

Un virus di classe: anziani, disabili e altri dimenticati

Benedetto Saraceno

RPS

Gli anziani ospiti delle Residenze sanitarie assistenziali (Rsa) sono stati il gruppo popolazione più colpito dalla pandemia.

A tutt'oggi le istituzioni contentive rappresentano la prevalente risposta ai bisogni di popolazioni non autosufficienti o portatori di disabilità mentale e intellettuale.

Questa risposta istituzionale rappresenta la prevalente offerta di «long term care» per anziani e disabili nel nostro Paese.

Il Coronavirus ha mostrato

il fallimento del modello residenziale e ha messo in discussione il modello ospedaliero e quello esclusivamente biomedico: abbiamo bisogno di innovazione, ossia di un insieme di interventi che avvengono nei centri di salute territoriali o anche al domicilio del paziente.

Il virus non è democratico e colpisce chi sta peggio ma non è il virus che deve diventare più democratico bensì le risposte dei sistemi sanitari e di welfare che devono ristabilire la democrazia.

1. Anziani e altre disabilità

Un rapporto del Cergas (Università Bocconi) ci dice che nel 2016 i posti letti nelle Residenze sanitarie assistenziali (Rsa) erano 193.363 (Cergas, 2019).

Dati Istat documentano 288.000 anziani assistiti, di cui il 73% non autosufficienti. Secondo Istat, dei 383.000 posti letto disponibili il 70% è gestito da enti privati (Istat, 2018).

Nel 2015 il Ministero della Salute censiva 29.733 persone in strutture residenziali psichiatriche. Dati meno precisi sono quelli disponibili per la popolazione di persone con gravi disabilità intellettuali residenti in istituzioni private.

In sostanza, pur con molta approssimazione, possiamo dire che cinque anni fa c'erano fra i 250.000 e i 300.000 cittadini italiani che, a titolo diverso (anziani, disabili intellettuali, malati mentali), non vivevano a casa propria ma in istituzioni più o meno medicalizzate, più o meno assistite, più o meno protette. Se è vero che con la legge 180 furono chiusi gli ospedali psichiatrici, è anche vero che a tutt'oggi le istituzioni contentive rappresentano una significativa risposta ai bisogni di popo-

lazioni non autosufficienti o portatrici di qualche tipo di disabilità mentale e intellettuale. Questa risposta istituzionale rappresenta la prevalente offerta di «long term care» per anziani e disabili nel nostro Paese. È noto e ormai dimostrato che gli anziani ospiti delle Rsa sono stati il gruppo popolazione più colpito dalla pandemia con il 25% del totale dei decessi per Coronavirus.

Secondo l'Oms il 50% delle vittime di Covid-19 si trovava nelle case di cura e nelle strutture di degenza a lungo termine. «Secondo le stime nei Paesi della regione europea, la metà di coloro che sono morti per Covid-19 era residente in strutture di assistenza a lungo termine», afferma il direttore dell'ufficio europeo dell'Oms (Oms Europa, 2020).

Dunque, i residenti delle Rsa sono stati esposti a una vera e propria carneficina (uso di proposito questo termine anche in riferimento all'alto numero di contagi e morti evitabili, se in quelle residenze si fosse intervenuto con più responsabilità, competenza e meno disprezzo per le persone la cui vita spesso è ritenuta di minore valore).

Gli anziani nelle residenze assistite così come le persone con disabilità intellettuale nelle istituzioni (generalmente private) che li ospitano e i pazienti psichiatrici istituzionalizzati nelle strutture residenziali, tutti insieme, costituiscono un'eterogenea popolazione accomunata però dalla costrizione istituzionale e dalla mancata offerta di alternative.

Non si vuole analizzare una popolazione tanto diversa come se essa fosse omogenea ma due fattori tuttavia la rendono parzialmente tale:

- una classe sociale certamente non benestante, perché altrimenti utilizzerebbe le più costose residenze private, ma, nel caso degli anziani, neppure decisamente povera, perché non potrebbe affrontare neanche le attuali rette contenute e parzialmente sovvenzionate.
- un profilo psicosociale omogeneo, perché rapidamente omologato dalla dimensione istituzionale che accomuna le Rsa a tutte le altre istituzioni contenitive.

Dunque si tratta di una popolazione che può essere inclusa nella pur generica definizione di «persone con disabilità» utilizzata dalle Nazioni unite nella Convenzione sui diritti delle persone con disabilità (Onu, 2006). È superfluo ricordare che questa convenzione è stata firmata e ratificata nel 2009 dall'Italia e ha dunque valore di legge.

Allora c'è da chiedersi: se siano state adottate tutte «le misure necessarie per garantire la protezione e la sicurezza delle persone con disabilità in situazioni di rischio», come recita l'Articolo 11; se «(a) le persone con disabilità abbiano la possibilità di scegliere, su base di uguaglianza con gli altri, il proprio luogo di residenza e dove e con chi vivere e non siano

obbligate a vivere in una particolare sistemazione; (b) le persone con disabilità abbiano accesso ad una serie di servizi a domicilio o residenziali e ad altri servizi sociali di sostegno, compresa l'assistenza personale necessaria per consentire loro di vivere nella società e di inserirsi e impedire che siano isolate o vittime di segregazione; (c) i servizi e le strutture sociali destinate a tutta la popolazione siano messe a disposizione, su base di uguaglianza con gli altri, delle persone con disabilità e siano adattate ai loro bisogni», come recita l'Articolo 19; infine se sia garantito «l'accesso delle persone con disabilità, in particolare delle donne e delle minori con disabilità nonché delle persone anziane con disabilità, ai programmi di protezione sociale ed a quelli di riduzione della povertà; l'accesso all'aiuto pubblico per sostenere le spese collegate alle disabilità, includendo una formazione adeguata, forme di sostegno ed orientamento, aiuto economico o forme di presa in carico», come recita l'Articolo 28.

Tali misure non sono state garantite né prima né durante la pandemia. E allora non si capisce perché non si indaghi sulle molteplici violazioni della convenzione Onu nelle Rsa. Vi è abbondante materia. Poiché le Rsa possono essere pubbliche (del comune o della Asl), private convenzionate col Sistema sanitario nazionale o completamente private, le responsabilità delle violazioni della Convenzione Onu e dell'ecatombe sono molteplici e coinvolgono diverse istituzioni. Quello che è certo è che il disastro occorso in queste strutture ha molto a che fare con una loro intrinseca natura vetero-istituzionale, ossia con le caratteristiche comuni a tutte le istituzioni totali. Vi è una cattiva qualità intrinseca a tutte le istituzioni simil-manicomiali e che è indipendente e precede la pandemia.

2. Il fallimento del modello residenziale

«Il Coronavirus? Ha mostrato il fallimento del modello residenziale. A livello nazionale, passata l'emergenza, dovrà essere discusso il modello di presa in carico delle persone con disabilità e anziane in residenza: un modello che non ha semplicemente “fatto acqua” ma si è dimostrato un modello da strage, nonostante l'impegno e la dedizione degli operatori che ci lavorano». A parlare così è Marco Espa, presidente nazionale di ABC-Associazione bambini celebrolesi (in Sara De Carli, «Vita», 23 aprile 2020).

Il modello residenziale è probabilmente inevitabile per popolazioni di

grandi anziani con comorbidità gravi e totale non autosufficienza ma bisogna ridiscutere, e in modo radicale, dei criteri di accreditamento delle strutture residenziali per questa popolazione: quale è una ratio infermiere/degenti che consenta una cura attenta e continua (1 per 10 degenti nel Cantone di Ginevra contro 1 per 80 in alcuni dipartimenti della Francia?). La privatezza, la dignità, lo spazio vitale, la socialità, l'assenza di misure di contenzione fisica sono tutti elementi da ridiscutere e radicalmente trasformare.

Il modello residenziale è però evitabile per altre popolazioni che invece vi sono costrette quali anziani autosufficienti, disabili intellettuali e malati mentali. E di questo bisogna mettersi a discutere se vogliamo evitare in futuro la perpetuazione di quei «terminali della terminalità», come li definisce acutamente Massimo Campedelli. Dobbiamo considerare la pandemia del Covid-19 come un «drammatico evento sentinella del modello di welfare costruito negli ultimi 30-40 anni» (Campedelli, 2020).

Certamente i vecchi sempre più fanno parte di quel vasto universo di vite di scarto su cui agiscono le molteplici forme di istituzionalizzazione, da quella più densa costituita dalle istituzioni psichiatriche, quelle per la disabilità mentale e le carceri, a quella più diffusa e invisibile costituita dai cittadini poveri che vivono nella strada o in quartieri ghetto deteriorati. «La funzione regolatoria degli scarti dalla normalità, tipica della psichiatria istituzionale così come del carcere, non è certo scomparsa malgrado riforme e buone pratiche: l'idea di contenimento delle libertà e delle vite di scarto è ancora vigente» (Saraceno, 2020a). Infatti la violenza istituzionale continua.

Proliferano i letti psichiatrici, semi psichiatrici, psicogeriatrici, assistenziali: di tutto un po' ma senza mai neppure prendere in considerazione che vi sia la possibilità di essere vecchi senza che questo debba significare inesorabilmente stare in un letto collocato in una istituzione speciale. Oggi, dietro alla parola residenzialità sempre più si nasconde un mondo di miriadi di piccole e medie istituzioni psichiatriche e geriatriche, pubbliche, semi pubbliche, convenzionate e private. Lo slogan del 1979 «Più case e meno Serenase» è ancora valido perché in realtà non sono case quelle dove risiedono gli utenti bensì strutture residenziali più o meno protette, sempre meno pubbliche, in un crescendo di «letti» residenziali e di riproduzione di logiche molto istituzionali che tra l'altro deprivano il territorio di risorse.

Eccoci allora arrivati al nodo centrale: le condizioni di cronicità, fisiche o mentali, hanno bisogno di letti e di residenze? Come già osservato

precedentemente certamente sì per quelle popolazioni di grandi vecchi, non autosufficienti e portatori di multiple patologie gravi. Certamente non per tutti gli altri cittadini portatori di una qualche disabilità cronica. Invece il letto continua a rappresentare «da risposta» prevalente alle patologie di lunga durata, soprattutto quelle psichiatriche: il termine «residenzialità» è divenuto dominante in quasi tutti i sistemi sanitari regionali. «Ma la residenzialità non allude tanto a un luogo di vita integrata, sociale e socializzata, a un luogo che sia parte reale della comunità circostante bensì allude alla presenza di letti utilizzati secondo la logica dell'ospedale. Letti per vecchi, letti per matti, letti per tossicodipendenti, letti per disabili fisici e psichici. Il letto sembra essere l'unica risposta immaginata e resa disponibile anche a chi invece non ha bisogno di un letto se non per dormire e, in conseguenza, i cosiddetti "cronici" devono non solo dormire in un letto ma abitarvi come se il letto fosse essere la unica dimensione della cura e della riabilitazione» (Saraceno, 2020b).

«Per fortuna, le donne e gli uomini che invecchiano, un numero che non so dire tanto è grande, e tutte le persone che vivono la loro faticosa diversità chiedono di restare nelle relazioni, di non essere catalogati "non autosufficienti" e archiviati di non diventare invisibili, di essere sorretti per resistere fintanto che è possibile. Di non essere aiutati, riluttanti e straziati, a salire le scale dell'istituto» (Dell'Acqua, 2020).

Si è già abbondantemente scritto e documentato del modello di gestione delle malattie croniche trasmissibili e non trasmissibili, innanzitutto abbandonando il termine cronico/cronicità e introducendo la nozione di «long term care», ossia di presa in carico, assistenza e cura, di lunga durata. Si è già, e da molto tempo, dimostrato che le malattie non trasmissibili, le malattie mentali e più in generale tutte le malattie croniche (dunque anche quelle infettive come l'Aids o la tubercolosi) sfidano il modello dominante di assistenza sanitaria e richiedono modelli altamente innovativi di assistenza capaci di coniugare interventi sanitari e interventi di sostegno psicosociale (Who, 2002). Il ricovero ospedaliero per la maggior parte delle patologie croniche si può limitare alla gestione degli episodi acuti che richiedano medicalizzazione intensa o interventi chirurgici o comunque l'impiego di tecnologie altamente complesse.

Tutto questo mette in discussione sia il modello ospedaliero sia il modello esclusivamente biomedico. Innovazione deve significare un insieme di interventi che avvengono nei centri di salute territoriali o anche al domicilio del paziente. Si tratta di interventi che potremmo defi-

nire comunitari sia perché avvengono nel territorio ove vive il paziente, ossia nella sua comunità, sia perché frequentemente essi sono il frutto di sinergie fra differenti risorse di cui dispone la comunità: risorse formali e istituzionali così come risorse informali pubbliche e private.

«Ora basta Rsa, si punti decisamente sull'assistenza domiciliare», titola l'articolo di Liotta e colleghi (2020). Gli autori evidenziano come a fronte del diffuso e comprensibile desiderio delle persone con disabilità croniche (anziani o disabili) di restare a vivere a casa propria (in Italia una famiglia su tre è costituita da una persona sola e più del 50% degli ultraottantenni a Roma e a Milano vive da solo). Dunque la questione non è tanto chiedersi «dove mettere» queste persone ma piuttosto «come permettere» a queste persone di vivere a casa in condizioni assistite e far cessare la scandalosa «risibile quota di ore in assistenza domiciliare in Italia – poco più di 20 ore anno per utente» (*ibidem*).

3. Privilegiare la assistenza territoriale

Si tratta di ripensare molti dei comparti del welfare e della sanità.

1. Innanzitutto è urgente e necessario superare la separazione fra sociale e sanitario che conduce a interventi sociali miseri nell'ambito del settore sanità e a interventi sanitari di bassa qualità nell'ambito del settore sociale.

Ancora, Liotta e colleghi (2020) indicano quattro elementi necessari a integrare le due dimensioni, sociale e sanitaria:

- «l'infermiere di comunità
- un robusto servizio sociale che provvede a garantire lo svolgimento delle attività della vita quotidiana
- un servizio di telemedicina in grado di limitare l'accesso ai servizi ospedalieri senza compromettere la qualità delle cure
- un sostegno informatico in grado di facilitare i processi di integrazione tra i diversi servizi e il dialogo tra i diversi attori come pure con gli utenti stessi» (*ibidem*).

2. Sviluppare un Piano della Cronicità «per garantire l'assistenza alle persone non autosufficienti prioritariamente nel proprio contesto di vita e per promuovere la vita indipendente delle persone con disabilità. Promuovere la riqualificazione, la riconversione, il ridimensionamento, la programmazione appropriata delle strutture di ricovero (aggiorna-

mento accreditamenti esistenti, nuove dove carenti: con particolare riferimento al rispetto dei diritti degli utenti). Con l'obiettivo di superare i grandi istituti e di creare piuttosto nuclei piccoli inseriti nel tessuto urbano e quindi parte integrante della comunità» (Documento «Finanziamenti europei per la ripresa: usarli bene. Priorità: assistenza sociale e sanitaria territoriale», 2020).

3. Potenziare le reti dell'assistenza socio-sanitaria privilegiando e la organizzazione «strutturata» nel Distretto che «deve esser in grado di organizzare i servizi in funzione delle persone e della comunità (e non delle malattie), realizzando una forte integrazione fra professionisti e fra istituzioni, fra sociale e sanità, con la partecipazione della popolazione. È dunque il Distretto socio-sanitario, inteso come “struttura forte”, il baricentro e il motore per l'assistenza territoriale, e da cui devono dipendere strutture e professionisti» (Documento «Finanziamenti europei per la ripresa: usarli bene. Priorità: assistenza sociale e sanitaria territoriale», 2020).

Questo significa rendere reale lo spirito della conferenza di Alma Ata e quindi costruire un sistema sanitario di primo livello capace di erogare interventi di promozione della salute, di prevenzione e di cura a cui la popolazione può accedere direttamente ossia erogare interventi che sono prossimi geograficamente e organizzativamente ai bisogni di salute di una comunità. E questo è molto di più di un ambulatorio di un medico di base che agisce solo e isolato.

4. Sviluppare tutte quelle esperienze che si rifanno al modello della Casa della Salute. Si tratta anche in questo caso di una vera rivoluzione copernicana per il sistema sanitario tradizionale che pone al centro l'ospedale; al centro del modello *Casa della Salute* sta invece la comunità nella duplice accezione di *luogo* in cui i cittadini ed il singolo utente vivono e di *insieme di cittadini e risorse* di cui quella comunità dispone. In questa prospettiva l'ospedale appare sfocato sullo sfondo come una risorsa di ricorso eccezionale e utilizzata per breve durata. I protagonisti di questo modello sono ovviamente molteplici ed eterogenei: personale sanitario, personale dei servizi sociali, personale di altri settori pubblici e privati che operano nella comunità e fra essi soprattutto il personale dei settori della educazione, delle organizzazioni del lavoro e di quelle della cultura. Le sinergie e le collaborazioni variano e possono essere più formalizzate e istituzionali, come è il caso delle collaborazioni fra servizi sanitari e servizi sociali o più spontanee e generate all'interno di progetti

e incroci fra organizzazioni, istituzioni e persone. Questo radicale spostamento del centro del sistema sanitario dall'ospedale alla comunità per essere possibile e efficace deve disporre di risorse finanziarie e umane: dunque si spostano dall'ospedale non soltanto gli interventi ma anche i mezzi (finanziari e umani) affinché gli interventi siano realizzati. Il manifesto «Salute bene comune - per una autentica Casa della Salute» è un'iniziativa avviata qualche anno fa a partire da alcune esperienze italiane e ispirata da due gruppi, la Fondazione «Casa della Carità» di Milano e la Fondazione «Santa Clelia Barbieri» di Porretta Terme (Bo) (Landra e al., 2018).

L'idea si sostanzia nella realizzazione di una Casa della Salute non identificabile in una semplice Casa della Sanità (qui le differenze fra i termini «salute» e «sanità» sono cruciali), ma in un vero e proprio luogo della e per la comunità: luogo dell'accoglienza, luogo della partecipazione responsabile alla ricostruzione dei destini della comunità di appartenenza, luogo di superamento delle disuguaglianze. Insomma un luogo dove tutti gli attori della convivenza (dalla scuola al lavoro, dai servizi sanitari a quelli sociali, dalle Istituzioni al volontariato e infine a tutti i cittadini) si ritrovano a progettare e a gestire insieme il benessere presente e futuro della comunità stessa.

La Casa della Salute concepita dal «Manifesto» è di fatto radicata nella comunità e svolge molte delle funzioni che sono tradizionalmente attribuite alla medicina di base, pur nella sua accezione più alta e avanzata, ma se ne distingue per non essere soltanto orientata a interventi di «cura» ma anche a interventi che potremmo definire di «benessere psicosociale».

La Casa della Salute rende quindi disponibili interventi capaci di mitigare e contrastare gli effetti dei fattori di rischio non solo per la salute ma anche per quella più vasta dimensione che Arthur Kleinman chiama *social suffering* (Kleinman e al., 1997).

Nella Casa della Salute la assistenza sanitaria è in equilibrio con «altre» dimensioni psicosociali che hanno a che fare con la dimensione del *care* che è ben più vasta di quella del *treatment* medico. Tale multidimensionalità della risposta implica e richiede ovviamente un forte coinvolgimento degli utenti sempre più attivi come cittadini che partecipano e fruiscono di un servizio complesso e sempre meno come utilizzatori passivi di un semplice servizio sanitario.

Precedenti al modello Casa della Salute negli anni 2005-2008 si sono create a Trieste le esperienze delle Microaree (Progetto Microaree, 2007). Si tratta di esperienze originate come «naturale» sviluppo della

decennale esperienza di chiusura dei manicomi e di costruzione di servizi e reti per la salute mentale radicate nel territorio triestino. L'obiettivo delle Microaree è quello di coniugare buone pratiche sociosanitarie con forme reali di democrazia partecipata: le persone non sono più soltanto pazienti, utenti di prestazioni sociosanitarie ma soggetti attivi nel proprio progetto di salute. «In una società complessa non può esistere solidarietà vera senza il sostegno di servizi complessi e presenti e senza una dinamica di rapporto tra cittadino e servizi, tra cittadini – donne e uomini – e istituzioni» (Progetto Microaree, 2007). La Microarea offre interventi sanitari e sociali intersettoriali in aree piuttosto piccole (1000-2500 abitanti) allo scopo di conoscere da vicino soggetti e bisogni e di ottenere risultati concreti e misurabili. Dunque nella Microarea agisce una pluralità di soggetti, pubblici e del privato sociale, che, con la regia del pubblico, perseguono il bene della collettività e dunque esercitano complessivamente una funzione pubblica. Questa presa in carico «totale» rappresenta una potente alternativa alle modalità burocratiche e desogettivanti del sistema sanitario e soprattutto all'uso inappropriato e frequente dei presidi ospedalieri che accentrano risorse ma spesso non dispensano salute.

4. Territori e comunità

Gli Interventi di lunga durata, se realizzati nel giusto contesto, ossia prevalentemente nel territorio, costituiscono paradigma naturale per potere sviluppare servizi sanitari capaci di promuovere una medicina centrata sulla persona e una democratizzazione dell'assistenza sanitaria. Tuttavia le cose non sono così semplici. Infatti, il territorio, parola magica che doveva interpretare e inverare l'incontro fra storie individuali e luoghi di vita comunitaria, tende ad essere sempre più rimpiazzato da «spazi istituzionali», ossia dai «non luoghi», per dirla con Marc Augé (Augé, 1993) che poco o nulla hanno a che fare con la vita reale intorno ad essi.

Le grandi conurbazioni ossia le città e le grandi costellazioni di comuni intorno ad esse non permettono più vere contiguità spaziali, ossia vicinanze vere di luoghi, comunità umane cosicché le persone vi coabitano e semmai si aggregano sempre più in contiguità gergali, in identità vere o apparenti di etnie, accomunate essenzialmente dalle esclusioni e spesso dalle illegalità. La comunità costituita dalla piazza del villaggio ove accanto alla chiesa e al comune ci sono la farmacia e il bar è una

fantasia romantica che non si dà in natura: cosa è oggi la comunità a Londra, a Parigi, a Milano? Certo non si definisce tanto o soltanto per contiguità spaziale ma piuttosto per appartenenze (alla Curva Sud come spazio reale, a Facebook o Instagram come spazi virtuali: tutti spazi trasversali alla idea di una comunità soltanto spaziale e contigua). Ma allora cosa è la comunità nella grande metropoli? Essa è altro dalla comunità nei piccoli centri, nelle campagne ove ancora non solo è possibile identificare una definita comunità ma probabilmente si gioca anche il futuro della stessa possibilità di esistere della comunità. Dobbiamo certamente ripensare l'idea stessa di comunità perché essa è venuta radicalmente mutando negli ultimi trent'anni. Ma di essa sappiamo poco, ed è in questa pervietà della conoscenza che si inseriscono le neo-istituzioni, le neo-etichette, le neo-burocrazie, che trovano una casella per ogni problema e dunque fanno sparire soggetti e cittadini per fare invece apparire gruppi con diritti indeboliti, vite di scarto. Ebbene, gli spazi per rigettare e confinare le vite di scarto sono costituiti da tutte le istituzioni totali e quindi non solo dai manicomi vecchi e nuovi, dalle carceri, ma anche dalle Rsa.

Dunque scarti umani, i vecchi più poveri e meno garantiti (così come altri cittadini fragili e vulnerabili) sono il prodotto di scarto dell'idea di sviluppo neoliberale che vuole fare credere che il progresso (desiderabile evolversi dell'umanità) sia sinonimo di sviluppo.

Certamente, se c'è una parola che non solo non ha perso attualità ma purtroppo è sempre più confinata nell'antiquariato delle idee vecchie è la parola «deistituzionalizzazione». Si avverte nel clima morale e culturale attuale una sorta di fastidio quando la parola deistituzionalizzazione ritorna come se si trattasse di una utopia nobile sì ma, tutto sommato, frutto di un pensiero politico adolescenziale.

Non v'è dubbio invece che c'è il bisogno di ritrovare il senso e il potere innovativo tecnico e morale insito nella «vecchia» nozione di deistituzionalizzazione.

5. Covid-19: un virus classista

È molto probabile che anche da noi, come dimostrato da studi epidemiologici negli Usa e in Gran Bretagna, ci sia una correlazione fra livello socioeconomico e mortalità da Covid. Certamente i morti nelle Rsa non erano anziani benestanti. Certamente i più poveri, i più socialmente vulnerabili hanno sofferto di più e hanno pagato i prezzi più alti. Certa-

mente chi, durante il *lockdown*, viveva in appartamenti microscopici e a volte affollati ha sofferto di più. Chi aveva una autonomia economica soltanto di qualche settimana e poi era già in difficoltà ha pagato i prezzi più alti.

In uno studio sulla distribuzione di contagi e sui tassi di mortalità in differenti contee degli Stati Uniti si sono evidenziati tassi più elevati fra le popolazioni urbane che vivevano in povertà o estrema povertà e dove si riscontrano tassi più elevati di neonati a basso peso alla nascita (Finch e Hernandez Finch, 2020).

Uno studio sulla pandemia in relazione alle disuguaglianze nello stato di salute: partendo da un'analisi storica della pandemia di Spagnola del 1918, gli autori concludono che le misure di *lockdown* adottate per limitare l'attuale pandemia di Covid-19 avranno un impatto diverso a seconda delle differenze dello stato socioeconomico delle popolazioni colpite con un aumento futuro delle disuguaglianze dello stato di salute (Bambra e al., 2020).

Le persone più vulnerabili, si è detto, sono più esposte al rischio di contagio e anche hanno un rischio più elevato di decorsi gravi e letali. Non si è però sottolineato abbastanza che la vulnerabilità non si riferisce soltanto a condizioni biologiche (obesità, diabete, cardiopatie) ma anche alle condizioni sociali. È quello che mostra uno studio di Calderón-Larrañaga e colleghi che a partire da dati svedesi mostrano che gli anziani più gravemente colpiti dal virus sono quelli non soltanto portatori di malattie croniche importanti ma anche socialmente vulnerabili ossia soli, poveri o isolati (Calderón-Larrañaga e al., 2020).

L'adozione di modello esclusivamente biomedico che non tenga in debito conto i determinati sociali può rivelarsi fallimentare e determinare un aumento della esposizione al contagio e a tassi più elevati di mortalità da Coronavirus-19.

Infatti le persone in condizioni socio economiche svantaggiate vivono in abitazioni sovraffollate e dunque esposti al rischio di infezioni respiratorie (del 20% dei poveri in Gran Bretagna, il 7% vive in abitazioni sovraffollate). Inoltre il sovraffollamento impedisce il distanziamento fisico e molto spesso le persone in condizioni socio economiche svantaggiate svolgono lavori che non possono essere eseguiti a casa in smart working. Sono queste le popolazioni che maggiormente affollano i mezzi pubblici.

La precarietà lavorativa di molti induce elevati livelli di stress e ansia con conseguente indebolimento del sistema immunitario: dunque la povertà non solo aumenta il rischio di esposizione al virus ma diminui-

sce la capacità immunitaria per combatterlo. I più poveri e demuniti arrivano generalmente alla attenzione dei servizi sanitari in stadi più avanzati della malattia e dunque gli esiti della infezione saranno più gravi se non letali. Infine, stigma e discriminazione dovuti ad appartenenza a minoranze etniche o religiose possono indurre queste popolazioni ad evitare il contatto con i servizi sanitari spesso vissuti come fonte di umiliazione e di incomprensibili procedure burocratico-amministrative. Tutto questo viene descritto da uno studio condotto in Gran Bretagna (Patel e al., 2020) ma certamente rispecchia situazioni analoghe in Italia o in altri Paesi europei.

Abbiamo sentito molto spesso la frase: «Il virus non discrimina, siamo tutti uguali di fronte alla malattia». Ebbene non è così. Dobbiamo dircelo e dirlo a voce alta che il virus non è democratico e colpisce chi sta peggio. È banale ma non se ne parla molto.

Tuttavia, non è il virus che deve diventare più democratico ma sono le risposte dei sistemi sanitari e di welfare che devono ristabilire la democrazia.

Riferimenti bibliografici

- Augé M., 1993, *Nonluoghi. Introduzione a una antropologia della surmodernità*, Elèuthera, Milano.
- Azienda per i servizi sanitari 1 Triestin, *Progetto Microwin-Microaree*, 2007.
- Bambra C., Riordan R., Ford J. e Matthews F., 2020, *The Covid-19 Pandemic and Health Inequalities*, «J Epidemiology Community Health», Doi: <https://doi.org/10.1136/jech-2020-214401>.
- Calderón-Larrañaga A., Dekhtyar S., Vetrano L., Bellander T. e Fratiglioni L., 2020, *Covid-19: Risk Accumulation among Biologically and Socially Vulnerable Older Populations*, «Ageing Research Reviews», vol. 63, November, Doi: <https://doi.org/10.1016/j.arr.2020.101149>.
- Campedelli M., 2020, *Il caleidoscopio e le Rsa*, «Ricerca&Pratica», vol. 36, n. 3, pp. 111-114.
- Cergas, Università Bocconi, 2019, *Rapporto Oasi 2019*, Collana Cergas, Milano.
- Dell'Acqua P., 2020, *La strage dei vecchi*, «Ricerca&Pratica», vol. 36, n. 3, pp. 119-122.
- Documento «Finanziamenti europei per la ripresa: usarli bene. Priorità: assistenza sociale e sanitaria territoriale», 2020, disponibile all'indirizzo internet: <http://www.sossanita.org/wp-content/uploads/2020/11/APPELLO-FONDI-UE-SOCIOSAN-TERRITORIO-def-14.pdf>.

- Finch W.H. e Hernandez Finch M.E., 2020, *Poverty and Covid-19: Rates of Incidence and Deaths in the United States during the First 10 Weeks of the Pandemic*, «Front. Sociol.», Doi: <https://doi.org/10.3389/fsoc.2020.00047>.
- Istat, 2018, *I presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari al 31 dicembre 2015*, Istat, Roma.
- Kleinman A., Das V. e Lock M. (a cura di), 1997, *Social Suffering*, University of California Press & Oxford University Press.
- Landra S., Ravazzini M. e Prandi F. (a cura di), 2018, *Salute, partecipazione, democrazia*, Derive e Approdi, Roma.
- Liotta G., Palombi L. e Marazzi M.C., 2020, *Ora basta Rsa, si punti decisamente sull'assistenza domiciliare*, «Ricerca&Pratica», vol. 36, n. 3, pp. 128-131.
- Oms Europa, Hans Kluge, 2020, *La metà dei decessi si è verificata nelle strutture per anziani*, «Quotidianosanità», 23 aprile.
- Onu, 2006, *Convenzione sui diritti delle persone con disabilità*, Onu, New York.
- Patel J.A., Nielsen F.B.H., Badiani A.A., Assi S., Unadakat V.A., Patel B., Ravindrane R., Wardle H., 2020, *Poverty, Inequality, and Covid-19: The Forgotten Vulnerable*, «Public Health», n. 183: pp. 110-111, Doi: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2020.05.006>.
- Saraceno B., 2020a, *Natura con umani*, in Sambati S. e Saraceno B. (a cura di), *Democrazia e territori*, Il Saggiatore, Milano.
- Saraceno B., 2020b, *Contro il letto, falso sinonimo di cura*, Rubrica «Covid-19: riflessioni sull'emergenza, e oltre», «Rivista delle Politiche Sociali / Italian Journal of Social Policy», disponibile all'indirizzo internet: https://www.ediesseonline.it/wp-content/uploads/2020/09/contro-il-letto-falso-sinonimo-di-cura_Saraceno.pdf.
- World Health Organization, 2002, *Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action*, Who, Ginevra.

RPS

Benedetto Saraceno

