



Vivere il proprio corpo nel presente

Temporalità e invecchiamento attivo
in un Caffè Parkinson

Experiencing the body in the present

Temporality and active ageing in a
Parkinson's Café

Francesco Diodati, Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano
ORCID: 0000-0002-2525-4889; francesco.diodati@unicatt.it

Abstract: This article analyses the relationship between temporality and active ageing in a Parkinson Café. Drawing on ethnographic research, I discuss the functioning of discursive devices and bodily practices that revolve around what I define as the model of the “body in the present”. It is a set of discourses and practices that convey a positive and active vision of age by ascribing meaning to the relationship with one’s body in the present. Discursive practices and musicotherapy allow participants to detach from a biomedicalised way of living the ageing body that is always oriented to the future decline. Living the body in the present means in that context to positively live with ones ‘own physical limitations and being able to relate with other people. However, the efforts of participants and the psychologist was necessary to avoid that active ageing would have become an unrealistic idealized model which would have discriminated the people in the worst health conditions. This article contributes to the study of the relationships between active ageing, temporality and normativity in old age. It shows active ageing not only a dominant discourse but also an embodied experience which can be present-oriented rather than future-oriented. I argue that active ageing can effectively promote social integration, but relational and community work is needed to prevent active and positive visions of active age from reproducing social marginalization among older adults.

Keywords: Active ageing; Temporality; Living in the present; Music therapy; Parkinson's Café.

Invecchiamento attivo e biopolitica

Diverse società stanno sperimentando l’allungamento della durata della vita e, con essa, l’aumento di condizioni croniche di salute e disabilità che possono

intercorrere per diversi anni.¹ In questo contesto, diverse ricerche sottolineano la necessità di riorientare i sistemi sanitari da un modello orientato alla cura della patologia a un modello preventivo, riabilitativo e che supporti la cura dei pazienti a domicilio (Walker 2002; Belluto, Consoloni 2022). La promozione del cosiddetto “invecchiamento attivo” è nata dall’urgenza di sviluppare nelle odierne società longeve politiche che favoriscano la partecipazione sociale delle persone dopo l’età pensionabile, impedendo l’esclusione dei più fragili per età anagrafica, classe sociale e condizioni di salute (Walker 2002).

Ciò nonostante, questa nuova visione attiva e positiva dell’età avanzata si è spesso radicalizzata in un modello gerontologico, definito anche “invecchiamento di successo”, che pone l’accento esclusivamente sull’importanza che ricopre il comportamento individuale nella battaglia per prevenire malattie e disfunzionalità legate all’età (Rowe, Kahn 1998). Il discorso pubblico e istituzionale sull’invecchiamento, difatti, veicola spesso un modello liberista e individualista di promozione della salute che mette al centro la responsabilità dell’individuo più che l’organizzazione sociale e la lotta alle diseguaglianze (Cappellato, Mercuri 2022). Secondo una classica prospettiva di gerontologia critica, il corpo che invecchia è posto al centro di dispositivi biopolitici (Foucault 2010) che, funzionando sulla base di un’anticipazione del futuro, spingono gli individui a ritardare il più possibile il sopraggiungere della vecchiaia e, con essa, la perdita dell’autonomia personale (Kaufman 1994; Minkler, Estes 1991; Binney 1989; Otto 2013; Neilson 2012; Danely 2016). Come hanno fatto notare studi antropologici orientati a problematizzare concezioni come autonomia e indipendenza individuale, l’ossessione contemporanea per l’invecchiamento di successo ha di fatto veicolato una concezione negativa della vecchiaia, della malattia e della fragilità (Lamb 2014; 2017). Diversi studi hanno evidenziato come gli individui con le condizioni di salute peggiori e con l’estrazione sociale più bassa rischiano di venire esclusi dai programmi sull’invecchiamento che pongono eccessiva enfasi sul raggiungimento dell’autonomia e dell’indipendenza personale (Lamb 2017; Rickli 2020; Cappellato, Mercuri 2022).

Attraverso una prospettiva antropologica ed etnografica questo articolo intende contribuire al dibattito su quanto i modelli di invecchiamento attivo promuovano effettivamente integrazione sociale o, al contrario, reproducano fenomeni di marginalizzazione sociale legata all’età e alla malattia. Seguo le indicazioni di Foster e Walker (2014) sulla distinzione fra “invecchiamento attivo” e “invecchiamento di successo”, in cui il primo rappresenta un modello molto più

¹ Desidero ringraziare i revisori per le loro critiche. Ringrazio anche Giulia Melis e Marta Scaglioni per aver letto il testo offrendo suggerimenti preziosi.

olistico del secondo, attento a includere l'attenzione alle componenti sociali e legate al ciclo della vita. Allo stesso tempo, muovo anche dalla premessa che l'invecchiamento attivo porti con sé il rischio di trasformarsi in un dispositivo normativo che punisce o marginalizza coloro che non possono o non vogliono conformarsi a determinati modelli di comportamento legati all'età.

A partire da una ricerca etnografica condotta all'interno di un Caffè Parkinson in Emilia Romagna discuto il funzionamento di dispositivi discorsivi e pratiche corporee che ruotano attorno a quello che definisco come il modello del "corpo nel presente". Si tratta di un insieme di discorsi e pratiche che veicolano una visione positiva e attiva dell'età attribuendo significato al rapporto con il proprio corpo intrattenuto nel presente, differenziandosi da modelli di invecchiamento che funzionano sulla base dell'anticipazione della perdita e del declino.

Prima di discutere la metodologia della ricerca, nel prossimo paragrafo, riscostruisco gli studi che hanno messo in luce il rapporto fra esperienze di malattia, corpi che invecchiano e temporalità. Mi concentro in particolare sugli studi recenti che hanno affrontato la considerazione dell'importanza in termini simbolici e sociali che riveste la percezione del presente nell'età avanzata.

Il corpo nel presente

Come nota Verbruggen (2023, p. 83), i nostri informatori ci insegnano che la densità simbolica del presente costituisce un laboratorio per re-immaginare dei futuri possibili e per rielaborare il passato. Finora, lo studio antropologico della percezione della temporalità nell'invecchiamento si è concentrato soprattutto sull'analisi dell'elaborazione narrativa di eventi passati o di aspettative sul futuro (si veda Perkinson, Solimeo 2013; si veda anche Verbruggen 2023) A fronte delle concezioni contemporanee per cui invecchiare equivaleva a disimpegnarsi dalla vita attiva e dalle relazioni sociali, Kaufman (1986) ha evidenziato nelle narrazioni dei suoi interlocutori americani la presenza di un dispositivo simbolico del "sé senza età", che perdura immutato nonostante il trascorrere del tempo e che orientava comportamenti e attitudini.² Sulla stessa scia, successivamente Degnen (2005) ha mostrato che l'elaborazione sociale di eventi passati o di aspettative sul futuro è fondamentale per la costruzione narrativa

² Si rimanda all'articolo di Perkinson e Solimeo (2013) e al recente dibattito ospitato dalla rivista di *Anthropology & Ageing* (Verbruggen 2023) per una discussione più approfondita sull'importanza del lavoro di Kaufman per la definizione di una gerontologia culturale e di un'antropologia dell'invecchiamento. Per quanto riguarda la genealogia di un'antropologia dell'invecchiamento si vedano Scaglioni, Diodati (2021), Favi (2021), Quattrocchi (2022), Gardini (2022).

dell'identità di persona anziana, che varia a seconda della classe di età di chi parla, dei contesti e delle situazioni specifiche. La critica alla medicalizzazione dell'età avanzata ha comportato anche l'analisi dei significati locali sul tempo e sul ciclo della vita, non solo attraverso lo studio di narrazioni e di storie di vita, ma anche grazie all'osservazione di specifiche pratiche sociali (Danely 2014, 2016). A tal proposito, Danely (2016) ha osservato il caso degli anziani giapponesi che si dedicano a pratiche commemorative come il culto degli antenati per scongiurare la paura della vecchiaia e della morte. Danely (Ivi) sostiene che queste pratiche si trovano agli antipodi rispetto alla logica temporale della medicalizzazione dell'età avanzata, orientata a un'anticipazione della minaccia futura della perdita dell'autonomia. Esse, difatti, spingono gli attori che vi partecipano a rafforzare il legame del presente con il passato e il futuro, accettando la perdita e il declino come parte della natura transitoria e trascendente della vita (Ivi, p. 23).

Lo studio culturale del rapporto fra età avanzata e temporalità ha implicato di recente anche l'attenzione al significato che i nostri interlocutori attribuiscono alla capacità di stare nel presente, come un tempo che ha valore di per sé e in sé. Nella sua etnografia degli anziani giapponesi a Tokyo, Kavedžija (2020) ha notato come nei racconti di vita dei propri interlocutori emergesse spesso un senso di "gratitudine" per gesta o consigli ricevuti lungo l'arco della propria esistenza: un sentimento che nasce dal riconoscimento della natura relazionale dell'esistenza e che era in grado di infondere speranza per il futuro. L'autrice precisa che questo sentimento non equivalesse, tuttavia, a rifugiarsi nel passato o a proiettarsi nel futuro: "Questo atteggiamento di gratitudine equivale a un modo di abitare il presente piuttosto che di dimorare nel passato o di fare un balzo verso il futuro" (Ivi, pp. 68-69).

Differendo da questa interpretazione, in un recente studio sul discorso pubblico sull'invecchiamento di successo, Shimoni (2018) afferma che in realtà il "vivere nel presente" costituisce un dispositivo normativo di carattere della soggettività neoliberale. Secondo Shimoni, la categoria discorsiva di invecchiamento si è progressivamente focalizzata sul vivere il presente piuttosto che sul pensare al futuro. In sostanza, in questo nuovo modello normativo, i soggetti che invecchiano si comportano come imprenditori di se stessi, ma concentrati a vivere nel "qui ed ora". Il presente, dunque, è passato dall'essere considerato un tempo in cui agire in virtù della promessa di un ritorno futuro (ritardare il declino della vecchiaia) a un tempo che ha valore in sé e di per sé, in cui godere del momento (Ivi, pp. 45-47). I discorsi dominanti sull'invecchiamento dimostrerebbero che la soggettività neoliberale, caratterizzata da razionalismo e iper-individualismo, non è necessariamente protesa all'anticipazione del futuro, come pensano generalmente gli studiosi (Ivi).

Ciò nonostante, dare eccessiva importanza a come dispositivi discorsivi plasmino l'esperienza di invecchiare rischia di distogliere l'attenzione dalla sua dimensione corporea o, come ha affermato Paulson (2005, p. 232), "dalla dimensione materiale di carne, sangue e ossa". Infatti, in una ricerca etnografica di qualche anno fa sui programmi di danza e socialità per la terza età, Cooper e Thomas (2002) hanno messo in evidenza che il "vivere nel presente" non esiste solo in quanto pratica discorsiva ma anche come un'esperienza incorporata di tipo relazionale. I partecipanti dei programmi, infatti, erano coinvolti in pratiche corporee (la danza) che li spingevano a orientarsi sul momento presente e, contemporaneamente, a superare le norme estetiche dominanti, le quali disprezzano l'apparenza e la funzionalità di un corpo ormai invecchiato (Ivi, pp. 703-705)

In questo articolo, seguo le indicazioni di Kavedžija (2020) sulla significatività simbolica e narrativa del presente, e quelle di Cooper e Thomas (2002) sul vivere nel presente come un'esperienza incorporata capace di produrre legami sociali significativi. Mostro come persone affette da serie limitazioni sul piano fisico attribuissero un valore significativo al rapporto con il corpo vissuto nel presente, allontanando l'attenzione da perdite fisiche e cognitive già accadute o che dovevano ancora accadere. Utilizzo il concetto di "corpo nel presente" per enfatizzare il distacco da un modo di vivere il corpo sempre orientato al futuro – in termini di rischi da evitare – o al passato – in termini di perdite già avvenute. Nel modo in cui i partecipanti si sforzavano di viverlo all'interno di un *Caffè Parkinson*, il corpo tornava a essere un mezzo con cui rinegoziare un rapporto attivo fra soggetto e mondo esterno, senza essere ridotto a un oggetto da punire e disciplinare.

"Il mio amico Parkinson"

Per circa un anno (2019-2020), ho preso parte alle attività de *Il mio amico Parkinson*. Era un servizio completamente gratuito, che si svolgeva all'interno di una Casa della Salute.³ Si trattava di un luogo informale frequentato da malati di Parkinson della zona e dai loro familiari. L'accesso al servizio era completamente libero – così come la facoltà di lasciarlo – e non richiedeva nessuna trafila burocratica: gli utenti telefonavano alla psicologa che spiegava le moda-

³ Il servizio di Caffè Parkinson è stato attivato dalla cooperativa sociale CADIAI in collaborazione con ASC InSieme (Azienda Servizi per la Cittadinanza – Azienda speciale Interventi Sociali Valli del Reno, Lavino e Samoggia). A seguito della pandemia le attività in presenza sono state sospese e, attualmente (giugno 2024), risultano ancora temporaneamente ferme.

lità del servizio e il suo scopo.⁴ L'idea di un "Caffè" come gruppo di sostegno è nata in Olanda nel 1997 grazie a un'intuizione di Bère Miesen, che ha ideato questa particolare forma di supporto psicosociale per il morbo di Alzheimer (Miesen, Jones 2004, p. 308). L'idea dello psicologo sociale è stata quella di creare un ambiente accogliente, rilassato e familiare in cui le persone e i loro parenti potessero parlare apertamente della malattia, abbattere lo stigma sociale che la circonda e appianare i conflitti fra di loro (Ivi). Il *mio amico Parkinson* era strutturato in questo modo: dopo le chiacchiere iniziali c'era lo scambio di esperienze seduti in cerchio; successivamente, le persone affette dalla malattia facevano alcuni esercizi riabilitativi con una psicomotricista, mentre la psicologa accompagnava i familiari in una piccola stanza adiacente per offrirgli una consulenza psicologica in separata sede; infine, ci si ritrovava per mangiare e bere qualcosa. Una volta ogni due settimane veniva offerta una sessione di musicoterapia; in questo caso non avveniva nessuna separazione e pazienti e familiari condividevano l'esperienza. Quando frequentavo gli incontri, il numero dei partecipanti oscillava intorno ai venti, con un'età compresa all'incirca fra i 65 e i 75 anni; non ho rilevato particolari squilibri rispetto a una distinzione di genere. Questo articolo si basa sulle note di campo raccolte durante il periodo di frequentazione del servizio, le quali si basano principalmente sui dialoghi fra psicoterapeuta e partecipanti e sulle conversazioni fra questi ultimi che avvenivano al di fuori dei momenti di condivisione. A ciò si aggiungono le conversazioni informali con i partecipanti al di fuori del Caffè. Similmente ad altre ricerche etnografiche fatte in contesti dove avviene una condivisione di esperienze alla presenza di un terapeuta o facilitatore, ho prestato attenzione al modello narrativo che emergeva dalle conversazioni (Dunn 2017). Al pari di questi studi analizzo questi scambi narrativi come una tecnologia del sé, in cui i dettagli della vita quotidiana assumono un nuovo significato attraverso una rielaborazione collettiva condotta a partire dall'azione del terapeuta e/o mediatore degli incontri (Ivi, p. 69-71). In aggiunta, ho osservato e partecipato alle sessioni di musicoterapia offerte ai partecipanti, che consistevano in attività di song-writing e di danza.⁵ Similmente alla strategia adottata da Paulson (2005, p.

⁴ Questa ricerca di campo è parte di un progetto di ricerca di dottorato volto a mettere in luce la costruzione sociale del ruolo di *caregiver* familiare e domestico nei servizi sociali e sociosanitari in Emilia-Romagna. Questo articolo, tuttavia, non si concentra sul ruolo di *caregiver* ma prende in esame questi dati etnografici per riflettere, come già esplicitato, sul rapporto fra temporalità e invecchiamento attivo. Si veda Pietà, Diodati (2023) per quanto riguarda la scelta di lasciare il nome dei servizi in chiaro come esempio di buone pratiche e ciò che ha comportato dal punto di vista dell'etica della ricerca.

⁵ Da un punto di vista tecnico, il "song-writing" è definito come il processo di creare o ricreare musica e testo da terapisti e clienti per portare alla luce i bisogni psico-sociali, emotivi, cognitivi e comunicativi (Baker, Wigram 2005).

234) nel suo studio etnografico su come varie culture del fitness modellino l'esperienza soggettiva di invecchiare, ho cercato di riconoscere l'importanza che ha sia il parlare della propria esperienza sia il modo di vivere il proprio corpo in un particolare contesto.

L'anticipazione della perdita e l'invecchiamento attivo

Dopo quello di Alzheimer il morbo di Parkinson è la seconda malattia neurodegenerativa più diffusa al mondo. I suoi sintomi iniziano a manifestarsi generalmente intorno ai 60 anni; in casi più rari anche in età giovanile (Costa, Caltagirone 2009). La bradicinesia, ovvero un ritardo di inizio e un rallentamento nella velocità di esecuzione di un movimento, è il sintomo più caratteristico della malattia di Parkinson.⁶ In realtà il morbo è una malattia estremamente complessa, che presenta un quadro sintomatologico eterogeneo in cui dei sintomi non motori (depressione, ansia, stipsi, perdita dell'olfatto) si sovrappongono a quelli motori.⁷ I farmaci dopaminoagonisti sono molto efficaci nel ridurre i sintomi della malattia ma la loro efficacia fluttua nel tempo, per cui l'uso va controllato a intervalli regolari.⁸ Ai malati di Parkinson si prescrivono molti esercizi fisici in centri di riabilitazione specifica per combattere la rigidità muscolare e dilatare nel tempo la sua manifestazione. I partecipanti del Caffè erano incoraggiati dagli specialisti a mantenere un atteggiamento positivo e a coltivare le relazioni sociali: per questo gli venivano consigliate attività come *Il mio amico Parkinson*. Gli era richiesto anche di esercitare un autocontrollo su più dimensioni (alimentazione, esercizio fisico, ecc.), che implica anche l'evitare di compiere sforzi eccessivi o movimenti pericolosi. Durante la mia osservazione, ho assistito in diversi casi a momenti in cui nella discussione collettiva emergeva la frustrazione fra i partecipanti, che a volte vedevano avanzare la malattia nonostante i propri sforzi per contenerla. È il caso di uno dei partecipanti con i quali ho legato di più durante il mio periodo di permanenza al Caffè, Michele, un uomo benestante che frequentava accompagnato dalla moglie.⁹ È capitato che per diverse settimane non si facesse vedere agli incontri, fino a quando una telefonata della moglie non mi ha chiarito la situazione. Il medico continuava a prescrivergli di fare più esercizio fisico e più riabilitazione in palestra ma lui

⁶ <https://www.parkinsonitalia.it/sintomi/#:~:text=nel%20normale%20invecchiamento,-BRADICINESIA,intercorrenti%20quali%20acinesia%20o%20ipocinesia> (consultato il 01/12/2024).

⁷ <https://www.parkinson-italia.it/la-malattia-di-parkinson/diagnosi/> (consultato il 01/02/2024).

⁸ <https://www.fondazioneimpe.it/la-terapia-nella-malattia-di-parkinson> (consultato il 24/06/2024).

⁹ Utilizzo pseudonimi per proteggere l'identità dei partecipanti.



era furioso perché aveva male dappertutto e la terapia non sembrava sortire gli effetti desiderati. “Non esce da giorni e la farmacia mi ha detto: ‘Cosa vuole farci, purtroppo è così’. Sai, Francesco, a me viene un grande avvillimento quando mi dicono così” (colloqui telefonico, occorso nel mese di giugno 2019). Secondo la psicologa, alcuni specialisti erano troppo concentrati sull’accerstarsi che la gravità della loro condizione fosse compresa dai loro pazienti. Gli elencavano cibi e bevande a cui avrebbero dovuto rinunciare, sforzi fisici che avrebbero dovuto evitare, effetti collaterali dei farmaci a cui prestare attenzione, attività ed eventi sociali che gli sarebbero stati preclusi. Tutto ciò rischiava di far scoraggiare i pazienti, che tendevano a rinunciare sempre di più a compiere autonomamente attività della vita quotidiana e a ritirarsi dalla vita sociale. Talvolta, qualcuno dei partecipanti confessava di avvertire di non riuscire più a fare le stesse cose di prima, come i piccoli lavori di casa:

Lucia: Faccio cadere tutto, non mi funzionano più le mani e sono molto preoccupata di cosa potrei fare per sbaglio...

Ignazio: Ti preoccupi dei danni che potrai fare domani! (Conversazione raccolta nel mese di ottobre 2019).

In quel caso, come in altre occasioni simili, la psicologa rispondeva di concentrarsi su ciò che si poteva ancora fare oggi, invitando a focalizzarsi sul presente. Il supporto psicologico puntava anche a contrastare un’anticipazione della perdita, che rischiava di limitare l’autonomia dei partecipanti e la loro possibilità di mantenere le loro capacità residue. Al tempo stesso, in quel contesto, ciò implicava anche il veicolare un modello di comportamento orientato sull’invecchiamento attivo, volto a contrastare specificatamente un atteggiamento rinunciatario rispetto alla malattia e alle limitazioni fisiche. A tal proposito, riporto un esempio di discussione all’interno del gruppo in cui Michele confessava i suoi dubbi rispetto all’abbandonare o meno l’attività di volontario.

Una mattina, una dottoressa invitata in qualità di esperta illustrava con un entusiasmo una nuova terapia basata sulla stimolazione neurosensoriale dell’udito: “Noi pensiamo solo alla difficoltà di sentire ma anche la difficoltà di comunicare può portare nel tempo alla tendenza a stare da soli quindi all’isolamento sociale”.¹⁰ Alla fine della lezione, Michele, ha detto che non sapeva se continuare a fare attività di volontariato: “Mi tenevo in contatto con la società ma ora mi chiedo se sia il caso di continuare o di accettare questi limiti che arrivano con l’età”.

¹⁰ Come riportato sul sito dell’Associazione Italiana Parkinsoniani, la difficoltà di comunicare emerge in circa la metà delle persone affette dalla malattia; <https://www.parkinson.it/problemi-di-parola.html> (consultato il 25/06/2024).

Psicologa: Finché c'è vita si va avanti, purtroppo questo modo di pensare è un atteggiamento comune anche fra i medici; eppure, gli strumenti che la medicina ci dà al giorno d'oggi sono tanti.

Dottoressa: È normale che con l'età le interazioni calino però...

Psicologa: Se partiamo dalla prospettiva che le malattie degenerative portino solo a un declino inarrestabile, allora diventiamo schiavi del "non c'è più nulla da fare"! Quello che i medici non ci dicono è che la vita di un malato non solo non si esaurisce con la sua diagnosi, ma di questa vita non sappiamo la data di scadenza. La vita la dobbiamo cercare costruendo occasioni di viverla in maniera significativa, è quello che facciamo qui [...] L'età non c'entra assolutamente nulla, è uno stereotipo culturale difficile da abbattere: siamo abituati all'idea che l'invecchiamento sia solo un tempo di malattia e di perdita. Sbagliatissimo!

Michele: Non è quello che pensano i medici e questo ci fa deprimere.

Psicologa: Certo, certo! (Conversazione tra la psicologa e i partecipanti al Caffè Parkinson raccolta nel mese di aprile 2019).

In uno studio condotto alcuni anni fa su come malati e caregiver vivano la malattia di Parkinson negli Stati Uniti, Solimeo (2009, p 22) ha osservato che il Parkinson è generalmente percepito a livello individuale come una malattia che prefigura l'inizio della vecchiaia. In un contesto culturale dove l'invecchiamento è largamente considerato negativamente come un'età di declino, è abbastanza frequente che molte persone: 1) vivono la malattia come un'anticipazione dei cambiamenti legati all'età; 2) distinguono a fatica gli aspetti patologici della propria condizione dal semplice avanzare degli anni; 3) attribuiscono alla malattia la ragione di scelte di vita o cambiamenti fisici attribuibili anche alla vecchiaia (Ivi, p 23). Di fronte ai dubbi di Michele, che si chiedeva se fosse ormai giunta la vecchiaia e con essa il tempo di ritirarsi da una vita attiva, il suggerimento dato dalla psicologa era quello di distogliersi da stereotipi discriminatori. Stereotipi che gli impedivano di esprimere le sue capacità poiché lo spingevano a concentrarsi su limitazioni che, in fondo, non erano ancora arrivate.

Come afferma Mattingly (2010, p. 7), la speranza richiede sempre un processo di (re)immaginazione attiva e continua da parte degli attori sociali. E, come sostiene Danely (2016, p. 19): "La speranza non è meramente positiva, edificante, orientata al futuro, né è [sempre] legata al sogno del miglioramento progressivo". La speranza veicolata dal discorso sull'invecchiamento attivo che si materializzava negli incontri del Caffè non era quella del sogno di un miglioramento futuro, ma era più realisticamente rappresentata dalla possibilità di convivere positivamente con le proprie limitazioni sforzandosi di rimanere concentrati sul vivere nel momento presente.



Nei prossimi paragrafi descrivo come questo rapporto fra invecchiamento attivo e percezione del presente riguardasse le relazioni e il tipo di rapporto che i partecipanti intrattenevano, rispettivamente, fra di loro e con il proprio corpo durante il canto e la danza.

Vivere il corpo nel presente

Quando abbiamo parlato per la prima volta del Caffè, la psicologa mi ha detto che il suo scopo era anche quello di far uscire i pazienti dagli ospedali, dalle palestre e dalle case dove sono confinati con i loro familiari. I partecipanti del Caffè Parkinson erano soliti frequentare con entusiasmo i programmi gratuiti della Casa della Salute che univano esercizio fisico e attività di socializzazione. Neurologi, geriatri e i medici di famiglia del luogo erano soliti informare i propri pazienti e i loro familiari della sua esistenza. Fra questi programmi c'era la musicoterapia offerta proprio a *Il mio amico Parkinson*. Le attività di canto e di ballo sono particolarmente indicate per chi soffre della malattia di Parkinson. Il canto aiuta ad alzare il tono di voce che si abbassa a causa della malattia (Haneishi 2001), mentre il ritmo cadenzato dei passi riduce i disturbi di postura, equilibrio e motricità globale (Earhart 2009). La musicoterapia consisteva innanzitutto nel song-writing (vedi la nota nell'introduzione). Nel corso dei mesi il Caffè aveva collezionato un nutrito repertorio attraverso una riscrittura fantasiosa di testi di canzoni italiane di successo. Il musicista forniva la base musicale e guidava il coro; gli utenti ci mettevano la voce. Ecco uno dei testi riscritti dal gruppo da *Un Mondo d'amore* di Gianni Morandi (1967):

Caro amico, forse non sai
Ma proprio a genio non ci vai
Uno: non gli piace sai
La presunzione
Due: non sopportano
La commiserazione

Alla fine della canzone, il musicoterapeuta chiedeva solitamente al gruppo di inserire altre parole o frasi che descrivessero quello che sentivano. Un giorno, uno dei partecipanti, Mariano, ha commentato così l'esecuzione:

Mariano: Oltre al supporto naturale della comunità, conoscenza e aiuto reciproco, qui non trovo quella compassione che mi deprime; troviamo godimento comune, benessere nella propria intimità.

Musicoterapeuta: Ho ripreso nella canzone il fatto che qualcuno ha chiamato il Parkinson “un amico”: l’idea è che bisogna convivere con la malattia, a volte è difficile e altre riusciamo a metterlo da parte. (Conversazione raccolta nel mese di giugno 2019).

Il gruppo ha continuato a cantare e a muoversi con entusiasmo. Fra le risate, una signora ha detto: “Almeno un po’ di allegria!” La psicologa le ha risposto a voce alta: “Brava! Ditelo al vostro neurologo”. C’era chi riusciva solo a battere leggermente le mani dalla propria sedia a rotelle, chi ondeggiava anche piedi e gambe. Le persone affette dalla malattia si muovevano con più fatica e non riuscivano a seguire il ritmo e la cadenza con la stessa facilità degli altri. Eppure, la mia impressione era che né loro né i familiari e né tantomeno la psicologa o il musicoterapeuta sembravano curarsene. Molti mi dicevano di non sopportare il modo in cui conoscenti ed estranei fissavano il tremore delle mani né gradivano particolarmente gli sguardi o le frasi di compassione/commiserazione, che li facevano sentire particolarmente vulnerabili e inadatti. Per questa ragione, anche in base alle mie impressioni, il Parkinson non destava stupore all’interno del Caffè, sia in termini di apparenza sia in termini di comportamenti. Rispetto a questo tema, diversi studi hanno messo in luce i benefici del ballo, evidenziandone la capacità di creare connessioni sociali e di sviluppare un’immagine positiva di sé e del proprio corpo (Pines, Gines 2020; Cooper, Thomas 2002; Paulson 2005). Secondo Cooper e Thomas (2002, p. 704), la danza spinge i partecipanti a concentrarsi sul proprio corpo nel “qui e ora”, mettendo tra parentesi la costruzione del corpo anziano come un oggetto indesiderabile ed esteticamente spiacevole. In modo simile, Susan Paulson (2005), ha rilevato delle differenze fra la costruzione dell’esperienza corporea in un gruppo di fitness e quella in un’attività di esercizio fisico attraverso la danza. Mentre nel primo caso gli individui erano spinti individualmente a trascendere i propri problemi fisici e a disciplinare il proprio corpo, nel secondo caso il corpo anziano era vissuto con una dimensione di “graziosità” che stabiliva dei legami fra i partecipanti (Ivi). Il caso che ho riportato mostra che, attraverso il canto e la danza, il corpo può assumere la veste di un mezzo attraverso cui rinegoziare un rapporto attivo fra soggetto e mondo esterno, senza essere ridotto a un oggetto passivo da punire e controllare. Il “corpo nel presente” entrava in gioco in quel contesto alla stregua sia di un dispositivo discorsivo che di un’esperienza incorporata di una modalità di vivere l’età, che spingeva a riconoscere la presenza di forme di esserci che non fossero già passate a causa di perdite già accadute (“ciò che non puoi più fare oggi”) oppure sopraffatte da limitazioni che dovevano ancora accadere (“ciò che non potrai fare domani”). Alcuni partecipanti consideravano il gruppo una sorte di spazio di sospensione temporale, che li distraeva dal pensiero rivolto all’anticipazione della perdita:



Guglielmo: Non è che non esista il Parkinson ma qui lo fermiamo. La medicina ufficiale ci dice che il Parkinson è un male progressivo ma qui lo fermiamo.

Psicologa: È questo quello in cui credo tantissimo e anche in questo servizio. (Conversazione raccolta nel mese di dicembre 2020).

Questi discorsi entusiasti sulla funzione curativa del gruppo spingevano talvolta la psicologa a intervenire per riportare la calma generale:

Antonio: Non ce ne rendiamo conto ma tutti qui camminano senza presidi o altro, quando usciamo non è così. È questa la cosa curiosa!

Psicologa [sorridente]: Sembra una succursale di Lourdes (risate)! È vero che qui nessuno cade, ma non è che buttiamo gli ausili; certo, il supporto psicologico è importante.

Nel loro già precedentemente citato studio, Cooper, Thomas (2002, p. 705-706) hanno osservato che l'età e la condizione fisica contassero relativamente per i partecipanti quando si trattava della danza. I partecipanti al programma di danza sociale per la terza età raccontavano alle studiose di persone anche molto anziane che sembravano ballerine provette e/o che al momento di ballare improvvisamente non avevano più bisogno del loro bastone (Ivi, p. 706). Per questo motivo, le studiose concordano sul fatto che la costruzione dell'idea del corpo di una persona anziana che balla costituisca sia una realtà che un mito, e che i partecipanti preferiscano immaginarsi come capaci e attivi nonostante il declino fisico (Ivi, p. 706). Questo è dovuto al fatto che:

Esiste un corpo di cui si vive e si fa esperienza che, almeno per un breve periodo di tempo, può essere trasceso cosicché le caratteristiche predominanti che lo identificano, la disabilità e la fatica, vengano dimenticate nel piacere della danza (Ivi, p. 706).

Ciò nonostante, programmi e pratiche orientati dall'idea di contrastare la visione della vecchiaia come uno stadio di perdita e di declino rischiano di sortire l'effetto opposto di quello desiderato. Mi riferisco alla possibilità di generare rappresentazioni eccessivamente positive dell'età e della malattia che veicolano implicitamente modelli di comportamento individuale, marginalizzando coloro che non si conformano a tali norme o che non rispecchiano tali canoni (Pietta 2021; Cappelletto, Mercuri 2022). Nel paragrafo successivo discuto, infatti, come il lavoro relazionale impedisse la marginalizzazione dei partecipanti con le condizioni di salute più critiche. Questo tipo di azione mostra l'importanza della componente relazionale e comunitaria nella promozione di modelli di invecchiamento attivo e positivo.

Veronica, Dino e l'invecchiamento di successo

Una delle persone con cui volevo assolutamente entrare in confidenza era una signora benestante di circa settant'anni, Veronica, appena arrivata al Caffè, che mi diceva con orgoglio che non aveva bisogno che un familiare l'accompagnasse agli incontri. Si preoccupava di tenere i capelli in ordine, avere un'igiene personale impeccabile, vestirsi con garbo. All'appuntamento per l'intervista si è presentata con abiti costosi ma comodi, un bel sorriso e una busta con un bel paio di scarpe nuove appena comperate: "Da quando mi hanno detto che ho il Parkinson dieci anni fa, ho deciso di non farmi mancare mai niente e godermi ogni gioia quotidiana". Faceva tanta ginnastica, partecipava ai gruppi di cammino, a "tango-terapia": rivendicava di avere una vita sociale assolutamente piena e soddisfacente. Andava al Caffè assieme ad una sua amica del gruppo di tango-terapia e ci andava perché adorava il canto, il ballo e la compagnia. Quando le ho chiesto chi l'aiutasse nella vita quotidiana, mi ha risposto orgogliosamente che viveva da sola ed era completamente autosufficiente:

Veronica: Sono io che aiuto le mie figlie, non il contrario. Cucino per tutti, figli e nipoti. Quando tornano da scuola trovano il mangiare pronto. L'altro fine settimana ero su in montagna, ho zappato, ho rastrellato e ne ho fatte di tutti i colori. Io dimentico di essere ammalata, l'ho accantonato. Sono una persona normalissima che fa tutte le cose che fanno gli altri. (Intervista realizzata nel mese di giugno 2019).

Veronica non era l'unica nel gruppo che, nonostante la malattia di Parkinson, continuasse a dare una mano in famiglia, prendendosi cura dei nipoti, ad esempio, o della casa. Le sue condizioni fisiche e l'apparente buona condizione economica l'aiutavano a condurre una vita sociale piena e soddisfacente. Alcuni partecipanti al Caffè potevano permettersi di recarsi in cliniche private per terapie all'avanguardia o concedersi momenti di sollievo al mare e in montagna. Le classi sociali medio-alte o le persone in buone condizioni di salute sono le più inclini a sposare l'attitudine a condurre una vita attiva e piena di attività: una componente fondamentale delle aspirazioni contemporanee sull'invecchiamento di successo (Lamb 2014, 2017b; si veda anche Favi 2021). In forma privata, mi capitava di notare come i partecipanti facessero commenti su chi di loro fosse in uno stadio molto avanzato della malattia, notandone eventuali peggioramenti dell'ultima settimana. Alcuni – come Veronica – mi facevano osservare, senza nascondere un po' di soddisfazione, che le loro condizioni fisiche e mentali apparivano migliori di quelle di altri nel gruppo. Per chi si trovava in uno stadio iniziale della malattia, era più facile coltivare la speranza di riuscire a controllarla e arrivare a chiamare il Parkinson "un amico". Mi



riferisco in particolare a chi aveva più facoltà di altri di sperare di ingannare la malattia il più a lungo possibile e a chi si augurava che la ricerca scientifica progredisse in tempo per le proprie necessità. Per chi si trovava in uno stadio di malattia particolarmente avanzato, sperare in un miglioramento appariva estremamente difficile.

Una delle frequentatrici “storiche” del Caffè, Federica, mi ha detto che a casa si faceva molta fatica a capire cosa dicesse il marito, Dino. Con il tempo, questo ha fatto sì che, secondo lei, rinunciassero sempre di più alla possibilità di comunicare e relazionarsi con gli altri. La mia impressione quando ho conosciuto la coppia è stata che la moglie fosse riuscita a trovare con il tempo un modo di comunicare con il proprio marito. Al contrario, all’interno del Caffè Dino sembrava compiere uno sforzo che a casa non faceva. La malattia di Parkinson non causa solamente il tremore delle mani ma anche l’irrigidimento della mimica facciale e l’appiattimento della voce; perciò, i malati di Parkinson possono apparire burberi e accigliati. Per questo motivo, i partecipanti del Caffè erano seguiti da un logopedista e si allenavano a muovere i muscoli facciali e ad aumentare tono e intensità della voce su consiglio del proprio neurologo. L’organizzazione italiana no profit “Parkinson live” ha pubblicato sul proprio sito internet l’invito a “lavorare sodo per parlare più forte e accentuare i movimenti del viso” per combattere “la maschera del Parkinson” e “mostrare l’emozione che è ancora dentro [...] perché l’io interiore è ancora lì e ha voglia di uscire”.¹¹ Per la psicologa era importante rimarcare che sorridere aiutava a cambiare lo stato d’animo indipendentemente dall’averne un motivo valido per farlo. “È vero che il Parkinson blocca la risata, ma è possibile allenare i muscoli della faccia come il resto del corpo. Io in voi non ho mai visto particolari difficoltà di espressione” (Estratto verbale di una conversazione fra psicologa e partecipanti che risale a settembre 2019). Dalle note di campo raccolte lungo tutto il periodo di frequentazione, quello che emerge è che Dino mostrava una grande ironia ed era solito cercare di scherzare con tutti: ma, al pari di qualche altro partecipante, la sua capacità di modificare l’espressione facciale era estremamente limitata e parlava con grande lentezza e difficoltà. I partecipanti del Caffè aspettavano con pazienza che finisse di parlare e si sforzavano di ascoltarlo con attenzione. In questo giocava un ruolo importante la terapeuta, che si preoccupava che Dino avesse il suo spazio per parlare senza troncane la conversazione e, alle volte, riusciva a completare le frasi al suo posto senza prevaricarlo. Un giorno, prima

¹¹ <https://www.parkinsonlive.it/non-sottovalutate-maschera-di-parkinson/> 07/11/2021 (non più online).

dell'incontro di musicoterapia, ho visto Dino chiamare la terapeuta che si è avvicinata alla sua sedia a rotelle e hanno parlato all'orecchio (Note di campo risalenti ad ottobre 2019). Poco dopo, il musicoterapeuta ha messo la canzone suonata all'anniversario della coppia, che ricorreva quel giorno, come richiesto da Dino per fare una sorpresa alla moglie.

Al contrario di Veronica, persone nelle condizioni fisiche di Dino partecipano potenzialmente con più difficoltà di altri ad attività riabilitative o di altro tipo che uniscono socialità ed esercizio fisico. Modelli eccessivamente utopistici di invecchiamento attivo e di successo, che celebrano indipendenza e autonomia personale, risultano irraggiungibili per loro (Danely 2016; Rickli 2020). Certamente, il ritmo e la cadenza della musica aiutavano le persone malate di Parkinson a parlare e a muoversi meglio, sbloccando i muscoli irrigiditi del viso e delle gambe. Ma il motivo per cui Dino poteva esprimersi liberamente con più facilità era la presenza di un contesto di cura e di ascolto, che agiva da mediatore rispetto alle differenze fra i partecipanti in termini di condizioni fisiche e stadio di malattia.

In quello spazio, che le riconducessero alla patologia o semplicemente alla vecchiaia, i partecipanti imparavano a vivere le loro limitazioni fisiche non come una punizione o come una condanna già annunciata di perdita della propria persona. Affinché ciò fosse possibile, occorreva un lavoro relazionale per far sì che questo modo di essere si materializzasse in uno spazio concreto piuttosto che restare un modello irrealizzabile e a tratti discriminatorio. Le pratiche di cura di questa comunità veicolavano il messaggio che, oltre le virtù dell'abnegazione e del sacrificio individuale, fosse possibile anche condividere momenti insieme votati semplicemente alla felicità e al gioco in cui poter esprimere se stessi al meglio delle proprie possibilità. La normalizzazione della malattia creava per malati e familiari un contesto di sospensione temporale, tutto votato al presente, dove era possibile, almeno per un breve periodo, rifare pace con se stessi e con il canone dell'individuo orientato al dovere di combattere malattia ed età.

Conclusioni

A partire da un lavoro etnografico condotto in un servizio di Caffè Parkinson ho messo in luce il legame fra promozione dell'invecchiamento attivo e percezione del tempo presente. Ho evidenziato come l'invecchiamento attivo prendesse forma all'interno del Caffè nei termini di un insieme di discorsi e pratiche accomunate dal dare significato a vivere il proprio corpo nel presente. Come notato altrove (Kavedžija 2020), cercare di "abitare il presente"

permetteva di non dimorare in un passato precedente alla malattia né anticipare perdite e declini che dovevano ancora arrivare. Pratiche come il canto e la danza permettono di trascendere le limitazioni fisiche della vecchiaia e della malattia orientando l'individuo al presente in una dimensione di socialità (Cooper, Thomas 2002; Paulson 2005). Ciò nonostante, esse portano con sé il rischio di discriminare le persone con le condizioni di salute peggiori. L'ambiente del Caffè agiva da filtro rispetto alle differenze nello stato di salute e di avanzamento della malattia, offrendo ai partecipanti la possibilità di ritrovare un modo di vivere il proprio corpo attraverso cui malati e i familiari potessero relazionarsi fra di loro.

Certamente, questo testo non permette di osservare come i partecipanti vivessero la condizione di malattia oltre le poche ore del servizio o se applicassero questo modello di invecchiamento attivo al di fuori di esso.¹² Occorrono più studi che affrontino l'analisi culturale di modelli di invecchiamento attivo che pongono l'accento sull'abitare il presente, osservando criticamente anche la misura in cui questi modelli durano nel tempo e come possano eventualmente discostarsi da esperienze diverse di vivere il corpo e il rapporto con il tempo.

In ogni caso, in questo testo ho voluto mettere in luce l'esistenza di un modello di vivere il rapporto con il corpo e con il tempo che prendeva piede all'interno di un servizio, senza l'obiettivo di valutarne positivamente o negativamente gli effetti, e senza alcuna pretesa di estendere queste considerazioni a tutti i modelli esistenti di invecchiamento attivo, di Caffè Parkinson o di musicoterapia. Ho voluto evidenziare che il concetto di invecchiamento attivo non costituisce solo un dispositivo discorsivo, come è stato spesso studiato da ricerche accademiche (Cappellato, Mercuri 2022), ma può emergere anche come un'esperienza incorporata attraverso specifiche pratiche sociali. Le pratiche di cui ho discusso in questo testo agivano in modo opposto rispetto a un meccanismo biopolitico di controllo dei corpi che invecchiano, che funziona proiettando l'individuo nel futuro. Ciò nonostante, la loro funzione sociale non era quello di allontanare l'individuo dall'esercizio fisico o dalla riabilitazione per contrastare la malattia, quanto, piuttosto, di aiutarlo a normalizzare e sopportare quel ruolo. La funzione sociale di queste pratiche, chiaramente, non può essere allineata a quelle, per esempio, di pratiche religiose che mirano ad attribuire significato alla perdita e al declino lungo il ciclo della vita (Danely 2016). Ciò nonostante, questo testo non assume una prospettiva eccessivamente rigida sul rapporto fra visioni mediche ed istituzionali, anticipazione della perdita e modelli normativi sull'età, come al contrario appare in molte ricerche mosse da una prospettiva

¹² Ringrazio il revisore A per questa puntualizzazione.

critica sull'invecchiamento attivo e sull'invecchiamento di successo (si vedano anche Otto 2013; Neilson 2012; Lamb 2014, 2017).¹³ Certamente, modelli consumistici di invecchiamento di successo (Lamb 2014; 2017), programmi dall'alto di reinserimento lavorativo per persone oltre i 65 anni (Cappellato, Mercuri 2022), come l'eccessiva enfasi data alla necessità di produrre rappresentazioni positive dell'età e della malattia nelle campagne informative e nei servizi (Pieta 2021), rischiano di riprodurre stereotipi legati all'urgenza di essere "produttivi", "attivi", "in salute" e "positivi" ad ogni costo.¹⁴ Ciò può avere l'effetto di alimentare marginalizzazione e biasimo sociale legati all'età e alla malattia (Lamb 2014; 2017; Pieta 2021). Per evitare questo, è necessario un lavoro relazionale e comunitario che impedisca che visioni attive e positive dell'età attivo si radicalizzino in un modello di invecchiamento di successo che, in fondo, uniforma le esperienze ed è raggiungibile solo da pochi eletti (Cappellato, Mercuri 2022). Il modo in cui i dispositivi discorsivi sull'età articolano modalità di orientarsi al presente, di vivere il passato o di immaginare il futuro deve essere osservato in relazione a pratiche concrete, a situazioni e contesti specifici. Ciò riguarda anche la possibilità di promuovere modalità etiche di invecchiamento attivo nei servizi istituzionali che non generino automaticamente meccanismi di esclusione. Per fare questo, è necessario, non solo analizzare l'invecchiamento attivo come un discorso mediatico o come una campagna istituzionale (Shimoni 2018), ma osservare il modo in cui si materializza all'interno di servizi e pratiche. In ogni caso, l'antidoto a modelli normativi e uniformanti di vivere l'invecchiamento e la malattia è costituito da un lavoro comunitario a base di relazionalità e riconoscimento dell'interdipendenza (Pieta 2021), come per qualsiasi condizione di salute (Belluto, Consoloni 2022). Era questo lavoro che permetteva ai partecipanti di trovare un modo per stare insieme reciprocamente all'interno del Caffè nonostante le differenze.

Bibliografia

Baker, F.A., Wigram, T.

2005 *Songwriting: Methods, Techniques and Clinical Applications for Music Therapy Clinicians, Educators and Students*, Jessica Kingsley Publishers, Philadelphia.

¹³ Ringrazio il revisore A per la richiesta di chiarimento su questo punto. Nel primo paragrafo introduttivo ho sottolineato che parto da una distinzione teorica fra il modello di invecchiamento attivo e quello di invecchiamento di successo. Questa distinzione non appartiene alle ricerche sopracitate che criticano modelli normativi contemporanei sull'età avanzata (Daneley 2016; Lamb 2014, 2017).

¹⁴ Ringrazio il revisore A per questo suggerimento.



Belluto, M., Consoloni, M.

202 L'Antropologia nella Primary Health Care: costruire gli Ospedali di Comunità, tra cure intermedie e nuove forme di cooperazione. *Antropologia Pubblica*, 8 (2), pp. 37-54.

Cappellato, V., Mercuri, E.

2022 Invecchiamento attivo fra opportunità e rischi: il caso di una città metropolitana. *Studi di Sociologia*, 2, pp. 249-265.

Cooper, L., Thomas, H.

2002 Growing Old Gracefully: Social Dance in the Third Age. *Ageing & Society*, 22, pp. 689-708.

Costa, C., Caltagirone, A.

2009 *Malattia di Parkinson e parkinsonismi: la prospettiva delle neuroscienze cognitive*, Springer. Milano.

Danely, J.

2014 *Ageing and Loss: Mourning and Maturity in Contemporary Japan*, Rutgers University Press, New Brunswick.

2016 Hope in an Ageing Japan: Transience and Transcendence. *Contemporary Japan*, 28 (1), pp. 13-31.

Degnen, C.

2005 Temporality, Narrative, and the Ageing Self. *The Cambridge Journal of Anthropology*, 25 (2), pp. 50-63.

Dunn, C.D.

2017 Personal Narratives and Self-Transformation in Postindustrial Societies. *Annual Review of Anthropology*, 46 (1), pp. 65-80.

Earhart, G.E.

2009 Dance as Therapy for Individuals with Parkinson Disease. *European Journal of Physical Rehabilitation Medicine*, 45 (2), pp. 231-238.

Estes, C.L., Binney, E.A.

1989 The Biomedicalization of Aging: Dangers and Dilemmas. *The Gerontologist*, 29 (5), pp. 587-596.

Favi, I. (a cura di)

2021 *Invecchiare: prospettive antropologiche*, Meltemi, Milano.

Foster, L., Walker, I.

2014 Active and Successful Aging: A European Policy Perspective. *The Gerontologist*, 55 (1), pp. 1-8.



Foucault, M.

2010 *The Birth of Biopolitics: Lectures at the Collège de France, 1978-1979*, Picador, New York.

Gardini, M.

2023 *Anzianità e Invecchiamento in Africa e nella diaspora: prospettive antropologiche*, Carocci Editore, Roma.

Haneishi, E.

2001 Effects of a Music Therapy Voice Protocol on Speech Intelligibility, Vocal Acoustic Measures, and Mood of Individuals with Parkinson's Diseases. *Journal of Music Therapy*, 38, pp. 273-290.

Kaufman, S.R.

1985 *The Ageless Self: Sources of Meaning in Late Life*, University of Wisconsin Press, Madison.

1994 The Social Construction of Frailty: An Anthropological Perspective. *Journal of Aging Studies*, 8 (1), pp 45-58.

Kavedžija, I.

2020 An Attitude of Gratitude: Older Japanese in the Hopeful Present. *Anthropology & Ageing*, 41 (2), pp. 59-71.

Lamb, S.

2014 Permanent Personhood or Meaningful Decline? Toward a Critical Anthropology of Successful Aging. *Journal of Aging Studies*, 29, pp. 41-52.

Lamb, S. (ed.)

2017 *Successful Aging as a Contemporary Obsession: Global Perspectives*. New York. Rutgers University Press, New York.

Mattingly, C.

2010 *The Paradox of Hope: Journeys through a Clinical Borderland*, University of California Press, Berkley.

Miesen, B.M.L., Jones, M.M.

2004 *The Alzheimer Caffè Concept: A Response to the Trauma, Drama and Tragedy of Dementia*, in B.M.L., Miesen, M.M. Jones (eds.), *Care-giving in Dementia: Research and Application, Volume 3*, Brunner-Routledge, Hove-New York, pp. 301-328.

Minkler, M., Estes, L.C. (eds.)

1991 *Critical Perspectives on Aging: The Political and Moral Economy of Growing Old*. Baywood Publishing, New York.

Neilson, B.

2012 Ageing, Experience, Biopolitics: Life's Unfolding. *Body & Society*, 18 (3-4), pp. 44-71.



Otto, L.

2013 Negotiating a Healthy Body in Old Age: Preventive Home Visits and Biopolitics. *International Journal of Ageing and Later Life*, 8 (1), pp. 41-63.

Paulson, S.

2005 How Various "Culture of Fitness" Shape Subjective Experiences of Growing Older. *Ageing & Society*, 25, pp. 229-244.

Perkinson, M., Solimeo, S. L.

2013 Aging in Cultural Context and as Narrative Process: Conceptual Foundations of the Anthropology of Aging as Reflected in the Works of Margaret Clark and Sharon Kaufman. *The Gerontologist*, 54 (1), pp. 101-107.

Pieta, B.

2021 Carescopes: On Caring. Looking at and Becoming a Case of Positive Dementia Portrayals in a Dementia Respite Centre, North Italy. *Anthrovision*, 9 (2). DOI: 10.4000/anthrovision.9299.

Pieta, B., Diodati, F.

2023 The Ethnographer, the Research Participants, and the Meaningful Others: Gray Zones of Relationality and the Ethics of Dementia Care Research. *Journal of Aging Studies*, 65. DOI: 10.1016/j.jaging.2023.101141.

Pines, R., Giles, H.

2020 Dancing While Aging: A Study on Benefits of Ballet for Older Women. *Anthropology & Aging*, 41 (1), pp. 83-94.

Quattrocchi, P.

2022 La prospettiva antropologica sull'invecchiamento. Stato dell'arte e prospettive di ricerca dai cross-cultural studies alla salute riproduttiva. *Antropologia*, 9 (1), pp. 11-35.

Rickli, F.

2021 Old, Disabled, Successful? Transfigurations of Aging with Disabilities in Switzerland. *Medicine Anthropology Theory*, 7 (1), pp. 117-135.

Rowe, J.W., Kahn, R.L.

1998 Successful Aging. *The Gerontologist*, 37 (4), pp. 433-440.

Scaglioni, M., Diodati, F., (a cura di)

2021 *Antropologia della cura e dell'invecchiamento: Prospettive Globali*, Ledizioni, Milano.

Shimoni, S.

2018 'Third Age' Under Neoliberalism: From Risky Subjects to Human Capital. *Journal of Aging Studies*, 47, pp. 39-48.



Solimeo, S.

2009 *With Shaking Hands: Aging with Parkinson's Disease in America's Heartland*, Rutgers University Press, Piscataway.

Verbruggen, C.

2023 Introduction: Care as Critique and Debating the Ageless Self. *Anthropology & Aging*, 44 (1), pp. 86-91.

Walker, A.

2002 A Strategy for Active Ageing. *International Social Security Review*, 55, pp. 121-139.