

Senectus: invida aetas? A contatto con la caducità del corpo e dell'identità nella post pandemia di *Elisa Mencacci e Alessia Zielo*

Abstract

Il saggio propone una riflessione fenomenologica sulla caducità del corpo e sulla fragilità identitaria nell'anziano, temi centrali per una comprensione profonda della morte e del morire. Attraverso un'analisi critica del disgusto verso il corpo che invecchia e della percezione sociale della vecchiaia, l'articolo esamina come l'identità dell'anziano sia inscindibilmente legata alla corporeità in trasformazione. Particolare attenzione è dedicata al dramma ontologico della demenza, dove il corpo diventa l'ultimo baluardo della relazione con il mondo e la mente si ritira progressivamente. Il testo interroga il significato profondo dell'essere mortali nella contemporaneità e analizza le sfide etiche, relazionali e comunicative per coloro che accompagnano l'anziano verso il fine vita. Infine, l'articolo propone una riumanizzazione della cura attraverso un approccio person-centered che riconosca dignità, ascolto consapevole e nuove modalità di comunicazione corporea, trasformando l'incontro con la morte in esperienza di significato e consapevolezza.

Parole chiave

tanatologia e corporeità, caducità dell'identità nella vecchiaia, demenza e comunicazione non-verbale, dignità e accompagnamento al fine vita

1. Introduzione

La pandemia ha acuito la percezione della caducità del corpo e delle fragilità della nostra identità, rivelando quanto siano interconnesse e vulnerabili a eventi che sfuggono al nostro controllo. Durante questo periodo, la salute fisica e psicologica delle persone è stata messa alla prova, costringendoci a confrontarci con la precarietà della vita e con i cambiamenti radicali nella percezione di noi stessi e degli altri. La pandemia ha reso palpabile l'imprevedibilità della vita e ha portato molti a riflettere sulla caducità fisica. Il corpo, che spesso viene percepito come uno strumento di espressione e interazione, è diventato vulnerabile, ri-

cordandoci che la nostra fisicità non è eterna né invincibile. Ha inoltre fatto emergere con forza la vulnerabilità delle persone anziane, mettendo al centro l'idea della caducità fisica come parte inevitabile della vita. Questo periodo ha reso evidente quanto l'invecchiamento renda il corpo vulnerabile, ma ha anche stimolato una riflessione sulla necessità di dare valore alla vita in ogni fase, accettando i limiti del corpo. Vi è da dire tuttavia che è stata altresì una importante occasione per riflettere sulla finitezza umana, facendo emergere un confronto universale con il concetto di mortalità e sull'accettazione dei limiti umani. Questa esperienza ha portato molte persone a ripensare le proprie priorità e a rivalutare il senso della propria esistenza e del proprio ruolo nel mondo.

Gli anziani, in particolare, hanno rappresentato una delle categorie più vulnerabili durante la pandemia a causa di una maggiore incidenza di comorbidità e un sistema immunitario generalmente più debole. Questo ha portato a tassi di mortalità elevati nelle fasce più avanzate d'età, creando un senso di emergenza nella protezione della loro salute. Per ridurre il rischio di contagio, gli anziani sono stati spesso isolati, soprattutto in case di riposo o a domicilio. Tale isolamento prolungato ha contribuito a peggiorare il declino cognitivo tra gli anziani, soprattutto tra quelli con patologie come la demenza. Per molti, il contesto di incertezza e l'isolamento hanno portato a sentimenti di paura, depressione e ansia, accentuati dalla difficoltà di accedere a supporti psicologici adeguati. In alcuni contesti, le persone anziane hanno subito discriminazioni, evidenziando la necessità di un dibattito etico più profondo sul valore della vita e la dignità.

2. *La vecchiaia è di per se stessa una malattia?*¹

L'invecchiamento sembra un fatto inevitabile della vita, e tuttavia questo non ha impedito all'umanità intera di inseguire da sempre il sogno

¹ La vecchiaia già di per sé è una malattia, scriveva Publio Terenzio Afro nel II secolo a.C., riferendosi ai malanni fisici e alle privazioni che di solito si accompagnano alla senescenza. Molti secoli più tardi, Alessandro Manzoni, ci fa assistere all'amaro sfogo di Don Abbondio in cui dice: «...io invece, sono alle ventitré e tre quarti, e... i birboni posson morire; della peste si può guarire; ma agli anni non c'è rimedio: e, come dice, *senectus ipsa est morbus*» (Manzoni, *I Promessi Sposi*, cap. 38).

dell'immortalità. È cambiato il modo di invecchiare ed è cambiato il modo di morire: non si muore quasi più nella propria casa, ma in ospedale o in casa di riposo. Le morti di una volta sono sempre più difficili poiché il sistema medico sanitario e l'atteggiamento mentale interiorizzato dei più reclama l'ospedalizzazione, l'intervento attivamente terapeutico e, di fatto, spesso autorizza o subisce forme di accanimento terapeutico.

Per comprendere questa fase della vita, è necessario interrogarci sul significato del nostro essere mortali, nella società contemporanea in cui vi è una spiccata attenzione e una progressiva presa di coscienza nei confronti della corporeità (Zielo, 2023).

Affrontare il tema della corporeità, in particolare quando si tratta del corpo nella malattia e nel fine vita, e dell'atteggiamento che riserviamo ai resti umani, significa necessariamente interrogarsi su questioni fondamentali: è ancora possibile parlare davvero del corpo? È legittimo, e in che modo, studiarlo, rappresentarlo, comprenderlo?

Paradossalmente, più la nostra quotidianità si nutre di interazioni mediate e virtuali – pensiamo alla rete, ai social, alle piattaforme digitali – più si moltiplicano i discorsi sul corpo, sulla presenza reale, sulla comunicazione che non passa solo per le parole ma per la prossimità fisica: potremmo dire, più che “faccia a faccia”, corpo a corpo.

Il corpo, i nostri corpi, durante la crisi pandemica sono diventati potenziali veicoli di infezione. Per paura del contagio sono stati rinchiusi, separati, isolati, regolati nei movimenti. Abbiamo smesso di attraversare la strada per incontrare l'altro, e abbiamo imparato a farlo per evitarlo, per spostarci, per scostarci.

Non abitiamo più le città come spazi di prossimità, ma come luoghi di controllo e distanza. Gli spazi pubblici dell'incontro si sono ristretti e dilatati come una fisarmonica, a seconda delle disposizioni e delle paure, generando una crescente incertezza non solo delle regole, ma del senso stesso della relazione corporea con l'altro.

La pandemia ha rimesso al centro il tema del corpo, in rapporto al dolore e alla malattia (Martino et al., 2016). La malattia è un ottimo esempio di una condizione liminale. Il malato vive in uno stato di sospensione sociale, fino alla guarigione. È la fase di attraversamento della

soglia a segnare una profonda discontinuità tra il prima e il dopo, tra me e non-me, tra il dentro e il fuori.

Affrontare il tema della malattia e del contagio significa andare oltre la dimensione clinica per entrare in un territorio più ampio, che coinvolge il corpo, la città, le relazioni e la cultura. Come sottolinea Maurice Merleau-Ponty nella sua fenomenologia del corpo, il corpo non è solo un oggetto, ma il nostro modo fondamentale di essere nel mondo e con gli altri (Merleau-Ponty, 1945). La paura del contagio rende però il corpo malato invisibile o scomodo, escluso dagli spazi pubblici e dai codici della normalità. In una società che valorizza la performance e la salute come doveri morali, il corpo fragile viene spesso vissuto con disagio, vergogna o addirittura colpa, in un meccanismo simile allo stigma descritto da Erving Goffman (1963), che isola chi è considerato “diverso”. In questo contesto, la malattia diventa un fatto politico e simbolico, che ci costringe a rivedere come abitiamo il corpo, lo spazio e il legame con gli altri.

Una forma di tabù particolare, inteso come forma di evitamento, è quello del cadavere: è una delle forme di tabuizzazione più profonde e antiche, presente in tutte le culture e strettamente legata alla paura della morte, alla percezione del corpo e alle dinamiche sociali e religiose che ruotano intorno al concetto di vita e aldilà. Il cadavere suscita una reazione viscerale di disgusto per via della decomposizione e del cambiamento fisico che avviene subito dopo la morte. Questa trasformazione del corpo vivo in un oggetto inanimato e deperibile è difficile da accettare e viene spesso vissuta come una violazione del rispetto per il corpo umano. Il corpo morto, in alcune culture, è percepito come impuro o pericoloso, anche a causa del rischio di contagio da eventuali malattie infettive. Questa percezione alimenta la tendenza a evitare il contatto con il cadavere e a rispettare rigide pratiche di igiene (Favole, 2003).

La difficoltà di confrontarsi con il cadavere ha portato alla tendenza a evitare anche il lutto e il dialogo sulla morte, mantenendo il tema della fine della vita in un ambito privato e non pubblico. La morte viene spesso vissuta come un evento da rimuovere rapidamente, e il cadavere viene sepolto o cremato in fretta, non mantenendo un legame duraturo con l'immagine fisica della persona. Il contatto con il cadavere induce una condizione che è bene espressa dalla parola polinesiana *tapu* (tabù)

e dal greco *anàtema* (ἀνάθημα): il significato è generalmente quello di “orrore, disgusto, esecrazione” (Douglas, 1966).

3. Il disgusto verso un corpo che invecchia

Il disgusto per il corpo anziano è una risposta sociale e culturale complessa che riflette pregiudizi e stereotipi profondamente radicati sull'invecchiamento e sul valore attribuito alla bellezza, alla forza e alla produttività nella società moderna. Questa percezione può portare a sentimenti di disagio, vergogna e isolamento sia per le persone anziane che per chi le circonda.

Nelle società contemporanee, soprattutto occidentali, l'ideale di bellezza è spesso associato alla giovinezza, alla tonicità e alla vitalità fisica. Il corpo anziano, che mostra i segni naturali dell'invecchiamento come rughe, perdita di tono e cambiamenti nella postura, viene spesso percepito come lontano da questi standard. Questo crea una separazione netta tra il corpo giovane (associato a salute e desiderabilità) e il corpo anziano, che viene visto come decadente (Goffman, 1963).

Per evitare di affrontare la realtà della vecchiaia, le società spesso tendono a segregare gli anziani, delegando loro spazi specifici (come case di riposo) che li allontanano dalle aree di vita quotidiana. Questa “rimozione” favorisce una visione distorta della vecchiaia, come se non facesse realmente parte della vita comune. La dipendenza dall'aiuto altrui e la possibile fragilità fisica rendono il corpo anziano simbolo di un declino che può apparire sgradevole o addirittura “minaccioso”.

La percezione di disgusto verso il proprio corpo può portare le persone anziane a provare vergogna e senso di inadeguatezza, influenzando negativamente sulla loro autostima e benessere psicologico. Possono sentirsi “invisibili” o non degni di attenzione e cura.

Il disgusto per il corpo anziano è un fenomeno che affonda le radici in paure culturali e biologiche. In tutte le società esprime il rifiuto di accettare ciò che potentemente ci ricorda la nostra mortalità e animalità, e il rifiuto di esserne contaminati (Nusbaum, 2001; Mazzocut-Mis, 2002). Si evidenzia questo comportamento in occasione della morte: il corpo morto suscita spesso sentimenti di repulsione. Questo processo

di deterioramento è fisicamente sgradevole e simbolicamente inquietante, in quanto ci ricorda che ogni corpo, per quanto amato e valorizzato in vita, è destinato a decadere.

4. *Il corpo e l'identità dell'anziano*

“Quando nasci esci, quando muori entri”
(un vecchio detto taoista)

La percezione di identità è nell'anziano legata al corpo, così come il linguaggio della cura, dell'assistenza. Non ho un corpo ma sono quel corpo, che lentamente mi abbandona. Con l'avvicinarsi del pezzo finale di vita, il corpo è quello che non vuole più nutrirsi, che rifiuta il cibo, quasi come un rituale di addio. Il corpo dell'anziano è quello che ha dolore, spesso senza nome. Il corpo che si lamenta, che si muove, si agita, che si fa più piccolo e delicato, dove anche le più piccole ferite rimangono in profondità e a lungo.

Con il passaggio della pandemia, al dolore del corpo vecchio e decadente è subentrato con forza il disgusto del corpo infetto, lasciando spazio a nuove modalità comunicative e di relazione dell'anziano con l'Altro. Questo è stato particolarmente evidente all'interno delle RSA, contesti di cura e assistenza per anziani, a cui molto spesso a un corpo decadente si accompagna un'inesorabile perdita di identità: anziani con demenza, che attraverso il corpo tentano di ricercare l'ultimo, possibile, contatto con il mondo “reale”. “Cosa succede esattamente quando sta male il corpo?” si chiede Galimberti (2013) in una illuminante riflessione sul tema della corporeità².

Anche Murphy (2017) ne *Il silenzio del corpo* parla di dissociazione dell'io dal corpo malato come forma di sopravvivenza. Il corpo dell'al-

² “In occasione della malattia, il mondo va sullo sfondo, non mi interessano più le cose del mondo, e il mio corpo, con cui nello stato di salute coincido, prende il posto del mondo, cioè io lo guardo come prima guardavo il mondo” (Galimberti, 2013, 213).

tro vecchio e malato rivela il nostro esserci: si avvicina, si allontana, è impaurito, è accogliente, a seconda di come noi ci sintonizziamo con esso, con il nostro corpo, con la voce, con i movimenti.

Se ci osservassimo dall'esterno, e guardassimo noi e l'altro, che cosa potremmo vedere, e descrivere? Riportiamo in parole, immagini, ciò che l'azione di cura ha rappresentato, in un esercizio auto-formativo e di crescita continua.

All'interno di una Residenza per Anziani, si ascoltano parole di questo tipo: "Io mi sento vecchia solo quando guardo il mio corpo: i dolori, le piaghe, le fatiche, mi ricordano che sono vicina alla fine. Se dovessi ascoltare il mio cuore, quello che ho dentro, non sarei qua e non avrei 90 anni". A parlare è la signora P., 95 anni.

La percezione di identità è legata al corpo, e tutto il linguaggio con l'anziano fragile è basato sul corpo. E non solo il linguaggio degli anziani, ma anche dei familiari: "Dove sta? Ha mangiato? Dorme bene? È riuscita a evacuare? Riesce a camminare? Parla? Respira bene? Come va la postura, le piaghe, la terapia, il dolore, ecc." Il corpo scandisce la vita dell'anziano e del suo sistema di curanti. Appare più difficile chiedersi se "oggi ha espresso qualche desiderio? Ha immaginato qualcosa di sereno? Si è divertita, è rimasta soddisfatta?". Queste sono domande che appare molto più difficile sentire.

Il corpo diventa protagonista anche rispetto alla morte. Rispetto all'accompagnamento al fine vita, non si parla di "terminalità" in senso stretto (se non riferito alle ultime ore prima del decesso) ma di un percorso progressivo di perdite e lutti, a partire proprio dal corpo. L'agonia è spesso prolungata in quanto molto prima del trapasso il corpo anziano comincia a "lasciare pezzi di sé su questa terra" (parole della signora M. 89 anni).

Giorni, settimane, mesi, anni, il corpo non sembra più rispondere ai comandi ma fatica, rallenta, cambia. Il corpo perde vigore, forza, precisione, affidabilità. Si perde man a mano fiducia su quello che il corpo riesce a fare. Con l'avvicinarsi del pezzo finale di vita, il corpo è quello che non vuole più nutrirsi, che rifiuta il cibo, quasi come un rituale di addio. Il corpo dell'anziano è quello che ha dolore, spesso senza nome, senza parole possibili. Il corpo si lamenta, si muove, si agita, si fa più piccolo e delicato, perfino le più piccole ferite rimangono in profondità e a lungo. Il corpo vive nel suo perdersi progressivamente e rappresenta,

a noi tutti, il limite: del fare, delle capacità ancora possibili, del tempo rimasto, il limite della vita stessa.

Il giovane adulto sembra esprimere la malattia così “Vivo il corpo che ho, nell’attesa di ridivenire il corpo che sono” mentre l’anziano, che cosa attende? (Callieri, 2006). Non c’è illusione, solo realismo, a volte rassegnazione: sapere che, più o meno lentamente, non si tornerà indietro. L’anziano non crede nella “guarigione del corpo” ma impara a convivere con quelle ferite, ricercando altro che possa ancora dare significato, nonostante il corpo.

Oltre il corpo, quali sono le modalità di relazione con il mondo? Emerge con forza il ruolo degli oggetti nello spazio corporeo. Sono oggetti che ricordano lo status di “corpo decadente”, dei suoi prolungamenti dell’Io verso l’esterno: deambulatore, carrozzina, sollevatore, dentiera, apparecchio acustico, pannolone, bavaglio. A una prima lotta (“quanto ancora di me posso mettere, quanto decido”, P. 76 anni) subentra lentamente uno stato di accettazione (“o così o rimango inerte”, F. 95 anni). Si dovrà imparare a convivere con oggetti esterni affinché si possa sopravvivere. Ma dove sono io, dove finisce il mio corpo e dove inizia l’altro, esterno e diverso da me?

Il corpo dell’anziano richiede prolungamenti a sostegno del sé (senza questi non posso più essere), a volte reali, spesso simbolici.

Sono prolungamenti reali, come la PEG (nutrizione artificiale), che diviene quasi personificata (“è un sostegno, ti aiuterà a essere ...”), sono parti esterne ma dentro la persona, pertanto ambivalenti. Assieme all’anziano si dovrà imparare a vivere attraverso l’oggetto esterno, in un percorso precedente alla scelta finale: la decisione non dovrà essere se vuole o non vuole la PEG ma come vuole vivere la Sua vita con la PEG, come la immagina. Ci si potrà focalizzare sull’essere un corpo con la PEG, che può vedere, fare, pensare; e non un corpo che ha la PEG e vive con essa. Questa diversa visione potrà aiutare a riscoprire una nuova identità senza disconnettere il corpo dalla mente, ampliando una visione sistemica e globale del proprio Io.

Il corpo dell’anziano non vive nell’emergenza ma nella cronicità, e pertanto ci rappresenta e ci parla di quest’ultima: il tempo appare dilatato, fino a perdere quasi i confini (“In che giorno siamo? È giorno, sera, per me è tutto uguale...” dice S. 81 anni), le perdite sono progressive, lentamente un piccolo pezzetto di corpo e di identità se ne vanno.

È un percorso del lasciar andare, dove imparare a custodire l'essenziale e ciò che può esserci ancora. Cosa rimane, quindi? Rimangono i ricordi, le memorie, i resti biografici, le immagini di ciò che siamo stati, i valori, le opere, gli insegnamenti, le narrazioni che possano divenire frutti di generatività nel lavoro ultimo che siamo impegnati a compiere.

L'anziano ci mette di fronte a emozioni di vergogna, nati dal farsi costantemente toccare da altri (a volte estranei), dal farsi lavare, nel farsi scoprire nudi e inermi ("sono così, guarda che ci diventerai anche tu" P. 79 anni). E poi c'è il disgusto: ci sono gli odori sgradevoli, i liquidi e le routine di un corpo che non trattiene più, che non controlla, che allontana gli altri, con inevitabili ricadute relazionali ("sono ripugnante, faccio schifo, mi guardano male, ma li capisco..." M. 91 anni). Con la pandemia il disgusto ha assunto sempre più peso relazionale, aumentando il timore del contatto, del corpo malato e morente, perfino del cadavere. Ci siamo trovati costretti ad allontanarci dal contatto che familiarizzava, normalizzava, rassicurava, e abbiamo invece reso normale quel disgusto, senza sapere che stavamo perdendo di vista ciò che avevamo realmente davanti: non un corpo oggettivizzato, ma un essere umano.

5. L'anziano e la demenza

Con il corpo anziano emerge inequivocabile il nuovo paradigma ontologico: si passa dall'aver un corpo all'essere un corpo, in quanto tutto sembra diretto lì, ed il corpo non è più un mezzo per comprendere e agire nel mondo, ma diventa il fine ultimo, il mondo stesso (Mencacci et al., 2020).

Ogni riferimento sembra veicolare il senso dell'essere nel corpo e per il corpo: il dolore, "l'acciaccio", l'incontinenza, il lassativo, il gonfiore, la dentiera e la deglutizione, il fiato corto, la postura scorretta, la perdita di abilità, lo sporco, il ginocchio debole. Il linguaggio diventa corporeo, le relazioni si costruiscono a partire da questa prima dimensione, lo spazio si adatta ai limiti del corpo e la propria narrazione cambia di senso.

"Finché ho la testa c'è dignità" (G. 82 anni). Al corpo malato si accompagna sempre di più un angosciante pensiero nell'anziano, un

timore latente e diverso. La paura non sembra essere quella del corpo decadente (ci si abitua, si convive, “è più normale” e normalizzato) ma il terrore di “perdere se stessi” ovvero lo spettro della demenza. L’incubo diventa quello di non capire, non ricordare, non sapere, non riconoscere, non parlare, non comprendere ... non vivere?

Nella demenza il corpo anziano diventa ultimo baluardo della vita terrena, ultimo appiglio di vita (“se guardo mia mamma la rivedo ancora nei suoi occhi, nel suo muoversi verso di me...poi comincia a parlare, e a dirmi che sono sua mamma e a perdersi...e allora capisco che lei non c’è più” dice un familiare in RSA). Compare il dramma di vedere ma non sentire, di un lutto divenuto ambiguo (Mencacci, 2023) (“è viva fisicamente ma morta psichicamente”, dice un familiare), a cui non si può che rispondere con un avvicinamento del nostro corpo come curanti, di una fisicità che diventa linguaggio preponderante, sempre maggiore all’evolversi della malattia e, al termine, ultimo vocabolario possibile (Mencacci et al., 2020).

E il corpo dell’anziano con demenza diventa trasformabile, intercambiabile, senza forma: si passa da un corpo di figlio, poi marito, poi papà, poi estraneo; è un corpo mutabile e, proprio per questo, senza tempo. Lo spazio, invece, si costruisce con l’anziano, per il corpo che in quel momento rappresenta. Se è il corpo di una madre, lo spazio diventerà quello dell’accudimento, con bambole che sono figli, da accarezzare, curare, proteggere. Attraverso l’abbracciare, il pettinare, il cambiare vestiti.

Se è il corpo di un bambino, in quel momento, lo spazio diventerà luogo di ricerca, attesa, a volte ansiosa, del genitore (“dove è la mamma?”), di quel posto sicuro, accogliente, rassicurante, da cui si è partiti e verso cui, naturalmente, si ritorna. L’ambiente di cura che accoglie l’anziano con demenza sarà un ambiente fisico, emotivo, confortevole, relazionale che porti dignità al corpo, che sia flessibile, dinamico ma anche vitale, vivo. Sarà vivo sino al momento in cui quel corpo, come la mente, si avvierà a una chiusura progressiva alla vita su questa terra, richiamando bisogni e desideri ancestrali: ricercare una mano a cui aggrapparsi, sostenersi, cullarsi, prima di lasciarsi andare, favorendo il tocco ma anche l’udito, (l’ultimo senso ad andarsene prima della morte), ricongiungersi

e riconnettersi (anche fisicamente) alle prime e ultime persone a cui dire addio (“ciao mamma”).

Accompagnare l’anziano pone sfide esistenziali, prima che professionali, mostrandoci in tutta la sua brutale veridicità ciò che, a noi e prima ai nostri cari, accadrà. Ma questo non può toglierci quel pizzico di follia, nella ricerca di “magia” nell’essere lì ma allo stesso tempo altrove, di vagare in uno spazio infinito ed eterno, raccogliendo semi di umanità e alberi di speranza: quella di poter essere ciò che vogliamo, sino alla fine.

Con la perdita del corpo e della mente perdiamo anche le nostre coordinate, perché appare vacillante l’idea stessa di identità. Quando è la mente a decadere, più velocemente del corpo, è come se non fossimo preparati. Non si ha un linguaggio adeguato per descrivere cosa sta accadendo, cosa si sta vivendo, e si riporta l’attenzione al solito vocabolario del corpo che funziona/non funziona, al fare/non fare, al suo essere oggetto.

Il corpo diventa l’ultimo baluardo dello stare nel mondo: toccare, sentire, gustare... poter trascorrere ancora momenti significativi con una persona che è ancora viva, umana (“vi prego, fatemelo toccare un’ultima volta”, dice un familiare). Quando tutto il resto non c’è, basta avvicinare una mano, e accarezzarla, e provare a sentire che è ancora reale, che ancora vive.

6. La cura della vecchiaia e del corpo nella post pandemia

Con gli strascichi del post pandemia si sono intraprese riflessioni operative, in particolar modo nei contesti di cura agli anziani, interrogandosi sugli errori fatti e da cui imparare molto. Gli scenari emotivamente laceranti dei decessi visti e subiti, hanno portato i curanti e le organizzazioni a rivalutare l’importanza delle decisioni sul proprio corpo, in un tempo precedente, progressive e consapevoli. Si è rivalutato l’essenza di un percorso decisionale condiviso, in cui cominciare per tempo a parlare di come voler essere trattati, curati, all’interno di disposizioni anticipate in cui il corpo la faccia da padrone.

Si è ridato poi valore all’ambiente finale, chiedendosi come deve essere l’ambiente che accoglie il corpo anziano, nel momento conclusivo dell’esistenza (Mencacci, 2024). L’ambiente deve poter essere realmente

protesico, che non sostituisca ma contenga dando senso, che supporti il corpo dell'anziano nell'essere ancora una vita che ha significato. Per poter dare senso alla protesi che cura occorre partire da quelle parti dello spazio attorno, e per, il corpo: il deambulatore, la bambola, la finestra, l'angolo multisensoriale, l'operatore che diventa a sua volta protesi e mediazione tra il dentro e il fuori.

Dagli scenari nefasti della pandemia si è cercato di dare un nuovo significato al concetto di isolamento che non implichi mero abbandono ma cura dello spazio e del tempo attorno al corpo, affinché non ci sia vuoto attorno all'anziano. Spesso, ancora oggi, come in tempo di pandemia, curare l'anziano significa stare nel silenzio e nel vuoto, cercando di riempirlo.

Spesso c'è bisogno di riempire lo spazio attorno al corpo, con fotografie, oggetti, musiche, immagini "parlanti", cercando di portare un mondo dentro una stanza, soprattutto quando quel corpo non riesce più a muoversi.

Nel tempo post pandemia si è riflettuto sulla necessità di riprendere spazi e tempi dedicati alla dimensione spirituale, quella che ha permesso di mantenere dignità al saluto dei defunti, nel pregare, nel creare funerali laici e nuovi rituali di addio, nel ricordare qualcuno che non c'era più.

Si è imparato a favorire l'interconnessione con la comunità fuori dalla residenza, a carezze fatte con gli sguardi, con la voce, con una videocamera, quella che ha saputo portare la famiglia vicino al corpo morente, anche se a distanza. Si è compreso come non fare sentire solo il corpo portandoci oltre lo spazio fisico: si può tornare indietro nel tempo, si può andare a casa, si può diventare mamme, figli, amici. A volte possiamo diventare quei morti che non ci sono più, oppure consolatori, intimi confidenti, a volte anche portatori di messaggi da altri mondi. Si è ristabilito il valore del linguaggio del corpo, oltre le perdite, una comunicazione fatta di parole oneste, raccontando ai familiari cosa aveva provato il loro caro, come si era sentita, che cosa avrebbe pensato.

Oggi non fa più paura parlare dell'"ultimo viaggio", ancor di più se paragonato a quegli scenari pandemici di totale disumanità, ma occorre poter anticipare queste conversazioni in maniera libera e spontanea, accompagnata da personale attento e preparato. Morire non è più qualcosa di lontano e astratto, non è più scontato, non è più un fatto indi-

viduale, ma indicatore di dignità, civiltà e umanità, all'interno di una comunità accogliente e consapevole.

7. Le sfide per il futuro: umanizzare le cure

La dignità dell'anziano coincide con il rispetto della persona in quanto tale: non si deve limitare all'assistenza sanitaria, ma estendersi alla qualità della vita dell'anziano. L'accompagnamento al fine vita, nell'ambito del contesto geriatrico, richiede, anche alla luce dei più importanti riferimenti normativi, l'acquisizione di competenze specifiche da parte del personale: conoscenze palliative, relazionali e comunicative, ma anche etiche e narrative, sin dal momento dell'accoglienza dell'anziano e della sua storia (Mencacci, 2024).

Il concetto di "dignità" parte dal riconoscimento del corpo e della sua fragilità (Chochinov, 2007), e può trovare realizzazione a partire dalla comunicazione, la quale può condizionare perfino il benessere fisico e mentale dei residenti in casa di riposo. Il riconoscimento dell'anziano assistito, come persona, può essere espresso attraverso un approccio centrato sulla persona, sottolineando il valore che per lui riveste la propria storia personale e le esperienze vissute, mostrando quanto importante risulta la conoscenza del residente, della sua storia di vita, della sua biografia (Mencacci & Zielo, 2022).

Le sfide del futuro, in un mondo che sempre più invecchia, sono complesse e numerose. Sempre più anziani si ammaleranno di demenza: occorrerà prendere consapevolezza di un corpo anziano che non è più lo stesso, e noi con esso. Si dovrà lavorare sulla cura della memoria attraverso il corpo, imparando a comunicare con nuove modalità, andando "oltre" le apparenze, il comportamento aggressivo, la ricerca del contatto fisico, aprendo a forme creative della cura. Non siamo solo operatori, ma interpretiamo ruoli diversi a seconda di chi abbiamo di fronte, rielaborando spazi e tempi dello stare con l'altro (Bordin et al., 2023).

Il corpo dell'anziano non sarà solo quello da curare, ma anche da assicurare, abbracciare, rallegrare, rilassare, da lasciar andare. Si dovrà imparare ad andare oltre, a chiederci cosa ci comunica realmente il corpo dell'anziano, dietro alle ferite, le espressioni, le posture, i cambiamenti

della voce o dello sguardo. Chiedendoci cosa starà esprimendo potremo forse rispettare più a fondo i suoi desideri, le scelte che, attraverso il corpo, l'anziano ci comunica. Potrà essere un corpo che cerca, che vuole toccarci e tenerci lì, accanto, oppure un corpo che desidera non essere visto in quello stato, che preferisce guardare verso la finestra e rimanere in silenzio, in pace, che vuole solo dormire, nel silenzio.

Appare inevitabile che, per le professioni di cura, la sfida più difficile sarà quella di apprendere a stare nel limite: dell'altro ma anche di se stessi. Le *medical humanities* potrebbero diventare uno strumento prezioso per aiutare i curanti a lavorare con questa dimensione³. Di fronte ad un corpo morente, e poi al cadavere, come potremo stare, essere presenti, osservando con occhi che parlano solo di dignità, e mai più di pietà, o evitamento? Forse, occorre partire dall'inizio. Ascoltiamo realmente i desideri dell'altro.

E noi, cosa siamo disposti ad ascoltare?

³ Le *medical humanities* (o scienze umane mediche) offrono una prospettiva interdisciplinare che combina medicina, arte, letteratura, filosofia ed etica per migliorare la comprensione e la cura della persona. Le autobiografie aiutano gli anziani a mantenere viva la propria identità e a riflettere sul senso della propria vita, offrendo una base per affrontare dilemmi etici complessi, come quelli relativi alle cure di fine vita, ai trattamenti invasivi e alla scelta delle cure palliative.

Bibliografia

- Bordin, A., Busato, V. & Mencacci, E. (2023). *Vecchiaia. Strategie per prepararsi a viverla in modo attivo e positivo*. Piacenza: Editrice Dapero.
- Callieri, R. (2006). *Corpo esistenze mondi. Per una psicopatologia antropologica*. Roma: Edizioni Universitarie Romane.
- Chochinov, H. M. (2007). Dignity and the essence of medicine: The A, B, C, and D of dignity conserving care. *BMJ*, 335(7612), 184-187.
- Douglas, M. (1966). *Purity and Danger: An Analysis of Concepts of Pollution and Taboo*. London, UK: Routledge.
- Favole, A. (2003). *Resti di umanità. Vita sociale del corpo dopo la morte*. Roma-Bari: Laterza.
- Galimberti, U. (2013). *Il corpo*. Milano: Feltrinelli.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Manzoni, A. (2022). *I Promessi Sposi* (R. Luperini, a cura di). Milano: Mondadori.
- Martino, M. L., De Luca Picione, R. & Freda, M. F. (2016). La ferita del confine: la condizione di liminalità del corpo e della psiche. *La camera blu*, 14 (*Ferite*), 166-194.
- Mazzocut-Mis, M. (2002). *Voyeurismo tattile. Un'estetica dei valori tattili e visivi*. Genova: Edizioni le mani.
- Mencacci, E. (2024). *Dove ti porto? Accompagnare la persona anziana alla fine della vita*. Piacenza: Editrice Dapero.
- Mencacci, E. & Zielo, A. (2022). *Diritto di vivere e di morire con dignitas. Le sfide dell'etica nell'accompagnamento dell'anziano fragile. Dalle DAT alla Pianificazione Condivisa delle Cure*. Napoli: Edizioni Scientifiche Italiane.
- Mencacci, E., Busato, V. & Bordin, A. (2020). *Non sono più io. Come fronteggiare l'interminabile lutto nella demenza*. Piacenza: Editrice Dapero.
- Mencacci, E. (2023). Quando non si vuole vedere. Il corpo anziano. In A. Zielo (a cura di), *Toccando l'oltre. Lo sguardo e la cura al limite del corpo* (pp. 427-445). Padova: Padova University Press.

- Merleau-Ponty, M. (1945). *Phénoménologie de la perception*. Parigi: Gallimard.
- Murphy, R. (2017). *Il silenzio del corpo. Antropologia della disabilità*. Trento: Erickson.
- Nussbaum, M. (2001). *Upheavals of Thought: The Intelligence of Emotions*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Terenzio (1996). *Phormio* (M. Rossi, trad.). Milano: Ugo Mursia Editore.
- Zielo, A. (a cura di) (2023). *Toccano l'oltre. Lo sguardo e la cura al limite del corpo*. Padova: Padova University Press.