, riporta comunque indietro nel flusso della vita civile, all'attenzione di troppi nostri cervelli focalizzati su troppe incombenze, una indiretta testimonianza d'avanguardia nella conoscenza della vita. Possiamo avvertire ciò che le persone anziane che ci lasciano avrebbero potuto dirci se solo avessero avuto il dono di essere ascoltate.

Per concludere: un'introspezione al "positivo"

Dopo essere divenuto progressivamente cosciente degli eventuali moti inconsci distruttivi, e averli con pazienza e benevolenza lavorati al fine di levigarne le asperità, un operatore di cura sensibilizzato potrebbe ora chiedersi: «*sono capace di percepire in me sentimenti positivi opposti a quelli di ribrezzo, discredito, repulsione o commiserazione o biasimo? Ho un'idea di che cosa sia la bellezza del loro "contrario"?*» (da una conversazione con M. Zancanella, 2023).

Si tratterebbe in pratica di rigirare punto a punto le domande introspettive che ci siamo posti all'inizio del saggio. L'invito qui è a cogliere dentro di noi il riverbero benefico di un possibile sincero rispetto dato e ricevuto nella nostre esperienze di cura.

Domanda a): sono consapevole di sentimenti leggeri che provo stando vicino alla persona che assisto? sono orgoglioso di provare soddisfazione nella fatica del mio lavoro?

Domanda b): ho il coraggio di sostare nella compassione? So liberare la mia gioia o la mia gratitudine per essere semplicemente vicino al mio assistito, testimone e alleato del suo vivere qui e ora, rispettoso della sua esperienza vitale?

Domanda c): provo una qualche ammirazione per come la persona che assisto – comunque si stia comportando! – sta affrontando i suoi disagi? Vorrei essere in grado io di avere la serenità e la dignità che, nonostante tutto, i miei assistiti, nella condizione in cui ora sono, esprimono? Sento l'umiltà di pensare che non è detto che io potrò in futuro essere sereno o resiliente a pari loro?

Domanda d): sono consapevole di una certa fluidità e integrità che a volte caratterizza il mio Essere come operatore, di una preziosa armonia tra pensieri, sentimenti, decisioni e azioni che, pur nell'inevitabile stress del lavoro, posso fortunatamente sperimentare?

Domanda e): ho trovato per me, o sto cercando, una idea positiva da condividere circa il valore della sofferenza e della malat-

tia? Oltre a stigmatizzare l'*ageism*, mi sento capace di indicare alla mia gente un diverso atteggiamento rispettoso delle differenze, e umanamente costruttivo?

Domanda *f)*: sono piacevolmente consapevole che nel mio animo sento impulsi di accettazione e di benevolenza non solo verso gli utenti buoni e simpatici, bensì anche verso quegli che “sono loro a mancare di rispetto a me!”, e tenderei quindi a percepire come moralmente riprovevoli, persone cioè con atteggiamenti aggressivi o violenti o irritanti, le quali avrebbero indotto in altra epoca reazioni infastidite o dure da parte mia?

5. Sintesi ed esemplificazioni: mentalità a confronto

Abbiamo tentato di cogliere – a vantaggio di una possibile meditazione sull'essenza delle professioni di cura – le differenti sfumature (in realtà: le macroscopiche differenze) tra tre generali mentalità con cui inconsapevolmente gli esperti si rappresentano la vecchiaia e la vulnerabilità degli esseri umani tutti, compresa la loro stessa.

Abbiamo considerato l'atteggiamento difensivo della negazione (un modello efficientista/scientista riassumibile nell'affermazione: “che bello se i vecchi restassero sempre giovani!”); la *forma mentis* costituzionale della pietà (un modello buonista, riassumibile nell'affermazione: “che bello se i vecchi già gravati dalla mancanza di gioventù non venissero ulteriormente offesi/oppressi dalla colpevole trascuratezza nostra!”); e infine il paradigma sapienziale della reciprocità (un modello di piena riverenza riassumibile nell'affermazione: “che bello se consentissimo ai vecchi di farci lezione, essendo che essi ci precedono in sapienza della vita!”).

In altre parole, abbiamo analizzato nell'ordine:

a. un atteggiamento liberista (efficientista e moralista), che dice nonostante certi anziani siano indubbiamente degli scarti, molti altri invece sono stati capaci di restare ancora agili e sani e intraprendenti consumatori (cioè, essi sembrano ancora giovani, vale a dire nello stato tipico della vitalità: quello della autonomia e della salute);

b. un atteggiamento welfarista (o dei diritti), che dice: nonostante tanti anziani siano indubbiamente degli scarti, noi li rispettiamo (non solo li curiamo), perché ogni essere umano resta umano, così come resta un cittadino titolare di diritti, fino alla fine (anche al latente scopo di consentire alla nostra società di sentirsi civile)”;

c. un paradigma relazionale (o della reciprocità), che dice: nonostante certi anziani abbiano le sembianze di uno scarto, essi sono pienamente umani *proprio in virtù delle loro menomazioni e limitazioni*, che li elevano spiritualmente ai nostri occhi e li rendono esempi e modelli (anche cristiani) di accettazione, sopportazione e glorificazione della vita.

Molti esempi dei tre atteggiamenti sopra considerati, che noi abbiamo ipotizzato in capo agli operatori delle cure, li possiamo trovare nella cultura che alimenta i linguaggi dei *media* e dei testi legislativi. Eccone alcuni.

Esempio 1 (sentimento liberista)

In un recente commento al disegno di Legge delega in materia di politiche a favore degli anziani (*Legge 23 marzo 2023, n. 33 – Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane*) si afferma: «*La vecchiaia non è solo una stagione di declino ma al contrario un tempo prezioso di sviluppo, crescita, e partecipazione*».

In questa citazione è chiara l'implicita, e in apparenza ovvia, contrapposizione tra la vita e il declino, tra la salute e la malattia,

tra il crescere e il regredire. Il tempo della crescita – si lascia filtrare tra le righe – è prezioso. Quello del declino è penoso.

Esempio 2 (approccio welfarista)

In un articolo di un prestigioso quotidiano («Corriere della sera», 16 ottobre 2022), leggiamo: «*Il grado di civiltà di un Paese è tutto nella capacità di preservare la dignità di un anziano fragile o di un malato inguaribile. Si è cittadini sempre, altrimenti si è scarti*».

Questa seconda citazione, intuitivamente inoppugnabile, contiene tuttavia, di nuovo, l'implicita contrapposizione tra la malattia e la dignità, così come tra l'essere scarti e l'essere cittadini. Tale contrapposizione non si può mai risolvere – sembrerebbe – a meno che non arrivi l'atteso scatto morale della intera collettività: l'auspicio è che le Istituzioni si impegnino a faticare controcorrente, per riconoscere sia la dignità dei malati che la cittadinanza degli scarti. Un malato non è dignitoso e un emarginato non è cittadino – sembra di poter dedurre dal testo – se la civiltà di un Paese non vi pone formalmente rimedio, e non si fa carico di quei pesi. Ad essere franchi, in realtà, si dovrebbe pure dedurre che se la società arrivasse a negare il sacrosanto diritto alla cura, sarebbe diagnosticabile come moralmente malata, un grave peso per sé stessa.

Esempio 3 (paradigma relazionale)

L'affermazione sopracitata potrebbe essere riformulata, volendo aprirsi verso un più rispettoso sentimento, nel seguente modo: il grado di civiltà di un Paese è tutto nella capacità di onorare la dignità di un anziano fragile o di un malato inguaribile riconoscendogli, accanto alle cure, il dovuto status di sapiente di umanità. Si è cittadini sempre; anzi lo si è tanto più quanto più si fosse, per il senso comune, degli scarti (cioè incapaci di intendere e volere).

Esempio 4 (approccio welfarista)

Nel dare la notizia al telegiornale che una grande Associazione assistenziale di area metropolitana ha organizzato a Natale un pranzo per gli ultimi e gli emarginati, il giornalista conclude il pezzo affermando: «*questo pranzo testimonia ai poveri simbolicamente che la nostra società non li abbandona ... che non sono esclusi dal consenso civile*». In questa affermazione corre sotterraneo il seguente messaggio: “guarda come siamo bravi noi cittadini benestanti a dar da mangiare ai poveri, e a non farli sentire soli”. Messaggio edificante, sicuramente non sbagliato, come non lo è mai essere benevoli con i nostri simili. Messaggio tuttavia unilaterale, centrato sul benefattore, apertamente suprematista.

Esempio 5 (paradigma relazionale)

Volendo trasmettere un messaggio relazionale (rispettoso pure della dignità di Alter, e non solo della nostra) il pensiero di cui sopra si potrebbe, contro-intuitivamente, affermare come di seguito: quel pranzo simbolicamente testimonia ai poveri che la nostra opulenta società ha piacere e interesse ad incontrarli, per onorare la loro diversità e imparare la lezione che ci viene dalla loro superiore resilienza e dignità.

In questa ipotetica riformulazione si esprimerebbe un latente messaggio del tipo: “guarda che ricchi di umanità sono i poveri... Vincendo forse un po’ di umiliazione, essi hanno accettato di venire da noi, per rendere utile e sensata la nostra generosità e la nostra compagnia”. Se tale pensiero fosse davvero corrispondente a ciò che sentiamo, trasmetteremmo in tal modo un rispetto decoroso, perché non evangelicamente orientato. Ci si aprirebbe alla relazione con i nostri interlocutori sentendoli (e quindi facendoli sentire) *come minimo pari a noi*. Se poi fosse vero che gli ultimi saranno i primi, allora sarebbero persino un poco migliori di noi.

Bibliografia

- Andreoli V. (2023), *Lettera ad un vecchio (da parte di un vecchio)*, Solferino, Milano.
- Archer M. (2006), *La conversazione interiore, Come nasce l'agire sociale*, Erickson, Trento.
- Augé M. (2014), *Il tempo senza età: la vecchiaia non esiste*, Raffaello Cortina, Milano.
- Barnes M., Brannelly T. (eds.) (2015), *Ethics of care: Critical advances in international perspective*, Policy Press, Bristol.
- Basaglia F. (2013), *L'istituzione negata*, Baldini & Castoldi, Milano.
- Baudelaire C. (1995), *I fiori del male*, Guaraldi, Bologna.
- Bauman Z. (2001), *Sono forse io il custode di mio fratello?* in «Lavoro sociale», 1, 2001, 7-18 (Originale: *Am I my Brother's Keeper?*, «European Journal of Social Work», vol.3, 5-11).
- Bellotti G.G., Madera M.R. (2008), *Il burnout degli operatori geriatrici: equilibrio e discordanza tra persona e lavoro*, «Ricerche di Psicologia», 2008, 1-2, 229-238.
- Benini S., Magenti N. (2021), *Quando l'assistenza «nutre» e quando «svuota». L'esperienza di cura raccontata da un gruppo di infermieri*, «Medical Humanities & Medicina Narrativa», 2021, 19, 109-132.
- Bernardini M.G. (2022), *Capaci di scegliere? Autonomia e diritti delle persone anziane*, in «Lavoro sociale – Saggi scientifici», 6, 2022, 75-88.
- Bianchi E. (2018), *La vita e i giorni: sulla vecchiaia*, Il Mulino, Bologna.
- Capra F. (1982), *Il Tao della fisica*, Adelphi, Milano.
- Cicerone, *De senectute*.
- Colusso L. (2021), *Il cordoglio anticipatorio*, Erickson, Trento.
- Corradini F. (a cura di) (2021), *La vita (e la morte) nelle strutture per anziani durante la pandemia: una ricerca qualitativa in Emilia-Romagna*, Erickson, Trento.
- Cosmacini G. (2008), *La medicina non è una scienza. Breve storia delle sue scienze di base*, Raffaello Cortina, Milano.
- De Beauvoir S. (1971), *La terza età*, Einaudi, Torino.
- Donati, P. (1991), *Teoria relazionale della società*, Franco Angeli, Milano.
- Donati, P. (2019), *Scoprire i beni relazionali*, Rubettino, Soveria Mannelli.
- Donati P. (2022), *Relazioni fra umani e relazioni fra umani e robot: il caso dell'assistenza agli anziani* in Donati P. (a cura di), *La teoria relazionale nelle scienze sociali: sviluppi e prospettive*, Il Mulino, Bologna.
- Donati P. (2023), *Alterità: sul confine tra l'io e l'Altro*, Città Nuova, Roma
- Dostoevskij F. (2014), *I demoni*, Einaudi, Torino.

- Elias N. (1985), *La solitudine del morente*, Il Mulino, Bologna.
- Folgheraiter F. (2007), *Fondamenti di metodologia relazionale*, Erickson, Trento.
- Folgheraiter F. (2014), *Non fare agli altri*, Erickson, Trento.
- Folgheraiter F. (2016), *I poveri come testate d'angolo del welfare che li cura*, in *Scritti scelti*, Erickson, Trento.
- Folgheraiter F. (2017), *Il Manifesto del Metodo RSW (Relational Social Work)*, Erickson, Trento.
- Folgheraiter F. (2021), *Orsola: alla ricerca del benessere di uomini e animali*, Il Margine, Trento.
- Folgheraiter F. (2022), *Parole sociali. Dizionario minimo di social work*, Erickson, Trento.
- Folgheraiter F., Raineri M.L., *La relazione con Alter sofferente: analisi degli atteggiamenti degli operatori sociali riguardo al rispetto per le persone anziane* (in corso di pubblicazione).
- Goethe J.W. (2002), *I dolori del giovane Werther*, in *I romanzi*, Mondadori, Milano.
- Ignatieff M. (1985), *I bisogni degli altri*, Il Mulino, Bologna (originale: *The needs of strangers*, Picador).
- Isaia G. (2018), *Invecchiare senza invecchiare*, Pacini, Pisa.
- Jonas H. (1990), *Il principio responsabilità: un'etica per la civiltà tecnologica*, Einaudi, Torino.
- Kierkegaard S. (2024), *La malattia mortale*, Newton Compton, Milano.
- Kitwood T. (2015), *Riconsiderare la demenza*, Erickson, Trento.
- Levinas E. (1998), *Umanesimo dell'altro uomo*, Il Melangolo, Genova.
- Lucatoni D., Principi, A. (2022), *Politiche per l'invecchiamento attivo in Italia. Raccolta di rapporti*.
- Mann T. (1997), *Nobiltà dello spirito e altri saggi*, Mondadori, Milano.
- Martini C.M. (1989), *Andare d'accordo in famiglia. Lettera alla Diocesi in occasione del S. Natale*, Centro Ambrosiano, Milano.
- Morin E. (2000), *La testa ben fatta*, Raffaello Cortina, Milano.
- Mortari L. (2015), *Filosofia della cura*, Raffaello Cortina, Milano.
- Natoli S., Semeraro M.D. (2023), *Il dolore*, Il Margine, Trento.
- Nietzsche F. (2012), *Così parlò Zarathustra*, Rizzoli, Milano.
- Nussbaum M., Levmore S. (2021), *Invecchiare con saggezza: dialoghi sulla vita, l'amore e i rimpianti*, Il Mulino, Bologna.
- Palmarini N. (2019), *Immortali. Economia per nuovi highlander*, EGEA, Milano.

Pascal B. (2014), *Pensieri*, Utet, Torino.

Seneca, *De brevitae vitae*.

Severnusen S. (2003), *Citizenship and the ethics of care: Feminist considerations on justice, morality and politics*, Routledge, New York and London.

Tronto J., (1993), *Moral boundaries. A political argument for an ethic care*, Routledge, New York and London.

Valeri F. (2016), *La vacanza dei superstiti (e la chiamano vecchiaia)*, Einaudi, Torino.