



RPS

la Rivista delle Politiche Sociali

ITALIAN JOURNAL OF SOCIAL POLICY

DIRETTORE

Stefano Cecconi

COMITATO SCIENTIFICO

Ugo Ascoli

Jean-Claude Barbier

Pietro Barrera

Enzo Bernardo

Marina Boni

Corrado Bonifazi

Giuliano Bonoli

Paolo Calza Bini

Gianluca Busilacchi

Massimo Campedelli

Francesca Campomori

Dario Canali

Antonio Cantaro

Andrea Ciarini

Giuseppe Costa

Colin Crouch

Gianfranco D'Alessio

Sandro Del Fattore

Paolo De Nardis

Fiorenza Deriu

Francesca De Rugeriis

Luigina De Santis

Nerina Dirindin

Ivana Fellini

Vincenzo Fortunato

Maurizio Franzini

Gianni Geroldi

Maria Grazia Giannichedda

Ian Gough

Elena Granaglia

Mauro Guzzonato

Matteo Jessoula

Angelo Marano

Nicola Marongiu

Saul Meghnagi

Stefano Neri

Massimo Paci

Emmanuele Pavolini

Ivan Pedretti

Laura Pennacchi

Mario Pianta

Gianni Principe

Enrico Pugliese

Michele Raitano

Mario Sai

Cristina Solera

Alan Walker



FUTURA

la Rivista delle Politiche Sociali

ITALIAN JOURNAL OF SOCIAL POLICY

N. 1 - GENNAIO-MARZO 2021

Direzione, redazione e segreteria
Corso d'Italia 27 - 00198 Roma
Tel. 345 7011231 - rps@futura.cgil.it

Tariffe di abbonamento online 2021

Annuo 50,00 euro

Una copia digitale 16,00 euro

L'abbonamento può essere attivato sul sito
www.ediesseonline.it/rps

Proprietà
Futura s.r.l.

Registrazione Tribunale di Roma Sezione Stampa
n. 30 del 24/02/2021

Coordinamento
Rossella Basile

Progetto grafico
Antonella Lupi

Chiuso in redazione nel mese di luglio 2021

Egregio Abbonato, ai sensi del d.lgs. n. 196/2003 La informiamo che i Suoi dati sono conservati nel nostro archivio informatico e saranno utilizzati dalla nostra società, nonché da enti e società esterne a essa collegate, solo per l'invio di materiale amministrativo, commerciale e promozionale derivante dalla nostra attività.

La informiamo inoltre che Lei ha il diritto di conoscere, aggiornare, cancellare, rettificare i Suoi dati od opporsi all'utilizzo degli stessi, se trattati in violazione del suddetto decreto legislativo.

COMITATO DI REDAZIONE

Luca Alteri
Lisa Bartoli
Rossella Basile
Francesca Carrera
Stefano Daneri
Roberto Fantozzi
Alessandra Fasano
Mara Nardini
Alessandro Purificato
Alessia Sabbatini
Elisabetta Segre
Leopoldo Tartaglia

DIRETTORE RESPONSABILE

Paolo Andruccioli

La Rivista si avvale della procedura di valutazione e accettazione degli articoli *double blind peer review*

indice

TEMA

Anziani: diritti e libertà nella crisi Covid e oltre.

Come le persone hanno diritto di vivere la loro vecchiaia

a cura di Giovanna Del Giudice e Nerina Dirindin

Giovanna Del Giudice e Nerina Dirindin

Luoghi comuni e pregiudizi strumentali sulla condizione degli anziani 7

Maria Cozzolino, Romina Fraboni e Linda Laura Sabbadini

Condizioni di vita degli anziani alle soglie della pandemia 21

Vincenzo Paglia

Dalla crisi della pandemia ad un nuovo modello di assistenza 47

Chiara Rivoiro

Voci dentro e fuori le strutture residenziali 57

Agnese Baimi

Un giovane sguardo sulla vecchiaia. Nuove proposte per un sostantivo povero, precario e femminile 73

Antonella Pezzullo

Invecchiare in Italia ai tempi della pandemia. L'occasione di un cambiamento 87

ATTUALITÀ

Il rapporto Stato-regioni alla prova dell'emergenza

Giordana Pallone

Il Titolo V tra criticità da mancata attuazione e pandemia 107

Claudia Tubertini

Il nodo dei rapporti Stato-regioni: da problema a opportunità per l'attuazione della leale collaborazione 121

DIBATTITO**Pandemia e sistema penitenziario. Tra salute e sicurezza**

(Antigone, *Have prisons learnt from Covid-19? How the world has reacted to the pandemic behind bars*, Antigone, Roma, 2021)

Pietro Buffa

Covid-19 e carcere. Senso, opportunità e opportunismi di una pandemia all'interno e intorno al sistema penitenziario 135

Michele Miravalle

Tra salute e sicurezza. Cosa resta del carcere dopo la pandemia? Analisi comparata delle politiche penitenziarie nel *Global North* 145

APPROFONDIMENTO 163

Maria Dodaro

Dal bisogno al debito. Il microcredito tra esclusione sociale e inclusione finanziaria 165

English Abstracts 187

Le autrici e gli autori 193

TEMA

Anziani: diritti e libertà
nella crisi Covid e oltre.
Come le persone hanno diritto
di vivere la loro vecchiaia
a cura di Giovanna Del Giudice e Nerina Dirindin

Luoghi comuni e pregiudizi strumentali sulla condizione degli anziani

Giovanna Del Giudice e Nerina Dirindin

RPS

La pandemia sta mettendo in luce i problemi strutturali dell'assistenza agli anziani, in termini di qualità, efficacia e sicurezza della presa in carico, di disponibilità di professionisti e di qualità del lavoro.

Molto resta ancora da fare per promuovere una cultura rispettosa delle persone anziane, per contrastare pregiudizi e luoghi comuni e per offrire supporto nelle comunità in cui vivono.

1. Contro la drammatizzazione dell'invecchiamento della popolazione

Pensiamoci bene. È da decenni che sentiamo parlare dell'invecchiamento della popolazione come dell'origine di tutti i mali del nostro welfare e della insostenibilità del sistema pubblico di tutela della salute. Siamo talmente abituati a saggi o interventi che iniziano illustrando con toni drammatici i dati sull'invecchiamento della popolazione che abbiamo perso la capacità di porci una domanda molto semplice: perché una conquista sociale come l'aumento della durata della vita è considerata un male? Eppure, l'alternativa all'invecchiamento – la morte prima di raggiungere gli anni della vecchiaia – non sembra essere preferita da nessuno.

Come è possibile che una grande conquista dell'umanità (per lo meno nei paesi sviluppati) sia diventata un problema? Certo, non si può negare che l'aumento della speranza di vita implichi un'importante revisione delle politiche previdenziali. Così come l'aumento degli anziani comporta una rimodulazione dell'offerta assistenziale e sanitaria, oltre che innovazioni culturali e sociali. Ma i cambiamenti sono l'essenza dello sviluppo, umano ed economico. L'importante è non restare immobili davanti ai mutamenti. E invece il nostro sistema di welfare non si è ancora impegnato ad affrontare seriamente i cambiamenti che l'allungamento della durata della vita richiede, a partire dalla lenta ma progressiva perdita di autosufficienza delle persone anziane. Ci siamo limitati a drammatizzare l'invecchiamento, ma non abbiamo dato priorità agli interventi necessari per renderlo meno drammatico. Al contrario lo abbiamo utilizzato (strumentalmente) per avvalorare la tesi della inso-

stenibilità del servizio sanitario nazionale e, più in generale, del welfare pubblico. Tutto ciò non è avvenuto per caso. Ricorrere a un fattore esogeno, come l'evoluzione demografica, per giustificare difficoltà che dipendono in gran parte da scelte inadeguate è un'abile strategia per distogliere l'attenzione dalle vere cause delle difficoltà. Il problema infatti non è l'invecchiamento in sé, ma la nostra incapacità di affrontarlo compiutamente. La riflessione si sposta quindi sulle ragioni che hanno favorito scelte inadeguate, spesso insipienti. Nel dibattito corrente, le risposte fanno per lo più riferimento alla pesante situazione dei conti pubblici, ma in realtà esse vanno ricercate nella egemonia incontrastata di quella cultura neo liberista che negli ultimi decenni non ha mai sprecato una *buona scusa* (la crisi del 2008-2009, i cambiamenti demografici, le regole dell'Europa) per indebolire il welfare pubblico e favorire il privato for profit (Dirindin, 2016).

Non abbiamo affrontato il tema dell'invecchiamento perché abbiamo dato priorità ad altri obiettivi. Ciò è successo perché abbiamo aderito acriticamente a una cultura pervasiva e trasversale che considera gli anziani un peso, un intralcio all'efficienza dei sistemi produttivi (per la loro minore produttività), un onere a carico delle generazioni attive (su cui grava il finanziamento degli interventi per la vecchiaia) e un motivo di preoccupazione per il crescente lavoro di cura (attenuato solo con il ricovero in residenze). Una cultura che ha lentamente inquinato anche i comportamenti delle famiglie, nonostante nel nostro Paese sia ancora forte il senso di gratitudine e di rispetto nei confronti degli anziani, anche per l'aiuto concreto che garantiscono a figli e nipoti¹. Una cultura che ha giustificato la permanenza delle donne fuori dal mercato del lavoro formale, perché ritenute necessarie all'interno della famiglia (in assenza di un welfare adeguato). Fa parte di questa cultura anche l'idea di favorire il riconoscimento economico del lavoro di cura svolto a favore dei familiari, idea spesso presentata come unica (e importante) innovazione sociale ma che testimonia la tendenza ad affrontare i problemi solo attraverso erogazioni monetarie (contributi ai caregiver, vouchers per l'acquisto di prestazioni)², ignorare le opzioni che potrebbero rendere «effettivo» il diritto al lavoro anche per le donne (il poten-

¹ Si veda in proposito in questo numero il contributo di Maria Cozzolino, Romina Fraboni e Linda Laura Sabbadini.

² Il welfare italiano è caratterizzato a livello internazionale per un eccesso di erogazioni monetarie e una carenza di servizi, in particolare nel settore sociale (Oecd, 2019b).

ziamento dei servizi socio-sanitari) o addirittura sfiorare delicate questioni etiche come il dovere di solidarietà all'interno dei nuclei familiari.

2. *Una società si giudica da come sono trattati gli anziani*

Le persone anziane sono una risorsa. Garantiscono alle famiglie e alle comunità la continuità tra passato, presente e futuro, alimentano le radici che identificano e danno senso alla vita delle comunità e testimoniano la storia che hanno vissuto affinché chiunque possa far tesoro del passato per agire nel futuro. Sono risorsa per le nuove generazioni, per i bambini e per i loro genitori che possono contare sulla loro esperienza e su un loro costante sostegno.

Papa Francesco ha pronunciato parole chiare sugli anziani³: «Una cultura del profitto insiste nel far apparire i vecchi come un peso, una zavorra. Non solo non producono, ma sono un onere: in somma, vanno scartati. [...] Non si osa dirlo apertamente, ma lo si fa! C'è qualcosa di vile in questa assuefazione alla cultura dello scarto. [...] Vogliamo rimuovere la nostra accresciuta paura della debolezza e della vulnerabilità; ma così facendo aumentiamo negli anziani l'angoscia di essere mal sopportati e abbandonati».

E ancora: «La qualità di una società, vorrei dire di una civiltà, si giudica anche da come gli anziani sono trattati e dal posto loro riservato nel vivere comune».

Il sistema di welfare ha molto da riflettere su tali parole.

Ogni operatore della sanità e del sociale, a partire da chi ha maggiori responsabilità decisionali, deve farsi carico di testimoniare quotidianamente, con comportamenti e atti, che il rispetto della dignità della persona, alla base del nostro welfare, non è solo una bella enunciazione ma è profondamente radicato nella cultura e nella formazione dei professionisti del welfare. Parliamo del rispetto della dignità di tutte le persone, non solamente di quelle efficienti, produttive e autosufficienti.

Ma non è solo una questione di responsabilità individuale. È innanzi tutto una questione di politiche pubbliche, di scelte di priorità, di allocazione delle risorse, di programmazione dei servizi. Il settore privato

³ Le parole sono state pronunciate da papa Francesco nell'udienza generale del 4 marzo 2015, disponibile all'indirizzo internet: http://www.vatican.va/content/francesco/it/audiences/2015/documents/papa-francesco_20150304_udienza-generale.html.

si è mostrato capace di incrementare l'offerta di strutture residenziali, costose e inevitabilmente destinate a produrre isolamento, perdita di identità e decadimento delle persone anziane. Le politiche pubbliche non si sono invece mostrate capaci di guidare un processo che favorisse la permanenza al proprio domicilio, nel proprio contesto di vita, attraverso risposte articolate e differenziate, meno costose e in grado di proteggere le capacità residue, i legami e il radicamento dei più vulnerabili. Nei fatti, si è così assecondata l'idea che le persone (quelle con una qualche fragilità) possano trovare risposte solo nella separazione dalla loro famiglia e dalla loro comunità, e nella sistemazione in strutture loro dedicate. E si è iniziato un percorso destinato ad assorbire molte risorse (pubbliche e private), a irrigidire i bilanci degli enti locali e delle aziende sanitarie, che ha favorito la prospettiva del posto letto, ovvero del luogo in cui collocare «gli scarti». Una cultura che, nonostante gli sforzi di alcune realtà a favore della domiciliarità e della vita indipendente, è diventata sempre più pervasiva e trasversale, messa in discussione (forse solo temporaneamente) dalla pandemia.

Una cultura che non ha ricadute solo sulle persone anziane ma anche su coloro che svolgono il lavoro di cura. La cultura dello «scarto» ha infatti contagiato l'immagine del lavoro di cura.

Le politiche sociali e socio-sanitarie soffrono della scarsa considerazione che la cultura prevalente ripone in tutti i lavori volti alla cura delle persone fragili. Ne discende una sottovalutazione (non solo economica) del lavoro di cura, una frequente violazione dei contratti di lavoro (nel terzo settore, ma sempre più anche nella sanità), una inosservanza dei diritti dei lavoratori (ad esempio rispetto dei turni di riposo), una diffusa bassa qualificazione degli operatori⁴.

3. *La domiciliarità fa bene alla salute*

«La salute è fatta di tante cose, anche del poter rimanere a casa propria quando si è meno autonomi», a qualunque età e non solo nelle età più avanzate. Ovviamente quando possibile. Perché «la casa cura; la casa rassi-cura»⁵.

⁴ Rispetto ai paesi dell'area Oecd, gli operatori per la Ltc sono in Italia pochi (meno della metà della media Oecd per 1000 anziani), con bassi livelli di istruzione e per quasi un terzo part time (Oecd, 2019a).

⁵ Le affermazioni sono tratte dai lavori de *La bottega del possibile*, un'associazione

In Italia, la stragrande maggioranza delle persone anziane (il 79%) vive in famiglia, spesso con il coniuge (la percentuale è in crescita) o da sole (soprattutto le donne, più colpite dalla vedovanza e più propense a restare da sole quando vedove). Su 100 persone anziane 3 usufruiscono dell'assistenza domiciliare integrata⁶; tale percentuale sale al 4,5 quando si considerano solo di ultrasettantacinquenni, ma resta comunque una quota inferiore a quella di molti altri paesi europei (Istat, 2020; Cozzolino, Fraboni e Sabbadini in questo numero).

L'assistenza domiciliare non va peraltro confusa con i processi di domiciliarità, concetto quest'ultimo ancora poco conosciuto e poco praticato, ma molto promettente, a maggior ragione dopo la lezione della pandemia.

I processi di domiciliarità valorizzano «il contesto dotato di senso per la persona», dove lo spazio abbraccia la persona nella sua globalità e anche ciò che la circonda. Comprende la casa, ma non solo: «è un interno e un intorno». Supportare la domiciliarità vuol dire «fare in modo che la persona non sia privata del suo *abitare sociale*, delle sue relazioni, dei legami con l'*intorno* e trovi sostegno nel costruirne sempre di nuovi per rimanere *abitante*, non riducendo la propria domiciliarità alla sola sfera dell'interno, poiché questo comprometterebbe gravemente la possibilità di *star bene*, di restare cittadino della propria Comunità» (Scasselati Sforzolini Galetti, 2013).

Potenziare i processi di domiciliarità vuol dire sostenere la persona e la sua famiglia, sostituendo le risorse venute a mancare attraverso un progetto individuale integrato che va sempre tentato, per evitare lo sradicamento della persona. Ovviamente quando questa lo desidera.

La domiciliarità è la più potente ed efficace alternativa al ricovero in una residenza. Costa meno, contribuisce a migliorare la qualità della vita della persona, della sua famiglia e della comunità di cui fa parte, favorisce la coesione sociale.

La domiciliarità è la strada per l'appropriatezza nella presa in carico della persona fragile.

nata nel 1994 a Torre Pellice (To) per attivare, promuovere e diffondere la cultura della domiciliarità (www.bottegadelpossibile.it).

⁶ L'Adi, assistenza domiciliare integrata, è una tipologia di cura domiciliare a favore di persone con patologie e condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale e interventi programmati a diversi livelli di intensità assistenziale; richiede la presa in carico, la definizione di un progetto di assistenza individuale. Le cure domiciliari sono integrate da interventi sociali in relazione agli esiti della valutazione multidimensionale (d.p.c.m. 12 gennaio 2017 di aggiornamento dei Lea).

Richiede un paziente e lungo lavoro, anche culturale, che può produrre risultati significativi, sotto tutti i profili, come dimostrano le esperienze disponibili (Si veda, fra gli altri, Rivoiro e al., 2011).

Sia chiaro, in alcune situazioni, il ricovero in residenza può trovare una ragione d'essere, ma quando è possibile evitarla è doveroso ricorrere a soluzioni alternative. L'assistenza agli anziani deve rispondere infatti a criteri di appropriatezza simili a quelli utilizzati per il resto degli interventi socio sanitari; un percorso è appropriato quando è efficace rispetto allo specifico bisogno (sulla base di standard riconosciuti dalla letteratura scientifica indipendente), è efficiente quanto a risorse impiegate (ovvero consente un impiego oculato delle risorse) ed è accettabile per chi lo riceve e per chi lo eroga. Un percorso può essere appropriato in presenza di specifiche condizioni di salute (e fino a quando queste persistono) e può essere inappropriato per altre. I criteri valgono, *ceteris paribus*, anche per la non autosufficienza e molto deve ancora essere fatto per avvicinarci a tali principi.

4. *La residenza: solo quando appropriata e necessaria*

In Italia, su 1000 anziani ultrasessantacinquenni, 21 sono in una residenza; di questi 17 sono non autosufficienti e 4 sono autosufficienti (Istat, 2021). Per una persona anziana non autosufficiente o fragile, con patologie croniche combinate a condizioni socio economiche sfavorevoli e isolamento sociale, che fatica a rimanere nella propria casa in assenza di un supporto significativo, il ricorso al ricovero in residenze sembra spesso l'unica soluzione possibile.

Molti fattori contribuiscono a spiegare tale opzione: la fine della famiglia allargata, l'elevato numero di famiglie mononucleari, il diffondersi della «cultura dello scarto», la carenza di *caregivers* familiari, l'indebolirsi dei rapporti di solidarietà all'interno della società industriale; ma ciò che pare determinante è la mancanza di alternative: l'insufficiente offerta di servizi socio sanitari territoriali. Le persone anziane non *scelgono* di lasciare la propria casa e di andare in residenza, Sono per lo più costrette ad accettare questa soluzione per evitare, insieme alla famiglia quando esiste, di trovarsi sole ad affrontare un compito gravoso, delicato ed emotivamente impegnativo. Spesso questa opzione è scelta dopo aver richiesto ai servizi (o provato) soluzioni alternative, ma ci si è scontrati con tempi lunghi e risposte non adeguate⁷.

⁷ Sulle preferenze degli anziani si veda in questo numero l'articolo di Chiara Rivoiro.

Considerando che la non autosufficienza è di norma «un processo dinamico che intercorre con la comparsa o l'aggravarsi di diverse patologie organiche e funzionali, esso dovrebbe essere affrontato cercando in primo luogo di rispondere alle nuove esigenze della persona nel luogo ove essa risiede» (Istituto Superiore di Sanità, Gruppo di lavoro Bioetica Iss Covid-19, 2021), attivando quindi in tempi adeguati risposte personalizzate e modulate rispetto ai bisogni, che tengano conto anche delle aspettative dei soggetti, dei desideri e delle paure.

Tutto questo a partire dalla consapevolezza che «l'istituzionalizzazione, con la rescissione dei legami col proprio ambiente domestico, familiare e amicale, costituisce un importante fattore di rischio per il decadimento generale dell'anziano» (*Ibidem*). Quindi il ricovero in residenza dovrebbe essere considerato risposta residuale (quando altre soluzioni si sono dimostrate inefficaci) e invece è proposto come «risposta ordinaria» e accettata dalla cultura dominante.

Va detto che negli ultimi anni, in particolare nelle regioni in cui le risposte socio sanitarie sono sufficientemente articolate e sviluppate, le persone presenti nelle residenze sono divenute «molto anziane e fragili sul piano clinico, [...] qualche tipo di impoverimento cognitivo che ne pregiudica la capacità di partecipare pienamente alle decisioni che riguardano la propria salute» (*Ibidem*). In generale, l'entrata in residenza corrisponde ad una maggiore complessità clinica e assistenziale, a cui non si riesce ancora a dare una adeguata risposta territoriale, anche se circa una persona su cinque è dichiarata autosufficiente. Il tempo di permanenza in residenza (fino alla morte) si è abbassato in maniera significativa.

Di contro, secondo dati del Ministero della Salute, nel decennio 2007-2017 le residenze assistenziali sono aumentate del 44%, da 5.105 a 7.372, in particolare quelle private⁸.

5. Le residenze: luoghi di tutela o luoghi di rischio?

Quando la persona anziana entra in una residenza questa diventa, di norma anche dal punto di vista amministrativo, il suo domicilio, fino alla morte. Nella residenza è costretta a condividere gli spazi e il tempo con persone che non conosce e con cui non ha scelto di convivere. Peraltro il suo stesso ingresso nella residenza, di norma, non è stato una scelta.

⁸ Si veda in questo numero l'articolo di Antonella Pezzullo.

Nella residenza la persona anziana è costretta a declinare la sua quotidianità all'interno di un complesso di norme definite da altri, in maniera gerarchica e non partecipata, funzionali alla organizzazione dell'istituzione. La persona perde così qualsiasi possibilità, e poi capacità, di autodeterminarsi, di decidere i tempi e le cadenze del proprio quotidiano: svegliarsi, lavarsi, mangiare, riposarsi, leggere, vedere la televisione (spesso perennemente accesa).

L'organizzazione non prevede una relazione tra operatori e persone ricoverate; peraltro il ridotto numero di professionisti e la logica del minutaggio tolgono qualsiasi possibilità di relazione vera tra i soggetti e obbligano continuamente l'operatore a sostituirsi alla persona anziana, per non «perdere tempo», negando e indebolendo le capacità residue dell'assistito.

La persona anziana cessa di essere soggetto con una propria identità e una propria esperienza e storia: separata dalle relazioni, dagli oggetti, dai luoghi della propria quotidianità, impedita ad autodeterminarsi, diventa «oggetto di cura». Quando poi le sue condizioni psicofisiche decadono, l'istituzione adotta ulteriori interventi a sua tutela: al camminare da soli si sostituisce la più sicura sedia a rotelle, alla preoccupazione di soffocamento con il cibo si risponde con pappe improponibili, ai rischi di scendere dal letto si provvede con catetere e profilassi antibiotica anche in assenza di precisa indicazione clinica, e così via. E così le tutele si trasformano nella perdita di ulteriori margini di libertà⁹.

In una situazione siffatta, dentro i muri dell'istituzione chiusa, capita che si consumino abusi e violenze a danni di soggetti indeboliti, soli, impossibilitati a difendersi. Nell'istituzionalizzazione «l'incuria da parte del personale dipendente e la mancanza di condizioni igieniche adeguate rappresentano le forme più comuni di abuso» (Iss, 2020) ma non sono infrequenti offese, violazioni dei corpi, che necessitano di un ripensamento dell'assistenza anche in riferimento al carico degli operatori e della formazione degli stessi.

Un fenomeno estremamente preoccupante e drammaticamente diffuso nelle residenze è quello della contenzione meccanica, quale impedimento al libero movimento attraverso l'utilizzo di mezzi meccanici (lacci, spondine, bretelle, tavolini servitori, ecc.). Tale pratica, che si somma di solito alla contenzione ambientale e quella farmacologica,

⁹ Erving Goffman nel suo celebre *Asylums* annovera gli istituti per vecchi tra le istituzioni totali, deputate ad offrire residenza a categorie di persone «socialmente indesiderate» (Goffman, 1968, p. 34).

produce importanti esiti negativi «non solo per gli effetti immediati, ma anche a più lungo termine: i soggetti soffrono di perdita di autonomia, di riduzione dell'attività, di aumento di morbidità e mortalità» (Comitato nazionale per la bioetica, 2015, p. 22).

Non abbiamo alcun dato certo sul ricorso alla contenzione meccanica nelle residenze per anziani, salvo la rappresentazione esplicita e chiara prodotta dall'Istituto Superiore di Sanità durante la recente epidemia. Nel «Survey nazionale sul contagio Covid-19 nelle strutture residenziali e sociosanitarie», l'Iss, in collaborazione con il Garante nazionale delle persone private della libertà, evidenzia che, dal 1 febbraio al 26 aprile 2020, sono state attuate 16.802 contenzioni nelle 1.356 strutture che hanno risposto alle domande (sulle 3.922 strutture contattate) (Iss, 2020). Un fenomeno che non possiamo ignorare e al quale va posto rimedio.

6. *Le residenze per anziani nella pandemia*

Le drammatiche vicende che hanno attraversato le residenze per anziani nella epidemia del Covid-19 hanno messo con forza al centro dell'attenzione il modello di assistenza residenziale alle persone anziane non autosufficienti e/o con fragilità relazionale, sociale, economica, e in generale delle persone con bisogni assistenziali di lunga durata.

Durante l'epidemia, e in particolare nella prima fase della primavera del 2020, proprio le Residenze sanitarie assistenziali (Rsa) e le Case di riposo, che avrebbero dovuto garantire «protezione e cura dei soggetti più vulnerabili sono divenute luoghi di diffusione dell'epidemia e, in alcuni casi, di abbandono delle persone» (Iss, Gruppo di lavoro Bioetica Iss Covid-19, 2021), quindi luoghi di rischio e non di tutela. Metà delle morti avvenute nel nostro Paese sono infatti collegate ad anziani istituzionalizzati¹⁰. Questi hanno scontato da una parte l'impreparazione del sistema sanitario a fronteggiare l'epidemia e dall'altra una cultura diffusa di non riconoscimento di valore e di diritto alle persone anziane. Ciò ha portato a scelte talvolta scellerate, messe in atto anche dalla politica¹¹: interventi non tempestivi, spesso utilizzando la scorciatoia della chiusura degli accessi dall'esterno, a conferma della missione di separazione e segregazione propria delle residenze, che le ha trasformate «da

¹⁰ Su tale tema si sofferma il lavoro di Rivoiro in questo numero.

¹¹ Delibera Regione Lombardia XI/2906 dell'8 marzo 2020, allegato 2.

fattore di potenziale protezione [...] in ulteriore pericolo» (Comitato nazionale per la bioetica, 2020).

Questo quadro, peraltro declinato in differenti modi nelle diverse aree del Paese, in relazione alle criticità strutturali di base delle residenze e al sistema regionale socio sanitario, ha messo in evidenza la necessità, nonché l'urgenza, di un cambio di paradigma e di una rivisitazione del modello assistenziale nei confronti delle persone anziane.

Ma questa non è la situazione della generalità delle residenze per anziani; esistono esperienze virtuose di Rsa in cui le operatrici e operatori non ricorrono alla contenzione. Queste esperienze, anche se in numero limitato, sono da riconoscere e valorizzare perché dicono che si può fare in altro modo, che si può lavorare rispettando la dignità delle persone assistite e restituendo dignità alle lavoratrici e lavoratori.

7. *Un fiorire di iniziative cui dare visibilità e sviluppo*

Già nel 2014 il Bureau of European Policy (Bepa) nel suo rapporto sull'innovazione sociale parlava di un *decennio* di cambiamenti che, per quanto di piccola scala, si osservano in tutti i paesi e non si limitano a cercare risposte efficaci ai bisogni sociali, vecchi e nuovi, ma promuovono un cambiamento sistemico, capace di affrontare le cause dei problemi, e non solo alleviarne i sintomi (European Commission, 2014).

L'Italia non fa eccezione. Nonostante il nostro Paese sia considerato poco capace di innovare, il fiorire di iniziative che, anche solo nell'assistenza agli anziani, si osservano da anni in varie città testimonia l'esistenza di percorsi di cambiamento nel modo di pensare della popolazione, del terzo settore e delle istituzioni. Una miriade di piccole esperienze alle quali dobbiamo dare voce, soprattutto dopo la pandemia, perché costituiscono la base per proporre soluzioni più efficaci rispetto a quelle tradizionali, garantire il rispetto delle preferenze delle persone e, al contempo, creare una società più coesa¹².

Le esperienze più diffuse riguardano le cure domiciliari integrate, capaci – quando le prestazioni sanitarie (in particolare l'Adi) sono effettivamente integrate con gli interventi sociali – di rendere possibile il permanere della persona anziana nella sua casa, supportata nel quotidiano e nei bisogni sanitari, per rallentare il processo di regressione e per preservare più a lungo autonomia e indipendenza.

¹² Per una breve analisi delle numerose esperienze si vedano, ad esempio: Euricse, Fapacli, 2019; Pasquinelli, 2017.

Sono in atto esperienze di «badanti di condominio» uomini o donne che in un condominio sono per le persone anziane punto di riferimento, operatori di supporto nel lavoro di cura e per piccole incombenze esterne, ma pure rassicurazione e riferimento per gli altri condomini, creando anche solidarietà e mutuo aiuto.

Sono sperimentati e operanti piccoli gruppi di convivenza di anziani, 5 o 6, non autosufficienti, in normali condomini, supportati nella vita quotidiana sulle 24 ore da badanti o operatori di cooperative sociali, con il sostegno del servizio infermieristico territoriale e dei medici di medicina generale.

Sono presenti nel territorio nazionale, anche se non molto diffuse, esperienze di *cobousing*, sia come condivisione da parte di un anziano della propria casa con altri anziani o studenti (che collaborano alle spese e ai compiti quotidiani), o come modello residenziale nel quale ogni abitante o coppia, anche di anziani, ha una propria casa ma condivide spazi e servizi comuni. Alla base del *cobousing* sono la condivisione, la collaborazione, la socialità e stili di vita sostenibili. Esistono esperienze di *cobousing* attivate da Comuni o aziende private, come si stanno diffondendo in alcune città esperienze di *cobousers* che progettano insieme a partire da esigenze e desideri comuni. Di riferimento è l'esperienza maturata in Danimarca dove dagli anni '70 il governo ha avviato il superamento delle case di riposo, riconvertite e ristrutturare in miniappartamenti, *Nursing Home*. Il principio che orienta la riforma è *no more, no less*: ad ogni persona deve essere dato un aiuto differenziato, a seconda della specifica autonomia. A piano terreno servizi comuni, aperti anche ad anziane e anziani del quartiere: caffetteria, mensa per chi non può o vuole farsi da mangiare nel proprio appartamento, parrucchiere, pedicure ecc. a prezzi calmierati¹³.

Dal 2005 è attivo il progetto Microaree (Gallio e Cogliati, 2018). Un operatore dell'Azienda sanitaria, o di una cooperativa sociale convenzionata con l'Ente pubblico, opera in una area territoriale di 1.500-2.500 abitanti, caratterizzata dalla presenza di agglomerati di case di edilizia popolare e da una popolazione anziana seguita dai servizi sociosanitari. A partire dalla conoscenza di ogni abitante e del suo contesto di vita, di ogni strada, di ogni spazio pubblico, delle vulnerabilità dell'area ma anche delle sue risorse (che sempre esistono, delle persone e dei

¹³ Si veda la breve illustrazione disponibile all'indirizzo internet: <https://www.abitareanziani.it/esperienze-internazionali-abitazioni-per-la-terza-eta-nel-mondo-indicazioni/>.

luoghi), con il coinvolgimento di tutti gli attori e le istituzioni di quel territorio, l'operatore della microarea avvia processi per una presa in carico globale, sanitaria, abitativa, relativa a reddito, lavoro e socialità, a partire dalle persone più vulnerabili. La sfida è colmare la distanza tra istituzioni e cittadini, contrastare le disuguaglianze e valorizzare il capitale sociale dei soggetti e della comunità. Il lavoro nelle microaree nei fatti risulta essere un'azione di contrasto ai processi di ospedalizzazione e istituzionalizzazione, in particolare dei vecchi, garantendo attenzione individuale sanitaria, supporto nelle difficoltà del quotidiano e risposta ai bisogni di scambio e socialità.

Questi (ed altri) processi si caratterizzano per la capacità di riconoscere a ogni persona storia, esperienza, valore, unicità, risorse da cui partire nei progetti di presa in carico e per produrre salute per tutti, capitale sociale, economia civile.

Dopo la strage dei vecchi che l'epidemia del Covid-19 ha determinato nelle case di riposo, negli istituti, nelle Rsa, in un orizzonte di senso e di pratiche possibili, è necessario rilanciare un'azione culturale e di cambiamento, che forse la gravità della situazione può rendere possibile, per il superamento degli istituti come unica e ordinaria risposta alla popolazione anziana. Occorre ridare valore e possibilità alla vecchiaia, contro ogni logica di sopravvivenza anonima e insignificante, in cui la qualità, i desideri, le relazioni siano possibili, in cui la tutela non diventi negazione della soggettività e dei diritti. Tenendo insieme identità, welfare, sviluppo sociale, avvicinando le istituzioni ai soggetti e qualificandole (Del Giudice, 2020).

A partire da tali considerazioni *la Rivista delle Politiche Sociali* dedica la sezione «Tema» a «Anziani: diritti e libertà nella crisi Covid e oltre. Come le persone hanno diritto di vivere la loro vecchiaia». L'obiettivo è approfondire la condizione delle persone anziane dal punto di vista sociale, economico e sanitario, in particolare in un contesto di massima fragilità come quello sperimentato durante l'emergenza pandemica. Come ben sappiamo, la questione non riguarda solo i «vecchi» ma tutte le persone vulnerabili.

Una delicata riflessione sul significato della vecchiaia e su alcuni suoi aspetti rilevanti è proposta da Agnese Baini, attenta osservatrice della condizione delle persone impropriamente considerate «improduttive». Il saggio si conclude con un auspicio sul rapporto fra generazioni: «Non so se avrò dei figli, ma vorrei che il lavoro di assistenza e di cura non pesasse sulle loro spalle. Vorrei che fossero liberi di vivere la loro vita, senza pensare troppo alle demenze e ai malanni della madre. Per fare

questo, bisogna ripensare al lavoro di cura e di assistenza, ai luoghi di cura e di assistenza, a quanto costa la cura e l'assistenza e come non rendere questi costi un ostacolo. Non sarà facile, ma sono sicura che si possa fare».

Il contributo di Chiara Rivoiro raccoglie e commenta voci di persone ospiti delle residenze e voci di professionisti che assistono gli anziani. Una prospettiva spesso dimenticata, a conferma della scarsa considerazione per le persone anziane (a maggior ragione se ricoverate in una Rsa) e della sottovalutazione del lavoro di cura svolto dagli operatori. Affronta inoltre un tema del tutto trascurato: quali sono le preferenze e i desideri degli anziani quando si rendono conto di avviarsi verso la non autosufficienza?

Il lavoro di monsignor Paglia, presidente della Commissione ministeriale per la riforma dell'assistenza agli anziani, indaga le sfide che abbiamo davanti in questi anni: ripensare un modello concreto di assistenza, capace di raggiungere gli anziani nel loro contesto umano, avvalendosi di risorse sul territorio e di tecnologie innovative oggi disponibili ma poco utilizzate. Auspica che sia riscoperto il ruolo e il significato degli anziani nella nostra società.

Il contributo di Maria Cozzolino, Romina Fraboni e Linda Laura Sabbadini esamina le condizioni di vita degli anziani con particolare riguardo al contesto abitativo e alle relazioni sociali di cui beneficiano. Discute la posizione degli anziani in termini di povertà assoluta e relativa, in relazione alla pandemia, attraverso una analisi degli ultimi dati disponibili.

Infine Antonella Pezzullo discute l'assistenza offerta nel nostro Paese ai suoi cittadini più fragili, gli anziani non autosufficienti. La pandemia ha mostrato come essa sia nel migliore dei casi inadeguata e costosa, e, nel peggiore, portatrice di un vero e proprio abbandono. Questo obbliga finalmente a riflettere criticamente sul modello assistenziale prevalente e a investire sul suo cambiamento.

Riferimenti bibliografici

- Comitato nazionale per la bioetica, 2020, *Covid 19 salute pubblica, libertà individuale, solidarietà sociale*, maggio.
- Comitato nazionale per la bioetica, 2015, *La contenzione: problemi etici*.
- Del Giudice G., 2020, *La nave dei vecchi*, RPS - maggio.
- Dirindin N., 2016, *La sanità pubblica tra indifferenza e laissez faire*, «la Rivista delle Politiche Sociali», n. 2.

RPS

Giovanna Del Giudice e Nerina Dirindin

- Euricse, Fapacli, 2019, *Integrazione nella filiera dei servizi per gli anziani. Soluzioni innovative per il benessere dell'individuo e della famiglia*, disponibile all'indirizzo internet: <https://www.euricse.eu/wp-content/uploads/2019/12/Report-EURICSE-ACLI-Soluzioni-innovative.pdf>.
- European Commission, 2014, *Social Innovation. A Decade of Changes*, European Union, disponibile all'indirizzo internet: http://www.transitsocialinnovation.eu/content/original/Book%20covers/Local%20PDFs/168%20SI_decade_of_changes%202014.pdf.
- Gallio G. e Cogliati M.G. (a cura di), 2018, *La città che cura. Microaree e periferie della salute*, Collana180, Edizioni Alpha Beta Verlag, Merano (BZ).
- Goffman E., 1968, *Asylums*, ed. Nuovo Politecnico, Einaudi, Torino.
- Istat, 2020, *Indicatori del Bes 2020*, Istat, Roma.
- Istat, 2021, *Ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari*, disponibile all'indirizzo internet: http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS_OSPITIPRESIDI1, consultato il 22 maggio 2021.
- Istituto Superiore di Sanità, 2020, *Survey nazionale sul contagio Covid-19 nelle strutture residenziali e sociosanitarie*, «q Report», 30 marzo, disponibile all'indirizzo internet: <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/pdf/sars-cov-2-survey-rsa-rapporto.pdf>.
- Istituto Superiore di Sanità, Gruppo di lavoro Bioetica Iss Covid-19, 2021, *Assistenza sociosanitaria residenziale agli anziani non autosufficienti: profili bioetici e biogiuridici*, «Rapporti Iss Covid-19», n. 6/202110, marzo.
- Oecd, 2019a, *Health at a Glance 2019*, Oecd Publishing, Parigi.
- Oecd, 2019b, *Society at a Glance 2019: Oecd Social Indicators*, Oecd Publishing, Parigi.
- Pasquinelli S. (a cura di), 2017, *Il welfare collaborativo. Ricerche e pratiche di aiuto condiviso*, Irs, disponibile all'indirizzo internet: http://www.qualificare.info/upload/WELCO_testo_finale.pdf.
- Rivoiro C., Galeotti F. e Vanacore N., 2011, *Qual è l'effetto dei programmi di gestione integrata nel ritardare l'istituzionalizzazione delle persone affette da demenza? I risultati di una revisione sistematica della letteratura*, «Politiche sanitarie», n. 12, pp. 116-125.
- Scassellati Sforzolini Galetti M., 2013, *Domiciliarità*, in Campanini A. (a cura di), *Nuovo dizionario di servizio sociale*, Carrocci editore, Roma.

Condizioni di vita degli anziani alle soglie della pandemia

Maria Cozzolino, Romina Fraboni e Linda Laura Sabbadini

RPS

L'articolo illustra i principali cambiamenti, avvenuti nel corso degli ultimi venti anni, nella condizione degli anziani in Italia. Le dimensioni interessate sono sia di tipo quantitativo sia di carattere qualitativo, includendo i vari ambiti della vita quotidiana. Tassi di natalità costantemente bassi e l'aumento della speranza di vita hanno modificato progressivamente la piramide delle età della popolazione del nostro Paese. Questo processo si accompagna a cambiamenti strutturali importanti che tendono a spostare in avanti la fase a cui si abbina un aumento dei rischi di salute e, più in generale, di fragilità sociale. Ripercorrere

la modulazione tra le diverse fasi del ciclo di vita con l'individuazione dei momenti di transizione e dei bisogni ad esso associati è importante per ridefinire obiettivi e riformare le politiche di assistenza. L'analisi qui presentata focalizza su alcune delle variabili che guidano questo percorso: il livello di istruzione – dal quale dipendono stili di vita, salute, rischi di esclusione – e le caratteristiche del modello di welfare e di relazioni sociali che si riflettono in modo diretto sul benessere economico e psico-fisico degli individui e su aspetti ad esso correlati come il livello di autosufficienza e la solitudine.

1. Introduzione

Da diversi decenni il nostro Paese si trova a fronteggiare, sul piano demografico e sociale, profonde trasformazioni caratterizzate dall'accelerazione del processo di invecchiamento della popolazione e dai mutamenti della struttura delle famiglie che riducono lo scambio degli aiuti informali. Contemporaneamente la globalizzazione prima, la crisi economica dopo e, non da ultimo la crisi sanitaria subentrata con la pandemia da Covid-19, hanno determinato crescenti condizioni di disagio economico, modificato tempi e forme di vita sociale, cambiato equilibri tra le diverse generazioni.

Il processo di invecchiamento della popolazione si accentua poiché, da un lato, si vive sempre più a lungo, ma, dall'altro, resta bassa la propensione ad avere figli. Nel 2020 la speranza di vita alla nascita è giunta a

81,1 anni per gli uomini e a 85,4 anni per le donne (con un guadagno di 3,9 anni e 2,4 anni rispettivamente dall'inizio del terzo millennio). Nell'ultimo anno tuttavia, le conseguenze della pandemia da Covid-19 sono state pesanti e le stime effettuate¹ sulla speranza di vita per il 2020 suggeriscono la brusca interruzione e una significativa inversione di tendenza nel processo di costante miglioramento della longevità osservato negli ultimi anni. Un cambiamento che ha interessato, almeno nella prima fase, soprattutto alcune aree del Paese particolarmente colpite dalla diffusione del virus. Infatti la speranza di vita alla nascita in un solo anno scende da 83,2 anni a 82,3 anni e i guadagni in anni di vita attesi maturati nell'ultimo decennio sono stati annullati, completamente nel Nord e parzialmente nelle altre aree del Paese (Istat, 2021a).

Allo stesso tempo il nostro Paese è caratterizzato da livelli di fecondità persistentemente bassi, tornati ai valori dell'inizio del nuovo millennio cioè 1,29 figli per donna nel 2020, dopo una lieve crescita fino a 1,46 figli nel 2010. Ne consegue una drastica riduzione della quota di giovani sul totale della popolazione e un aumento della quota di anziani.

In questo lavoro si esamina l'evoluzione dei principali indicatori di *aging* dandone un dettaglio anche territoriale per focalizzarsi sui cambiamenti che interessano l'istruzione, la partecipazione al lavoro e la salute come elementi che possono interagire con le variabili demografiche modificando l'impatto che l'invecchiamento può avere sui livelli di benessere della popolazione anziana.

2. Le tendenze demografiche recenti

La vita media in continuo aumento, da un lato, e il regime di persistente bassa fecondità, dall'altro, hanno portato, a più riprese, l'Italia ai primi posti al mondo della graduatoria dell'indice di vecchiaia (tabella 1): al 1° gennaio 2020 nella popolazione residente si contano 178,4 persone di 65 anni e oltre ogni 100 giovani con meno di 15 anni; inoltre il rapporto degli anziani sui giovani è aumentato rispetto all'inizio degli anni 2000, con un'accelerazione più forte nel Mezzogiorno, che presentava, invece, un leggero vantaggio a favore dei giovani. L'evoluzione demografica degli ultimi decenni determina un paese profondamente trasformato nella sua struttura e nelle sue dinamiche sociali e demografiche.

¹ Le stime qui presentate sono frutto dell'aggiornamento dei risultati di scenario pubblicati negli scorsi mesi sul sito Istat all'indirizzo: <https://www.istat.it/it/archivio/241844>, a cui si rinvia per gli approfondimenti di natura metodologica.

Alle sfide che la globalizzazione, la recessione economica e, non da ultima, la crisi sanitaria subentrata con la pandemia da Covid-19, impongono ai sistemi paese, l'Italia si presenta con una struttura per età fortemente squilibrata, in termini di rapporto tra popolazione giovane ed anziana.

Tabella 1 - Principali indicatori della dinamica demografica per ripartizione geografica. Anni 2002 e 2020

	Speranza di vita all'età*				Tasso di fecondità totale*	Struttura per età			Indice di dipendenza anziani	Indice di vecchiaia	Età media
	Maschi		Femmine			0-14 anni	15-64 anni	65 anni e oltre			
	0	65	0	65							
2002											
Nord	77,2	16,8	83,3	21,1	1,23	12,7	67,4	20,0	29,6	157,4	43,4
Centro	77,7	17,2	83,3	21,0	1,20	12,9	66,8	20,3	30,4	157,5	43,3
Sud	77,0	16,8	82,3	20,2	1,33	16,8	66,9	16,3	24,3	96,9	39,4
Italia	77,2	16,9	83,0	20,8	1,27	14,2	67,1	18,7	27,9	131,7	41,9
2020											
Nord	81,4	19,6	85,8	22,9	1,34	12,9	63,1	24,0	38,0	185,4	46,2
Centro	81,6	19,8	85,7	22,9	1,25	12,7	63,5	23,8	37,5	187,7	46,3
Sud	80,4	19,1	84,7	22,1	1,26	13,2	65,1	21,7	33,2	164,0	44,6
Italia	81,1	19,5	85,4	22,6	1,29	13,0	63,9	23,2	36,2	178,4	45,7

* al 2019.

Dipendenza anziani (indice di): rapporto tra popolazione di 65 anni e più e popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100.

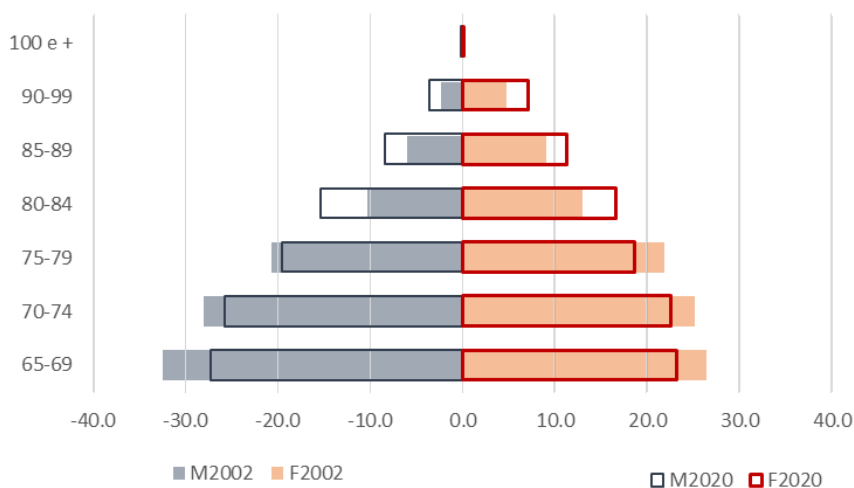
Vecchiaia (indice di): rapporto tra popolazione di 65 anni e più e popolazione di età 0-14 anni, moltiplicato per 100.

Fonte: Istat, Tavole di mortalità; Iscritti in anagrafe per nascita; Popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile.

La popolazione anziana al 1° gennaio 2020 sfiora i 14 milioni di persone (13.859.090): prevalgono gli anziani più giovani cioè la popolazione 65-74 che ammonta a quasi 6 milioni e 800mila, mentre i 75-84enni sono circa 4,875 milioni e 2,188 milioni sono ultra-85enni, i cosiddetti «grandi anziani». Questi ultimi sono quelli che hanno avuto la maggior crescita rispetto al 2002 (incremento del 78%, contro il 37% dei 75-84enni e il 15% dei 65-74enni) e anche quelli in cui la componente femminile è maggioritaria (due su tre, contro il 57% tra i 75-84enni e 53% tra i 65-74enni). La piramide delle età anziane consente di cogliere gli effetti delle dinamiche che hanno alimentato e depauperato tale popolazione negli ultimi due decenni (figura 1). In particolare la crescente

longevità ha prodotto una espansione del vertice che riguarda la popolazione ultra-80enne. Del resto la speranza di vita a 65 anni è elevata e ha continuato a crescere rispetto all'inizio del millennio: nel 2020 alla soglia dell'età anziana si stimano 19,5 anni di vita residua per gli uomini e 22,6 anni per le donne, con un ritmo di crescita maggiore per i primi ma non tale da colmare il divario con le coetanee (+2,4 anni guadagnati dall'inizio del secolo dagli uomini anziani rispetto a +1,8 anni per le anziane). Ciò rende il rapporto di mascolinità (% uomini su donne) crescente al di sotto del punto di equilibrio tra le due componenti ma sempre a vantaggio di una maggior quota di donne rispetto ai coetanei uomini (SexRatio passa dal 49% nel 2002 al 60% nel 2020). Inoltre al crescere dell'età anagrafica lo squilibrio si acuisce per la preponderanza della componente femminile in ciascuna fascia d'età.

Figura 1 - Piramidi delle età delle persone di 65 anni e più. Anni 2002 e 2020 (valori percentuali)



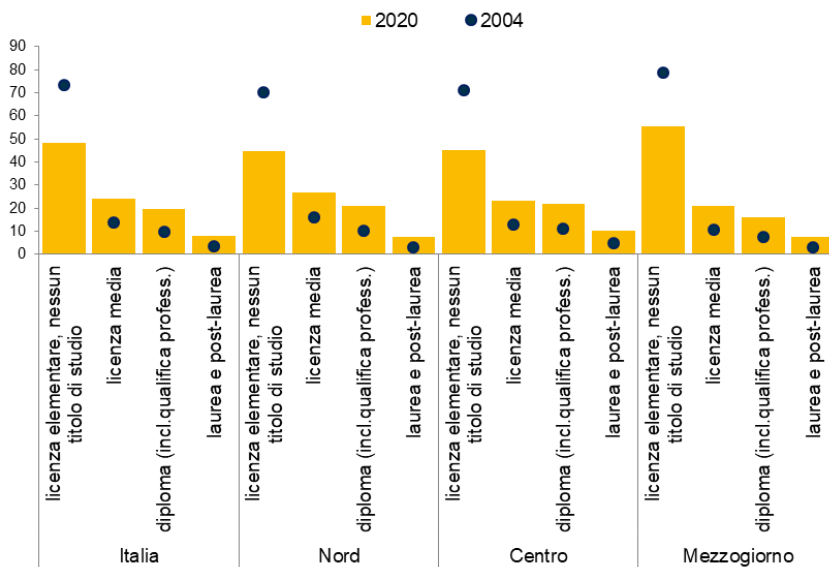
Fonte: Istat, Ricostruzione della popolazione intercensuaria - Popolazione al 1° gennaio.

3. Istruzione, condizioni di lavoro e di salute

Il livello di istruzione è una determinante fondamentale di tutti i comportamenti socio-demografici e delle condizioni economiche degli individui; un titolo di studio elevato può, da un lato, garantire, durante la

vita attiva, una maggiore protezione in termini occupazionali e un vantaggio retributivo più alto che si riflettono, durante la vita da anziano/a, in migliori condizioni economiche, dall'altro, si associa a migliori stili di vita che possono incidere positivamente sull'allungamento della vita media o il miglioramento della sua qualità (Istat, 2020a).

Figura 2 - Persone di 65 anni e più per livello di istruzione e ripartizione. Anni 2004 e 2020 (valori percentuali)



Fonte: Istat, Rilevazione sulle Forze di lavoro.

La distribuzione degli anziani rispetto al titolo di studio posseduto sta cambiando molto rapidamente, riflettendo gli avanzamenti in termini di investimento in formazione osservati nel corso delle generazioni passate (Aisp, 2019; figura 2): nell'arco di quasi due decenni si è passati da una situazione in cui la stragrande maggioranza degli anziani raggiungeva appena la licenza elementare a una in cui ciò riguarda meno di un anziano su due. Infatti, sono diminuiti molto profondamente gli anziani poco istruiti con licenza elementare (dal 73% al 48%), sono aumentati quelli con licenza media, sono raddoppiati, ma su livelli più bassi, quelli con diploma superiore e, infine, sono più che raddoppiati, ma ancora su livelli particolarmente bassi, quelli con laurea o oltre (meno di uno su dieci). Le differenze territoriali sono però ampie segnalando un maggiore arretratezza del Mezzogiorno, dove, nonostante gli avanzamenti,

più di un anziano su due ha ancora un livello di istruzione pari a elementare. Il divario tra il livello di istruzione del centro-nord e il Mezzogiorno aumenta per via del più lento cambiamento nel Mezzogiorno. Anche le differenze di genere sono rilevanti. Gli uomini anziani possiedono un titolo di studio mediamente più alto di quello delle anziane in tutte le zone del Paese, ma nel Mezzogiorno le differenze di genere sono più ampie che altrove per i livelli di studio bassi (due anziane su 3 possiedono la licenza elementare cioè 18,5 punti percentuali di differenza a vantaggio degli uomini, rispetto ad una differenza media di 16,5 punti percentuali) e anche per i livelli medi (9,4 punti di distanza a vantaggio dei uomini, rispetto a 6,3 punti nella media), ma si equiparano alle altre zone tra diplomati e diplomate (circa 6 punti percentuali) e sono, invece, più contenute che altrove per i titoli di studio universitari (2,8 punti di distanza tra uomini e donne nel Mezzogiorno rispetto a 3,5 punti nella media nazionale).

Poco più di 600 mila anziani sono occupati nel 2020, cioè il 9,1% della popolazione 65-74 anni, due terzi dei quali sono uomini. La partecipazione al mercato del lavoro, legata anche alle riforme del sistema pensionistico e all'aumento dell'età pensionabile, continua anche oltre i 65 anni (Istat, 2020b, 2020c). Così la condizione di occupato, tra gli anziani è andata crescendo costantemente sia tra gli uomini che, su livelli inferiori, tra le donne. Per queste ultime occorre anche ricordare che entrano nell'età anziana le generazioni di donne che hanno sperimentato in misura via via crescente, nel corso della vita, un'esperienza di lavoro, avvicinandosi dunque al modello maschile di partecipazione al mercato del lavoro. Gli uomini anziani erano occupati nell'8,3% dei casi nel 2004 e sono passati al 12,3% nel 2020, mentre le anziane sono cresciute da 2,0% al 5,9%. L'incremento nella quota di occupati si registra anche nel sottoinsieme degli ultrasessantenni: gli uomini occupati dal 5,5% al 6,5% e le donne dall'1,2% al 2,2%.

Nonostante l'incremento negli ultimi vent'anni, gli anziani continuano a rappresentare un segmento di popolazione in cui l'alfabetizzazione nelle nuove tecnologie è particolarmente scarsa. Nel 2020 hanno usato internet almeno una volta a settimana nei 3 mesi precedenti l'intervista il 44% tra le persone di 65-74 anni e il 12,9% degli ultrasessantacinquenni (erano rispettivamente il 2,8% e lo 0,7% nel 2005), una quota molto inferiore rispetto al totale della popolazione di 11 anni più (69,2%, era il 25,8); in questi segmenti di utilizzatori meno assidui si registrano però gli incrementi più significativi rispetto all'anno precedente, dovuto anche all'accelerazione determinata dalla crisi pandemica (Istat, 2021a).

La diffusione di cellulari e smartphone, che in molti casi rappresentano l'unica modalità di connessione, ha facilitato l'utilizzo di internet anche tra gli anziani, ma se si considerano le famiglie che dispongono di connessione a internet e di almeno un computer, le famiglie di soli anziani appaiono particolarmente svantaggiate: solo il 30,2 contro il 66,7% delle famiglie nel 2020.

Le condizioni di salute e la disabilità sono sicuramente due criticità che contribuiscono a complicare il quadro sino ad ora descritto. Il rischio di patologie croniche gravi – che comportano una progressiva perdita di autonomia e qualità della vita – cresce all'aumentare dell'età e il legame non è lineare (Istat, 2019). La maggiore sopravvivenza, quindi, si accompagna a una più elevata esposizione a malattie di natura cronico-degenerativa. Nel tempo però sono stati realizzati avanzamenti significativi in campo medico con progressi nelle possibilità di diagnostica e cura di molte patologie e, come visto, le coorti che arrivano alla vecchiaia sono sempre più istruite. L'istruzione si associa a longevità e migliore stato di salute, anche grazie a stili di vita più salutari. Attraverso questi due canali si propagano effetti positivi che, a parità di età, possono comportare per le generazioni che si susseguono minori rischi di salute.

La sintesi di questi cambiamenti e il loro effetto netto è catturato dalle attese degli anni in buona salute. Il dato del 2019 indica che rispetto a dieci anni fa ci si può attendere di vivere in media 1,8 anni in più, tutti e anche di più in buona salute (il miglioramento per quest'indicatore è di due anni pieni) (tabella 2).

Tabella 2 - Speranza di vita e speranza di vita in buona salute. Anni 2009-2020

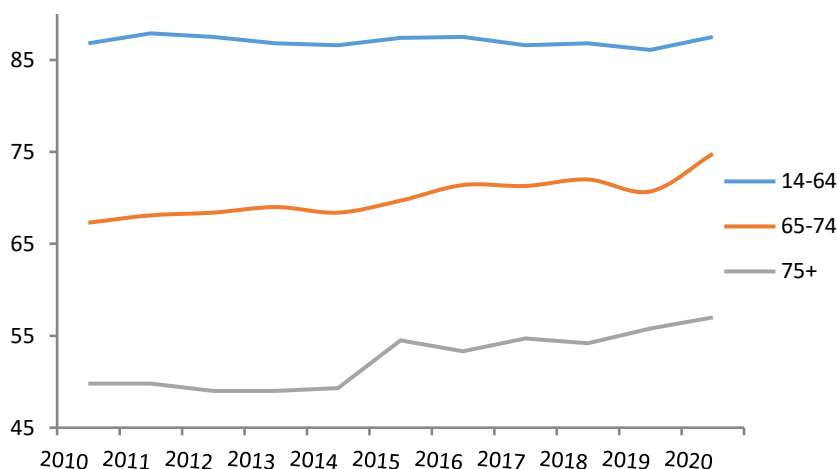
Anno	Speranza di vita	Speranza di vita in buona salute
2009	81,4	56,4
2010	81,7	57,7
2011	81,9	58,2
2012	81,9	58,5
2013	82,2	58,2
2014	82,6	58,2
2015	82,3	58,3
2016	82,8	58,8
2017	82,7	58,7
2018	83,0	58,5
2019	83,2	58,6
2020	82,3*	-

* Stima.

Fonte: Istat, Rapporto Bes.

Questi progressi sembrano riverberarsi sulle percezioni individuali (figura 3). In pochi anni la scala delle valutazioni soggettive sulla salute per gli anziani si è spostata verso votazioni su livelli alti, mentre ormai si è tendenzialmente stabilizzata quella del resto della popolazione. Nel 2020 il 75 per cento della prima classe di anziani (65-74 anni) e quasi il 60 per cento di chi ha almeno 75 anni si è dichiarato abbastanza o molto soddisfatto del proprio stato di salute e il gap rispetto ai più giovani su questa dimensione è migliorato.

Figura 3 - Soddisfazione per la salute. Anni 2010-2020 (% molto o abbastanza soddisfatti)



Fonte: Istat, Rapporto Bes.

Lo shock da Covid-19 potrebbe, però, modificare andamenti e posizioni relative tra classi di età di questi indicatori. È presumibile, infatti, che dopo una prima fase di relativizzazione delle percezioni nella quale le valutazioni circa il proprio stato di salute non sono peggiorate, gli indicatori soggettivi risentano degli effetti della pandemia sul rischio mortalità. L'impatto del Covid si è concentrato, come noto, proprio sul segmento più anziano della popolazione. Pochi dati per darne l'immediata evidenza: l'eccesso dei decessi dell'anno 2020, rispetto alla media degli anni 2015-2019, è dovuto per ben il 76,3% all'incremento delle morti della popolazione con 80 anni e più, in totale nel 2020 sono decedute 486.255 persone di 80 anni e oltre (76.708 in più rispetto al quin-

quennio precedente). L'incremento della mortalità nella classe di età 65-79 anni spiega un altro 20% dell'eccesso di decessi dell'anno 2020; in termini assoluti l'incremento per questa classe di età, rispetto al dato medio degli anni 2015-2019, è di oltre 20 mila decessi (per un totale di 184.708 morti nel 2020) (Istat-Iss, 2021).

RPS

Maria Cozzolino, Romina Fraboni e Linda Laura Sabbadini

4. Il contesto abitativo degli anziani

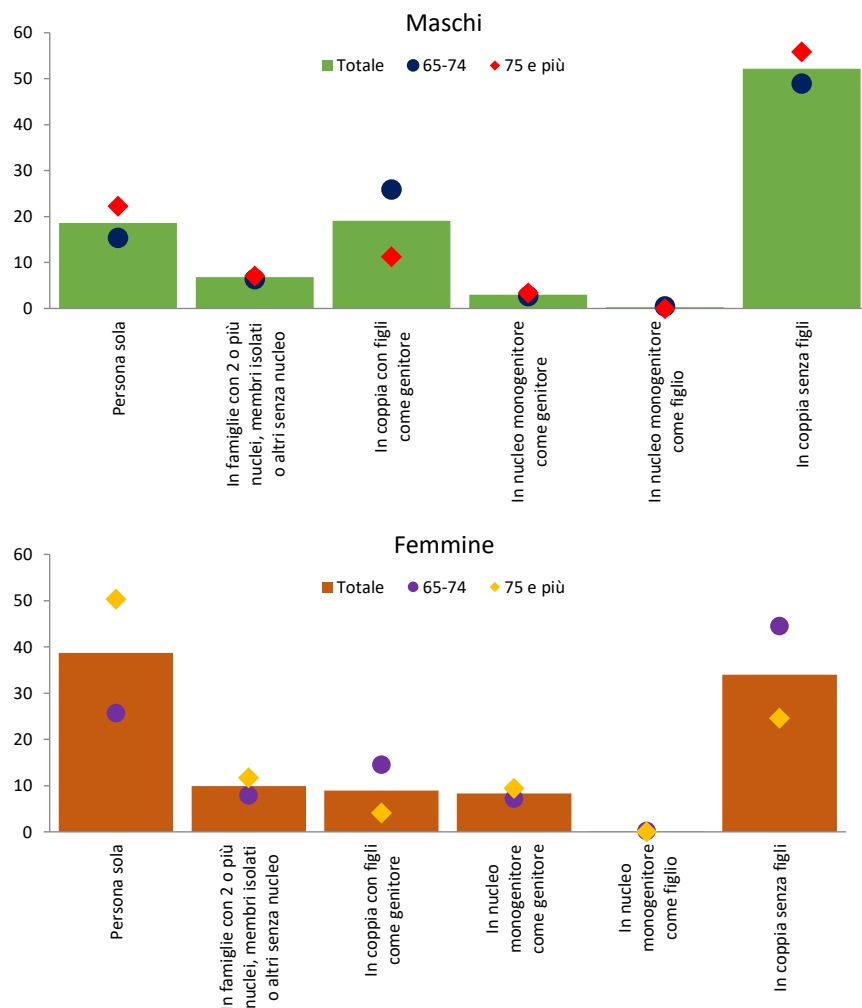
Il contesto abitativo degli anziani si intreccia con gli aspetti della vita relazionale, dell'autonomia decisionale e delle condizioni di salute. La maggior parte degli anziani vive in famiglia² e, l'aumento della sopravvivenza nella popolazione anziana fa aumentare la proporzione di anziani coniugati e diminuire quella di vedovi, con importanti differenze di genere, tenuto anche conto dello scarto d'età al matrimonio. Mentre gli uomini anziani coniugati, nell'arco di due decenni, aumentano leggermente partendo da livelli già molto elevati (da 78,9% del 2001 a 79,3% del 2020), le anziane coniugate passano dal 40,1% al 48,7%. Inoltre, al censimento del 2001, tra le anziane era prevalente la quota di vedove rispetto alle coniugate, mentre al 1° gennaio 2020 le coniugate superano le vedove grazie all'aumentata sopravvivenza, soprattutto degli uomini.

Conseguentemente il contesto familiare degli anziani riflette i cambiamenti dettati dall'allungamento della vita media, dalla posticipazione dell'uscita dalla famiglia di origine dei giovani e dalla differenza d'età tra partner, oltre che dalle migliori condizioni di salute della popolazione anziana (figura 4).

A tutte le età gli uomini, sia perché meno colpiti dalla vedovanza, sia perché meno propensi a restare soli una volta rimasti vedovi, vivono in famiglie più numerose delle donne (2,4 componenti la famiglia contro 2,1 tra 65 e 74 anni e 2,1 contro 1,7 tra gli ultra-75enni). Rispetto al 2001-2002 è lievemente diminuito il numero medio dei componenti delle famiglie di anziani.

² Il fenomeno dell'istituzionalizzazione degli anziani è poco diffuso nel nostro Paese: 287 mila anziani vivono ospiti nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari (2017). Forti le disparità territoriali e per sesso, essendo l'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti maggiormente diffusa al nord del Paese e in particolare tra le donne. Inoltre il tasso cresce all'aumentare dell'età per i non autosufficienti: da 355,8 tra 65-74 anni a 6.078,2 per 100.000 residenti tra gli ultra-84enni, mantenendo analoghe differenze territoriali.

Figura 4 - Anziani per contesto familiare, sesso e classe di età (per 100 persone della stessa classe di età e sesso). Media 2018-2019



Fonte: Istat, Aspetti della vita quotidiana.

Il contesto familiare di anziane e anziani è differente ed evolve a seconda della fascia d'età. Per gli uomini è preponderante vivere in coppia senza figli, cioè nella cosiddetta fase del «nido vuoto» (uno su due tra i 65-74 anni che sale al 55,9% tra gli ultra-75enni, in entrambi i casi stabili rispetto all'inizio del millennio). Inoltre tra gli uomini anziani più giovani (65-74 anni) uno su quattro vive in coppia con figli e il 15% è una

persona sola, ma, tra gli ultrasessantacinquenni questa situazione si ribalta con una maggior quota di persone sole (22,3% contro 11,3% che vive in coppia con figli); in entrambe le fasce d'età gli uomini anziani soli sono in aumento, mentre quelli in coppia con figli diminuiscono tra i 65-74enni e sono stabili tra gli ultrasessantacinquenni. Infine gli anziani in famiglie senza nucleo o membri aggregati ad altri nuclei o monogenitori sono una quota ridotta (10%), senza differenze tra le due fasce d'età.

Tra le anziane, invece, la maggioranza è costituita da donne che, nella fascia d'età 65-74, vivono in coppia senza figli (44,5%, in crescita rispetto al 2000-2001 quando erano il 39,1%), o sole (una su quattro, in diminuzione dal 28,6% del 2000-2001), mentre nella fascia d'età successiva la situazione abitativa delle ultrasessantacinquenni è ribaltata (una su due vive sola, una quota stabile, rispetto all'inizio del millennio e una su quattro è in coppia senza figli, in crescita da 19,2%). Analogo il peso delle monogenitrici nelle due classi d'età e stabile nel tempo (8% circa). In diminuzione le anziane che vivono come membri aggregati ad altri nuclei o in famiglie con due o più nuclei (9,9%, erano il 13,7%).

I rapporti intergenerazionali, che caratterizzano il nostro Paese, si mantengono lungo tutte le fasi del ciclo di vita, anche quando gli anziani vivono da soli. Tre anziani soli su quattro hanno figli non coabitanti. Nella metà dei casi il figlio più vicino abita nello stesso caseggiato o comunque nel raggio di 1km di distanza, nel 23,7% dei casi nel resto del comune, nel 14,5% al di fuori del comune ma entro 50 km e nel 9,4% oltre 50 km. Per gli anziani soli, i contatti con i figli sono quotidiani nella metà dei casi, e nel 35,4% avvengono almeno una volta a settimana, più raramente nel 12,9% dei casi, quota che scende al 10% tra i soli ultrasessantacinquenni (Istat, 2020c).

5. Le reti familiari: relazioni sociali e aiuti

Nel nostro Paese, le dinamiche demografiche di allungamento della sopravvivenza e riduzione della fecondità in atto da diverso tempo, plasmano la struttura della famiglia secondo una forma stretta e lunga, cioè con un minor numero di individui della generazione più giovane, un numero di anziani della generazione apicale con età sempre più avanzata e un minor numero di individui nella fascia d'età centrale. Ciò determina la compresenza di più generazioni, con distanze d'età anche molto elevate tra loro, tra le quali i contatti e i legami, basati anche sullo

scambio concreto di aiuti al di fuori delle mura domestiche, assumono un ruolo di rilievo particolare (Ongaro, 2002).

5.1 Relazioni sociali

RPS

CONDIZIONI DI VITA DEGLI ANZIANI ALLE SOGLIE DELLA PANDEMIA

La rete di sostegno è costituita in primo luogo dalla rete di parentela, la cui dimensione, calcolata combinando numero di parenti stretti (quali nonni, genitori, fratelli, figli e nipoti, coabitanti e non) e numero di altri parenti su cui l'individuo dichiara di poter contare, ha subito una contrazione tra il 1998 e il 2016 per effetto delle trasformazioni demografiche (Istat, 2018). Il numero medio di parenti stretti ha un picco nella popolazione anziana, in particolare per gli ultra-75enni, i quali hanno in media 6,3 individui, contro una media di 5,4 parenti stretti. Rispetto alla fine del secolo scorso, quando gli anziani ultra-75enni raggiungevano circa 7 parenti stretti in media, è diminuito, per il protrarsi della bassa fecondità negli anni, il numero di figli e nipoti che non è compensato dalla presenza di collaterali e ascendenti (fratelli, sorelle e genitori) a causa dell'età. Al contrario per i più giovani con meno di 25 anni, il numero medio di parenti stretti è in aumento grazie alla maggiore percentuale di individui con nonni sopravvissuti alle età avanzate.

Se si estende un po' il concetto di cerchia di relazioni sociali all'insieme delle persone su cui contare oltre a genitori, figli, fratelli e sorelle, nonni e nipoti, emerge che, la popolazione anziana, dispone di una rete meno ampia e caratterizzata da minori frequentazioni. Il numero medio di altri parenti su cui contare è stabile rispetto al 1998 e al di sotto dell'unità per gli anziani (contro 1,9 in media). Infatti nel 2016 il 36% degli anziani ha persone su cui contare, cioè meno di quanto riscontrato in media sulla popolazione di 14 anni e più (45,8%). Inoltre il 43,0% degli anziani ha amici su cui contare (contro il 62,2%) e vedono questi amici almeno una volta settimana nel 70,5% (contro il 73,4% della popolazione di 14 anni e più). Del tutto analogo invece alla media della popolazione di 14 anni e più è il numero di anziani che hanno vicini su cui contare (quasi 30% ha una sola persona o famiglia su cui contare e il 21% ne ha più di una nel vicinato). Nell'eventualità di un aiuto economico concreto e in condizioni di urgenza solo il 35% degli anziani sente di poter ricevere supporto (10 punti percentuali al di sotto della media della popolazione).

La soddisfazione per le relazioni familiari degli anziani è diminuita al di sotto della media totale a partire dal 2013-2014 (molto soddisfatti per le relazioni familiari circa il 30% degli anziani contro 33,4% in media

nel 2019). La soddisfazione per le reti amicali, su livelli più bassi rispetto a quella per le relazioni familiari, è, da sempre, per gli anziani inferiore alla media (19,4% tra 65 e 74 anni e 14,3% per gli ultra-75enni contro 23,0% in media nel 2019).

La fiducia generalizzata, cioè il grado di fiducia che le persone sono disposte ad accordare ai loro concittadini è molto bassa tra gli anziani rispetto al resto della popolazione, anche se in leggera crescita negli ultimi anni. La popolazione anziana risulta diffidente verso gli individui al di fuori della rete familiare e così nel 2019 il 22,7% dei 65-74enni pensa che la gran parte della gente sia degna di fiducia, 18,4% tra gli ultra-75enni rispetto al 23,9% in media.

5.2 Care-givers

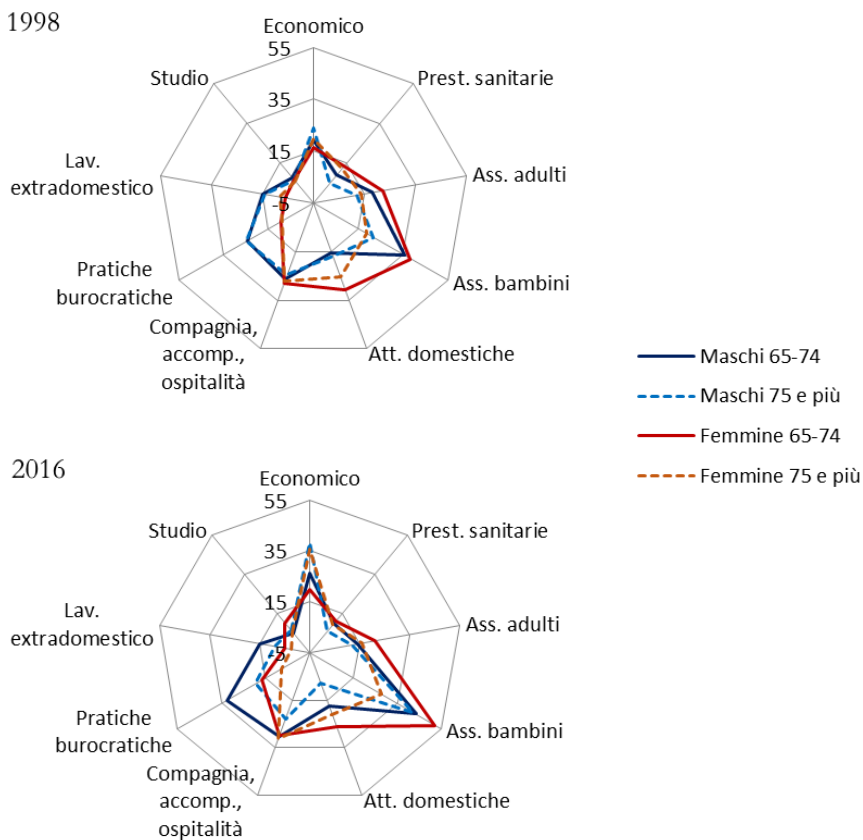
Nella vita quotidiana degli individui, e in particolare degli anziani, la rete familiare è uno dei principali elementi in grado di garantire un adeguato livello di qualità della vita. Infatti spesso i familiari costituiscono un punto di riferimento sia nell'ambito relazionale che in quello di concreta assistenza verso gli individui più fragili, soprattutto in un Paese, come l'Italia, caratterizzato da un sistema di welfare debole e fortemente centrato sul ruolo attivo della famiglia. Gli anziani, in questo ambito, giocano un ruolo cardine perché, quando ancora in buone condizioni di salute sono in grado di distribuire aiuti informali gratuiti, o anche, quando hanno condizioni economiche non critiche, offrono sostegno economico alle famiglie e agli individui più vulnerabili. Quando invece, soprattutto nelle età più avanzate, le condizioni di salute peggiorano o le condizioni abitative si fanno più difficili (ad esempio restano soli in casa), gli anziani diventano ricettori di aiuti informali dalle famiglie circostanti. In generale non c'è un passaggio netto da una condizione all'altra ma è indubbio che il ruolo attivo degli anziani è andato rafforzandosi nel corso degli anni passati. I *care-givers* di 65 anni e più, cioè gli anziani che offrono aiuto gratuito a persone non coabitanti (come ad es. prestazioni sanitarie, assistenza o accudimento bambini o anziani, svolgimento di pratiche burocratiche, compagnia, accompagnamento e ospitalità, aiuti economici, ecc.) sono infatti tra gli uomini 65-74 anni il 36,4% nel 2016, raddoppiando dal 18,9% del 1998, ed equiparando i livelli le donne (35,8% nel 2016, erano il 23,1% nel 1998). Nella classe d'età successiva, dove diventa più oneroso prestare aiuto gratuito a persone non coabitanti, i *care-givers* scendono al 20,2% tra gli uomini ultra-75enni e al 17,5% tra le donne ma sono comunque in forte

RPS

Maria Cozzolino, Romina Fraboni e Linda Laura Sabbadini

crescita rispetto agli ultrasettantacinquenni del 1998 (erano rispettivamente il 13,2% e il 10,9%).

Figura 5 - Persone di 65 anni e più che nelle ultime quattro settimane hanno dato almeno un aiuto gratuito a persone non coabitanti per tipologia dell'aiuto, sesso e classe di età. Anni 1998 e 2016



Fonte: Istat, indagine famiglia e soggetti sociali.

Parallelamente all'invecchiamento della popolazione, anche l'età media dei *care-givers* è andata crescendo: nel 2016 in media hanno 49,5 anni gli uomini (+3,2 anni rispetto al 1998) e 50,2 anni le donne (+2,7 anni rispetto al 1998). Sebbene nelle reti di aiuto informale le donne siano, da sempre, maggiormente coinvolte rispetto agli uomini come *care-givers* raggiungendo un picco nell'età 55-64 anni, nell'età anziana il contributo delle due componenti tende ad eguagliarsi tra uomini e donne fino a 74

anni mentre, in seguito, il contributo dei primi supera leggermente quello delle seconde.

I modelli di aiuto erogati si differenziano non solo in base all'età del *care-giver* (tra i più anziani ad es. a prevalere è l'aiuto economico mentre si riduce quello di assistenza a bambini, adulti e per lo svolgimento di attività domestiche) ma anche in base al sesso (figura 5). Se le anziane sono maggiormente rivolte ad erogare aiuti alla cura della persona (assistenza bambini, adulti, attività domestiche, prestazioni sanitarie), gli anziani spiccano invece per gli aiuti per lo svolgimento di pratiche burocratiche o per il lavoro extra-domestico. In pari misura anziane e anziani si dedicano ad attività di compagnia, accompagnamento e ospitalità.

5.3 Gli aiuti ricevuti dalle famiglie

Le reti di aiuto informale sono espressione di legami intergenerazionali particolarmente forti in tutte le fasi del ciclo di vita e in grado di apportare un contributo ai diversi bisogni che via via possono insorgere, quali la necessità di assistere bambini o anziani, prestare compagnia, accompagnare o dare ospitalità, espletare pratiche burocratiche o svolgere attività domestiche, dare un sostegno economico, effettuare prestazioni sanitarie, aiutare nello studio o nel lavoro³.

Le famiglie si avvalgono in misura differente del sostegno proveniente, a titolo gratuito, da persone non coabitanti: si tratta per la maggior parte di aiuti erogati da familiari e parenti non coabitanti, ma anche, in minor misura, di amici e vicini. Le famiglie con anziani ricevono sostegno dalla rete informale in misura analoga alla media delle famiglie (16% nel 2016). Il ventaglio di aiuti di cui usufruiscono le famiglie di anziani è articolato e rivolto a soddisfare le specificità di questa fascia d'età della popolazione: tali famiglie innanzitutto ricevono, in misura superiore alla media delle famiglie aiutate, compagnia, accompagnamento e ospitalità e aiuti per attività domestiche (45% entrambe contro rispettivamente 25,5% e 33,2% della media delle famiglie), o per espletamento di pratiche burocratiche (44,1% contro 23,9%), aiuti diretti per l'assistenza di adulti (34,2% contro 15,9%) e, infine, aiuti per prestazioni sanitarie (30,6% contro 17,6%). In misura inferiore alla media delle famiglie aiutate, invece, ricevono aiuti economici (10,7% rispetto al 21,3%) e sotto forma di cibo, vestiario (5 rispetto al 9,5%).

³ Per un'analisi relativa alle attività di cura erogate verso un familiare convivente si veda Istat, 2019, cap. 1.

L'estensione della rete di aiuto informale si amplifica secondo un gradiente che dipende dalle condizioni di difficoltà delle famiglie con anziani e dalla capacità di attirare aiuti da fuori le mura domestiche: gli aiuti ricevuti si intensificano quando nelle famiglie con anziani sono presenti delle forme di disabilità, ma sempre secondo le stesse direttrici (Istat, 2019). Infatti, quando subentrano le gravi limitazioni nell'autonomia, raddoppia la quota di famiglie anziane assistite: nel 35,6% dei casi ricevono aiuti gratuiti da persone non coabitanti. Così ad esempio nelle famiglie con anziani con gravi limitazioni l'assistenza ad adulti sale al 59,5%, la compagnia, accompagnamento e ospitalità al 56,2%, attività domestiche e pratiche burocratiche al 50% circa e prestazioni sanitarie al 40,9%.

Le famiglie con anziani sono in grado di attivare una rete di sostegno dalle maglie più fitte della media delle famiglie, poiché sono ricettrici di una molteplicità di aiuti. Mentre in media le famiglie che ricevono aiuti ne ricevono 1,9, il sostegno alle famiglie con anziani attiva 2,3 aiuti che salgono a 2,9 aiuti quando nella famiglia l'anziano ha anche gravi limitazioni della propria autonomia.

Se si considerano gli aiuti offerti dal mercato di cui si avvalgono a pagamento le famiglie con anziani, emerge che vi fanno ricorso il 15,2% di queste famiglie, che sale al 30,4% quando l'anziano presenta gravi limitazioni della propria autonomia una quota ben superiore alla media (10,1% del totale delle famiglie). Si tratta di servizi retribuiti per le faccende domestiche o per l'assistenza diretta alle persone (anziani o disabili) che vengono in parte erogati da cittadini stranieri. Una parte del sostegno alle famiglie con anziani proviene, infine, dal settore pubblico o istituzionale: questo tipo di supporto comprende sia aiuti economici sia prestazioni non sanitarie di aiuto e assistenza a domicilio erogati dal Comune, da istituti di beneficenza o enti, oppure prestazioni sanitarie a domicilio erogate da Asl o cooperative convenzionate. Il sostegno proveniente dal settore pubblico alle famiglie è, purtroppo, minoritario rispetto al sostegno ricevuto in modo informale o a pagamento e nelle famiglie con anziani raggiunge l'8,6% (contro il 7,1 della media delle famiglie). In presenza di gravi problemi di autonomia l'aiuto proveniente dal settore pubblico sale al 25,8% delle famiglie con anziani (contro il 7,1% della media).

Nelle varie fasi del ciclo di vita familiare, e dunque anche nella fase anziana e all'insorgere di difficoltà, a seconda delle diverse esigenze espresse, si attiva attorno alle famiglie una importante rete di sostegno informale, affiancata dal ricorso a servizi a pagamento offerti dal mer-

cato e dal sostegno proveniente dal settore pubblico. Le famiglie con anziani complessivamente raggiunte da una qualunque forma di aiuto o sostegno sono il 30,5%, una quota che sale al 58,9% se ci si concentra sulle famiglie potenzialmente più bisognose di aiuto come quelle con un anziano gravemente limitato. Eppure oltre il 40% delle famiglie in questa condizione non è raggiunta da alcun tipo di aiuto.

Complessivamente il 22,4% delle famiglie con almeno un anziano si avvale di una sola tipologia di aiuto (informale, privata o pubblica) mentre l'8,1% ricorre a 2 o più fonti nel corso dell'anno. Ma questa configurazione di aiuti muta in presenza di condizioni di disabilità dell'anziano, probabilmente in ragione della pluralità dei loro bisogni: il 32,4% delle famiglie con anziano gravemente limitato riceve aiuti da una sola tipologia di fonte ma il 26,6% usufruisce di un mix di aiuti in misura assai maggiore di quanto registrato nelle famiglie in media (21,9% una sola fonte di provenienza e appena 5,6% una pluralità di fonti).

6. *Verso il pensionamento: le condizioni economiche degli anziani*

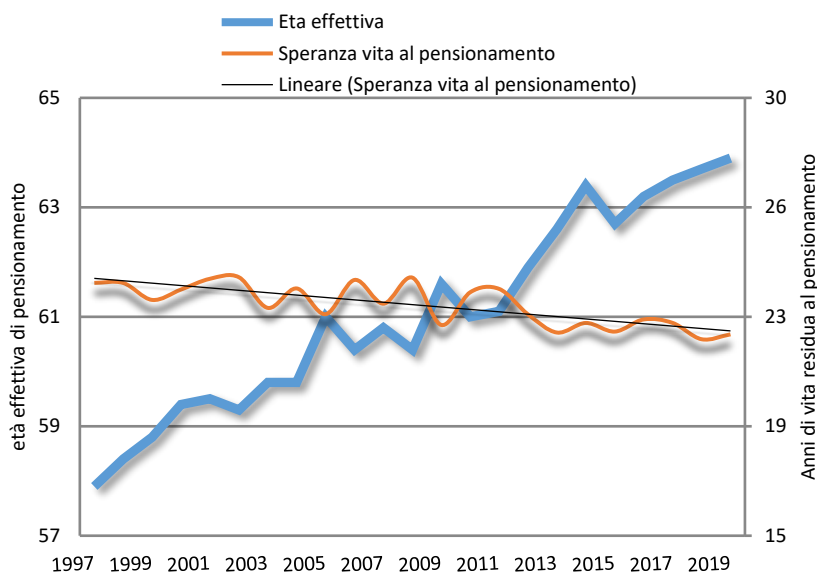
Le riforme del sistema pensionistico realizzate a partire dagli inizi degli anni '90 con l'obiettivo di adattare il sistema ai cambiamenti demografici hanno agito usando le tre leve possibili: aumento delle aliquote per il finanziamento, contenimento del numero dei pensionati, regole di calcolo meno generose. L'inasprimento dei requisiti – anni di contribuzione minima ed età pensionabile – necessari per il pensionamento ha ritardato progressivamente l'uscita dalla fase attiva possibile ad età via via più elevate con riflessi sulla durata del pensionamento. La figura 6 mostra l'andamento negli ultimi venti anni dell'età media alla quale sono andati in pensione per vecchiaia o anzianità lavoratori e lavoratrici del settore privato assicurati presso l'Inps – retta blu. Sono le coorti dei nati tra la fine degli anni '30 e la metà degli anni '50 che hanno oggi tra gli ottanta e i sessantacinque anni (Istat, 2021b).

Si noti che le oscillazioni sono dovute al fatto che la retta riproduce una media tra la quiescenza per vecchiaia e quella per anzianità, gli inasprimenti dei requisiti hanno portato nei vari anni a flussi con combinazioni diverse tra le due tipologie di pensionamento: negli anni in cui sono stati relativamente più numerosi i pensionamenti per anzianità le uscite avvengono ad età relativamente più basse e questo rende meno lineare il percorso di innalzamento dell'età di quiescenza.

Nel periodo si è passati da circa 57 anni a quasi 64 anni (linea blu in

figura 6), un aumento di sei anni a cui corrisponde però una riduzione, per effetto dei guadagni di speranza di vita che si sono registrati nel periodo, della durata attesa della quiescenza (retta arancione) di meno di due anni. Da notare la brusca accelerazione dell'incremento dell'età di quiescenza che è seguita alla legge di revisione del sistema pensionistico del 2012.

Figura 6 - Età effettiva di pensionamento in anni (scala di sinistra) e anni di vita residua al pensionamento (scala di destra). Anni 1997-2019



Fonte: elaborazione su dati Inps e Istat.

Le riforme hanno agito, come noto, anche sulle regole di calcolo della pensione e in modo differente a seconda degli anni di anzianità maturati alla fine del 1992, anno della cosiddetta riforma Amato, e nel 1995 quando è stato introdotto pienamente per i neo assunti e pro quota – ossia per le quote di pensione maturate dopo il 1995 – per chi aveva meno di 18 anni il calcolo contributivo⁴. Il passaggio al nuovo sistema,

⁴ La pensione viene calcolata non più con riferimento alle retribuzioni (un tempo solo quelle degli anni appena antecedenti la quiescenza) ma ai contributi versati, rivalutati e convertiti in rendita con coefficienti che tengono conto dell'età di ritiro e, quindi, della maggiore o minore durata del periodo in cui si percepirà la pensione.

tuttavia, è stato immediato solo per i neooccupati, mentre per chi aveva già versamenti è avvenuto pro-rata, e solo per i lavoratori con meno di diciotto anni di contributi. Solo nel 2012 il contributivo è stato esteso pro quota anche alle coorti di lavoratori meno giovani. Ad oggi, solo il 4,1% delle pensioni da lavoro vigenti sono prestazioni liquidate interamente con il sistema contributivo⁵ e circa il 14% con il sistema misto (comprese le liquidate a seguito della legge 214/2011).

Lo stock degli attuali pensionati nella maggioranza dei casi ha, quindi, un trattamento basato ancora sul sistema retributivo. Ciò che è cambiato per loro, ma in modo molto graduale, è invece il periodo di riferimento per determinare la base pensionabile. La gradualità con cui sono state introdotte le riforme combinata con la maturazione di carriere contributive più lunghe rispetto al passato – fattore che ha accresciuto l'importo delle nuove pensioni – fa sì che i neopensionati degli anni successivi al 1995 godano ancora di trattamenti non lontani dalle retribuzioni percepite negli ultimi anni di vita lavorativa⁶.

Il risultato è che negli ultimi anni, l'andamento dell'importo medio delle pensioni da lavoro ha seguito un trend crescente e presenta una dinamica molto più marcata di quella registrata dalle retribuzioni medie degli occupati. Il progressivo raggiungimento dell'età pensionabile da parte di generazioni che possono vantare carriere lavorative più lunghe e in posizioni professionali più elevate e al contempo gli effetti della crisi economica sulle opportunità lavorative e sulle retribuzioni delle coorti più giovani hanno favorito una redistribuzione dei redditi a vantaggio dei pensionati.

Quando la crisi finanziaria iniziata nel 2008 si è trasmessa all'economia reale si è immediatamente avuto un intenso e prolungato aumento della disoccupazione e un generalizzato impoverimento della popolazione attiva dovuto alla progressiva riduzione della domanda di lavoro. Come conseguenza si è modificato il profilo di rischio della povertà per età. Per anni sono stati i minori e gli anziani che soffrivano di tassi di diffu-

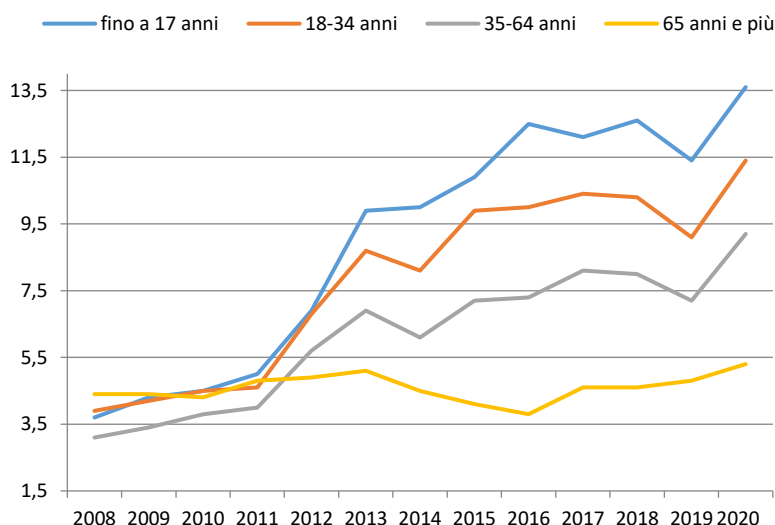
⁵ Sono essenzialmente le pensioni della gestione separata dell'Inps creata con la legge 335/1995 e quelle erogate alle lavoratrici che hanno usato come canale di pensionamento «opzione donna».

⁶ Elaborazioni basate su dati Inps relativi al maggiore fondo Inps, il Fondo pensione lavoratori dipendenti, mostrano che i tassi di rimpiazzo – calcolati come rapporto tra prima pensione e media delle retribuzioni degli ultimi cinque anni lavorati – dei lavoratori che si sono pensionati per vecchiaia e anzianità tra il 1995 e il 2015 variano tra il 70 e il 90%. Cfr. Mazzaferro e Cozzolino, 2018 e Mazzaferro e Antichi, 2018.

sione della povertà più alti mentre ora sono le fasce di età dei minori e dei giovani che presentano tassi di povertà sistematicamente più alti rispetto a quelli della popolazione anziana. Nel segmento dei cinquantenni e sessantenni si è concentrato maggiormente il rischio di perdere il lavoro, di non reimpiego e di rimanere senza un reddito da lavoro e senza una pensione, dati gli inasprimenti dei requisiti imposti dalle riforme.

Come conseguenza negli ultimi anni l'incidenza della povertà assoluta per gli anziani è rimasta sostanzialmente stabile a differenza di quanto accaduto alle classi di età più giovani (figura 7). Le persone con meno di 65 anni hanno sperimentato a partire dalla crisi del 2008 un rischio di povertà via via crescente con un primo lieve miglioramento che si è manifestato solo nel 2019 in concomitanza con l'avvio dei programmi di contrasto alla povertà. Nel 2020, tuttavia, la pandemia ha prodotto un rapido e deciso aumento della povertà, cresciuta a livello individuale secondo stime provvisorie in media di oltre 2 punti (dal 7,7% al 9,4%), aumento che si è concentrato però nuovamente sui segmenti meno anziani della popolazione.

Figura 7 - Incidenza di povertà assoluta individuale per classi di età. Anni 2008-2020 (% di persone che vivono in famiglie in povertà assoluta sui residenti)

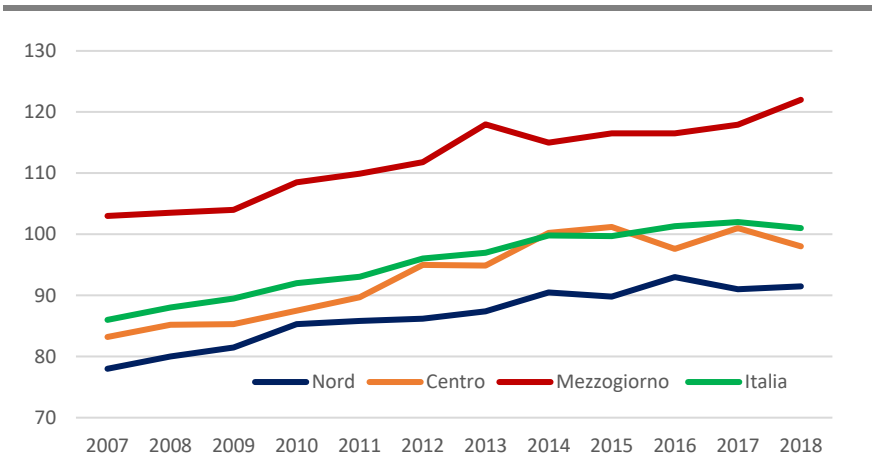


Fonte: Istat, Spesa per consumi delle famiglie.

Rimane, ovviamente, la fragilità economica dei più anziani che hanno più frequentemente redditi da pensione e complessivi bassi, spesso beneficiari di trattamenti assistenziali. Nel 2019 su sedici milioni di pensionati (a cui corrispondono 22.805.765 trattamenti) quasi il 30 per cento sono percettori di pensioni assistenziali e indennitarie⁷. Le condizioni più difficili sono quelle degli anziani che non avendo alcun pregresso contributivo o uno troppo breve per poter maturare una pensione da lavoro hanno come sola o principale fonte di reddito un trattamento assistenziale, più di due milioni di persone.

Un'altra dimensione che influisce in misura significativa sulle condizioni reddituali nella fase della quiescenza è il genere. Gli svantaggi sul mercato del lavoro – carriere più brevi e salari più bassi – si riflettono sulle pensioni delle donne. Il divario rispetto alle pensioni degli uomini ammonta per le sole prestazioni di vecchiaia – quelle sulle quali l'impatto della carriera lavorativa è diretto, al 36,1% nel 2019 (oltre 7.700 euro in media in meno) solo mitigato dal fatto che le donne hanno maggiore probabilità di cumulare più di una prestazione. Anche quando si sommano i redditi pensionistici la differenza rimane comunque significativa: circa 28% nel 2019, che equivale a 6.049 euro in meno in media rispetto agli uomini.

Figura 8 - Rapporto tra i redditi medi dei persone con almeno 65 anni e quelli delle persone fino a 64 anni di età per aree geografiche. Anni 2007-2018



Fonte: Istat, Indagine Eu-Silc; i redditi sono relativi all'anno precedente quello di indagine.

⁷ Rendite corrisposte per causa di servizio e malattia professionale.

Una conferma del miglioramento relativo della condizione economica dei più anziani negli ultimi anni arriva dai dati desumibili dall'indagine Istat Silc. Nella figura 8 si dà conto anche delle differenze territoriali del fenomeno. La forbice che si è aperta tra i redditi dei due segmenti di popolazione (over 65enni e fino ai 64 anni di età) è più accentuata nel Mezzogiorno – poco superiore a 100 prima della crisi supera il valore di 120 nel 2018 – dove le condizioni del mercato del lavoro sono state e rimangono particolarmente deboli. Il rapporto tra redditi mediiani rimane invece sotto, nel caso del Nord, o sfiora i 100 nel Centro. Assumendo un'ottica di analisi familiare, sempre i dati Silc mostrano che la presenza in famiglia di un pensionato garantisce nel 2018 un reddito medio netto familiare in linea, anzi leggermente più alto, di quello delle famiglie con tutti i componenti ancora in età attiva o comunque non percettori di pensioni (2.670 *vs* 2610 euro mensili). Il vantaggio della prima tipologia familiare rimane e si amplia quando si considera il reddito mediano equivalente (17.800 euro contro i 17.110 euro delle altre) ovvero quando si depura dalle differenze imputabili alle diverse dimensioni familiari generalmente più ampie nel caso di componenti e capifamiglia più giovani.

Tabella 3 - Redditi medi, rischio di povertà e grave deprivazione materiale per presenza di pensionati e tipologie familiari. Anno 2019, redditi 2018

Tipologia familiare	Famiglie con pensionati				Famiglie senza pensionati			
	Reddito medio	Reddito mediano	Rischio di povertà	Grave deprivazione materiale	Reddito medio	Reddito mediano	Rischio di povertà	Grave deprivazione materiale
Persona sola	18.801	15.873	20,9	9,2	18.662	17.592	28,5	10,8
Coppia senza figli	34.087	27.405	12,2	5,0	36.287	32.566	14,5	7,2
Coppia con figli	49.212	42.675	12,4	6,1	40.345	36.573	20,6	5,6
Monogenitore	33.841	31.222	15,0	10,9	24.295	22.099	32,8	12,1
Altra tipologia	46.225	39.501	15,3	7,7	32.331	31.268	32,9	14,1

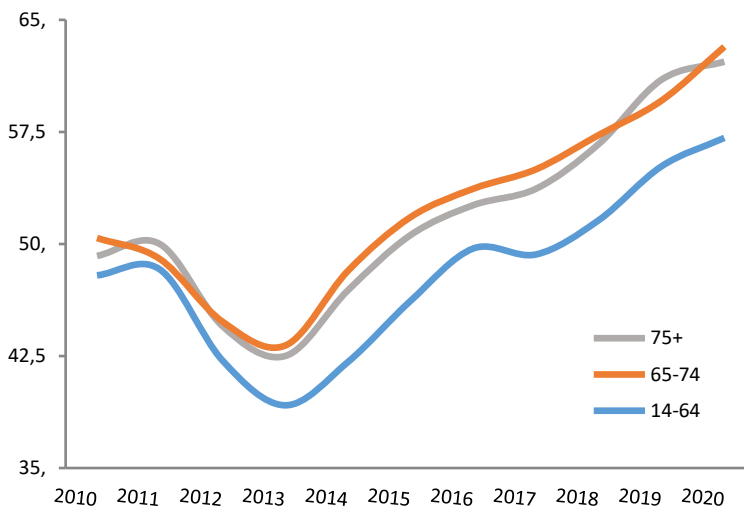
Fonte: Istat, Statistica report «Condizioni di vita dei pensionati, anni 2018-2019», 17 febbraio 2021.

Come effetto di questi andamenti le famiglie che hanno al loro interno un percettore di pensioni – che si tratti di persone sole, coppie o monogenitori – sono molto meno esposte al rischio di povertà e a quello di grave deprivazione, una misura che cattura gli effetti della scarsità di risorse finanziarie sulle condizioni di vita quotidiana.

Ci si può attendere, come indicato dalla letteratura, che un miglioramento relativo della propria condizione abbia effetto sulle valutazioni

soggettive circa la propria situazione economica e per la vita in generale (figura 9). Gli indicatori disponibili sembrano confermare questo effetto. La quota dei molto abbastanza soddisfatti nella dimensione economica della vita era all'inizio del decennio molto simile per le diverse età, ha subito un calo per effetto della grave crisi finanziaria che ha colpito l'Italia alla fine del 2011 per poi risalire e superare i valori iniziali. Nel caso dei giovani, tuttavia, il livello è sempre più basso, le oscillazioni negative nei periodi di contrazione del ciclo sono state più intense e meno accentuato il recupero degli ultimi anni. Da notare che anche nel 2020, nonostante le conseguenze particolarmente severe sull'economia del virus, la crescita dell'indicatore è proseguito riflesso, presumibilmente, di un processo di relativizzazione che ha portato a cambiamenti nel calibro delle valutazioni e a dare un peso maggiore a quello che si ha. La pandemia ha, comunque, già nell'immediato incrementato l'incertezza e la paura del futuro e questo si legge anche nel cambiamento relativo delle percezioni tra i diversi segmenti di età, la curva che riproduce i giudizi dei più anziani mostra a differenza delle altre un'attenuazione.

Figura 9 - Soddisfazione per la situazione economica (% molto o abbastanza soddisfatti)



Fonte: Istat, Rapporto Bes.

7. Conclusioni

Tra le sfide demografiche quella dell'invecchiamento è senza dubbio di rilevante portata. Il processo è destinato ad accentuarsi, sia per l'arrivo al vertice della piramide delle generazioni di *baby-boomers*, quantitativamente più consistenti e attualmente in età attiva, sia per il restringimento alla base della piramide per le generazioni più giovani legato alla prolungata denatalità. Le analisi e il dibattito sull'effetto di questo processo si è incentrato spesso sugli aspetti di sostenibilità dei sistemi di welfare partendo da parametri demo-economici considerati fissi sui quali intervenire per gestirne l'impatto sulle finanze pubbliche. Con questo approccio ci si è mossi, ad esempio, per riformare i sistemi previdenziali scegliendo di innalzare di pari passo all'aumento della speranza di vita l'età dell'uscita dal mercato del lavoro. Un elemento aggiuntivo e importante anche per le politiche è quello di valutare gli aspetti «dinamici» del processo di invecchiamento che si riflettono sul concetto stesso di anziano e sulla sua collocazione all'interno del ciclo di vita (Laslett, 1992; Pugliese, 2006; Istat, 2020a, 2021c). L'evidenza mostrata indica che di pari passo all'evoluzione demografica agiscono altri cambiamenti strutturali che ne modificano le caratteristiche, le criticità che possono derivarne e quindi gli strumenti da mettere in campo per affrontarle. Ci sono elementi che contrastano il puro effetto della demografia primo tra tutti l'incremento nei livelli di istruzione – in futuro entreranno nella fase anziana le generazioni che hanno via via sperimentato, nel loro corso di vita, un avanzamento in termini di formazione e partecipazione al mercato del lavoro e questo si rifletterà non solo sulla situazione economica ma anche sui livelli di salute. Nella stessa direzione operano i progressi nella tecnologia sia per le possibili applicazioni in campo sanitario sia per le esternalità che possono produrre sulla dimensione relazionale che anziani più istruiti possono cogliere pienamente. L'esame dell'evoluzione nel tempo delle condizioni degli anziani mostra d'altra parte il posponimento dell'età soglia che segna il passaggio a situazioni di maggiori rischi economici e sociali e, in generale, di fragilità psico-fisica, fenomeno confermato anche dall'esperienza vissuta nella pandemia. Se si guarda, ad esempio, agli effetti dello shock da Covid-19 sugli indicatori del benessere la reazione è stata, a differenza di quanto accaduto per tutti gli altri, evidente ed immediata dai 75 anni in poi. I dati individuano in questa fascia di età il rischio che alle minori capacità funzionali si abbinino la mancanza di supporto sociale, condizioni abitative sfavorevoli, condizioni di disagio economico. Gli over 75 rappresentano, quindi, il segmento su cui concentrare le risorse e parametrare le politiche.

Riferimenti bibliografici

- Aisp, 2019, *Rapporto sulla popolazione. L'istruzione in Italia*, il Mulino, Bologna.
- Blangiardo G., 2020, *Scenari sugli effetti demografici di Covid-19 per l'anno 2020*, #Istat per il Paese, 23 aprile 2020, Istat, Roma, disponibile all'indirizzo internet: https://www.istat.it/it/files//2020/04/Report-Presidente_Finale.pdf.
- Istat, 2018, *Rapporto annuale 2018. La situazione del Paese*, Istat, Roma, disponibile all'indirizzo internet: <https://www.istat.it/it/archivio/214230>.
- Istat, 2019, *Conoscere il mondo della disabilità*, Istat, Roma, disponibile all'indirizzo internet: <https://www.istat.it/it/archivio/235774>.
- Istat, 2020a, *Invecchiamento attivo e condizioni di vita degli anziani*, Istat, Roma, disponibile all'indirizzo internet: <https://www.istat.it/it/archivio/246504>.
- Istat, 2020b, *Rapporto annuale 2020. La situazione del Paese*, Istat, Roma, disponibile all'indirizzo internet: <https://www.istat.it/it/archivio/244848>.
- Istat, 2020c, *Aspetti della vita degli over 75*, Statistica Today, 27 aprile 2020, Istat, Roma, disponibile all'indirizzo internet: <https://www.istat.it/it/archivio/241894>.
- Istat, 2021a, *Rapporto Bes 2020: il benessere equo e sostenibile in Italia*, Istat, Roma, disponibile all'indirizzo internet: <https://www.istat.it/it/archivio/254761>.
- Istat, 2021b, *Condizioni di vita dei pensionati, Anni 2018-19*, Statistica Report, 17 febbraio 2021, Istat, Roma, disponibile all'indirizzo internet: <https://www.istat.it/it/archivio/253706>.
- Istat, 2021c, *Rapporto Commissione per la riforma dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria per la popolazione anziana*, Istat, Roma.
- Istat-Iss, 2021, *Impatto dell'epidemia Covid-19 sulla mortalità totale della popolazione residente – Anno 2020*, 5 marzo, disponibile all'indirizzo internet: https://www.istat.it/it/files//2021/03/Report_ISS_Istat_2020_5_marzo.pdf.
- Laslett P., 1992, *Una nuova mappa della vita. L'emergere della terza età*, il Mulino, Bologna.
- Mazzaferro C. e Antichi M., 2018, *Le pensioni di importo elevato: un'analisi distributiva sull'archivio amministrativo Inps*, «la Rivista delle Politiche Sociali», n. 4, pp. 201-224.
- Mazzaferro C. e Cozzolino M., 2018, *La redistribuzione nel sistema pensionistico pubblico*, in *XVI rapporto annuale Inps*, Inps, Roma, pp. 179-197.
- Ongaro F., 2002, *In famiglia o in istituto? L'età anziana tra risorse e costrizioni*, FrancoAngeli, Roma.
- Pugliese E., 2006, *La terza età. Anziani e società in Italia*, il Mulino, Bologna.

RPS

Maria Cozzolino, Romina Fraboni e Linda Laura Sabbadini

Dalla crisi della pandemia ad un nuovo modello di assistenza

Vincenzo Paglia

RPS

L'emergenza provocata dal Covid-19 ha fatto venire alla luce contraddizioni già presenti ormai da alcuni decenni nella nostra società, ossia l'incapacità di rispettare il diritto di ogni persona a vivere in maniera degna gli ultimi anni della propria vita, nel proprio habitat, circondata dall'affetto dei propri famigliari e dalla cura dell'intera comunità. Di fronte a tale situazione il ministro Roberto Speranza ha istituito il 28 settembre 2020 una Commissione per la riforma dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria per la popolazione anziana (decreto

ministro della Salute 8.9.2020). Il contributo delinea le linee generali che presiedono il senso e il lavoro della Commissione, nata in un momento particolarmente drammatico non solo per il nostro Paese ma per l'intera Europa e l'intero pianeta. L'Italia ha vissuto per prima in Occidente l'esplosione della pandemia. E sono stati proprio i primi mesi del Covid a far emergere la necessità di un profondo ripensamento delle politiche di assistenza sociosanitaria per la popolazione anziana.

1. La transizione: dalle strutture residenziali al territorio

L'emergenza provocata dal Covid-19 ha fatto venire alla luce contraddizioni già presenti ormai da alcuni decenni nella nostra società, ossia l'incapacità a rispettare il diritto di ogni persona a vivere in maniera degna gli ultimi anni della propria vita, nel proprio habitat, circondata dall'affetto dei propri famigliari e dalla cura della intera comunità. Di fronte a tale situazione il ministro Roberto Speranza ha istituito il 28 settembre 2020 una Commissione per la riforma della assistenza sanitaria e sociosanitaria per la popolazione anziana (decreto ministro della Salute 8.9.2020). E ha voluto affidarmi la presidenza. In queste pagine illustro le linee generali che presiedono il senso e il lavoro della Commissione, nata in un momento particolarmente drammatico non solo per il nostro Paese ma per l'intera Europa e l'intero pianeta. L'Italia ha vissuto per prima in Occidente l'esplosione della pandemia. E sono stati proprio i primi mesi del Covid a far emergere la necessità di un

profondo ripensamento delle politiche di assistenza sociosanitaria per la popolazione anziana.

La strage di anziani a cui abbiamo assistito nell'ultimo anno in ogni contesto, tanto in paesi sviluppati, quanto in quelli emergenti o in via di sviluppo, ha reso evidente che il modello stesso di cura residenziale, in istituto, non era affatto adeguato ad accudire questa parte così fragile della popolazione. Siamo ormai vicini ai due milioni di decessi da Covid-19 nel mondo e si calcola che – almeno nei Paesi occidentali – il 50% sia avvenuto in questi ambienti, nelle nursing home, nelle case di riposo, negli ospedali per lungodegenti, insomma nei luoghi della assistenza residenziale a lungo termine.

È venuto il momento di ripensare dalla radice un nuovo modello di prossimità agli anziani. Non si tratta di riformare qualche regolamento o di introdurre normative un po' più stringenti o standard più severi, ma di un nuovo modello da individuare e realizzare.

Ci sono stati nel nostro Paese in passato momenti nei quali si è avuto il coraggio e la lungimiranza di individuare nuovi paradigmi, come quando negli anni '90 è stato avviato un processo di riforma radicale per la chiusura degli istituti per minori, introducendo l'adozione e la creazione delle case-famiglia. È stata una grande vittoria di civiltà. Ricordo anche la legge Basaglia del 1978 che ha liberato il Paese dai manicomi e da istituzioni veramente disumane. Anche questa è stata una grande riforma. Credo che oggi siamo chiamati a percorrere una via analoga relativamente alla popolazione anziana. C'è bisogno dell'aiuto di tutti, dell'intera società in tutte le sue articolazioni, per un nuovo futuro.

La Commissione per la riforma della assistenza sanitaria e sociosanitaria per la popolazione anziana (decreto ministro della Salute 8.9.2020) istituita dal ministro Speranza non ha alcun compito gestionale ma unicamente di consulenza. E si pone al servizio del ministero perché possa esercitare la sua responsabilità politica. L'obiettivo è quello di avviare una riforma profonda che richiede una adeguata riflessione da parte di tutti. La Commissione in effetti rappresenta l'intero spettro dei saperi e del sentire della società italiana: ci sono studiosi e rappresentanti delle istituzioni certo, ma anche scrittrici, registe, giuristi e giornalisti perché tutti siamo chiamati ad interpretare le domande che arrivano dalla popolazione anziana.

Il testo del decreto di istituzione di questa Commissione parla coraggiosamente di una «transizione dalla residenzialità a servizi erogati sul territorio». C'è bisogno di farsi prossimi alle case, ai quartieri, alle città:

infermieri di quartiere certamente, ma anche medici di famiglia, assistenti sociali, fisioterapisti, educatori di ogni ordine e grado. Insomma, da un modello sanitario ottocentesco, prevalentemente basato sugli ospedali, si deve passare a quello che gli anglosassoni chiamano un continuum assistenziale, ossia servizi erogati con diverse intensità in ogni ambiente, anche e soprattutto in quello domestico. L'auspicio è che l'Italia – e so di interpretare il pensiero anche del ministro – diventi il Paese più avanzato d'Europa nell'ambito delle cure domiciliari. E a mio avviso direi non solo per l'Europa ma per il mondo visto che l'Italia con il Giappone sono i paesi più longevi del pianeta. Con la criticità tuttavia che l'Italia è uno dei paesi con la più lunga aspettativa di vita in cattiva salute. Tutte le diverse realtà del Paese – anche quelle private – vanno coinvolte in questo nuovo progetto. C'è bisogno di tutti per realizzare questo epocale passaggio dall'istituto, dalla Rsa a forme di assistenza a domicilio, a case famiglie, ad esperienze di co-housing e molto altro ancora.

Una nuova sanità sul territorio eleva la qualità delle cure ed è strumento per spendere meno e meglio. Pensiamo ai trenta milioni di accessi in pronto soccorso che ogni anno si verificano in Italia: moltissimi nascono non tanto e non solo da inappropriatazza, quanto dalla reale mancanza di alternative sul territorio. Ed è solo un esempio dei molti possibili. C'è poi molto altro: intorno alla vita degli anziani, presso casa loro, nei loro quartieri, si intrecciano la possibilità non solo di una sanità più efficiente e più centrata sulla persona, ma anche la opportunità di umanizzare i quartieri, diffondendo servizi proattivi, dinamici, riqualificando e rigenerando l'habitat, anzitutto per gli anziani e per l'intera popolazione più fragile. Si pensi solo, ad esempio, a quanti anziani non hanno l'ascensore nel loro palazzo e vivono ai piani alti? Quale sarà il loro destino se non miglioriamo le loro possibilità di muoversi? È facile immaginarlo. Dobbiamo unire strumenti nuovi e sensibilità antiche: telemedicina e lotta alla solitudine, quest'ultima è la grande nemica di tanti anziani e non solo. Va avviata una rivoluzione informatica assieme ad una grande opera di socializzazione, di tessitura dei legami sociali. Non vado oltre su questo. Sono però convinto che la crisi attuale può essere un momento di riflessione e nuova partenza.

La Commissione ha davanti a sé una grande sfida: ripensare un modello concreto capace di raggiungere gli anziani nel loro contesto umano, avvalendosi di risorse sul territorio e di tecnologie innovative oggi disponibili ma poco utilizzate. Va riscoperto, peraltro, il ruolo e il significato degli anziani nella nostra società. È certamente una grande conquista

del progresso aver allungato gli anni della nostra vita. Ma non c'è altrettanta riflessione su come spenderli e come considerarli. Venti anni in più ma per fare cosa? Purtroppo, una cultura mercatista spinge a considerare gli anziani un peso per la società. Gli anziani, soprattutto quando si infragiliscono, sono un peso per le finanze, per i servizi, persino per il nostro tempo. Gli anziani, non importa se sono in forze o no, con la loro stessa presenza, sono l'evidenza della storia realmente vissuta e del passaggio della vita tra le generazioni. Essi sono la testimonianza che questa storia è stata reale: è quella che loro hanno fatta. Per questo vanno «onorati». Gli anziani vanno accompagnati sviluppando dei veri e propri servizi che combattano l'isolamento sociale e la solitudine, fattore di rischio di una moltitudine di patologie, incluse le demenze. Non si tratta di progettare villaggi per anziani, o condomini dorati per i pensionati che rappresentano una nuova forma di marginalizzazione, se non di vero e proprio apartheid. C'è bisogno di favorire un processo che aiuti le diverse generazioni ad integrarsi e ad aiutarsi a vicenda.

2. Le sfide per cambiare le condizioni delle persone anziane

Ecco alcuni spunti utili che aiutano il dibattito in questi mesi all'interno della Commissione. Li declino nella fattispecie di sfide che dovremmo affrontare.

La sfida conoscitiva

Il primato dell'ascolto della domanda degli anziani è decisivo. Questo richiede una mente libera da pregiudizi per cercare i bisogni veri degli anziani. Troppo spesso si antepongono le ragioni dell'economia, della logica aziendalistica, dell'imprenditoria alla domanda che i nostri anziani sommessamente esprimono.

La sfida assistenziale

Occorre una rivoluzione quasi copernicana per traslocare l'assistenza dall'ospedale al territorio e, più in particolare, alla dimora dei fragili e degli anziani. Certo, non è facile ripensare in questi termini un sistema che si è rivolto negli ultimi quarant'anni alle istituzioni, agli ospedali, alle Rsa, al «matton» insomma. C'è però un inviolabile diritto a vivere

in casa propria, a non perdere memoria e identità, ad essere preservati all'interno della propria rete familiare e amicale. È bella questa osservazione di Andrea Camilleri: «La casa nella quale l'anziano vive è la sua memoria. Mettendolo in un istituto, gli facciamo perdere la memoria. E la memoria è la radice della vita, la radice dell'esistenza: "muoio meglio a casa mia": certo! Perché muori circondato dalla tua vita».

RPS

Vincenzo Paglia

La sfida dei diritti

Se le Nazioni unite hanno siglato la convenzione sui diritti del fanciullo nel 1989 e se l'Italia si è dotata nel 1978 di una legge dello Stato sui diritti delle persone con disturbi mentali, rilievo, con qualche sconcerto, che poco è stato fatto a questo livello per gli anziani. Non dobbiamo liberare anche questa popolazione dalle angustie delle istituzioni? Ciò che è valso in passato per i minori e per le persone con sofferenza mentale non rappresenta oggi uno stimolo per adottare provvedimenti analoghi: case-famiglia, piccole convivenze a misura d'uomo, sostegno presso la propria dimora?

La sfida alla solitudine e per la socialità

Questa è anzitutto la sfida per un cambiamento culturale di fondo. Si tratta di comprendere ed aiutare a far comprendere che l'anziano è colui che più risente di un problema diffuso trasversalmente in tutta la società: l'isolamento sociale e la solitudine. Non è un caso che Londra nel 2018 abbia deciso di istituire addirittura un Ministero per la Lotta alla solitudine, definita da Theresa May come una «sad reality of modern life». Il declino delle risorse sociali, della famiglia, divenuta sempre più stretta e «lunga», della scomparsa o almeno rarefazione delle appartenenze civili, sociali e politiche è un problema da porsi fino in fondo, per le sue conseguenze sanitarie, economiche e per il nostro stesso futuro.

La sfida di un habitat verde e amichevole

Anche la città va ripensata perché sia a misura degli anziani e dei fragili. Spesso invece gli anziani vivono in un mondo intossicato non solo dalla violenza, dalle droghe, dall'inquinamento, ma soprattutto da una idea di uomo autosufficiente, che cerca la propria autonomia facendola coincidere con una indipendenza fin quasi alla solitudine. Un ideale non

solo triste ma anche impossibile da vivere per chi è anziano. Una città a misura di anziano deve essere appunto amica degli anziani, proattiva in merito agli accessi, capace di favorire incontri, di tutelare spazi di incontro.

RPS

La sfida del personale sul territorio

Il personale destinato al territorio deve essere preparato e motivato meglio: purtroppo sino ad ora il lavoro fuori dagli ospedali è sembrato una soluzione di serie B, non adeguatamente incentivata rispetto all'obiettivo disagio di farsi viaggiatori attraverso la città, nelle case, alla ricerca delle persone bisognose di un servizio sanitario o sociale. Non occorre rovesciare anche questa prospettiva con una adeguata premialità ed una specifica carriera per chi si muove incontro ai pazienti?

La sfida comunicativa

C'è bisogno di suscitare una cultura della prossimità per aiutare un futuro migliore per gli anziani. Essi siamo noi, oggi, e lo saranno tutti, domani. È una età della vita che non può e non deve essere vissuta solo come malattia, decadenza o peggio inferno di abbandono e umiliazioni. In questo senso, accanto alla riflessione e all'elaborazione dell'agenda – non certo esaustiva – condensata in questi punti, la Commissione si è dato un metodo di lavoro: quello dell'ascolto. La Commissione deve fare proprie tutte le domande, le urgenze, le sensibilità che la società italiana, ricca di esperienze e di saperi, saprà certamente offrire. Questo metodo permette una audizione attenta e sistematica con i vari interlocutori, ed offre risultati utili a disegnare in modo appropriato il nuovo modello di assistenza.

Si tratta di un lavoro lungo ma indispensabile per poter «onorare» il vasto popolo degli anziani di questo tempo e delle prossime generazioni. La condizione di solitudine della popolazione anziana e delle sue ricadute sulla salute e sulla domanda sanitaria è il tema emerso con prepotenza ed in modo corale dai lavori e dalle audizioni che la Commissione ha già espletato. In particolare, diversi portatori di interesse hanno sottolineato la durissima condizione di isolamento nelle case e negli istituti di larga parte degli over 65. Non è questa condizione qualcosa di innocuo, anzi. In questo senso una prima iniziativa è stata la stesura di un documento per la emanazione di una circolare ministeriale dedicata alla ripresa in sicurezza delle visite nelle Rsa e nelle case di

riposo¹. La totale chiusura di queste strutture, in omaggio alle norme anti Covid, ha mostrato clamorosamente la scarsa coscienza e conoscenza di quanto solitudine ed isolamento sociale costituiscano potenti fattori di rischio per la mortalità, le patologie cardiovascolari, il decadimento cognitivo, la depressione e l'ansia. Non manca una solida letteratura che studia emergenti associazioni fra questi fattori ed il cancro, sebbene le evidenze non siano altrettanto forti (D'ippolito e al., 2017). Aver contrastato questa tendenza è solo un primo passo, ma nella giusta direzione. Credo che in Italia debba essere ripreso con forza l'impegno ad una nuova tessitura delle relazioni e del capitale sociale, che vada di pari passo con una sanità di prossimità, vicina alle case degli anziani, preoccupata delle loro reti relazionali, impegnata in una vera prevenzione. L'illusione di una soluzione tecnologica e di un approccio esclusivamente tecnicista per tutta la domanda sanitaria è pericolosa sia perché insostenibile nel lungo termine, sia perché non affronta i veri nodi alla base di tante domande.

3. Contrastare il declino, rigenerare risorse sociali

Perché è tanto importante il discorso sul declino delle risorse sociali?

1. Non sappiamo se esiste una associazione diretta tra declino demografico e riduzione del capitale sociale, ma sappiamo per certo che i due trend viaggiano in parallelo da diverse decadi: la crescita di famiglie unipersonali, arrivate ormai alla soglia degli otto milioni, disegna una popolazione che avrà in futuro un basso numero di caregiver, a differenza del passato, e conseguenti ripercussioni in termini di crescita della domanda sanitaria. Tale modifica profonda della struttura familiare non è bilanciata da un incremento o dal mantenimento delle appartenenze: la crisi di partecipazione a partiti, organizzazioni ecclesiali, sindacati è evidente a tutti. Per i giovani, la larga quota di «neet», giovani fuori sia dal mondo dello studio che da quello del lavoro, presenti in Italia, può essere letta anche come crisi partecipativa, di oggettiva emarginazione dalla vita sociale, culturale e politica

¹ Circolare del Ministero della Salute del 30 novembre 2020 «Disposizioni per l'accesso dei visitatori a strutture residenziali socioassistenziali, sociosanitarie e hospice e indicazioni per i nuovi ingressi nell'evenienza di assistiti positivi nella struttura».

- in genere. Purtroppo la pandemia rivelerà appieno i suoi effetti su questo mondo solo nel medio termine.
2. Il concomitante declino demografico si è tradotto in anni recenti nella rottura di un equilibrio fra nascite e morti, avendo ormai queste ultime largamente superato le prime, con la conseguenza di una stabile riduzione della popolazione generale. Siamo scesi sotto la soglia psicologica dei 60 milioni. Le ripercussioni sono notevoli: c'è una Italia che si spopola, soprattutto al centro sud, nel nord ovest e nelle aree interne appenniniche, conservando però una ancor più ampia, in termini relativi e assoluti, quota di popolazione anziana, difficile da raggiungere e da servire. A questo si accompagna la crescita generale dell'indice di invecchiamento (che è il rapporto fra la popolazione con più di 65 anni e la popolazione con meno di 15 anni), ormai prossimo al 180% e quello di dipendenza strutturale, pari al 56% (che è il rapporto tra la popolazione in età non attiva e quella in età attiva).
 3. Nel contempo, il quadro epidemiologico ed una attenta analisi del *burden of disease* vedono crescere patologie ad alto contenuto invalidante, come le demenze, in particolare la malattia di Alzheimer, le malattie croniche respiratorie come l'enfisema, o lo scompenso cardiaco. Si tratta di quadri che evolvono con lentezza ma richiedono cure e soprattutto assistenza, proprio mentre si manifesta una carenza dei curatori informali e familiari, e mentre latita una articolata presenza sociosanitaria sul territorio anche di forme semiresidenziali, come i centri diurni, che tanto sollievo potrebbero arrecare alle famiglie.
 4. Insomma, siamo più soli, siamo meno numerosi e lo saremo ancor più, siamo più anziani ed i giovani diminuiscono con un ritmo accelerato, sia in assoluto ma soprattutto in relazione alla crescita degli over 65. Abbiamo bisogno di cure estese nel tempo e di più assistenza, perché crescono le patologie invalidanti. La chiave di volta, o almeno uno dei fattori chiave, a mio modesto avviso, è certamente la necessità di una ripartenza del tessuto sociale nazionale e dei processi aggregativi.

4. Conclusioni

In una Italia che tende a spopolarsi, in grande ripiegamento demografico, con flussi migratori importanti dal sud al nord e verso l'estero, non

più bilanciati da un adeguato afflusso, il ruolo dei servizi sul territorio e del sostegno alle famiglie è centrale, e può essere il volano di un nuovo sviluppo. Sono convinto, insieme alla Commissione, che riformare la assistenza sanitaria agli anziani accrescendone la presenza sul territorio, sia di fondamentale importanza, così come la scelta di servizi proattivi che sappiano uscire dalle istituzioni e raggiungere i cittadini presso il loro domicilio. Questa presenza nei quartieri e nelle periferie sarà una forza utile per aggregare, per arginare lo spopolamento, per consentire alle famiglie di sostenere con più facilità i propri cari portatori di fragilità o invalidità. Al contrario, la pandemia ha dimostrato quanto le soluzioni residenziali, siano esse Rsa, case di riposo, istituti di riabilitazione, si siano dimostrate il vero tallone d'Achille di tutta la sanità, non ostacolando o addirittura favorendo la diffusione del Covid-19. Combattere la solitudine e l'isolamento sociale sarà un fatto centrale, nei prossimi anni, anche tenendo conto del panorama che ho appena finito di descrivere

Rammento alcune delle parole che Vivek Murthy, Surgeon General degli Stati Uniti fra il 2014 e il 2017, scrive nel suo recentissimo volume *Together: The Healing Power of Human Connection in a Sometimes Lonely World*. Egli definisce la solitudine un problema di sanità pubblica, in grado di contribuire sia alle condizioni prima citate, che all'uso di droghe e alcool, alle dipendenze di ogni genere, alla violenza ed a molti comportamenti antisociali. Non si tratta solo di questo: la solitudine, afferma, condiziona la nostra salute, ma anche come facciamo crescere i nostri figli, come rendiamo e produciamo sui luoghi di lavoro, influisce sulle divisioni e polarizzazioni delle nostre società. E conclude: «Al centro della nostra solitudine c'è un innato desiderio di connessione. Ci siamo evoluti per vivere in comunità, per forgiare legami duraturi con gli altri, per aiutarci l'un l'altro. Semplicemente, insieme stiamo molto meglio». Ai lettori non sfuggirà l'eco di storie e tradizioni italiane, laiche e religiose, che hanno molto da insegnare al nostro mondo. Tutti noi, come scribi saggi, siamo chiamati a trarre dal buon tesoro della nostra cultura cose antiche per trasformarle in novità attuali buone per il nostro tempo. Ritessere legami, ricostituire comunità, rammendare un tessuto sociale lacero è compito di tutti, e scelta politica di ognuno. E occorre farlo a partire dai più fragili ed isolati, gli anziani e i giovani. Dalle case, dai territori, dalle periferie. Per questo curare e prevenire a casa è la scelta che siamo chiamati a fare in sanità, perché si produca un vero rinnovamento della società tutta intera.

Riferimenti bibliografici

- D'ippolito S., Ambrosini E., Shams M., Calì G. e Pastorelli D., 2017, *The effect of loneliness on cancer mortality*, «Journal of Clinical Oncology», vol. 35, n. 15, suppl. 10070, Doi: https://doi.org/10.1200/JCO.2017.35.15_suppl.10070.
- Murthy V., 2020, *Together: The Healing Power of Human Connection in a Sometimes Lonely World*, HarperCollins Publishers, New York.

Voci dentro e fuori le strutture residenziali

Chiara Rivoiro

RPS

Le strutture residenziali per anziani sono un esempio di risposta istituzionalizzata a un bisogno articolato, complesso e determinato da molte componenti: di ordine fisico, psicologico, sociale, biografico, esistenziale. A fronte di questa complessità, il servizio oggi offerto è un luogo che, anche alla luce di quanto accaduto durante l'epidemia da Sars-CoV-2, non può restare immutato: è necessario avviare una profonda riflessione di tutti gli attori coinvolti, al fine di ripensare la cura per le persone fragili, ripartendo in primis dalle preferenze espresse

da coloro che vivono la fragilità e dai loro care giver. La letteratura internazionale offre indicazioni interessanti innanzitutto per i decisori: le relazioni costanti con i famigliari sono il fattore citato dagli intervistati come il più importante da salvaguardare nella predisposizione di qualsiasi modalità di long term care. Si tratta di affrontare una sfida culturale che metta in discussione l'istituzionalizzazione delle persone fragili, senza peraltro escludere forme di assistenza residenziale che si rendano necessarie in certe fasi della vita.

«Dove non c'è cura per gli anziani,
non c'è futuro per i giovani»
Francesco, tweet del 15 giugno 2020

1. Introduzione

Quanto accaduto agli anziani in Rsa dall'inizio della pandemia da Sars-CoV-2 non si riesce a comprendere se analizzato solamente nella dimensione sanitaria: è un fenomeno complesso che ha radici in un modello di risposta alle fragilità che vede nel confinamento in un luogo, in un istituto, la soluzione migliore possibile. Le voci di M.S. e di S.R.¹,

¹ Riportiamo in questo articolo alcuni stralci di dialoghi condotti nel mese di dicembre 2020 con alcune persone residenti in strutture per anziani del Piemonte che ci hanno consegnato le loro riflessioni in merito all'esperienza di vita all'interno di una struttura residenziale in periodo di pandemia.

raccolte nel dicembre 2020 e riportate in questo articolo, sono le voci di alcune delle tante persone ricoverate presso strutture residenziali che obbligano a una riflessione collettiva importante su quale risposta il nostro Paese sia oggi in grado di offrire alle persone fragili. Le residenze sono un esempio di risposta istituzionalizzata a un bisogno articolato e determinato da molte componenti: di ordine fisico, psicologico, sociale, biografico, esistenziale (Marchisio e Curto, 2020). A fronte di questa complessità, il servizio offerto è un *luogo* che va necessariamente ripensato alla luce anche delle preferenze espresse dai cittadini.

Si tratta di una sfida culturale che richiede di mettere in discussione l'istituzionalizzazione delle persone fragili, senza peraltro escludere forme di assistenza residenziale che si rendano necessarie in certe fasi della vita: le strutture residenziali non possono essere totalmente sostituite da altri modelli organizzativi. Per differenti e gravi motivi, può accadere che persone anziane si trovino nella necessità di un supporto assistenziale erogato in un luogo deputato a ciò e non coincidente con il proprio domicilio. Si tratta di avviare una fase di transizione, di trasformazione, di confronto e dialogo tra i vari attori coinvolti affinché tali strutture possano divenire parte di un unico sistema che, a seconda del bisogno della persona, offra la soluzione più efficace dal punto di vista del benessere globale, rispettosa dei diritti umani e delle scelte personali. È possibile trovare tale soluzione? Dipenderà dalla volontà dei diversi stakeholder (decisionari del sistema pubblico, gestori delle strutture, fornitori dei servizi correlati, operatori sanitari, ecc.) di rimettersi in gioco, partendo da un ascolto sincero di coloro che in prima persona hanno attraversato il periodo pandemico dentro una struttura residenziale.

Il recente Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr) rappresenta l'occasione per il nostro Paese per rafforzare i servizi sociali territoriali e prevenire l'istituzionalizzazione. Il Piano prevede risorse espressamente dedicate (300 milioni di euro) alla riconversione delle Rsa e delle case di riposo per gli anziani in gruppi di appartamenti autonomi. L'obiettivo è assicurare, per quanto possibile, la massima autonomia e indipendenza delle persone anziane, offrendo un contesto di vita supportato per quanto necessario nelle diverse fasi di vita.

2. *Gli anziani nella pandemia*

Le pesantissime conseguenze della pandemia da Covid-19 sulla popolazione anziana, in termini innanzitutto di mortalità, sono state presentissime nei media del nostro Paese, contribuendo a portare all'atten-

zione dei decisori la necessità di ripensare l'invecchiamento della società in tutti gli aspetti possibili, dall'abitare alle modalità più innovative di comunicazione, dalla riprogettazione dei servizi di cura e assistenza alle politiche di invecchiamento attivo.

In Italia, al 1° gennaio 2020, erano oltre 7 milioni le persone ultra 75enni, l'11,8% del totale della popolazione. Grazie al continuo miglioramento delle condizioni di vita e delle cure, gli anziani possono vivere sempre più anni di vita liberi da condizioni molto limitanti, sebbene al 2020 erano ancora circa la metà (il 48,8%) a soffrire di pluripatologie croniche o gravi limitazioni. La quota supera peraltro la metà, raggiungendo il 60,7% tra le persone di 85 anni e più (Istat, 2021). Nonostante il grande numero di persone bisognose anche solo di supporto per lo svolgimento delle attività quotidiane, il nostro Paese si caratterizza, al confronto con altri paesi europei, per un'assistenza prevalentemente erogata all'interno dei nuclei familiari e delle comunità, con contenuti livelli di istituzionalizzazione², eredità forse della cultura predominante nel recente passato che vedeva nell'anziano uno scrigno di saggezza da proteggere e custodire in famiglia. L'attuale pandemia ha colpito, in modo particolare nella prima ondata, proprio gli anziani ricoverati presso le strutture residenziali: le persone ultra 65enni ricoverate in residenze sono lo 0,4% della popolazione italiana, ma hanno registrato quasi un terzo di tutti i decessi italiani per Covid-19 (Pesaresi, 2021).

Porre l'attenzione a quanto accaduto agli anziani ricoverati presso strutture residenziali, significa in primo luogo rilevare una sostanziale mancanza di uniformità nella caratterizzazione di tali strutture. Se infatti il quadro normativo fa riferimento ad almeno quattro differenti tipi di strutture³, la sostanziale carenza di standard nazionali di riferimento ha portato, nelle regioni, a diverse denominazioni, differenti mix di figure professionali, con tempi di lavoro disomogenei. Tali differenze sono alla base anche della difficoltà di rendere facilmente alimentabili e fruibili flussi informativi puntuali, di rilevanza nazionale: l'indagine Istat sui presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari restituisce solo un quadro d'insieme generale, senza indicatori specifici relativi alla qualità dei servizi offerti e peraltro sempre con ritardo.

² In Italia risultano ad oggi 1,9% di posti letto ogni 100 persone con almeno 65 anni mentre sono il 7,3% in Olanda, il 6,4% in Svizzera, il 5,4% in Francia, il 4,6 in Austria.

³ Decreto 21 maggio 2001, n. 308, Regolamento concernente «Requisiti minimi strutturali e organizzativi per l'autorizzazione all'esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale, a norma dell'articolo 11 della legge 8 novembre 2000, n. 328».

I dati Istat ci aiutano a comprendere il ruolo delle strutture residenziali per persone fragili prima dell'evento pandemico. Arlotti e Ranci (2020) sottolineano come nel periodo 2009-2016 «si osservino due tendenze parallele: da un lato una progressiva sanitarizzazione delle prestazioni e delle strutture, dall'altro una parallela fragilizzazione della platea dei ricoverati, sempre più composta da persone molto anziane e più fragili sul piano sanitario». Le strutture residenziali sembrano essere divenute nel tempo la risposta a un bisogno di cure, ad alta intensità ma per periodi di tempo prolungati, per persone molto anziane (il 75% ha infatti più di 80 anni) e non auto sufficienti (la quota di ricoverati non auto-sufficienti è pari al 78%).

Ancora, è di interesse un'altra tendenza: dal 2009 al 2016 vi è stata una riduzione di 25.000 posti letto (pari al 23%) presso le strutture residenziali pubbliche, controbilanciata da un aumento nelle strutture private (+20.000 posti letto).

La carenza di dati puntuali per struttura residenziale, aggiornati e affidabili, viene anche sottolineata in un recente report internazionale, che raffronta dati relativi alla situazione delle residenze per anziani nel periodo pandemico (Comas-Herrera e al., 2021): per il nostro Paese purtroppo non abbiamo dati aggiornati tempestivamente riguardo le infezioni e le morti correlate all'infezione da Covid-19. Gli ultimi dati riferiti alla mortalità per Covid-19 in strutture residenziali per anziani risultano pubblicati nel giugno 2020 dall'Istituto superiore di Sanità relativamente all'indagine condotta presso le Rsa e alla quale hanno risposto 1.356 case di cura (su un totale di 3.276 questionari inviati). I dati relativi al periodo compreso tra il 1° febbraio e il 5 maggio 2020 attestano che, durante tale arco temporale, il tasso di mortalità totale è risultato essere del 9,1% (considerando tutti i decessi), mentre il tasso di mortalità correlato a Covid-19 (test + sospetto) è 3,1%. L'indagine rivela anche che la maggioranza delle strutture rispondenti (l'86%) ha riportato «difficoltà nel reperimento di dispositivi di protezione individuale», il 36% ha riferito «difficoltà per l'assenza di personale sanitario a causa di malattia» e il 27% ha dichiarato di «avere difficoltà nell'isolamento dei residenti affetti da Covid-19». Non vi sono dati aggiornati al gennaio 2021.

Sempre dagli studi internazionali arrivano dati confortanti: a febbraio sono stati resi noti i primi dati provenienti da un lavoro americano (Chpe, 2021) che ha confrontato il tasso settimanale delle nuove infezioni da Covid-19 tra il personale e gli ospiti dei presidi residenziali per anziani che avevano ricevuto la prima dose di vaccino e le strutture della stessa contea che non avevano ancora ricevuto il vaccino. I risul-

tati mostrano che il tasso di casi di Covid-19 tra il personale e gli anziani ospiti è diminuito molto più rapidamente nei 797 presidi residenziali per anziani che avevano somministrato la prima dose di vaccino Pfizer, rispetto ai 1.709 presidi residenziali che non avevano ancora iniziato la vaccinazione. Dopo tre settimane dalla somministrazione della prima dose si è assistito ad una riduzione del 45% delle nuove infezioni tra gli ospiti che avevano ricevuto la prima dose, rispetto a un calo del 21% nei presidi non vaccinati. Anche tra il personale, i casi di infezione sono diminuiti del 33% nei presidi vaccinati, rispetto al 18% in quelli non vaccinati. Obiettivo prioritario è dunque oggi concludere nel più breve tempo possibile la vaccinazione degli operatori e degli anziani accolti in tutte le strutture residenziali.

Nel contempo, non è più rimandabile una riflessione che, a partire dai diversi appelli provenienti anche da molte associazioni di famigliari di persone anziane e fragili ricoverate in strutture residenziali, consenta l'avvio di trasformazioni urgenti dei luoghi di cura di coloro che per età, condizioni fisiche, sociali o psichiche si trovino nella necessità di essere presi in carico, almeno temporaneamente, al di fuori del proprio domicilio.

3. Le voci di chi vive dentro le residenze e le preferenze degli anziani

Mai la realtà delle strutture residenziali è stata così presente nei media: molti articoli sono stati scritti, tante notizie trasmesse in tv, molte parole pronunciate da politici e decisori. In contrasto, poco è stato lo spazio lasciato a chi ha attraversato (e purtroppo ancora vive) giorni lunghi, di sofferenza fisica ed emotiva in queste strutture residenziali. E poco è anche quello che si ritrova nella letteratura scientifica internazionale, in merito a ciò che gli anziani desiderano rispetto a modalità, luoghi e tempi di presa in carico, in assenza di una propria rete familiare e/o sociale.

Come noto, in particolare nella prima fase pandemica, le misure preventive del contagio da Covid-19 hanno previsto l'interruzione delle visite alle persone residenti presso le strutture. Sebbene in alcune realtà, siano state attivate possibilità di interazione sostitutive coi famigliari (prevalentemente con telefoni e tecnologie digitali), più forte è stato il vissuto della perdita di una presenza portatrice di affetto, di parole di conforto, di carezze. Tante voci sono così fragili da non potersi esprimere: molte persone sono colpite da forme di demenza, a tante però

forse non è mai stato chiesto nulla in merito all'esperienza vissuta, ai desideri di vita prima di entrare in quella struttura, alle condizioni di vita in una Rsa.

M.S. ha 92 anni, è stata assistente sociale e continua oggi a credere che una risposta assistenziale rispettosa dei diritti e delle scelte degli anziani fragili sia possibile, a fronte della disponibilità delle strutture residenziali ad aprirsi ad una cultura di domiciliarità, che sebbene incentrata sul territorio, non esclude la presenza di servizi residenziali, che si devono qualificare per temporalità, apertura all'esterno, nuove competenze degli operatori.

«Sono in questa struttura residenziale da più di tre mesi», afferma M.S. «È una struttura esteticamente gradevole, ma in qualsiasi Rsa le cose non sono come in famiglia, perciò per farci entrare un anziano deve esserci un valido motivo: non gli si può garantire a casa l'assistenza che necessita o la persona stessa si sente troppo sola e chiede di entrare in struttura».

Le persone che vivono in una residenza hanno potuto esprimere una qualche preferenza rispetto al tipo di cura da ricevere?

Se guardiamo alla letteratura internazionale, sono ancora pochi gli studi rigorosi condotti al fine di far emergere le preferenze degli anziani rispetto alle cure di lungo termine; ancor meno quelli condotti nel nostro contesto nazionale. L'attenzione alle preferenze di cura si è concentrata maggiormente infatti sulle cure per condizioni critiche acute e su questioni come l'assistenza di fine vita.

Tra i più recenti contributi, interessante è un tentativo tedesco di provare a capire quali fattori possano influenzare le scelte degli anziani rispetto alle long term care, che rappresentano ad oggi la sfida principale per i sistemi socio assistenziali dei paesi ad alto reddito. Gli autori (Hajek e al., 2017), per i quali l'assistenza a lungo termine è una delle questioni di politica sanitaria più urgenti del paese, hanno eseguito un sondaggio, nel 2015, su 1.006 persone di età pari o superiore a 65 anni, giungendo a comprendere che l'assistenza domiciliare viene indicata come preferenza tra le possibilità di cura nel lungo periodo, in particolare soggetti maschi, che convivono con il partner/coniuge o in presenza di figli, sono dotati di un'assicurazione sanitaria, sono impegnati in lavori di cura e dunque ancora in buona salute. Persone con livello di istruzione superiore hanno indicato come preferenza possibile di long term care un'ambiente di vita assistita, mentre cure erogate da strutture residenziali per anziani sono preferite da coloro che al momento dell'intervista presentavano un livello di salute definito precario.

Gli autori sottolineano la natura complessa delle scelte di assistenza a lungo termine: una miglior comprensione dei fattori associati alle preferenze degli anziani contribuirebbe ad un miglioramento dei servizi di assistenza a loro offerti.

Ancora, avendo come obiettivo l'identificazione delle prime 10 preferenze condivise dalla maggioranza di un campione composto da 255 persone ricoverate presso cure di cura e a 528 anziani che ricevevano servizi domiciliari, Katherine M. Abbott e colleghi (2018) hanno condotto uno studio, attraverso uno strumento dedicato (il questionario «Preferences for Everyday Living Inventory (Peli)»). L'aspetto ritenuto più importante dagli intervistati, condiviso da più del 90% del campione, è «avere contatti regolari con la famiglia»; segue poi «avere privacy, possibilità di scelta di cosa mangiare, quando fare il bagno e poter scegliere quali attività svolgere» (77%-93%). Gli autori sottolineano che i risultati di tali indagini devono divenire le priorità per l'organizzazione dei servizi alla persona all'interno sia delle residenze che nei servizi domiciliari.

Differenti approcci metodologici caratterizzano gli studi relativi alle preferenze relative alle cure di lungo termine. Un gruppo di autori tedeschi (Lehnert e al., 2019) ha revisionato quanto pubblicato sull'argomento sino al 2016, constatando che in tutti gli studi si ritrova un elemento comune: la grande maggioranza degli intervistati dichiara di preferire l'ambiente domestico, con cure erogate da familiari, nel caso di bisogni di assistenza moderati, mentre preferisce l'assistenza residenziale in caso di totale non autosufficienza. In caso di non autosufficienza, la grande maggioranza delle persone dichiara ancora di aspirare a preservare l'identità personale e sociale, l'immagine di sé, il controllo e la dignità.

Anche relativamente al contesto americano, recentemente un gruppo di ricercatori della Oxford University ha sottolineato come siano carenti evidenze inerenti le preferenze delle persone rispetto alle cure di lungo termine. Uno studio (Kasper e al., 2019) condotto per rilevare l'opzione di assistenza ritenuta migliore, pensando a persone di più di 80 anni che necessitino di aiuto per la cura personale e la mobilità, indica che solo una persona anziana su tre riceve un tipo di cura corrispondente alle sue reali preferenze. Gli autori concludono che allineare le preferenze e le modalità di cura è un obiettivo squisitamente politico, ma per molte persone ancora non si raggiunge questo allineamento anche perché non si tenta di comprendere i desideri reali delle persone anziane.

4. *La solitudine e il bisogno di tenerezza*

In un altro dialogo, S.R., che ha 89 anni ed è ricoverato in struttura residenziale da più di un anno, ci riferisce: «[...] anche il personale che prima riconoscevo oggi è irriconoscibile: si possono vedere solo gli occhi di chi ti sta lavando, di chi ti viene a pulire o a dare da mangiare. Non so mai se è qualcuno che mi conosce già. Chi è che mi lava? Se è uno nuovo, devo rispiegarli i dolori che provo, come mi deve tenere. Mi dà fastidio sentirmi spostare senza che io possa dire niente. Spesso devo iniziare una relazione dal principio perché sono operatori nuovi. So che molti operatori si sono ammalati e i nuovi che arrivano è difficile che sappiano garantire vicinanza per cogliere i problemi delle persone. È come se avessero istruzioni a entrare in relazione più con il mio pannolone che con me... Mi parlano come se fossi un bambino, mi danno del tu senza chiedere il permesso... così non mi viene voglia di parlare e in questa struttura non ho ancora parlato con nessun altro ospite perché gli altri sono dementi e le loro urla mi fanno star male...».

Se ve ne fosse necessità, anche le più recenti ricerche scientifiche attestano l'importanza, in particolare per le persone bisognose di cura, della vicinanza fisica: «Occuparsi di un altro essere umano significa quasi inevitabilmente toccarlo: dai bisogni primari come fargli il bagno, vestirlo, sollevarlo, assisterlo e curarlo (il cosiddetto tatto strumentale), agli scambi tattili più affettivi che mirano a comunicare, confortare ed esprimere sostegno (tatto espressivo)». «C'è qualcosa di speciale nell'atto di appoggiare le mani sulla pelle del paziente. Non c'è cura senza tatto» (Crucianelli, 2021). Così scrive Laura Crucianelli, ricercatrice in Neuroscienze al Karolinska Institutet di Stoccolma, sottolineando come la tecnologia, sebbene possa in parte consentire relazioni sociali, non può sostituire tutto ciò che è insito nel contatto interumano.

È già anche stato dimostrato come il tatto divenga particolarmente importante con l'avanzare dell'età: un tocco gentile, ad esempio, fa aumentare l'assunzione di cibo negli anziani ricoverati nelle case di riposo (Lange-Alberts e Shott, 1994). Un tocco sulla pelle può ridurre la frequenza cardiaca, la pressione sanguigna e i livelli di cortisolo: tutti fattori legati allo stress, sia negli adulti sia nei bambini. Facilita il rilascio di ossitocina, un ormone che tranquillizza, rilassa e provoca la sensazione di essere in pace con il mondo. E se il distanziamento sociale ha fatto sperimentare a tutti quanto manchino gli abbracci spontanei, una stretta di mano, una carezza, tale vissuto è stato tanto più doloroso per coloro che, magari costretti a letto, hanno dovuto affrontare lunghe

giornate senza essere sfiorati da un familiare, avendo relazioni brevi con personale dal volto non riconoscibile per i dispositivi di protezione indossati. Anche lo spaesamento derivante dal non poter più vedere i volti conosciuti, che erano le persone dedite alla cura quotidiana dell'anziano, è stata un'esperienza che ha aggiunto dolore a chi già si trovava in condizioni di estrema fragilità (Geddes, 2020).

Eppure pare che anche queste conoscenze scientifiche di base facciano fatica ad entrare nella relazione quotidiana tra operatori e persone ricoverate. Un recente studio condotto in Belgio (Paque e al., 2018) con l'obiettivo di esplorare la conoscenza degli infermieri dei sentimenti provati dagli anziani, riporta che la solitudine è uno dei sentimenti più importanti che le persone ricoverate in case di cura sperimentano, sentimento dimostrato correlato a vari esiti negativi sulla salute e sulla qualità della vita. La solitudine è correlata ad un aumento del rischio di malattia coronarica, ipertensione, disturbi del sonno, dolore e ansia (Si vedano tra gli altri: Nyqvist e al., 2013; Drageset e al., 2012; Puvill e al., 2016). Inoltre, la solitudine è associata a prestazioni cognitive compromesse, maggior declino cognitivo nel tempo, aumento del rischio di Alzheimer, depressione (Hawkley e Cacioppo, 2010). Purtroppo, vi è stata pochissima ricerca qualitativa relativa alla percezione di tali sentimenti da parte delle persone anziane. Il vissuto degli operatori, raccolto nello studio sopra citato, attesta che la solitudine dell'anziano è molto più che il sentimento di sentirsi soli in mezzo a molti altri: è piuttosto il bisogno insoddisfatto di avere relazioni significative ed è la consapevolezza della perdita di autodeterminazione a causa dell'istituzionalizzazione. È dunque fondamentale, concludono gli autori, che gli operatori sanitari siano consapevoli di questi sentimenti e prestino molta attenzione alla percezione dello stato d'animo dei residenti, approntando interventi individualizzati per prevenire la solitudine, prima che si manifesti e intacchi la qualità della vita e la salute già fragile delle persone ricoverate.

M.S. interviene nel nostro dialogo arricchendo il suo vissuto di tutte le competenze che ha acquisito nella sua vita spesa per migliorare la presa in carico delle persone fragili nel loro contesto di vita: «La pandemia ha evidenziato la carenza dei servizi sul territorio, in particolare per gli anziani. Abbiamo bisogno di ricostruire una cultura condivisa della "domiciliarità", che è appunto un concetto culturale, prima che un assetto organizzativo delle cure. Vuol dire considerare l'intero e l'intorno della persona nel suo abitare, nei suoi legami sociali, nel suo rapporto con la comunità locale. L'assistenza domiciliare è invece uno degli strumenti

sviluppati per sostenere la persona nella sua casa, considerando che questa è un presidio irrinunciabile per ciascuno. L'assistenza domiciliare è una espressione concreta della cultura della domiciliarità: quando manca questa cultura, manca l'organizzazione delle cure sul territorio. E non si tratta solo di cure sanitarie: spesso le persone anziane hanno bisogno di compagnia, di supporto assistenziale, riabilitativo in cui anche il volontariato ha un ruolo essenziale. Senza dimenticare il supporto che va dato a chi si prende cura a casa delle persone anziane: se lasciamo soli i caregiver, dopo un po' non reggono il peso fisico, emotivo della cura e chiedono un ricovero in struttura per il proprio anziano. Se invece aiutiamo i caregiver, che non vogliono far andare il loro genitore in residenza, resisteranno di più a tenere la persona nel suo ambiente di vita».

5. Cure domiciliari ed evidenze scientifiche

Che cosa dicono le evidenze scientifiche rispetto alle cure domiciliari? Lungi dal voler raggiungere esaustività in questo ambito, riprendiamo solo alcuni temi tra i più rilevanti ed efficaci per supportare una riflessione il più oggettiva possibile. Sin dai primi anni '90, i ministri della salute e delle politiche sociali dei paesi Ocse hanno raggiunto un accordo sull'obiettivo generale delle politiche per la cura degli anziani fragili: «Le persone anziane, comprese quelle bisognose di cure e sostegno, dovrebbero, ove possibile, poter continuare a vivere nelle proprie case e, laddove ciò non sia possibile, dovrebbero essere messe in grado di vivere in un ambiente protetto e di sostegno che sia il più vicino possibile, la loro comunità possibile, sia in senso sociale che geografico» (Oecd, 1994).

A livello internazionale è stato dunque condiviso che l'assistenza residenziale tradizionale che tiene separati gli anziani dalla famiglia e dalla comunità e medicalizza la vecchiaia non è più desiderabile e perpetua una visione negativa dell'invecchiamento. Sin dal 2003, la maggior parte dei paesi Ocse si è impegnata a ridurre il numero di persone che vivono in istituti (Oecd, 2003), ma la nostra realtà nazionale è ancora lungi dall'aver adottato modelli di cura a lungo termine realmente personalizzati.

Se guardiamo agli studi più recenti e rigorosi, anche gli esperti della Cochrane Collaboration (Young e al., 2017) sottolineano la necessità di approfondire studi relativi alla presa in carico domiciliare degli anziani, in grado di fornire prove definitive del beneficio dell'assistenza domiciliare

rispetto all'assistenza istituzionale: occorre ad esempio, definire outcome di salute, target di popolazioni specifiche che possano essere più adatte alla cura al domicilio rispetto ad altre. Gli studi sino ad oggi pubblicati hanno metodologie molto eterogenee, difficilmente comparabili: alcuni dati suggeriscono che l'assistenza a casa è associata ad una migliore qualità della vita e della funzione fisica rispetto all'assistenza residenziale. Tuttavia, l'assistenza domiciliare può determinare un aumento del rischio di ospedalizzazione. Ancora, come ben ci hanno riportato le parole di M.S., accanto agli esiti di salute, vi sono alcuni aspetti troppo poco affrontati nell'organizzazione delle cure domiciliari, specialmente nel nostro contesto locale, di cui non possiamo più farci carico.

In primis, la cura al domicilio può essere erogata a fronte della disponibilità di assistenza da parte di care giver (formali o informali), i cui bisogni devono essere riconosciuti al pari di quelli della persona anziana, al fine di sostenere il loro ruolo per periodi di tempo anche lunghi.

Uno dei primi studi in questo ambito, pubblicato nel 2005 da Angus e al., ha un'impronta sociale: gli autori indagano gli aspetti fisici, simbolici ed esperienziali dell'essere curati in casa. La survey è stata condotta presso case dislocate in aree urbane e località rurali remote in Ontario, Canada. In tutti i casi, sono stati raccolti dati sulle routine domestiche e assistenziali attraverso l'osservazione, colloqui con le persone accudite e il caregiver familiare primario e interviste con i fornitori di servizi. Anche se tutti i destinatari dell'assistenza e i loro care giver familiari hanno indicato una forte preferenza per l'assistenza domiciliare rispetto a quella residenziale, le loro esperienze sottolineano l'impatto potenzialmente negativo della trasposizione delle logiche provenienti dal campo dell'assistenza sanitaria all'interno delle loro case. Vi sono tre grandi impatti che vanno presi in considerazione quando si appronti un servizio di cure domiciliari a lungo termine: l'impatto sull'estetica della casa, sulle barriere architettoniche, sulla necessità di mantenimento di ordine e pulizia per consentire l'accudimento migliore possibile di persone fragili. La ricerca ha messo in evidenza in modo chiaro una prima necessità di attenzione agli aspetti pratici, legati alla casa, quando si avviano percorsi di assistenza domiciliare.

Anche i risultati in termini di salute ottenuti dalle cure domiciliari avrebbero necessità di maggiori approfondimenti. Uno studio (Low e al., 2011) volto a valutare i risultati, in termini di esiti clinici, dei servizi di assistenza domiciliare, presso strutture di comunità e nelle residenze per anziani, dimostra che è il *case management*, ovvero il modello personalizzato di organizzazione delle cure, piuttosto che il luogo fisico di

cura, a migliorare l'uso appropriato dei farmaci, l'uso corretto dei servizi di comunità, arrivando a ridurre i ricoveri presso le case di cura.

Un altro aspetto relativo all'organizzazione delle cure a domicilio riguarda il peso che ricade sui caregiver familiari e la loro soddisfazione. Sono gli operatori sanitari, sostengono Eun-Young Kim e Hyun-E Yeom (2016), che devono giocare un ruolo fondamentale nella valutazione delle dinamiche familiari durante i percorsi di assistenza a lungo termine, per orientare i membri della famiglia ad agire come validi supporti per gli anziani in casa, senza soffrire nel tempo di un peso troppo oneroso di cura. Dallo studio emerge che il funzionamento familiare influenza in modo significativo sia il carico assistenziale sia la soddisfazione. Risulta pertanto necessario riconsiderare l'organizzazione dei servizi prevedendo competenze in grado non solo di offrire prestazioni sanitarie specifiche, ma anche di tutelare il funzionamento familiare.

A tale proposito una revisione sistematica del 2017 evidenzia i tre principali bisogni espressi dai caregiver: una maggior qualità delle relazioni, un approccio condiviso tra operatori e familiari e la necessità di sentirsi responsabilizzati dai professionisti sanitari (Anker-Hansen e al., 2018).

I care-giver delle persone anziane hanno bisogni continuamente insoddisfatti (Plöthner e al., 2019): è necessario che i professionisti affinino le competenze per una collaborazione sistematica con i care-giver, in modo da rispondere in maniera accurata, sistematica e centrata sulle specifiche esigenze della persona.

6. Migliorare l'assistenza residenziale si può

Quanto accaduto nel periodo pandemico che ancora oggi stiamo vivendo richiede una forte capacità di rivalorizzazione della cultura della cura delle persone anziane. Uno degli aspetti più importanti è rimettere al centro della riflessione culturale il valore delle preferenze degli anziani per le cure di lungo termine. In questo senso, vanno in primis rivalutati gli investimenti del sistema pubblico a favore della domiciliarità, investimenti che si sono ridotti negli ultimi anni anche per effetto di un pensiero culturale che assegna alle cure territoriali un valore inferiore rispetto a quelle erogate in ambito ospedaliero. Una cultura che ha segnato gli ultimi decenni e che ha visto svalutare il ruolo del medico e degli operatori impegnati sul territorio, poiché il lavoro al domicilio è ritenuto meno complesso, meno innovativo, con contenuti meno scientifici e meno attraente per il mercato biomedicale. È ben noto che

tutto ciò non è più sostenibile: la cura personalizzata di una persona anziana, fragile, richiede competenze di valore molto elevato poiché non ascrivibili solo a conoscenze tecnico scientifiche, bensì ad altre capacità, come quella di trovare soluzioni mai standardizzate, in continuo adattamento alla condizione clinica, all'ambiente di vita, allo specifico contesto familiare e socio economico dell'assistito. La personalizzazione degli interventi richiede che i professionisti dispongano di capacità nuove: per ciascun assistito occorre trovare la soluzione di presa in carico rispondente ai suoi reali e mutevoli bisogni, all'interno di un sistema di cure continuo, fluido, in grado di utilizzare risorse differenti con tempestività e forte integrazione.

In questo contesto il sistema pubblico è chiamato a riprendere un ruolo forte di regia, recuperando competenze (a tratti già sviluppate) in grado di evitare che le persone si sentano abbandonate e avviando un nuovo dialogo con il terzo settore e il privato per una svolta piena di significato che metta al centro il percorso di presa in carico della persona fragile, con la sua famiglia e le sue reali aspettative.

In conclusione, possiamo affermare che la pandemia da Covid-19 e quanto accaduto agli anziani fragili ricoverati presso strutture residenziali ha messo in luce l'evidente necessità di una importante trasformazione della presa in carico delle persone fragili. Si tratta di un cambiamento che esige una straordinaria (poiché non utilizzata nell'ordinario) capacità di dialogo e confronto tra coloro che hanno la responsabilità di organizzare, offrire e assicurare tale servizio. È una sfida che vede nell'interlocazione tra la cittadinanza, il sistema pubblico, gli erogatori privati e gli altri stakeholder la possibilità di cambiare ciò che ad oggi si è palesato come non rispondente ai diritti delle persone ricoverate presso strutture residenziali. È dall'ascolto reale delle esigenze degli anziani che occorre riprogettare le cure di lungo termine.

Molti ritengono sia una sfida possibile e desiderata. Possibile perché è una scelta che il decisore pubblico può fare, in primis, avendo come alleati i partner privati e anche il terzo settore che in questo ambito risulta di fondamentale importanza.

È una sfida desiderata da tutti coloro che oggi hanno vissuto il dramma di un parente ricoverato in una struttura residenziale, ma anche da tutti quelli che pensando al futuro più o meno prossimo vedono nelle scelte di oggi la possibilità di essere accuditi in modo personalizzato, secondo i reali bisogni delle varie fasi di vita, nel rispetto dei diritti di libertà, di tutela della salute che non vorremmo mai vedere in secondo piano rispetto ad esigenze di ordine organizzativo o economico.

Riferimenti bibliografici

- Abbott K.M. e al., 2018, *Delivering Person-Centered Care: Important Preferences for Recipients of Long-term Services and Supports*, «Jamda», vol. 19, n. 2, pp. 169-173.
- Angus J., Kontos P., Dyck I., McKeever P. e Poland B., 2005, *The Personal Significance of Home: Habitus and the Experience of Receiving Long-Term Home Care*, «Sociology of Health and Illness», vol. 27, n. 2, pp. 161-187.
- Anker-Hansen C., Skovdahl K. e McCormack B., 2018, *The Third Person in the Room: The Needs of Care Partners of Older People in Home Care Services - A Systematic Review from a Person-Centred Perspective*, «Journal of Clinical Nursing», n. 27, pp. 1309-1326.
- Arlotti M. e Ranci C., 2020, *Un'emergenza nell'emergenza. Una fotografia delle strutture residenziali per anziani*, «I luoghi della cura», 16 aprile, disponibile all'indirizzo internet: <https://www.luoghicura.it/dati-e-tendenze/2020/04/un'emergenza-nell'emergenza-una-fotografia-delle-strutture-residenziali-per-anziani/>.
- Chpe, 2021, *Nursing Home Resident and Staff Covid-19 Cases after the First Vaccination Clinic*, disponibile all'indirizzo internet: <https://www.ahcancal.org/Data-and-Research/Center-for-HPE/Documents/CHPE-Report-Vaccine-Effectiveness-Feb2021.pdf>.
- Comas-Herrera A. e al., 2021, *Mortality Associated with Covid-19 Outbreaks in Care Homes: Early International Evidence*, disponibile all'indirizzo internet: <https://ltccovid.org/2020/04/12/mortality-associated-with-covid-19-outbreaks-in-care-homes-early-international-evidence/> (ultimo aggiornamento 21 febbraio 2021).
- Crucianelli L., 2021, *Il contatto indispensabile*, «Internazionale», n. 1394, febbraio.
- Drageset J., Espehaug B. e Kirkevold M., 2012, *The Impact of Depression and Sense of Coherence on Emotional and Social Loneliness among Nursing Home Residents without Cognitive Impairment - A Questionnaire Survey*, «Journal of Clinical Nursing», n. 21, pp. 965-974.
- Kim E.-Y. e Yeom H.-E., 2016, *Influence of Home Care Services on Caregivers' Burden and Satisfaction*, «Journal of Clinical Nursing», vol. 25, n. 11-12, pp. 1683-1692.
- Geddes M., 2020, *Combattere la solitudine per non perdere la tenerezza*, «Salute internazionale», 20 ottobre, disponibile all'indirizzo internet: <https://salute.dirittofondamentale.it/per-combattere-la-solitudine-per-non-perdere-la-tenerezza/>.
- Hajek A., Lehnert T., Wegener A., Riedel-Heller S.G. e König H.H., 2017, *Factors Associated with Preferences for Long-Term Care Settings in Old Age: Evidence*

- from a Population-Based Survey in Germany*, «BMC Health Services Research», vol. 17, n. 1, p. 156.
- Hawkey L.C. e Cacioppo J.T., 2010, *Loneliness Matters: A Theoretical and Empirical Review of Consequences and Mechanisms*, «Ann. Behav. Med.», n. 40, pp. 218-227.
- Istat, 2021, *Rapporto Bes 2020: il benessere equo e sostenibile in Italia*, disponibile all'indirizzo internet: <https://www.istat.it/it/archivio/254761>.
- Kasper J.D., Wolff J.L. e Skehan M., 2019, *Care Arrangements of Older Adults: What They Prefer, What They Have, and Implications for Quality of Life*, «Gerontologist», vol. 59, n. 5, pp. 845-855.
- Lange-Alberts M.E. e Shott S., 1994, *Nutritional Intake. Use of Touch and Verbal Cuing*, «J. Gerontol. Nurs.», vol. 20, n. 2, pp. 36-40.
- Lehnert T., Heuchert M., Hussain K. e König H., 2019, *Stated Preferences for Long-Term Care: A Literature Review*, «Ageing and Society», vol. 39, n. 9, pp. 1873-1913.
- Low L.F., Yap M. e Brodaty H., 2011, *A Systematic Review of Different Models of Home and Community Care Services for Older Persons*, «BMC Health Services Research», n. 11, p. 93.
- Marchisio C. e Curto N., 2020, *RSA: la punta dell'iceberg di un modello che nega dignità e pieni diritti*, «Frida», 4 giugno, disponibile all'indirizzo internet: https://frida.unito.it/wb_pages/contenuti.php/388_processi-sociali-e-politici-legge-e-comunicazione/416_rsa-la-punta-delliceberg-di-un-modello-che-nega-dignit-e-pieni-diritti/.
- Nyqvist F., Cattan M., Andersson L., Forsman A.K., Gustafson Y., 2013, *Social Capital and Loneliness among the Very Old Living at Home and in Institutional Settings: A Comparative Study*, «J. Aging Health», n. 25, pp. 1013-1035.
- Oecd, 1994, *Caring for Frail Elderly People: New Directions in Care*, Organisation for Economic Co-operation and Development, Parigi.
- Oecd, 2003, *Ageing, Housing and Urban Development*, Organisation for Economic Co-operation and Development, Parigi.
- Paque K., Bastiaens H., Van Bogaert P. e Dilles T., 2018, *Living in a Nursing Home: A Phenomenological Study Exploring Residents' Loneliness and Other Feelings*, «Scand. J. Caring Sci.», n. 32, pp. 1477-1484.
- Pesaresi F., 2021, *La priorità è completare la vaccinazione di ospiti ed operatori delle strutture per anziani. Qualche verità sui numeri*, «I luoghi della cura», 15 febbraio, disponibile all'indirizzo internet: <https://www.luoghicura.it/dati-e-tendenze/2021/02/la-priorita-e-completare-la-vaccinazione-di-ospiti-ed-operatori-delle-strutture-per-anziani-qualche-verita-sui-numeri/>.
- Plöthner M. e al., 2019, *Needs and Preferences of Informal Caregivers Regarding Out-patient Care for the Elderly: A Systematic Literature Review*, «BMC Geriatrics», n. 19, p. 82.

- Puvill T., Lindenberg J., de Craen A.J., Slaets J.P. e Westendorp R.G., 2016, *Impact of Physical and Mental Health on Life Satisfaction in Old Age: A Population Based Observational Study*, «BMC Geriatrics», n.16, p. 194.
- Young C., Hall A.M., Gonçalves-Bradley D.C., Quinn T.J., Hooft L., van Munster B.C. e Stott D.J., 2017, *Home or Foster Home Care versus Institutional Long-Term Care for Functionally Dependent Older People*, «Cochrane Database of Systematic Reviews», n. 4.

Un giovane sguardo sulla vecchiaia. Nuove proposte per un sostantivo povero, precario e femminile

Agnese Bainsi

RPS

Nell'ultimo secolo, la vecchiaia è stata fatta coincidere con la fine del lavoro ovvero con l'inizio della pensione: è vecchio chi smette di essere un elemento produttivo all'interno della società.

La vecchiaia è una questione di classe, più di quanto si pensi.

Ma il nesso tra vecchiaia e improduttività è molto antico: nel 1400 nascono i primi ospedali per poveri in cui venivano rinchiusi le persone ai margini della società, coloro che non producevano valore: anziani, matti, criminali, malati.

È da questi luoghi che nascono, successivamente, le residenze per anziani – istituzioni totali che,

nell'ultimo anno, hanno dimostrato il loro essere luoghi di morte e non di cura. In un mondo sempre più povero e precario ha ancora senso legare la vecchiaia alla fine del lavoro? Finiamo per non smettere mai di lavorare e di non avere tempo, per esempio, come ci insegna lo scrittore Italo Svevo, per scrivere. Vedendo che la maggior parte della popolazione anziana è composta da donne, si approfondisce infine il concetto di vecchiaia al femminile e il concetto di lavoro di cura e di assistenza verso le persone anziane, sempre declinato al femminile.

1. Premessa

Prima di cominciare mi sento obbligata a dare delle indicazioni. La vecchiaia l'ho conosciuta tramite altre persone, i miei nonni: Francesco Bainsi (1916-1997; 81 anni), Pasqualina Dovera (1920-2001; 81 anni), Mario Pedrazzini (1919-2012; 93 anni) e, in particolare, mia nonna materna, Giovanna Toscani (1923-2016; 93 anni), con la quale sono entrata per la prima volta in una residenza per anziani. C'è stato un momento in cui, guardando queste persone, mi apparivano vecchie: per il loro silenzio, per la loro perenne stanchezza, per qualche impresa strampalata, per le gite in *day hospital*, per le loro malattie e demenze. Definire un altro essere umano come vecchio non è un'impresa facile, eppure accade – magari all'improvviso. Ho ventisette anni e, come ho scoperto scrivendo questo testo, nei secoli scorsi sarei stata considerata vecchia.

C'è un racconto di Dino Buzzati (1906-1972; 66 anni) che si intitola *Cacciatori di vecchi*: i giovani e gli adulti combattono contro gli anziani ma, combattendo, si accorgono di star diventando vecchi a loro volta e, quindi, una preda. Scrivo questo testo da questa posizione: non ho mai cacciato nessun vecchio, anzi, è probabile che abbia compiuto qualche tranello per aiutarli a non essere catturati.

Mi sento di fare un'ultima precisazione, più una giustificazione. Sto per scrivere della vecchiaia che ho visto, ma questo concetto cambia nello spazio e nel tempo. «Esistono tante forme e stili di vecchiaia quante sono le culture e le società, e le categorie sociali, economiche e culturali, e i tipi di attività coi loro status e percorsi formativi, e le esperienze individuali segnate dall'infinita diversità delle qualità, dei ritmi, delle lacerazioni» (Dadoun, 2017, p. 16). La vecchiaia è un costrutto sociale, eppure abbiamo in mente, più o meno chiaramente, chi sia una persona vecchia. Cercherò di fare un esercizio di «archeologia» per comprendere meglio questo concetto.

2. Il limite dei sessantacinque

Sulla carta, si diventa vecchi superati i sessantacinque anni. Sono state proposte anche altre suddivisioni: dai sessantacinque ai settantacinque si è «giovani vecchi», nel successivo decennio «anziani», poi «grandi vecchi» fino ai cento anni, quando si diventa «centenari». Può spaventare questa definizione quantitativa. Otto von Bismarck (1815-1898; 83 anni) viene riconosciuto come il primo ad aver introdotto un sistema pensionistico di tipo moderno. Si narra che quando si trovò a decidere a che età concedere la pensione, abbia chiesto quando morissero le persone e che il suo ufficiale gli abbia risposto: «Sessantacinque». Negli anni settanta dell'Ottocento, nel Regno di Prussia, per la prima volta, venne fissato un limite di età per la pensione degli impiegati statali e dei soldati. Venne poi allargato a tutta la popolazione del regno, con il limite di settant'anni (riabbassato a sessantacinque nel 1916).

Da circa un secolo, l'inizio della vecchiaia viene fatto coincidere con l'inizio della pensione, ovvero la fine del lavoro. Questo è un punto da tenere a mente, il tema del lavoro tornerà più volte: è anziano colui che non lavora, colui che «non è più indispensabile allo sforzo produttivo del Paese» – come ha affermato recentemente un noto politico¹. In

¹ Sul commento di Giovanni Toti riguardo la morte delle persone anziane contagiate dal Covid-19 ho scritto in precedenza: Bainsi A., 2020, *La lunga storia della guerra*

quest'ultimo secolo la società è cambiata, ma non lo è affatto l'idea di vecchiaia. «La società, attraverso i miglioramenti delle condizioni di vita e della medicina, è stata capace di allungare la vita delle persone, ma non è altrettanto capace, allo stesso tempo, di dare valore a questa vita; si vive più a lungo, ma a prezzo di un restringimento, spesso non necessario, delle proprie possibilità» (Antoniazzi e Carcano, 2017, p. 45). Questi schemi numerico-descrittivi non sono più validi nel mondo attuale. Una vita umana non si può circoscrivere a giovinezza, età adulta, vecchiaia – divisioni basate sul tempo occupato a lavorare. Queste divisioni creano problemi a chi viene definito anziano e li crea anche nell'opinione pubblica (Bauman, 2016).

Se penso all'idea che ho della vecchiaia, vedo un periodo di stabilità e di libertà. Avrò una pensione e potrò dedicarmi alla lettura. Se però analizzo la mia vita attuale, non si prefigura questa possibilità. Siamo in un mondo liquido dove la vita è «precaria, vissuta in condizioni di continua incertezza» e dove «le preoccupazioni più acute e ostinate che l'affliggono nascono dal timore di essere colti alla sprovvista, di non riuscire a tenere il passo di avvenimenti che si muovono velocemente, di rimanere indietro» (Bauman, 2006, p. VIII). E allora, come sarà la vecchiaia di chi vive un'esistenza precaria?

3. *La vecchiaia è un problema di classe*

Simone de Beauvoir (1908-1986; 78 anni), nel suo libro *La terza età*, testo su cui continuerò a tornare, afferma: «Più che il conflitto tra le generazioni, è la lotta di classe che ha conferito alla nozione di vecchiaia la sua ambivalenza» (Beauvoir, 1971, p. 204). In altre parti, l'autrice torna su questo concetto: «La sorte delle persone anziane dipende in gran parte dalle loro capacità, dal loro prestigio e dalle ricchezze che le capacità e il prestigio gli hanno acquistato; quella dei privilegiati è ben diversa da quella degli esseri comuni» (*ivi*, p. 86). La vecchiaia non cambia solo nel tempo e nello spazio, cambia anche all'interno della stessa società. Per secoli, come vedremo, la vecchiaia veniva definita dalla povertà. Quel momento vissuto dalle persone abbienti dopo i sessantacinque anni non si chiamava vecchiaia, ma «casa in campagna».

A inizio gennaio, sul settimanale «D» di «Repubblica», è stato pubblicato un articolo sulla Regina Elisabetta II: «Non è un elisir ma una

crema da giorno il segreto della longevità della regina Elisabetta II, 94 anni di età e 68 di regno. Si tratta di una produzione di nicchia di un brand inglese, Cyclax Company, con base a Londra» (Grippa, 2020).

Sempre a gennaio, mio padre, Giuseppe Bainsi, mio vero vecchio di riferimento, mi ha raccontato una storia su mio nonno Cecco e i suoi tre fratelli, tutti morti per tumore ai polmoni. Lavoravano in un reparto di filatura in cui producevano tele per gli pneumatici. In tre hanno lavorato fino alla pensione, mentre Mario, uno dei fratelli, andò in pensione prematuramente perché si era incendiata una cassetta di teli che teneva tra le mani e il fumo inalato gli causò infarti e malattie ai polmoni. Tutti gli operai venivano mandati una volta all'anno dalla ditta a fare esami, in una clinica del lavoro: avevano sempre il certificato di buona salute. Ma la maggior parte degli operai che hanno lavorato in quello stabilimento, tra cui mio nonno e i suoi fratelli, sono morti di tumore ai polmoni.

Una persona sopravvive grazie a una crema idratante, mentre un'altra persona muore per creare pneumatici. Hanno vissuto nello stesso periodo storico (una nata nel 1926, l'altro nato nel 1916), più o meno nello stesso luogo (l'Europa occidentale), ma le loro vite sono state completamente diverse. La loro classe di appartenenza non poteva essere più diversa di così.

Per pensare alla vecchiaia e al futuro bisogna tenere a mente questa relazione: «È sempre necessario ammettere che nonostante l'allungamento della vita, non si invecchia alla stessa età a seconda di un'origine sociale o il genere di attività svolta. Il rapporto con l'età rivela la disuguaglianza sociale» (Augé, 2014, p. 20). Tra vecchiaia e povertà il nesso è stretto e antico e se vogliamo sradicarlo dobbiamo capire dove ha origine. C'è un divario tra la casa in campagna e la «pattumiera dove altri sono destinati a finire» (Bauman, 2006, p. X). Questa pattumiera è un luogo preciso, un luogo dove si rimane, in media, dodici mesi (Gabanelli e al., 2020) per poi morire: l'ospizio per vecchi.

4. *Gli ospedali per poveri*

A partire dal 1400, nelle principali città europee, vengono costruiti ospedali generali per rispondere a due esigenze: contenere la diffusione delle malattie e rispondere ai bisogni della popolazione più povera. Nei secoli successivi, queste grandi istituzioni iniziano a diffondersi sempre di più. In Italia, nelle principali città, nascono gli Ospedali dei Mendicanti: Bologna, 1563; Milano, 1570; Roma, 1587; ma anche Venezia, Firenze, Napoli e Genova. In Francia, nel 1656, con decreto del re Sole,

nasce l'Hôpital général. Viene costruita così la Salpêtrière, destinata ai poveri della città di Parigi. Un'altra struttura, Bicêtre, un ospedale fondato nel 1633 da Luigi XIII come casa di riposo per soldati invalidi, viene allargata in quell'anno a mendicanti, folli, sifilitici, orfani, vecchi, assassini. Anche persone colte in fragranza a compiere atti omosessuali. Ogni persona che non rientrava nel substrato produttivo della società finiva in questi luoghi (Foucault, 1973).

Due medici in particolare hanno reso famosi Bicêtre e la Salpêtrière. Il primo è Philippe Pinel (1726-1845; 81 anni). La storia ci tramanda che sia stato lui a liberare dalle catene gli alienati e a ribadire che fossero persone da curare. Nasce così la psichiatria. L'altro medico è Jean-Martin Charcot (1825-1893; 68 anni), studiava i comportamenti degli ospiti e teneva delle conferenze sulle sue osservazioni. Con le conferenze titolate *Leçons cliniques sur les maladies des vieillards et les maladies chroniques* nasce la geriatria. Piccola curiosità: nel 1885, per quattro mesi, anche Sigmund Freud (1856-1939; 83 anni) è stato auditore di queste conferenze.

Le cose proseguono abbastanza invariate fino all'Ottocento, quando tra incremento demografico, miglioramento delle condizioni igieniche e alimentari e rivoluzione industriale, esplode il problema dei vecchi. Il divario tra chi vive in campagna e chi vive in città si fa sempre più profondo: in un'organizzazione contadina, la persona anziana viene assistita in famiglia mentre in città, con estrema vergogna della famiglia, si finisce nelle prime case di riposo, nate grazie a enti religiosi, e destinate ai poveri (vecchi). In Italia troviamo le Opere pie: nel 1896 ce ne sono 23 mila. Si iniziano a concepire strutture differenziate in base ai bisogni e sempre più organizzate verso un'idea di assistenza.

L'ospizio per i poveri era un luogo così tristemente famoso che nella prima versione del gioco da tavolo *Monopoli*, chiamato *The Landlord's Game* e creato nel 1903 da Lizzie Magie (1866-1948; 81 anni), occupava una casella del tabellone. Nella versione attuale si trova l'area del posteggio gratuito. Il regolamento recitava: «Prima dell'inizio del gioco, a ogni giocatore viene fornita una certa quantità di denaro, sufficiente a pagare tutte le spese necessarie finché non sta abbastanza bene per pagarsi da vivere da solo. Se uno è così sfortunato, o così incosciente [*reckless*] e stravagante, da restare al verde [*broke*], c'è una piacevole casetta per poveri [*nice little poor house*] in un angolo, dove può indugiare fino a quando non fa un lancio fortunato o qualche amico non ha pietà di lui e gliene presta abbastanza soldi per rimetterlo in piedi»².

² Articolo apparso sul *The Single Tax Review* nel 1902 e disponibile all'indirizzo internet:

5. *LifeLong Working*

Simone de Beauvoir scrive:

La società impone all'enorme maggioranza dei vecchi un livello di vita così misero che l'espressione «vecchio e povero» è quasi un pleonismo; inversamente, la maggior parte degli indigenti sono vecchi. Il tempo libero non offre al pensionato possibilità nuove; nel momento in cui è finalmente affrancato dagli obblighi, si tolgono all'individuo i mezzi per riutilizzare la sua libertà. È condannato a vegetare nella sua solitudine e nella noia, un puro scarto. Che per gli ultimi quindici o vent'anni della sua vita un uomo non sia più che uno scarto è una cosa che denuncia il fallimento della nostra civiltà, e questo fatto ci prenderebbe alla gola se considerassimo i vecchi come uomini, con una vita d'uomini dietro di loro e non come cadaveri ambulanti. (Beauvoir, 1971, p. 16)

Nomadland è un'inchiesta della giornalista Jessica Bruder sui nuovi nomadi americani³: persone che non hanno più i soldi per mantenere una casa, non ne hanno abbastanza per pagarsi l'assicurazione sanitaria e decidono di diventare nomadi. Caravan, roulotte, furgoni ristrutturati. Ciò che più colpisce è che la maggior parte dei protagonisti sono persone che definiremmo «anziane» e che sono costrette a trovare lavori stagionali sottopagati per sopravvivere: sono *workampers*. «Il termine deriva dal neologismo *workamping*, dall'unione di *work* («lavorare») e *camping* («campeggiare»). Un *workamper* è una persona che svolge un'attività lavorativa mentre vive in un'area di campeggio o di sosta per veicoli da vacanza (camper, roulotte, ecc.) o in tenda» (Bruder, 2020, p. 49).

Una delle aziende che impiega lavoratori in età avanzata per periodi brevi è Amazon. Assumendo lavoratori di categorie «svantaggiate», l'azienda riceve dal governo degli Stati Uniti dei crediti di imposta che vanno dal 25 al 40% dello stipendio. Anche per la raccolta annuale della barbabietola da zucchero sono richiesti *workampers* anziani poiché hanno un'etica del lavoro straordinaria, avendo lavorato duramente tutta la vita (*ivi*, p. 103).

www.lvtfan.typepad.com/lvtfans_blog/2011/01/lizzie-magie-1902-commentary-the-landlords-game.html (consultato il 10/01/2020). Trad. dell'autrice.

³ Dal libro è stato tratto un film omonimo, diretto da Chloé Zhao, che ha vinto nel 2020 il Leone d'oro alla Mostra internazionale d'arte cinematografica di Venezia.

Linda May, sessantaquattro anni, la protagonista principale del libro, è costretta a prendere medicinali per sopportare i turni da Amazon, dove ci sono distributori automatici di antidolorifici da banco gratuiti e dove vengono assunti dei paramedici che aspettano fuori dai magazzini, pronti ad aiutare chi sviene. Dolori alla schiena, scariche elettrostatiche contro gli scaffali, colpi di calore, lesioni al polso per la ripetizione dello stesso movimento sono la normalità.

Questo significa niente riposo per chi invecchia. Quasi nove milioni di americani sopra i sessantacinque anni lavoravano ancora nel 2016, oltre il 60% in più rispetto al decennio precedente. Gli economisti prevedono che queste cifre – assieme alla percentuale di anziani nella forza lavoro – continueranno a salire. Un recente sondaggio suggerisce che oggi gli americani abbiano più paura di sopravvivere alle proprie risorse di quanta ne abbiano di morire. Un altro rilevamento indica che, sebbene la maggior parte degli americani più anziani pensi ancora al pensionamento in termini di «tempo libero», soltanto il 17% prevede di non lavorare affatto in età avanzata. (*ivi*, p. 107)

Esiste anche una residenza assistenziale per camperisti anziani – per chi se la può permettere e non deve lavorare. Si trova in Texas e si chiama Escapees Care. Fondata nel 1992, offre la possibilità di rimanere nel proprio veicolo pagando i servizi di ristorazione (tre pasti al giorno), di infermeria, di supervisione, di pulizia e presenta un ricco programma di attività in comune, di laboratori di stimolazione sensoriale e di gite. Inoltre, come viene precisato nella pagina Faq, le persone con demenza sono accettate a patto che vi sia anche un *caregiver* a tempo pieno.

Di una cosa sono certa: non vorrei trovarmi all'età di sessantacinque anni a correre in un magazzino, in cui si entra attraversando un *metal detector* e passando le successive dieci ore a collocare merci sugli scaffali, con intervalli per prendere antidolorifici e tornando a fine turno in un minuscolo e freddo camper posteggiato fuori dal magazzino.

6. *L'arte di invecchiare, o l'arte di scrivere*

Sono abbastanza certa che quello che vorrò fare sarà leggere e scrivere. Lo vorrei già ora, il mio desiderio di invecchiare velocemente è collegato all'idea di tempo libero che questa età si porta – o si portava. Mi viene in mente Italo Svevo, pseudonimo di Hector Schmitz (1861-

1928; 67 anni). Il tema della vecchiaia è centrale non solo nei suoi romanzi (di cui uno ha proprio il titolo *Senilità*) ma anche in numerosi racconti (anche in questo caso, i titoli sono emblematici: *L'avvenire dei ricordi*; *Incontro di vecchi amici*; *La novella del buon vecchio e della bella fanciulla*; *Le confessioni del vegliardo*). Svevo scrive *La coscienza di Zeno* a sessant'anni e il protagonista, Zeno Cosini, è un anziano che ripercorre la sua vita (mediata dalla psicoanalisi del Dottor S.). Sia Svevo sia Zeno si trovano a scrivere dopo aver passato una vita a lavorare come impiegati. La vecchiaia è per loro un momento di libertà, è quel momento in cui finalmente è possibile scrivere perché non è più necessario attestare il proprio valore attraverso il lavoro. «Se l'individuo sveviano è l'inetto a vivere, il vecchio è l'individuo per eccellenza, l'uomo minacciato ed estromesso dalla vita, dall'ingranaggio sociale dell'esclusione che fa di ognuno un vinto. Invecchiare diviene il simbolo del sopravvivere» (Ara e Magris, 1982, p. 83). Mio padre, seguendo questo spirito, ha definito la vecchiaia come un momento «impagabile», proprio perché si ha controllo del proprio tempo.

Guardo a questa idea, quella della vecchiaia come momento per scrivere, con uno strano interesse. La mia vita è fatta di lavori precari di scrittura. La scrittura è ciò che occupa il mio tempo presente e ciò con cui dovrei produrre valore all'interno della società; la lettura è ciò che invece occupa il mio tempo «libero». Una realtà ribaltata rispetto a Svevo e ai suoi protagonisti, dove l'ozio disinteressato conseguente alla pensione portava tempo per pensare e per scrivere.

Simone de Beauvoir si chiede come invecchino gli scrittori, quindi come sia la vecchiaia di chi già scrive: «Sofocle fece rappresentare l'*Edipo a Colono* a ottantanove anni. Voltaire produsse il meglio della sua opera negli ultimi vent'anni della sua vita. Gli ultimi volumi delle *Mémoires d'outre-tombe* e *La vita di Rancé* furono composti da Chateaubriand in vecchiaia. Goethe ha composto le sue più belle poesie negli ultimi venticinque anni della sua vita; datano di quest'epoca *Poesia e verità* e il secondo *Faust*» (Beauvoir, 1971, p. 368). In realtà, la conclusione a cui arriva è: «La fortuna per un vecchio scrittore, è d'aver avuto in partenza idee così solidamente radicate da poter conservare per sempre la propria originalità, e così vaste da rimanergli aperte fino alla morte» (*ivi*, p. 374).

Uno di questi autori fortunati è Immanuel Kant (1724-1804; 80 anni). Scrisse *La critica del giudizio* a sessantasei anni, *La religione entro i limiti della sola ragione* a sessantanove e *Antropologia dal punto di vista pragmatico* a settantaquattro anni. In quest'ultimo testo, il filosofo scrive di memoria e

di oblio, l'*obliviositas*, proponendo l'immagine di una botte piena di buchi. Sappiamo dal suo biografo che Kant all'epoca si dimenticava le cose appena apprese, anche se sapeva ancora recitare a memoria passi dell'*Eneide*, si addormentava fuori orario, non riconosceva chi gli stava intorno. All'epoca Kant stava sviluppando l'Alzheimer. È una storia buffa, a suo modo, perché questa malattia venne scoperta da Alois Alzheimer (1864-1915; 51 anni) nel 1906, facendo l'autopsia a una donna, Augusta. E questa malattia, scoperta un secolo dopo la morte di Kant, gli venne diagnosticata nel 1992, un altro secolo dopo, da Alexander Kurz (Rigotti, 2019). Immaginatevi Kant che, mentre sta *perdendo colpi* e vorrebbe ancora scrivere, si trova invece con pochi soldi a dover lavorare in un magazzino.

7. Cosa sono oggi le residenze per anziani

Come ho scritto in precedenza, ho conosciuto le case di riposo con mia nonna Giovanna. E con lei ho conosciuto anche l'Alzheimer. Per quello che ricordo, dopo la morte di mio nonno, i segnali di demenza che ogni tanto comparivano diventavano sempre più frequenti: il fornello dimenticato acceso, lei che legge un giornale tenuto in mano capovolto, le volte in cui usciva di casa senza tornare. È stata portata in una residenza per anziani, con un nucleo per persone con Alzheimer. Ha continuato a vivere, ma non era più lei. E vedendo quello che è accaduto nell'ultimo anno nelle residenze per anziani, sono solo felice che lei non sia più lì. Lei non si accorgeva di nulla: di essere messa a letto alle ore 18, di trovarsi le medicine nascoste nello yogurt, di ingurgitare qualsiasi cosa le capitasse a mano ma anche di non trovarsi lavata, di non avere le unghie tagliate, di avere sempre gli stessi vestiti – lei che era stata una sarta e ci teneva a essere sempre ordinata e pulita.

Le strutture per anziani in Italia sono 7.372, di cui l'82,3% sono gestite da privati (Massariolo, 2020). Dieci anni fa, secondo l'Istat, gli ospiti delle residenze per anziani con più di sessantacinque anni di età erano circa 279 mila. Tra le persone ricoverate troviamo prevalentemente persone dagli ottanta anni in su con più problemi clinici e sempre più persone con demenze. In particolare, tra il 70 e l'85% degli ospiti sono donne (Guaia, 2009).

Sono donne il 57% delle persone con più di sessantacinque anni; diventano il 64% sopra i settantacinque anni (Istat anziani, dati al 01/01/2021). Tra le persone con più di cento anni, in Italia, ci sono

168 uomini e ben 1388 donne. Questa differenza di genere nella prospettiva di vita mi ha molto incuriosito. Esiste su Wikipedia una «List of the verified oldest people», la lista verificata delle persone più anziane. Solo al diciannovesimo posto troviamo un uomo. La persona più anziana attualmente vivente è una donna: Kane Tanaka, nata il 2 gennaio 1903. Ricordatevi di lei perché, se sarà ancora in vita, sarà una delle tedofore delle Olimpiadi di Tokyo. Il passaggio da Shime, città in cui risiede, è previsto l'11 maggio e Kane Tanaka percorrerà 200 metri, seduta su una sedia a ruote e spinta dai suoi famigliari con la torcia olimpica.

Un'altra donna, un'altra teorica fondamentale nel mio percorso, è Franca Ongaro (1928-2005; 77 anni). Ha lavorato molto sul concetto di cura, di definizione della malattia e delle contraddizioni delle istituzioni. In un passaggio scrive:

Il fatto che, anche oggi, si continuino a chiamare «ospizi» quelle che eufemisticamente e solo per la classe abbiente vengono definite «case di riposo per anziani» dove i vecchi aspettano di morire, conferma il carattere di «deposito» delle organizzazioni assistenziali, prima del costituirsi del corpo separato del sapere medico e della corporazione dei medici, delegati a prendersi cura della malattia. [...] Si trattava effettivamente di un «prendersi cura», ma non tanto del malato, quanto del povero: cura generica, in cui la malattia giocava come l'elemento che acuiva la miseria e l'indigenza. (Ongaro, 2012, p. 56)

Non è un caso che sia stata proprio lei a tradurre, insieme al compagno, Franco Basaglia (1924-1980; 56 anni), un imprescindibile libro: *Asylums* di Erving Goffman. Con questo testo nasce il concetto di Istituzione Totale: spazi visibilmente chiusi (porte, mura, cancelli), gestiti da un'autorità *inglobante e penetrante*, dove si annulla la distinzione del tempo che passa (del dormire, del lavorare, del divertirsi), dove un gruppo di persone è obbligato a fare le stesse cose nello stesso tempo.

8. Il peso del lavoro di cura

Altri temi cari a Franca Ongaro sono stati la condizione femminile, la malattia declinata al femminile, il ruolo della donna nell'assistenza. «È sempre lei», incastrata in un'istituzione come la casa e la famiglia (Ongaro, 1982).

Mi sono ricordata di un incontro ascoltato lo scorso settembre, all'Alzheimer Fest a Cesenatico, un festival che da qualche anno è pensato per le persone con Alzheimer e i loro familiari (rientro per adesso in quest'ultima categoria, ma c'è probabilità che rientri nella prima tra qualche decennio). L'incontro si intitolava *Chi bada alle badanti*, ovvero chi bada a circa 840 mila persone soltanto in Italia.

L'incontro raccontava dell'inchiesta svolta dal giornalista del «Corriere della Sera» Francesco Battistini in Romania. Nel 2005 due psichiatri di Kiev notarono un fenomeno comune tra molte donne ucraine, romene e moldave; erano tutte donne che erano emigrate dai loro Paesi per assistere gli anziani di altri Paesi, lasciando la famiglia. Tornando, sviluppano *Dor*, una parola che indica una forma di depressione con insonnia, aspirazioni suicide e ansia. Questo fenomeno ha un nome: Sindrome Italia. A Iasi, all'Istituto psichiatrico Socola, sono ricoverate duecento donne l'anno. La terapia può durare anche cinque anni e raramente viene coperta dallo Stato: si tratta di 240 euro ogni dodici mesi, uno stipendio medio. Un terzo delle ricoverate tenta almeno una volta il suicidio (Battistini, 2019).

Ascoltando prima e leggendo poi questa inchiesta mi è venuta in mente la biografia di Thérèse Clerc (1927-2016; 89 anni). Nel maggio del '68 divorziò dal marito, e rimase con due figli e un negozio in cui praticava aborti clandestini. Qualche anno dopo, si trovò a doversi occupare della madre in fin di vita e «cominciò a sognare un luogo ideale in cui alle signore anziane, dopo essersi occupate dei loro mariti e dei loro bambini per tutta una vita sarebbero stati garantiti tranquillità, autonomia, benessere e dignità». Nel 2003 nasce così la Maison des Babayagas, una casa di riposo per sole donne, in cui ognuna ha un proprio piccolo appartamento per meno di quattrocento euro al mese (la differenza del costo di vita tra Francia e Romania è evidente) e in cui ognuna delle ospiti dona dieci ore a settimana del proprio tempo. Il motto è «*vieillir vieux, c'est bien, mais vieillir bien, c'est mieux*»: invecchiare va bene, ma invecchiare bene è meglio (Bagieu, 2019).

9. Un esercizio di immaginazione

Mi permetterò per concludere una deriva romantica. Vorrei immaginare come sarà la mia vecchiaia. Parto da questo dato: il 25% degli anziani vive da solo e «la solitudine materiale si trasforma in solitudine psicologica, causando un deterioramento sul piano emotivo della fiducia in sé e

negli altri» (Cesareo, 2009, p. 18). Quello che vorrei per la mia vecchiaia è di rimanere sola, se volessi rimanere sola, e di avere compagnia, se volessi avere compagnia. Vorrei la possibilità di scegliere. Magari un condominio in cui avere il mio spazio di indipendenza, proprio come la *Maison des Babayagas*. Ma bisognerebbe stare attenti a non creare spazi dove isolare, segregare, rinchiudere. L'errore di creare nuove istituzioni totali si insidia ovunque⁴. Bisogna mescolare per non creare luoghi di violenza. E, soprattutto, dobbiamo ricordarci sempre che le persone devono essere libere e autonome e devono vivere una vita dignitosa. Non vorrei mai stare in una stanza con le pareti di qualche colore pallido con solamente un misero comodino e un letto in cui potrei essere legata. Voglio il mio spazio, riempirlo di piante e di libri. E invitare le amiche il lunedì sera a mangiare la pizza, come facciamo ora.

Per non creare i vecchi (e aggiungo, perché è la condizione che vivo, per non creare i giovani) dobbiamo stare insieme. Ci dimentichiamo che coabitiamo lo stesso mondo. Il filosofo José Ortega y Gasset (1883-1955; 72 anni) ha studiato a lungo il concetto di generazioni e ha sottolineato come generazioni diverse (come vecchi e giovani) vivano insieme contemporaneamente, anche se in contesti e condizioni diverse e come diano punti di vista differenti sugli stessi accadimenti. Prendiamo questa coabitazione, allora, come un momento di arricchimento per entrambe le parti: i vecchi che ascoltano i giovani e i giovani che ascoltano i vecchi. Sul tema dell'ascolto mi prendo due righe per ringraziare mia madre, Patrizia Pedrazzini, perché se in tutti questi anni non mi avesse ascoltato e letto, non sarei qui a scrivere. Da figlia non sempre ci si rende conto del carico di lavoro di cura che si dà alle madri. Non so se avrò dei figli, ma vorrei che il lavoro di assistenza e di cura non pesasse sulle loro spalle. Vorrei che fossero liberi di vivere la loro vita, senza pensare troppo alle demenze e ai malanni della madre. Per fare questo, bisogna ripensare al lavoro di cura e di assistenza, ai luoghi di cura e di assistenza, a quanto costa la cura e l'assistenza e come non rendere questi costi un ostacolo. Non sarà facile, ma sono sicura che si possa fare.

Infine, Franca Ongaro, così come gli appunti di Neurofisiologia che mi sono stati passati da un'amica per scrivere questo testo, afferma che le persone che invecchiano hanno bisogno di continuare a partecipare alla vita collettiva, di sentirsi utili, di avere «un ruolo antropologico». Altri-

⁴ Per esempio, l'idea di costruire navi lazzaretto per persone (anziane) contagiate dal Covid-19. Sul tema segnalo: Del Giudice, 2020; Bainsi, 2020.

menti si muore. Che sia allora con la scrittura, con la lettura, con il bagnare le piante o con quello che sognate di fare, proviamo a immaginare una vecchiaia diversa.

Riferimenti bibliografici

- Antoniazzi S. e Carcano M., 2017, *L'anziano e il suo futuro. Un problema di riconoscimento*, Jaca Book, Milano.
- Ara A. e Magris C., 1982, *Trieste. Un'identità di frontiera*, Einaudi, Torino.
- Augé M., 2014, *Il tempo senza età. La vecchiaia non esiste*, Raffaello Cortina, Milano.
- Bagieu P., 2019, *Indomite. Storie di donne che fanno ciò che vogliono*, Bao, Milano.
- Baini A., 2020, *L'insano piacere di creare nuove istituzioni totali*, «Forum Salute Mentale», disponibile all'indirizzo internet: <http://www.news-forumsalute.mentale.it/linsano-piacere-di-creare-nuovi-istituzioni-totali/> (consultato il 10/01/2020)
- Battistini F., 2019, *Sindrome Italia, nella clinica delle nostre badanti*, «Corriere della Sera», disponibile all'indirizzo internet: www.corriere.it/elezioni-europee/100giorni/romania/ (consultato il 10/01/2020).
- Bauman Z., 2006, *Vita liquida*, Laterza, Roma-Bari.
- Bauman Z., 2016, *L'arte di invecchiare*, conferenza tenuta al Teatro Niccolini di Firenze il 22/10/2016, disponibile all'indirizzo internet: www.youtube.com/watch?v=aNpSaowan38 (consultato il 10/01/2020).
- Beauvoir S. de, 1971, *La terza età*, Einaudi, Torino.
- Bodei R., 2015, *Generazioni. Età della vite, età delle cose*, Laterza, Roma-Bari.
- Brown G., 2008, *Una vita senza fine? Invecchiamento, morte, immortalità*, Raffaello Cortina, Milano.
- Bruder J., 2020, *Nomadland*, Clichy, Firenze.
- Cesareo V., 2009, *Quali cambiamenti in una società che invecchia*, in Bertin (a cura di), *Invecchiamento e politiche per la non autosufficienza*, Centro Studi Erickson, Gardolo, pp. 15-34.
- Contarini S. e Marsi L., 2015, *Precariato. Forme e critica della condizione precaria*, Ombre corte, Verona.
- Dadoun R., 2017, *Manifesto per una vecchiaia ardente*, Baldini & Castoldi, Milano.
- Del Giudice G., 2020, *La nave dei vecchi*, «la Rivista delle Politiche Sociali», disponibile all'indirizzo internet: https://www.ediesseonline.it/wp-content/uploads/2020/05/La-nave-dei-vecchi_DEL-GIUDICE.pdf (consultato il 10/01/2020).
- Federici S., 2014, *Il punto zero della rivoluzione: lavoro domestico, riproduzione e lotta femminista*, Ombre corte, Verona.

RPS

Agnese Baini

- Foucault M., 1973, *Storia della follia nell'età classica*, Rizzoli, Milano.
- Gabanelli M., Gerevini M. e Ravizza S., 2020, *Anziani e Covid, perché le Rsa sono un affare solo per i privati*, «Corriere della Sera», disponibile all'indirizzo internet: www.corriere.it/dataroom-milena-gabanelli/rsa-covid-perche-case-riposo-sono-diventate-focolai-virus/c79559d4-1c5c-11eb-a718-cfe9e36fab58-va.shtml (consultato il 10/01/2020).
- Gallina M. e Loddo P., 2014, *La cura e la tutela dell'anziano. Sostenere le relazioni tra famiglia e assistente familiare*, FrancoAngeli, Milano.
- Goffman E., 1968, *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Einaudi, Torino.
- Grippa E., 2020, *Una crema per il viso è il segreto della regina Elisabetta d'Inghilterra*, «La Repubblica», disponibile all'indirizzo internet: www.repubblica.it/moda-e-beauty/dossier/william-e-kate/2021/01/02/news/segreto_bellezza_longevita_regina_elisabetta_ii_inghilterra_svelato_nome_sua_crema_viso-291090080/ (consultato il 12/05/2021).
- Guaita A., 2009, *I determinanti della non autosufficienza e i possibili interventi di prevenzione*, in Bertin (a cura di), *Invecchiamento e politiche per la non autosufficienza*, Centro Studi Erickson, Gardolo, pp. 99-126.
- Massariolo A., 2020, *Indagine sulle Rsa: un business che fa perdere di vista l'assistenza*, «Il Bo live», disponibile all'indirizzo internet: www.ilbolive.unipd.it/index.php/it/news/indagine-sulle-rsa-business-che-fa-perdere-vista (consultato il 10/01/2020).
- Ongaro F., 1982, *Una voce. Riflessioni sulla donna*, Il Saggiatore, Milano.
- Ongaro F., 2012, *Salute/malattia: le parole della medicina*, alpha beta, Merano.
- Ortega y Gasset J., 1985, *Il tema del nostro tempo*, SugarCo, Milano.
- Rigotti F., 2019, *Fili di pensiero e buchi di memoria: Immanuel Kant e l'Alzheimer*, conferenza tenuta all'Alzheimer Fest a Treviso il 15/09/2019, disponibile all'indirizzo internet: www.corriere.it/la-lettura/19_settembre_12/fili-pensiero-buchi-memoria-immanuel-kant-l-alzheimer-cede1024-d530-11e9-8969-5b23f308f7f4.shtml (consultato il 10/01/2020).

Invecchiare in Italia ai tempi della pandemia. L'occasione di un cambiamento

Antonella Pezzullo

RPS

Benché la dinamica demografica sia una delle grandi sfide globali del futuro, il nostro Paese, fino ad oggi, ha deciso di non affrontare questo tema sul piano delle decisioni politiche. La pandemia ha mostrato come le risposte offerte dall'Italia ai bisogni di cura dei suoi cittadini più fragili, gli anziani non autosufficienti, siano nel migliore dei casi inadeguate e costose, e, nel peggiore, colpevoli di un vero e proprio abbandono, costringendo finalmente a riflettere criticamente su un modello che mostra tutta la sua inadeguatezza. Non sarà certo, tuttavia, una trasformazione e un adeguamento marginale

dei servizi di cura e assistenza a fornire risposte a bisogni di evoluzione e aderenti alle trasformazioni demografiche in atto, perché è non solo auspicabile ma necessario un vero, nuovo modello di welfare. Occorre una narrazione diversa, una «utopia ragionevole», che accolga una diversa concezione dell'invecchiamento e agisca quale potente fattore di mutamento di un Servizio sanitario confezionato su vecchi bisogni, lontani da quelli di una società in profonda trasformazione, che suggerisce di investire su altri e nuovi modelli di salute.

1. Italia: tra invecchiamento della popolazione e denatalità

La popolazione planetaria cresce in modo esponenziale e la caratteristica inedita di tale crescita è che le persone vivono molto più a lungo e quindi la società è in costante, progressivo e veloce invecchiamento. È un'esperienza inedita per l'umanità perché è la prima volta che il pianeta è abitato da una generazione così numerosa di anziani. E per di più, anche se il dato può sorprendere, nel prossimo futuro, e in alcune parti del mondo, il segmento di popolazione con più di ottant'anni sarà quello che presenterà la crescita più rapida.

Basti pensare che in tutto il mondo il numero degli over 65 nel 2018 era di 675 milioni, ma nel 2030 un abitante su dieci avrà più di 65 anni di età, e la popolazione mondiale anziana raggiungerà un miliardo. Si tratta inoltre di un evento inedito dalle conseguenze non del tutto

prevedibili, perché non disponiamo di una esperienza storica che possa indicarci le risposte più opportune.

La straordinarietà di questo fenomeno, e le sue nuove implicazioni, sono dimostrate anche dal fatto che, durante il G20, tenutosi nel 2019 ad Osaka, l'invecchiamento della popolazione, fino ad allora tema per demografi, è stato annoverato fra i problemi economici emergenti e considerato un «rischio globale».

Se guardiamo al nostro Paese, cercando di comprendere quale è la declinazione locale di un questo fenomeno, dobbiamo ricorrere all'ausilio di qualche dato che illustri i profili di una situazione che, per la sua peculiarità, meriterebbe tutta l'attenzione e la centralità nelle politiche pubbliche.

La questione è infatti delicata: si pensi che l'Italia è il secondo tra i più longevi al mondo, dopo il Giappone, e nell'Europa a 27 si colloca subito dopo Svizzera e Spagna.

Secondo il rapporto Bes (Benessere equo e sostenibile) 2019 dell'Istat, in Italia la speranza di vita alla nascita era 83 anni (81 anni per gli uomini e 85 per le donne), laddove nei paesi europei, secondo il rapporto Oece *Health at a glance: Europe 2020*, è in media 81 anni.

Tuttavia, la tendenza costante al rialzo di questo indicatore statistico negli anni che vanno dal 2010 al 2019 sembra essere stata annullata da Covid-19. Il rapporto Bes 2020 segnala che la speranza di vita è scesa dello 0,9% tanto che Gian Carlo Blangiardo, presidente dell'Istat, ha affermato che «Gli indicatori hanno registrato impatti particolarmente violenti su alcuni progressi raggiunti in dieci anni sulla salute, annullati in un solo anno».

Se parliamo di ultracentenari, l'Italia insieme alla Francia, fino a prima dell'evento pandemico, ha detenuto il record con 14.456 residenti di cui l'84% donne (Istat, 2019a, 2019b).

Questi ultimi dati sono riportati nel rapporto pubblicato dall'Istituto superiore di statistica nel gennaio 2019 il cui titolo, *Cent'anni e non sentirli*, suona oggi, dopo il duro impatto con Sars-CoV-2, come beffardo!

Alla fine dell'ottocento meno di una persona su tre raggiungeva i 65 anni di età, mentre oggi sono nove su dieci a raggiungere questo traguardo, e più della metà ad arrivare agli ottanta.

È certo una buona notizia, ma una trasformazione così veloce e imponente non è priva di conseguenze e interroga in modo radicale i nostri sistemi economici e soprattutto il nostro welfare, per ora e ancor più per il nostro futuro.

Le cifre ci raccontano infatti di un Paese, l'Italia, nel quale circa una

persona su quattro ha più di 65 anni, e che per la metà del secolo gli ultrasessantacinquenni saranno uno su tre abitanti.

L'indice di vecchiaia è ai massimi storici visto che per ogni 100 giovani fino ai 14 anni ci sono 179 ultrasessantacinquenni, mentre il cosiddetto indice di dipendenza, che l'Eurostat (2020) definisce come il rapporto fra over 65 e persone in età attiva compresa fra i 15 e 64 anni, è pari al 35,7%, il più alto in assoluto in tutta Europa. Sempre secondo Eurostat in Italia per ogni persona non attiva ci sono solo 2,8 persone in età lavorativa, mentre la media europea è 3,3.

Quella del progressivo invecchiamento della popolazione rappresenta una tendenza destinata a confermarsi e alla quale, nel nostro Paese più che altrove, si associa come co-determinante un fenomeno ulteriore, il drastico calo delle nascite che una metafora più che eloquente definisce «gelo demografico». Si tratta di una tendenza in atto da tempo che nell'ultima decade è apparsa irreversibile, e che si manifesta più recentemente con i segni di una vera recessione demografica in cui i livelli di denatalità raggiungono un valore mai registrato negli ultimi 150 anni.

I dati appena pubblicati dall'Istat sulle nascite 2020 (Istat, 2021) indicano la continuità del declino già manifestato negli anni precedenti, ma con una ulteriore accentuazione. In un recentissimo studio, *La dinamica demografica durante la pandemia Covid-19 anno 2020*, l'Istat colloca il numero dei nuovi nati ai minimi storici, mentre i decessi sono 112.000 in più rispetto al 2019. Si può affermare che i dati dei decessi e dei nati del 2020 sono i peggiori da un secolo a questa parte, e hanno l'effetto di un saldo negativo record, il valore inferiore dall'Unità d'Italia, se si fa eccezione del 1918 quando l'epidemia di «spagnola» si rese responsabile della metà dei morti totali registrati.

Come dicono allarmati i demografi di Neodemos, il nostro appare un Paese «arenato sul fondale, come un sottomarino che sembra aver perso la spinta per tornare ad emergere».

L'Istat, studiando le «piramidi demografiche» del Paese, che delineano la popolazione per fasce di età nei vari anni, racconta di una base giovanile sempre più esile che appare dimezzata dall'inizio del secolo scorso, e che regge il carico di una popolazione sempre più vecchia.

Una società «childfree», dunque, che somma all'invecchiamento da tempo in atto un più recente fenomeno di «degiovanimento», tra le cui cause il dato economico non appare determinante, trattandosi di un fenomeno multifattoriale che ancora sfugge all'analisi.

A ciò si aggiunga che il Sud del Paese, per anni considerato la «riserva demografica» dell'Italia e dell'Europa, si avvia ad essere sempre più vec-

chio: la denatalità e lo spopolamento in atto potrebbero portare la percentuale di popolazione anziana residente al 36% entro qualche decennio. La questione demografica al Sud, come nel resto dell'Italia, rappresenta un determinante fondamentale nella storia di un Paese e di un territorio, perché agisce condizionandone lo sviluppo, e perché, interferendo con i conti pubblici, mette a dura prova la coesione sociale e i rapporti intergenerazionali.

È dunque innegabile che i profili demografici attuali, e nelle proiezioni future, dovrebbero suggerire politiche adeguate a fenomeni di straordinaria portata, mentre a fronte di un diluvio di dati, statistiche, previsioni sembra non succedere assolutamente nulla.

Nel 1982, negli USA, John Naisbitt pubblicò un libro di straordinario successo dal titolo *Megatrends*.

I *megatrends* vennero descritti come forze, tendenze, evoluzioni complesse in grado di avere un impatto potente sull'evoluzione della società, dell'economia, della cultura globali: demografia, ambiente, innovazione tecnologica sono le maggiori tra esse.

L'intrinseca non visibilità delle dimensioni demografiche ha dato origine negli anni ad una vera «rivoluzione silenziosa» che rappresenta una delle maggiori sfide, attuali e future, che tutti i paesi, sviluppati e non, dovranno fronteggiare.

Ciò che noi definiamo invecchiamento della società, a livello planetario, nazionale, territoriale, vale a dire nella dimensione di scala in cui decidiamo di osservarlo, rappresenta uno dei temi emergenti della contemporaneità che non può essere ignorato né subito.

Che lo si voglia o no, esso è ormai una condizione strutturale della nostra società con la quale dobbiamo dialogare e imparare anche culturalmente a convivere.

D'altra parte l'invecchiamento della popolazione quale conseguenza dell'allungamento della sopravvivenza umana, benché sia sempre guardato e raccontato con preoccupazione, rappresenta in sé un successo sociale di innegabile valore.

Per quanto riguarda le sue conseguenze bisogna invece misurarsi con eventi complessi che possono coinvolgere ogni aspetto sociale, e che interrogano profondamente una politica restia a misurarsi con processi non solo di breve, ma anche di lunghissimo periodo.

Non sorprende dunque che Ignazio Visco, governatore della Banca d'Italia, abbia tenuto la sua *lectio magistralis*, in occasione del conferimento della laurea ad honorem in Studi statistici all'Università di Trento, proprio su «Il rischio di longevità e il cambiamento dell'economia»

della quale può essere utile riportare una significativa asserzione: «Lo studio del rischio di longevità è affascinante, oltre che per la sua intrinseca multidisciplinarietà, perché paradigmatico delle grandi sfide che si incontrano nello sviluppo delle conoscenze: misurare, spiegare, prevedere, intervenire».

È a W. James Vaupel, fondatore e direttore del *Max Planck Institute for Demographic Research* di Rostock in Germania, che dobbiamo il merito culturale di aver concepito un approccio multidisciplinare alla demografia, che ha praticamente rivoluzionato una dottrina fino ad allora rigida e statisticamente monodimensionale.

Primo fra tutti, ha infatti introdotto un nuovo campo di ricerca, la *bio-demografia*, che mette in relazione i molteplici fattori che determinano l'invecchiamento, e costruito nuovi concetti, quali la *demografia evolutivista* e la *plasticità della longevità*.

Ecco, forse la chiave di lettura di un fenomeno che sta cambiando la faccia del pianeta, per il momento soprattutto nei paesi economicamente avanzati e in Cina, sta proprio nel rifuggire da ogni semplificazione e affidarsi ad uno sforzo di conoscenza multidisciplinare.

Questo per dire che l'invecchiamento non è una malattia, ma un evento multifattoriale e dinamico, esso stesso in continuo mutamento, anche concettuale. E nel contempo rappresenta uno dei maggiori fattori di trasformazione di ogni dimensione delle società future.

La demografia, meglio la *bio-demografia*, che ne rappresenta proprio l'evoluzione multidisciplinare, misura, spiega, prevede, ma è la politica che può e deve intervenire riconoscendo il nesso tenace fra pratiche di conoscenza e strategie sociali di «anticipazione» e predittività.

2. Anziani e Covid-19

In una veloce istantanea possiamo dire che sono quasi 14 milioni gli anziani in Italia di cui circa 4,330 milioni hanno più di ottant'anni (Istat, 2020).

È una grande moltitudine che si muove nelle nostre metropoli, nei paesi che si erpicano lungo le dorsali montuose della penisola, nelle campagne, nelle periferie, nei piccoli e grandi centri urbani.

È un mondo in qualche misura sconosciuto, o perlomeno raccontato sempre e solo attraverso stereotipi, approssimazioni, luoghi comuni, statistiche impersonali.

È un mondo di cittadini poco visibili e poco visti che una entità biolo-

gica microscopica e implacabile, il Sars-CoV-2, ha eletto a sua vittima privilegiata.

Una contabilità macabra ha scandito in modo inesorabile un eccidio che va avanti da marzo 2020, senza sosta, che ancora dura e forse non finirà domani.

In Italia i morti sono ad oggi circa 117.000. Di questi più del 90% sono anziani e vecchi, con tutto il rispettoso pudore con il quale pronunciamo oggi questa parola. In particolare l'85% delle persone scomparse aveva più di 70 anni, e il 62% più di 80, con una età mediana di ben 83 anni.

Queste percentuali hanno conosciuto piccole variazioni lungo tutto il periodo di rilevazione della prima ondata (marzo-aprile 2020), della fase di bassa incidenza (giugno-settembre 2020), e della seconda ondata (ottobre 2020-marzo 2021), non mutando sostanzialmente il quadro complessivo.

Come spesso accade nell'età avanzata, si tratta nella maggior parte dei casi di malati cronici, vale a dire persone affette da una o più patologie croniche, anche gravi.

Nel linguaggio dei virologi è in uso un termine che parla di «effetto harvesting», in italiano «effetto mietitura», secondo il quale il contagio falcia via le persone più deboli. Si tratta di una metafora che, fuori dal significato scientifico, assume un'impronta potente e tragica. Tuttavia questo modo di denominare l'osservazione di un fenomeno statistico ha determinato un primo grande frainteso, che avrà poi conseguenze di non poco conto sulla percezione collettiva. Vale a dire l'opinione diffusa, e per qualche verso cinica, che la pandemia avrebbe solo anticipato il decesso inevitabile di tanti anziani fragili.

Tutti ricordiamo come Sars-CoV-2 fosse da subito chiamato il «virus dei vecchi», e come questa primitiva assunzione avesse poi rappresentato nel tempo il presupposto di una sottovalutazione della sua intrinseca pericolosità, fino a divenire il substrato involontario di una conflittualità intergenerazionale, se non di derive *ageistiche*.

Mentre il virus dilagava prima in alcuni territori, poi in intere regioni soprattutto del Nord Italia, si verificava, nell'inconsapevolezza di tutti, anche delle Istituzioni preposte, quella che Marco Arlotti e Costanzo Ranci (2020) hanno definito «un'emergenza nell'emergenza», ovvero il diffondersi del contagio nelle strutture residenziali degli anziani, le Rsa, che divengono prima focolai di infezione, poi luoghi di diffusione del Covid-19 nel territorio.

Nel giro di due mesi, marzo e aprile 2020, il fenomeno assumerà carat-

teristiche dilaganti in Italia e in quasi tutti i paesi occidentali, tanto drammatiche da indurre il direttore generale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità ad affermare che si trattava di un «massacro» e di «una tragedia umana di proporzioni inimmaginabili».

Le Rsa, in larga parte strutture fino ad allora sconosciute per molti italiani, saranno raccontate dai mass media con immagini inquietanti, che diverranno le icone dolenti di una generazione di invisibili che si impone con il suo corpo, la malattia, il dolore, la solitudine, agli sguardi di un Paese fino ad allora inconsapevole.

Bisognerà aspettare circa due mesi dal contagio dei due coniugi cinesi ricoverati allo Spallanzani di Roma nel febbraio 2020, primo segno in Italia di presenza del virus di Wuhan, e l'incalzare di una crescente pressione mediatica, perché l'Istituto superiore di sanità (Iss, 2020a) avvii una indagine conoscitiva ad hoc su quanto è accaduto in queste strutture, la *Survey nazionale sul contagio Covid-19 nelle strutture residenziali e socio-sanitarie*, che indagherà il periodo compreso tra l'1 febbraio e il 5 maggio 2020.

Si tratta di un'analisi a posteriori e parziale, perché ha interessato, su base volontaria, le Rsa che hanno accettato di rispondere ad un questionario.

E tuttavia rappresenta la prima, e ad oggi l'unica, raccolta di dati di fonte certa ad estensione nazionale, che documenta quanto accaduto attraverso processi di conoscenza analitici.

Il questionario è stato inviato a 3420 strutture per anziani, pari a circa il 96% delle strutture sanitarie per anziani censite dai siti delle singole regioni e dalla mappa dei servizi per demenze dell'Osservatorio per demenze dello stesso Iss.

Sono state 1356 le strutture che hanno aderito all'indagine, per un totale di 97.521 pazienti e 9154 decessi totali, dislocate soprattutto nel nord e nel centro del Paese, in relazione anche alla distribuzione delle strutture sull'intero territorio nazionale.

I deceduti con Covid-19, accertati con tampone, rappresentano il 7,4% di tutti i decessi. I deceduti senza accertamento di positività con tampone, con presenza di sintomi simil-influenzali e sospetto Covid-19 sono il 33,8%. Sommando, come suggerisce l'Iss (2020b), le due popolazioni, con e senza tampone di verifica, si raggiunge il 41,2% dei deceduti.

Il tasso complessivo di mortalità legato al virus nelle Rsa, così calcolato, sarà pari in Italia al 3,1%, collocandosi in Europa fra i valori minimi della Germania (0,4%) e i massimi del Belgio (3,7%).

RPS

Antonella Pezzullo

Franco Pesaresi, direttore dell'Azienda servizi alla persona dell'Ambito 9 di Jesi, ha stimato che in Italia il numero di morti nelle case di riposo rappresenti il 34% di tutte le morti per Covid-19, e che questi dati siano in linea con i decessi collegati a Sars-CoV-2 nelle strutture per anziani nel mondo, che oscillano dal 25% al 75% di tutti i decessi per Covid-19 (Pesaresi, 2020).

Si tratta di una cifra sulla quale vale la pena di soffermarsi, perché va messa in relazione con il numero di ultrasessantacinquenni presenti in queste strutture di ricovero, che rappresentano appena il 2% della intera popolazione nazionale di questa fascia anagrafica, una frazione esigua, dunque, che, ciò nonostante, ha contribuito a più di un terzo di tutte le morti per Covid-19!

In questa proporzione è racchiuso tutto il portato e il significato delle parole pronunciate dal direttore dell'Oms: «massacro e tragedia umana di proporzioni inimmaginabili».

C'è altro, comunque, che può evincersi da questa indagine, soprattutto aspetti di contesto che vanno oltre i dati di mortalità.

Intanto è evidente che il Ministero della Salute non dispone di un quadro preciso ed esaustivo delle strutture che a vario titolo si occupano di assistenza agli anziani, soprattutto di quelli più fragili.

Si tratta di un arcipelago di realtà del quale le Rsa sono solo una parte, mentre molte altre si muovono all'interno delle tipologie più diverse e non di rado in una clandestinità e opacità che nasconde spesso abusi e violenze: case di riposo, case famiglia, case alloggio, strutture assistenziali.

A dare un'idea, seppur parziale, delle conseguenze dell'esistenza di questo mondo incontrollato di variegata tipologie, resta l'affermazione, per molti versi inquietante, del generale dei carabinieri Adelmo Lusi, numero uno dei Nas (Nucleo antisofisticazione e sanità), relativamente al bilancio dei controlli effettuati da gennaio ad aprile del 2020: «Abbiamo verificato 918 strutture, il 20% era irregolare, abbiamo denunciato 172 persone fra gestori e operatori accusati di abbandono di anziani, mancata assistenza e custodia, esercizio abusivo della professione sanitaria. Le strutture chiuse sono state 25, alcune totalmente abusive» («Corriere della Sera», 16 aprile 2020).

E tuttavia sappiamo non trattarsi di un fenomeno sconosciuto, ma forse dell'indifferenza generale e delle istituzioni, perché non meno grave sembra essere la situazione denunciata a seguito di ispezioni dei Nas appena l'anno prima, nel 2019, quando di 1500 irregolarità riscontrate (abbandoni, maltrattamenti, omicidi colposi, scarsa pulizia, pasti

avariati) il 75% risultava riguardare proprio le case famiglia e i privati convenzionati. A testimonianza del fatto che siamo al cospetto purtroppo di una realtà allarmante, ma strutturale.

Un giudizio preciso è contenuto nell'affermazione del pubblico ministero di Udine Paola De Franceschi a proposito di un colosso nazionale delle case di riposo, «Sereni Orizzonti», con 85 strutture gestite in sei regioni, 5900 posti letto, tremila dipendenti: «Bieco cinismo, perseguimento del profitto ad ogni costo, sacrificando il fondamentale interesse umano a una vita dignitosa» («Corriere della Sera», 1° novembre 2019). Tutto ciò a sostegno del fatto che il mondo complesso delle strutture di ricovero per l'assistenza agli anziani più fragili richiedeva, e ancor più richiede oggi, un processo di attenzione dello Stato che fino ad ora è colpevolmente mancato.

Le Rsa sono, secondo i dati più recenti, 7372, di queste 3365 sono strutture residenziali per anziani, dislocate soprattutto al Nord e al Centro, e ospitano un po' più di 250.000 persone, la cui stragrande maggioranza ha una età molto elevata ed è in condizioni di non autosufficienza.

Negli ultimi dieci anni è molto cresciuta la presenza del privato, profit e non profit, nella loro gestione, fino a rappresentarne la grande maggioranza, mentre circa una struttura su cinque è gestita dai comuni.

Grandi gruppi privati italiani e holding internazionali gestiscono nel nostro Paese molte case di riposo con alta concentrazione di posti letto, a dimostrazione che il settore è remunerativo, e in grado di garantire margini di profitto vantaggiosi in un mercato oltretutto in espansione.

L'Italia è il primo Paese in Europa per numero di abitanti con età superiore a 80 anni, 4 milioni e 445 mila pari al circa il 7,3% della popolazione, mentre gli anziani non autosufficienti sono circa 2,8 milioni.

A fronte di ciò, secondo l'Osservatorio settoriale delle Rsa della Liuc Business School, il nostro Paese conta 18,6 posti letto per 1000 abitanti, rispetto a una media europea di 43,8. Si tratta di uno dei tassi più bassi in Europa. Solo Grecia, Polonia e Lettonia fanno peggio, mentre il Lussemburgo raggiunge l'82,8 per mille. Secondo la valutazione dell'Osservatorio ne sarebbero necessari nell'immediato altri 400 mila.

È intuitivo comprendere quindi come sia considerato un settore in forte espansione, sia dal punto di vista gestionale che immobiliare, e come muova gli interessi di grandi gruppi e fondi di investimento.

L'indagine dell'Istituto superiore di sanità ha offerto alla valutazione indicazioni utili su queste strutture che varrà la pena tenere in considerazione nella futura programmazione. Si tratta di dati che forniscono un'idea delle principali criticità incontrate durante la prima ondata di

pandemia e che hanno indirizzato le prime indicazioni per una gestione più corretta dell'emergenza.

Mancanza di dispositivi di protezione individuale, difficoltà ad eseguire i tamponi, assenza di personale medico e sanitario, difficoltà nell'isolamento degli ospiti affetti da Covid-19, mancanza di formazione del personale rappresentano tutti fattori che delineano nella maggioranza dei casi strutture con caratteristiche inadeguate a gestire l'emergenza pandemica, ma anche spesso inadatte a prendersi cura di pazienti dai bisogni sanitari complessi e gravosi.

Inoltre sembra trattarsi di strutture che, benché chiamate a gestire pazienti bisognosi di assistenza sanitaria ad alta intensità, risultano mancare di una reale integrazione con il mondo sanitario, sia si tratti di rete ospedaliera che di rete territoriale di medicina generale, e costrette quindi a gestire in modo autonomo i problemi che via via hanno dovuto affrontare durante la pandemia.

Naturalmente esistono eccezioni virtuose, strutture nelle quali il virus non è mai entrato, sostenute da comportamenti gestionali e professionali che hanno cercato di compensare le inefficienze sistemiche. E sarà utile saperne valorizzare le esperienze come esempi spendibili di buone pratiche di cui tener conto.

Tuttavia sembra ormai accertato che l'alta concentrazione di decessi nelle Rsa italiane, ma anche europee, soprattutto nel mese di marzo 2020, autorizzi a pensare che parlare di strage non sia eccessivo e, cosa ancora più grave, è che si sia trattato di un evento in larga misura evitabile.

Il non disporre di una aggiornata anagrafe delle strutture, l'essersi accorti tardi di cosa accadeva, l'assenza di strumenti diagnostici, di dispositivi di sicurezza e di un sistema di monitoraggio sono tutti indizi utili a dimostrare che le Rsa sono state, durante la prima cruenta fase della pandemia, luoghi dimenticati dalla rete istituzionale di sorveglianza sanitaria. E forse non poteva essere che così, vista la collocazione ibrida e ambigua che queste strutture hanno all'interno del sistema di assistenza socio-sanitaria degli anziani nel nostro Paese.

3. Long term-care: ripensare i modelli di risposta

La pandemia ha dimostrato che la risposta offerta dall'Italia ai bisogni di cura dei suoi cittadini più fragili, gli anziani non autosufficienti, sono nel migliore dei casi inadeguate e costose, e, nel peggiore, colpevoli di un vero e proprio abbandono.

Essa ci costringe finalmente a riflettere criticamente su un modello che, anche in assenza di un evento di emergenza come Covid-19, mostra tutta la sua inadeguatezza, perché spesso persegue una logica di confinamento e di segregazione, vale a dire di separazione di una persona fragile da contesti che potrebbero coltivarne le abilità residue, i bisogni relazionali, e con essi la dignità della persona.

Soprattutto è parso evidente ad un Paese inconsapevole che esiste una età della vita che, se connotata da non autosufficienza, non può contare sull'attenzione e sui diritti costituzionalmente previsti, la non discriminazione e la salute come bene primario.

Questo richiederebbe una grande riflessione civile e collettiva nel Paese, perché il diritto al benessere delle persone anziane non autosufficienti incrocia temi di grande impatto etico, economico, giuridico.

Gianni Tognoni, segretario generale del Tribunale permanente dei popoli ed ex direttore scientifico dell'Istituto Mario Negri Sud, ha così commentato: «L'eccesso di decessi in Rsa è un dato globale, dice che la popolazione anziana tendenzialmente non autonoma rappresenta nelle "nostre" società uno "scarto". L'entrata nel mondo delle Rsa coincide con la formalizzazione di questa diagnosi non medica, ma sociale e di civiltà. Eppure dovrebbe essere un'area di investimento pubblico trasparente» (Tognoni, 2020).

Ecco, un grande investimento pubblico trasparente, non solo economico, è quello che il Sindacato pensionati italiano (Spi) si aspetta, e non da oggi, dal governo: la pandemia ha reso solo indifferibile un'esigenza chiara da anni, una «legge quadro sulla non autosufficienza».

Gli anziani non autosufficienti in Italia sono quasi tre milioni e dovrebbero essere i soggetti privilegiati di quel grande tema sanitario e sociale che in Europa va sotto la definizione di «long-term care», vale a dire quell'insieme di servizi che organizzano risposte ai bisogni sanitari, assistenziali e sociali della persona con malattia cronica o disabilità che non è in grado di prendersi cura di sé stessa.

Ai bisogni di queste persone, e a quelli delle loro famiglie, in Italia le risposte sono le Rsa o un «badantato» improfessionale per coloro che hanno le condizioni economiche necessarie.

Fra queste due polarità, si collocano una molteplicità di interventi, in larga misura insufficienti, indicati come l'Adi (Assistenza domiciliare integrata), di cui ancora troppo poche persone fruiscono e per tempi e prestazioni ridotte, e soprattutto troppo limitata al solo aspetto sanitario, in assenza del decollo di una vera integrazione.

Ma anche soluzioni «fai da te» che si affidano all'ausilio di milioni di

caregiver familiari, quasi sempre donne. Oppure il ricorso a strutture di ospitalità improvvisate che affollano un mondo informale di accoglienza residenziale spesso fuori da ogni controllo istituzionale e legale. Covid-19 ci ha mostrato con tragica evidenza che è giunto il momento di intervenire per riorganizzare una risposta complessiva a questi bisogni che superi la frammentarietà dei luoghi, l'inadeguatezza delle risposte anche in senso professionale, l'insufficienza delle risorse, la povertà di strumenti di valutazione.

Sarebbe una colpa imperdonabile trascurare la lezione dello shock pandemico e non cogliere l'occasione per ripensare in modo sistemico una risposta ad una esigenza che con gli anni, con il crescere inarrestabile dell'invecchiamento della popolazione, sarà sempre più pressante.

I criteri sui quali è organizzata la proposta dello Spi hanno nell'universalismo del diritto, nella responsabilità pubblica del governo dell'offerta, nell'integrazione sociosanitaria e nella continuità assistenziale i loro principi fondativi.

Essi riconoscono nella casa e nel territorio come comunità i luoghi privilegiati dell'attività di cura, eleggendo la prossimità come valore.

E ancora reclamano un ripensamento profondo, strutturale, organizzativo e professionale delle Rsa come realtà non più confinanti e segreganti, ma luoghi di cura aperti al territorio e alla comunità, destinati ad accogliere persone che, per la complessità della condizione patologica, non possono giovare o contare su diverse tipologie dell'abitare.

Lo spazio fra il proprio domicilio e la Rsa è il luogo nel quale va organizzata la continuità assistenziale fatta di strutture riconoscibili (case e ospedali di comunità, distretti), ma anche connessioni di pratiche fra soggetti e discipline.

La realtà della quale prendere atto, e dalla quale partire, è che siamo tra i paesi più vecchi d'Europa, ma anche che per i nostri vecchi più fragili non spendiamo abbastanza, e soprattutto spendiamo male.

Oggi tuttavia disponiamo anche di un'altra consapevolezza: nonostante la tragedia sanitaria, sociale, economica che Covid-19 ha determinato, possiamo contare su qualche congiuntura positiva, a patto di saperla cogliere, ripensando un modello inefficace e disumano di risposta a cittadini fragili.

Le cornici paradigmatiche sono disponibili, a partire dalla Costituzione italiana, dalle Risoluzioni approvate dell'Organizzazione mondiale della sanità, dalla definizione dei pilastri su cui fonda l'Agenda 2030 sullo sviluppo sostenibile.

E sono disponibili anche strumenti economici e programmatici a par-

tire dalle risorse previste dall'ultimo Bilancio dello Stato, dalle misure di decretazione d'urgenza, dal Piano nazionale di ripresa e resilienza. Ma sappiamo che per cogliere le opportunità bisogna essere orientati a un cambiamento sostanziale, possedere cioè una volontà riformatrice che intervenga su quanto ha mostrato di essere il luogo debole, del contesto sociale e del Servizio sanitario nazionale, su cui non a caso si è abbattuta con più violenza la furia del contagio.

Vi è tuttavia la consapevolezza che questo è solo un aspetto del cambiamento che il popolo degli anziani di questo Paese si attende dalle politiche future.

Per prima cosa dovremmo cominciare con il destrutturare e reinterpretare proprio il concetto di invecchiamento, spogliandolo di tutte le conerezioni negative che lo assediano e smontando uno ad uno, sulla scorta dell'esperienza reale, tutti i pregiudizi che lo accompagnano, rifiutando di alimentare un dibattito pubblico che continua a insistere solo sulla ossessiva contabilità dei «costi dell'invecchiamento» e degli oneri ad esso legati.

Una tendenza alla semplificazione di ciò che è complesso ci induce a guardare alla popolosa coorte demografica degli over 65 come a un insieme omogeneo, a una categoria uniforme. Tuttavia, trattandosi di più di 14 milioni di persone è una operazione fuorviante, ed inoltre, dal momento che nel nostro Paese l'aspettativa di vita è di circa 83 anni, stiamo parlando di un periodo non residuale del ciclo vitale.

Anche la sempre rinnovata terminologia con la quale si cerca di rappresentare questa generazione è testimonianza della sua multiformità e della sua diversificazione, tanto che oggi l'anzianità e la vecchiaia sono colti più come un processo che come una condizione.

Giovani anziani, anziani, vecchi anziani, grandi vecchi e ultracentenari sono definizioni che non hanno solo utilità demografica e statistica, ma scandiscono le tappe diacroniche di un percorso di vita che si srotola lungo decenni, non essendo definito ormai dalle sole condizioni biologiche.

Sarebbe opportuno e auspicabile saper transitare evolutivamente da un criterio statico di vecchiaia verso un concetto di longevità come estensione di vita, e non una sua deprivata appendice, come durata nel tempo in cui per lunghi anni si conservano capacità, conoscenze, desideri, passioni, progetti.

RPS

Antonella Pezzullo

4. Da costo a risorsa. Un necessario mutamento di prospettiva

Raccontare l'anzianità e la vecchiaia significa tener conto dell'intersezione di molteplici fattori, economici, culturali, sociali dai quali co-emerge una condizione estremamente differenziata, che abita silenziosamente, ma anche operosamente, il nostro Paese e ne reclama una trasformazione.

In questo polimorfismo, non riducibile a categorie vecchie e usurate, si colgono soggettività molto diverse da quelle rintracciabili appena uno due decenni fa, portatrici di bisogni e desideri che costituiscono la premessa ad una progettualità esistenziale che produce mutamenti sociali ben oltre l'ormai scontato «catastrofismo demografico».

«Non solo boom demografico, ma silenziosa, quotidiana, profonda rivoluzione nella società: di questo sono protagonisti i longevi italiani». Sono le parole con le quali il 1° *Rapporto Censis-Tendercapital 2020* affronta con un nuovo approccio la *Silver Economy* e le sue conseguenze. Il fenomeno dell'invecchiamento demografico non è osservato più soltanto come un peso per la collettività, un costo legato alla continua crescita della spesa pubblica destinata al capitolo «old age», ma anche come «una formidabile risorsa per l'Italia».

La longevità dunque non come onere ma dividendo sociale, perché, se solo ribaltiamo il punto di vista, quella che definiamo, con un aligdo termine statistico, aspettativa di vita, può rappresentare un evento socialmente ed economicamente positivo.

La longevità, in questa mutata prospettiva, non rappresenta più la catastrofe che incombe sul nuovo millennio, e che in quanto tale alimenta l'*ageismo* come razzismo di nuovo conio, ma una risorsa per il tratto attuale della millenaria storia dell'umanità.

Benché si tratti di dati statistici, che è doveroso spacchettare nelle loro componenti, un'analisi delle condizioni economiche dei longevi italiani ci parla di una metamorfosi generazionale nella quale gli anziani hanno una ricchezza media più alta della media degli italiani, una spesa per consumi familiari in crescita, accompagnata ad una crescente propensione a consumi di qualità orientati ad un modello di *neosobrietà* che privilegia la qualità della vita.

Le *silver panthers*, termine con il quale negli Stati Uniti si usa definire gli anziani, sono sempre più produttori di servizi di utilità sociale che, oltre a rappresentare un sostegno straordinario al welfare familiare, occupandosi di minori e di altri anziani, partecipano anche ad attività di volontariato a sostegno della qualità sociale delle comunità di appartenenza.

Si tratta in altre parole di non affidare unicamente al mercato la capacità di cogliere tutte le opportunità di questo mutamento demografico, di non lasciare al suo arbitrio strategie rapaci che guardano a queste generazioni come il serbatoio di nuovi profitti: significherebbe smarrire il senso multidimensionale ed anche il valore esistenziale di un evento definito epocale.

Ma se tale è questa nuova dimensione, essa dovrà indurci a capovolgere le prospettive, interpretandolo quale evento evolutivo del «bionte umano» alla ricerca di nuovi equilibri.

Non sarà certo, tuttavia, una trasformazione e un adeguamento marginale dei servizi di cura e assistenza a fornire risposte a bisogni di evoluzione e aderenti alle trasformazioni demografiche in atto, perché è non solo auspicabile ma necessario un vero, nuovo modello di welfare. Per salvarci abbiamo bisogno di una narrazione diversa, di una «utopia ragionevole» che accolga una diversa concezione dell'invecchiamento, che agisca ad esempio quale potente fattore di mutamento di un Servizio sanitario confezionato su vecchi bisogni, lontani da quelli di una società in profonda trasformazione, che suggerisce di investire su altri e nuovi modelli di salute.

Ospedali e case di riposo non possono rappresentare la risposta a chi chiede di non invecchiare su una panchina, ma di essere aiutato dai più moderni saperi della scienza a percorrere in salute i numerosi anni di cui sono fatti la terza e la quarta età. Se l'invecchiamento rischia di essere un problema, la scienza della longevità, nelle sue molteplici dimensioni, può rappresentare una opportunità per le vite dei singoli, ma anche per lo sviluppo e l'innovazione di progetti economici per il futuro. Penso ai nuovi campi di ricerca e di studio che connettono discipline innovative come l'intelligenza artificiale, il digitale, la *medicina 3P*, l'*agete*, la *robotica*, la *geroscienza* e quant'altro fermenta nelle fabbriche dei nuovi saperi.

Galileo Galilei, da uomo del rinascimento, suggeriva che «dietro ad ogni problema c'è un'opportunità».

Le conseguenze di Covid-19 e della crisi demografica non sono un destino. La nostra inerzia e la nostra incapacità di leggere le trasformazioni possono cristallizzarle in una catastrofe, oppure possono interpretare entrambe come potente stimolo evolutivo al cambiamento.

La *new old generation* ha la massa critica necessaria per essere o la zavorra per il futuro o tra i suoi più potenti fattori di mutamento.

Riferimenti bibliografici

- Arlotti M. e Ranci C., 2020, *Un'emergenza nell'emergenza. Cosa è accaduto alle case di riposo del nostro Paese?*, disponibile all'indirizzo internet: <http://www.lps.polimi.it/?p=3454>.
- Commissione per la riforma della assistenza sanitaria e socio-sanitaria della popolazione anziana, Ministero della Salute, 2020, *Linee di indirizzo generali per le riforme della assistenza sanitaria e socio-sanitaria dedicata alla popolazione anziana*.
- Consulta Scientifica del Cortile dei Gentili, 2020, *Pandemia e resilienza. Persona, comunità, modelli di sviluppo dopo la Covid-19*, Cnr Edizioni, Roma.
- De Beni R. e Borella E. (a cura di), 2015, *Psicologia dell'invecchiamento e della longevità*, il Mulino, Bologna.
- Eurostat, 2020, *Struttura e invecchiamento della popolazione*, disponibile all'indirizzo internet: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing/it.
- Fosti G. e Notarnicola E. (a cura di), 2019, *Il futuro del settore Ltc. Prospettive dai servizi, dai gestori e dalle policy regionali*, 2° Rapporto Osservatorio Long Term Care, Egea, Milano.
- Istat, 2019a, *Cent'anni e non sentirli*, 1 gennaio, disponibile all'indirizzo internet: <https://www.istat.it/it/files//2019/07/Info100ITA.pdf>.
- Istat, 2019b, *I centenari in Italia*, 24 luglio, disponibile all'indirizzo internet: https://www.istat.it/it/files/2019/07/Statistiche_Today-I-centenari-in-Italia.pdf.
- Istat, 2020, *Aspetti di vita degli over 75 Condizioni di salute, vicinanza ai figli, disponibilità di spazi esterni all'abitazione, cani in casa*, disponibile all'indirizzo internet: https://www.istat.it/it/files/2020/04/statisticatoday_ANZIANI.pdf.
- Istat, 2021, *La dinamica demografica durante la pandemia Covid-19 anno 2020*, 26 marzo, disponibile all'indirizzo internet: <https://www.istat.it/it/archivio/255802>.
- Istituto Superiore di Sanità-Iss, 2020a, *Survey nazionale sul contagio Covid-19 nelle strutture residenziali e sociosanitarie* (aggiornamento al 14 aprile 2020).
- Istituto Superiore di Sanità-Iss, 2020b, *Report sulle caratteristiche dei pazienti deceduti positivi a Sars-CoV-2 in Italia aggiornato al 2 dicembre 2020*.
- Ocse, *Health at a Glance Europe 2020, State of health in EU Cycle*, disponibile all'indirizzo internet: www.oecd-ilibrary.org.
- Osservatorio settoriale sulle Rsa, *Centro sull'economia e il management nella sanità e nel sociale*, disponibile all'indirizzo internet: www.liucbs.it.
- Palmarini N., 2019, *Immortali – Economia per nuovi biglander*, Egea edizioni, Milano.

- Palummeri E. e Bianchi C., 2019, *Individuazione precoce e prevenzione della fragilità nella popolazione che invecchia*, «I Luoghi della Cura on line», n. 1.
- Pesaresi F., 2020, *Il Covid-19 nelle strutture residenziali per anziani*, «I Luoghi della Cura on line», n. 2, disponibile all'indirizzo internet: <https://www.luoghi.cura.it/dati-e-tendenze/2020/05/il-covid-19-nelle-strutture-residenziali-per-anziani/>, 4 maggio (aggiornato al 27 giugno 2020).
- Primo Rapporto Censis-Tendercapital, 2020, *La silver economy e le sue conseguenze*, Web-Book welfare e salute, disponibile all'indirizzo internet: www.censis.it.
- Rapporto Bes, 2019, *Il benessere equo e sostenibile in Italia*, www.istat.it.
- Rapporto Bes, 2020, *Il benessere equo e sostenibile in Italia*, www.istat.it.
- Tognoni G., 2020, *I morti nelle Rsa e quella società che considera gli anziani uno «scarto»*, «Altreconomia», 23 settembre, disponibile all'indirizzo internet: <https://altreconomia.it/i-morti-nelle-rsa-e-quella-societa-che-considera-gli-anziani-uno-scarto/>.
- Vaupel J.W., 2012, *The Demography of Longevity*, Alberto Dodena Lecture, Università Bocconi, 14 maggio, disponibile all'indirizzo internet: <https://www.youtube.com/watch?v=1FVPIonUw9I>.
- Vergani C. e Schiavi G., 2014, *Ancora giovani per essere vecchi*, Corriere della sera-Grandi saggi Rcs MediaGroup 2014.
- Vetrano D.L. (a cura di), 2020, *Stress test della long term care: riflettori accesi su malattie croniche e fragilità*, Italia Longeva.

ATTUALITÀ
Il rapporto Stato-regioni
alla prova dell'emergenza

Il Titolo V tra criticità da mancata attuazione e pandemia

Giordana Pallone

RPS

L'articolo, partendo da un aggiornamento sullo stato di avanzamento dell'iter di attuazione dell'art. 116, terzo comma, della Costituzione, per il riconoscimento di maggiore autonomia alle regioni che lo richiedono, analizza gli elementi di criticità dei rapporti tra Stato e regioni, in particolare, prima

e durante la pandemia, delineando gli obiettivi da realizzare affinché siano superati. Si pongono in evidenza gli elementi problematici emersi nell'emergenza Covid-19 in merito all'uniforme riconoscimento dei diritti civili e sociali fondamentali, alle disuguaglianze esistenti e ai conflitti di competenza tra Stato e regioni.

1. Dove eravamo?

Un anno fa, prima di essere travolti dalla pandemia, al Ministero per gli Affari regionali e le autonomie si svolgeva un confronto sulla proposta di legge quadro per dare seguito alle richieste di attuazione dell'art. 116, terzo comma, della Costituzione avanzate da parte di numerose regioni, a partire da Lombardia, Veneto ed Emilia-Romagna – prime amministrazioni a sedersi, già nel 2018, al tavolo delle trattative con l'allora sottosegretario Gianclaudio Bressa. Dai primi incontri erano cambiati tre governi, ma il progetto, a febbraio 2020, era ancora sul tavolo della discussione, rivendicato a giorni alterni dai diversi presidenti di regione, ansiosi di vedersi riconosciuti maggiori spazi di intervento in tante materie decisive nella vita delle persone, su tutte la tutela della salute, l'istruzione e la tutela dell'ambiente¹. Materie di cui, forse mai come oggi, l'intero Paese sta comprendendo quanto siano decisive le modalità con cui vengono disciplinate e amministrate.

Il ministro Francesco Boccia, succeduto a Erika Stefani, nel mostrare l'intenzione di portare a termine i percorsi per il riconoscimento di ul-

¹ Un'analisi di cosa comporti questa procedura, soprattutto alla luce delle specifiche richieste che sono state avanzate, è già stata oggetto di approfondimento nella sezione «Attualità» del numero 2/2019 di questa rivista, pp. 159-198.

teriori e particolari forme di autonomia, li aveva condizionati all'approvazione di una legge quadro che fissasse una cornice procedurale cui tutte le regioni dovevano sottostare. A febbraio 2020, dunque, era in corso un confronto, anche con le organizzazioni sindacali, sui contenuti di tale norma di cornice che, nel recepire almeno alcune delle richieste avanzate da chi temeva la rottura di un quadro unitario, in particolare dalla Cgil, prevedeva la subordinazione dei trasferimenti di competenza alla definizione dei Livelli essenziali delle prestazioni e la cancellazione della figura del commissario per la loro definizione². La bozza di proposta confermava l'intenzione di istituire un Fondo per la perequazione infrastrutturale per ridurre i divari esistenti tra territori.

Lo scoppio della crisi epidemiologica ha sospeso ogni confronto e dell'art. 116, terzo comma – ad eccezione di alcune dichiarazioni di presidenti di regione – non si è più sentito parlare fino al 30 settembre 2020 con un'audizione del ministro Boccia in Commissione bicamerale per le questioni regionali³ in cui il ministro ha relazionato sulla proposta di legge quadro, confermando di volere procedere nel percorso avviato con un iter di definizione e approvazione che coinvolgesse anche il Parlamento e della volontà di prevedere uno stanziamento per la perequazione infrastrutturale; stanziamento che si è realizzato nella legge di Bilancio 2021 con la creazione di un Fondo per la perequazione infrastrutturale. Il comma 815 della legge n. 178/2020 interviene, modificandone le disposizioni, su una norma transitoria prevista dalla legge delega sul federalismo fiscale n. 42/2009, prevedendo che entro il 30 giugno 2021, con uno o più d.p.c.m., sia effettuata la ricognizione delle dotazioni infrastrutturali esistenti riguardanti le strutture sanitarie, assistenziali, scolastiche, alla rete stradale, autostradale e ferroviaria, fognaria, idrica, elettrica, porti e aeroporti; e siano definiti gli standard di riferimento per operare la perequazione infrastrutturale in termini di servizi minimi. Entro sei mesi dalla ricognizione dei deficit infrastrutturali così determinati, saranno poi indicate le infrastrutture necessarie a colmare i deficit di servizi rispetto agli standard individuati e saranno stabiliti i criteri di priorità per l'assegnazione dei finanziamenti a valere sull'istituendo Fondo perequativo infrastrutturale (4,6 miliardi in 11 anni).

² <http://www.cgil.it/autonomia-cgil-bene-confronto-ma-bozza-legge-non-ancora-sufficiente-a-garantire-coesione-e-uguali-diritti-in-tutti-i-territori/>.

³ https://documenti.camera.it/leg18/resoconti/commissioni/stenografici/pdf/23/indag/c23_regioni/2020/09/30/leg.18.stencomm.data20200930.U1.com23.indag.c23_regioni.0014.pdf.

Questo Fondo, nominalmente auspicabile, lascia però aperta la possibilità, per come è strutturato, che si verifichino modalità attuative che ne vanificano l'intento. In particolare, andrà posta attenzione ai criteri con cui saranno individuati gli standard di riferimento (in base a cosa?) necessari a valutare i servizi *minimi* (pericoloso che siano considerati i «minimi» e non gli «essenziali») erogati, su cui sarà quantificata la perequazione. Ulteriore elemento critico è che la norma non individua priorità o garanzie di equa distribuzione tra le voci oggetto di perequazione, con il rischio che gran parte delle risorse siano destinate alle infrastrutture «materiali» (strade, autostrade, porti, ecc.) – pur importanti – tralasciando quelle «immateriali» (sanità, assistenza, istruzione).

La crisi di governo e il conseguente avvicendamento alla guida del Dipartimento per gli Affari regionali, guidato dal ministro Mariastella Gelmini, al momento non consente di sapere se e come procederà la discussione. Certo è che, se anche il percorso per il riconoscimento di ulteriori e particolari forme di autonomia si dovesse arrestare, resterebbero in piedi le criticità del Titolo V della Costituzione, esacerbate dagli avvenimenti dell'ultimo anno, e la necessità di operare per superarle a prescindere dall'applicazione dell'art. 116, terzo comma, della Costituzione.

2. *Venti anni di Titolo V riformato*

Nel 2001, sulla legge costituzionale che modificava il Titolo V, rovesciando l'impostazione precedente in materia di articolazione delle competenze tra Stato e regioni, e introducendo le materie «concorrenti», furono sollevate perplessità, anche da chi, come la Cgil, riconosceva il valore della prossimità e del decentramento. Perplessità date dall'eccesso di competenze riportate a questa nuova categoria in ambiti che, invece, necessitavano di una regia unitaria chiara che non lasciasse adito a interpretazioni di sorta che avrebbero messo a rischio l'uniformità di alcuni diritti fondamentali.

Dopo venti anni di vigenza di quelle disposizioni, numerosi interventi della Corte costituzionale e un anno di pandemia, rimane cruciale e non più procrastinabile la necessità di adottare gli strumenti normativi atti a garantire l'uguaglianza dei diritti civili e sociali in tutto il territorio, riducendo i divari esistenti e superando le criticità del «nuovo» Titolo V; un superamento possibile e necessario senza invocare grandi riforme, ma agendo a Costituzione vigente.

Se dopo la pandemia «nulla dovrà essere più come prima», per provare a immaginare i rapporti tra Stato, regioni e autonomie di domani, è utile ragionare su come erano prima, cosa è successo durante e come dovranno essere dopo l'emergenza che stiamo vivendo.

Illustri giuristi, esperti di amministrazione pubblica e, su tutti, la Corte costituzionale si sono misurati in questi venti anni con le criticità e i contenziosi che la riforma del Titolo V hanno posto all'attenzione e che, senza alcuna pretesa di scientificità, proviamo a riepilogare con una semplificazione per macro-categorie finalizzata unicamente a evidenziare cosa è opportuno e necessario fare, quali cambiamenti e quali pratiche introdurre per superare la conflittualità tra livelli istituzionale che troppe volte si traduce in un incremento di divari territoriali.

■ *Le criticità originarie*

Sono quegli elementi connaturati alla modifica in sé per come è stata realizzata e sono di varia natura:

1. innanzitutto di natura politica dati dall'errore «originario» del governo di centro-sinistra di approvare la riforma, a maggioranza e sul finire della legislatura, per inseguire il centro-destra sul terreno del federalismo, in parte per rispondere a una componente dell'elettorato settentrionale, in parte per la speranza che quelle modifiche avrebbero posto un argine alle rivendicazioni della Lega Nord (la «devolution» approvata nella legislatura successiva e respinta dai cittadini con il referendum, ha prontamente svelato la natura illusoria di quel pensiero);
2. di merito, in relazione alle funzioni attribuite, con una eccessiva articolazione delle competenze e una loro inadeguata collocazione tra esclusive statali, concorrenti e residuali. Una criticità in parte sanata in questi anni dalla Corte costituzionale con le sentenze che hanno dipanato molte controversie, riportando le competenze in cui prevalgono le esigenze unitarie tra quelle – di fatto – esclusive statali in ragione dei cosiddetti «interessi unitari e non frazionabili» (su tutte la sentenza n. 303/2003)⁴;

⁴ «Il nuovo art. 117 Cost. distribuisce le competenze legislative in base ad uno schema imperniato sulla enumerazione delle competenze statali; con un rovesciamento completo della previgente tecnica del riparto sono ora affidate alle Regioni, oltre alle funzioni concorrenti, le funzioni legislative residuali. In questo quadro, limitare l'attività unificante dello Stato alle sole materie espressamente attribuitegli in potestà esclusiva o alla determinazione dei principi nelle materie di potestà

3. di «governance» del decentramento, non avendo previsto quella necessaria sede istituzionale di cooperazione e collaborazione tra i differenti livelli di governo per un'azione legislativa improntata alla leale collaborazione⁵.

- *Le criticità prodotte dalla mancata piena attuazione delle disposizioni introdotte*
Sono quelle che forse si sarebbero potute evitare con una produzione normativa attuativa della riforma costituzionale adeguata alla sfida di un ridisegno dei rapporti tra livelli istituzionali:

1. L'articolazione delle competenze si fondava sul presupposto che, a garanzia dell'unità della Repubblica, fossero emanate dal legislatore statale tutte le leggi quadro atte a definire i principi fondamentali e le norme generali cui nessuna regione avrebbe potuto sottrarsi, pur nell'esercizio del potere concorrente, e nelle cui maglie avrebbe dovuto legiferare, e dei Livelli essenziali delle prestazioni per tutte le materie necessarie a garantire i diritti civili e sociali fondamentali in tutto il territorio. Questa cornice normativa unitaria, nei cui confini poteva e doveva essere agita l'autonomia regionale, non è stata pienamente definita, nonostante numerosi richiami delle Corti (Costituzionale e dei Conti), da una parte alimentando contenziosi, dall'altro, soprattutto, accrescendo i divari territoriali⁶.

concorrente, come postulano le ricorrenti, significherebbe bensì circondare le competenze legislative delle Regioni di garanzie ferree, ma vorrebbe anche dire svalutare oltremisura istanze unitarie che pure in assetti costituzionali fortemente pervasi da pluralismo istituzionale giustificano, a determinate condizioni, una deroga alla normale ripartizione di competenze» (Sentenza n. 303/2003).

⁵ «Si avverte la necessità di individuare, con maggiore precisione, sedi e procedure attraverso le quali il principio di leale collaborazione, caposaldo della giurisprudenza costituzionale, possa divenire sempre di più la cifra dei rapporti tra lo Stato, le Regioni e le autonomie locali. È importante che la soggettività politica delle Regioni si sviluppi, non in contrapposizione con l'indirizzo politico statale, ma in chiave di confronto e di cooperazione» (Discorso del Presidente della Repubblica Sergio Mattarella in occasione del 50° delle Regioni a statuto ordinario, 4 agosto 2020, www.quirinale.it).

⁶ A proposito dei Livelli essenziali delle prestazioni (lettera m), comma secondo, art. 117 Cost.: «L'attribuzione allo Stato di tale competenza esclusiva si riferisce alla fissazione dei livelli strutturali e qualitativi di prestazioni che, concernendo il soddisfacimento di diritti civili e sociali, devono essere garantiti, con carattere di generalità, a tutti gli aventi diritto (*ex plurimis*, sentenze n. 322 del 2009; n. 168 e n. 50 del 2008); dunque essa può essere invocata in relazione a specifiche prestazioni delle quali le norme statali definiscono il livello essenziale di erogazione

2. L'articolazione delle competenze non è proceduta in parallelo con l'attuazione del federalismo fiscale – con la contraddizione, dunque, di trovarsi con il decentramento delle competenze e la centralizzazione delle risorse⁷ –, né, soprattutto, con la realizzazione di un sistema perequativo idoneo – per conformazione e risorse stanziare – a garantire il finanziamento delle funzioni fondamentali ai territori con minori capacità fiscale. Una mancanza che, connessa alla mancata definizione di principi fondamentali e Lep finalizzata a determinare compiutamente cosa deve essere assicurato dalle amministrazioni pubbliche in funzione del riconoscimento di un determinato diritto a tutta la popolazione, ha generato il cortocircuito dei «fabbisogni standard», individuati prevalentemente sulla spesa storica anziché sui bisogni di un territorio⁸ e di una perequazione inadeguata operata attraverso il Fondo di solidarietà comunale⁹, come evidenziato da ultimo nel Rapporto sulla politica di bilancio 2021 dall'Ufficio parlamentare di bilancio¹⁰.
3. Tra le mancanze originarie abbiamo individuato la non previsione di un luogo istituzionale in cui potesse esercitarsi la cooperazione tra i vari livelli di governo e un bilanciamento tra le differenti

(sentenze n. 328 del 2006, n. 285 e n. 120 del 2005, n. 423 del 2004). Secondo la giurisprudenza di questa Corte, con tale titolo di legittimazione è stato attribuito al legislatore statale «un fondamentale strumento per garantire il mantenimento di una adeguata uniformità di trattamento sul piano dei diritti di tutti i soggetti, pur in un sistema caratterizzato da un livello di autonomia regionale e locale decisamente accresciuto» (sentenza n. 134 del 2006). Sentenza n. 10/2010.

⁷ Contraddizione esacerbata negli anni della crisi economica 2008-2011 che, oltre a contribuire al congelamento del processo di attuazione del federalismo fiscale appena avviato (la relativa legge delega fu approvata solo nel 2009), ha chiesto al sistema delle autonomie di contribuire alla finanza pubblica attraverso tagli lineari che ne hanno compromesso l'operatività (tra 2011 e 2017, secondo la Ragioneria dello Stato sono stati sottratti 43 miliardi alle regioni a statuto ordinario in termini di importi di finanza pubblica). Cfr. Filippetti e Tuzi, 2020.

⁸ Cortocircuito che è emerso in modo palese in questi ultimi anni in relazione alla fattispecie degli asili nido e che ha visto, nell'ultima legge di bilancio una parziale inversione di tendenza, prevedendo che il riparto del Fondo di solidarietà comunale, deputato a garantire la perequazione, sia basato anche sulla popolazione di riferimento e non solo sulla spesa storica per i servizi educativi.

⁹ Inadeguata ancora oggi con un target perequativo fermo al 55% e la previsione di raggiungere, solo nel 2030, l'ammontare dei trasferimenti del Fondo pari al 100% della differenza tra fabbisogno e capacità fiscale.

¹⁰ Upb, 2020, p. 113.

istanze, una mancanza aggravata dal non aver nemmeno dato seguito alla norma transitoria prevista dall'art. 11 della legge costituzionale 3/2001 che integrava la Commissione bicamerale per le questioni regionali con rappresentanti delle autonomie territoriali.

■ *Le criticità strutturali*

Sono quelle che nessuna riforma costituzionale potrà mai risolvere:

1. Gli elenchi di materie riportati dall'art. 117, secondo, terzo e quarto comma, sono traditi nella loro funzionalità dall'impossibilità di definire un riparto netto delle funzioni sia per la natura stessa di alcune (trasversali o finalistiche) sia per l'impossibilità di porre confini netti ad altre (oggetti ad imputazione multipla)¹¹, lasciando come unica strada alla risoluzione della conflittualità tra livelli istituzionali e dei divari tra territori, la leale collaborazione¹².
2. La risoluzione di conflittualità e l'esercizio unitario richiedono, infine, un grado di responsabilità che spesso è mancato a chi ricopre incarichi di governo, dato dalla capacità di non farsi condizionare da logiche di schieramento politico, ma solo dalle reali esigenze del territorio, così come è mancata la volontà politica del governo nazionale di assumere tutti provvedimenti necessari in base alle prerogative attribuite dall'art. 120 della Costituzione a tutela dell'unità giuridica, economica e sociale.

Se assumiamo questa articolazione delle criticità, appare chiaro come se sulle prime non si può far nulla, sulle seconde, invece, molti provvedimenti potrebbero essere adottati anche e, soprattutto, per limitare quelle che abbiamo definito come «strutturali» o, per meglio dire, «irrisolvibili» in quanto endemiche in qualsiasi assetto non preveda un decisore unico su tutto: quelle criticità che nascono dall'esercizio stesso della competenza legislativa e amministrativa, e che, per la loro stessa

¹¹ Cfr. D'Atena, 2016, pp. 141-142.

¹² «Solo poche politiche risultano essere appannaggio di un solo livello di governo mentre, nella maggior parte dei casi, nessun livello di governo dispone più della pienezza di una politica pubblica e ciò riguarda soprattutto le politiche relative al welfare pubblico e all'economia; di conseguenza, la competenza propria di ciascun livello può svolgersi compiutamente solo in un contesto di collaborazione non conflittuale con gli altri livelli di governo. In tal senso, l'esercizio delle competenze richiede una piena condivisione di obiettivi e di metodi da parte di tutti i livelli di governo» (Mangiameli, 2020, pp. 345-346).

natura, prescindono dalla riforma operata nel 2001. I conflitti di attribuzione, infatti, vi erano anche prima e la Corte, chiamata in causa, aveva sancito come in alcuni ambiti si possono manifestare competenze diverse (materie «trasversali»), e spetti allo Stato la determinazione della disciplina uniforme sull'intero territorio¹³.

L'esercizio della competenza tra diversi soggetti istituzionali – cui si sommano le disposizioni comunitarie – non può, dunque, ignorare l'esistenza di oggetti riferibili a materie diverse, a loro volta riferibili a diversi regimi di competenza (ad esempio il mobbing, diviso tra ordinamento civile e tutela e sicurezza del lavoro; le bonifiche, tra tutela dell'ambiente, agricoltura e ordinamento civile, o la gestione dei rifiuti, tra tutela dell'ambiente, valorizzazione del paesaggio, tutela della salute e urbanistica¹⁴) o materie che non indicano l'oggetto della competenza, ma gli scopi e i valori da perseguire (ad esempio la tutela della concorrenza o il livelli essenziali delle prestazioni a garanzia dei diritti civili e sociali fondamentali), che si caratterizzano attraverso la modalità stessa del loro esercizio e possono incidere su oggetti molteplici (la concorrenza, su industria e commercio, i Lep su politiche sociali, salute, istruzione, ecc.), e che per la loro natura attribuiscono allo Stato la facoltà di adottare tutti i provvedimenti necessari al raggiungimento di quell'obiettivo, a prescindere dal settore di competenza, limitando l'autonomia legislativa e amministrativa di altri livelli di governo (D'Atena, 2003).

3. *Dopo un anno di pandemia*

La pandemia ha esacerbato tutte queste difficoltà, mostrando in modo inequivocabile quanto l'impossibilità di agire in modo unitario sia dovuto principalmente all'assenza di norme generali adeguate e spesso, laddove presenti, all'incapacità politica di farle valere impugnando disposizioni locali; dall'assenza di una sede istituzionale di cooperazione

¹³ Cfr. ad esempio sentenze n. 507/2000, 54/2000, 273/1998.

¹⁴ Cfr. rispettivamente sentenza n. 359/2003, sentenza n. 282/2004, sentenza n. 62/2008. In particolare la sentenza n. 282/2004 in materia di bonifica: «Rispetto al nuovo testo dell'art. 117, potrebbero venire oggi in rilievo sia la competenza regionale "residuale", che si presta a comprendere molti aspetti della disciplina del settore agricolo (quarto comma), sia, d'altro canto, la competenza esclusiva dello Stato in materia di "tutela dell'ambiente" e "dell'ecosistema" (secondo comma, lettera s), sia infine, in modo più comprensivo, la competenza concorrente in tema di "governo del territorio" (terzo comma)».

e collaborazione tra i differenti livelli in cui l'esercizio della leale collaborazione sia effettivamente vincolante; e dalla confusione su ruolo e funzioni delle autonomie locali generata dalla stagione dominata dal riordino previsto dalla legge 56/2014 e dai tagli lineari susseguitesesi con la crisi economica.

In questi mesi di pandemia i conflitti di attribuzione tra Stato e regioni si sono manifestati, oltre che in via legislativa, anche con le ordinanze – provvedimenti con efficacia limitata nel tempo e dettati da necessità e urgenza – emanate dalle regioni invocando il potere conferitogli dall'art. 32 della legge 833/1978, portando la conflittualità nei tribunali amministrativi con frequenti ricorsi ai Tar. Ma, soprattutto, in questi mesi si è reso palese quanto, in un ambito decisivo quale la tutela della salute, anche in presenza di una normativa nazionale unitaria (legge 833/78, Piani nazionali, Lea) e una indiscutibile preminenza della competenza esclusiva statale in termini di profilassi internazionale, ci siano delle inaccettabili differenziazioni regionali generate dai ritardi strutturali e dall'adozione di modelli organizzativi diversi, e quanto, dunque, ci sia una compenetrazione tra le funzioni e le rispettive competenze che richiede una definizione normativa unitaria sia in termini di principi fondamentali e norme generali sia in termini «amministrativi» rispetto alle modalità organizzative con cui i suddetti diritti sono resi esigibili anche attraverso la garanzia di quelle prestazioni essenziali. Queste differenziazioni per essere superate richiedono, quindi, la presa in considerazione sia delle norme generali sia delle modalità con cui sono rese esigibili attraverso modelli organizzativi idonei al rispetto di quei principi e l'esigibilità di quei diritti. In merito al necessario equilibrio tra competenze e garanzia del diritto che deve essere perseguito dal legislatore statale si è espressa la Corte costituzionale, da ultimo, nella sentenza n. 62/2020 in cui afferma:

In definitiva, l'intreccio tra profili costituzionali e organizzativi comporta che la funzione sanitaria pubblica venga esercitata su due livelli di governo: quello statale, il quale definisce le prestazioni che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a fornire ai cittadini – cioè i livelli essenziali di assistenza – e l'ammontare complessivo delle risorse economiche necessarie al loro finanziamento; quello regionale, cui pertiene il compito di organizzare sul territorio il rispettivo servizio e garantire l'erogazione delle prestazioni nel rispetto degli standard costituzionalmente conformi. La presenza di due livelli di governo rende necessaria la definizione di un sistema di regole che ne disciplini i rapporti di collaborazione, nel rispetto delle reciproche competenze. Ciò al fine di realizzare

RPS

Giordana Pallone

una gestione della funzione sanitaria pubblica efficiente e capace di rispondere alle istanze dei cittadini coerentemente con le regole di bilancio, le quali prevedono la separazione dei costi «necessari», inerenti alla prestazione dei Lea, dalle altre spese sanitarie, assoggettate invece al principio della sostenibilità economica.

Così come, in precedenza, la stessa Corte si è pronunciata in più occasioni per ribadire la responsabilità dello Stato nel definire i Livelli essenziali delle prestazioni, come strumento atto a garantire adeguata uniformità dei diritti civili e sociali sul territorio nazionale, senza che le regioni possano disporre diversamente:

Al riguardo, va ricordato che, secondo la giurisprudenza di questa Corte, «l'attribuzione allo Stato della competenza esclusiva e trasversale di cui alla citata disposizione costituzionale si riferisce alla determinazione degli standard strutturali e qualitativi di prestazioni che, concernendo il soddisfacimento di diritti civili e sociali, devono essere garantiti, con carattere di generalità, a tutti gli aventi diritto» (sentenze n. 168 e n. 50 del 2008 e n. 387 del 2007). Siffatto titolo di legittimazione dell'intervento statale è invocabile «in relazione a specifiche prestazioni delle quali la normativa statale definisca il livello essenziale di erogazione» (sentenze n. 328 del 2006, n. 285 e n. 120 del 2005 e n. 423 del 2004) e con esso è stato attribuito «al legislatore statale un fondamentale strumento per garantire il mantenimento di una adeguata uniformità di trattamento sul piano dei diritti di tutti i soggetti, pur in un sistema caratterizzato da un livello di autonomia regionale e locale decisamente accresciuto» (sentenza n. 134 del 2006). Si tratta, quindi, come anche questa Corte ha precisato, non tanto di una «materia» in senso stretto, quanto di una competenza del legislatore statale idonea ad investire tutte le materie, rispetto alle quali il legislatore stesso deve poter porre le norme necessarie per assicurare a tutti, sull'intero territorio nazionale, il godimento di prestazioni garantite, come contenuto essenziale di tali diritti, senza che la legislazione regionale possa limitarle o condizionarle (sentenza n. 282 del 2002).

In applicazione di siffatti principi, la disciplina in questione va ricondotta all'art. 117, secondo comma, lettera m), Cost.¹⁵

Se in alcuni ambiti l'inadeguata produzione normativa statale ci consegna un'insostenibile differenziazione territoriale dovuta ai modelli or-

¹⁵ Sentenza n. 322/2009.

ganizzativi adottati (e ad una complessiva carenza di risorse) e l'assenza di disposizioni nazionali in altri ambiti – altrettanto cruciali quali l'assistenza e la mobilità –, un'esigibilità dei diritti fondamentali a geografia troppo variabile, la crisi epidemiologica ha evidenziato come questi divari provochino anche una capacità di intervento e risposta all'emergenza tanto differenziata tra i singoli territori da agire con effetto moltiplicatore sui divari e le disuguaglianze nella garanzia dei diritti (salute e istruzione su tutti), nell'esercizio delle libertà personali (limitazioni agli spostamenti diversificate) e nelle conseguenze economiche della crisi (chiusure prolungate di settori produttivi).

Una (in)capacità di intervento strutturale di alcune amministrazioni cui si è sommata l'incapacità del governo centrale di sopperire che sta facendo emergere da più parti la volontà di operare una nuova centralizzazione di poteri e competenze. Non sono, tuttavia, il decentramento e il valore della prossimità territoriale che devono essere messi in discussione. È in che modo sia stato esercitato o eluso il potere unitario dello Stato, in che modo siano state definite o lasciate nel limbo le norme atte a realizzare la cornice unitaria dei diritti di cittadinanza e, soprattutto, in che modo sia stata esercitata o volutamente evitata la leale collaborazione tra livelli istituzionali, che devono essere messi in discussione.

In questi mesi, complice anche fino a poche settimane fa (governo «Conte 2») una differenza di orientamento politico tra la componente maggioritaria della Conferenza delle regioni (14 presidenti espressione di partiti di centro-destra) e il governo, il confronto tra Stato e enti territoriali è stato più un confronto competitivo e antagonista dominato da logiche di schieramento e dal protagonismo di alcuni, che una leale collaborazione per definire una gestione unitaria dell'emergenza. Un confronto che, avviatosi con l'obiettivo di realizzare una gestione cooperativa dell'emergenza con una condivisione delle scelte e delle responsabilità, si è spesso tradotto in una deresponsabilizzazione caratterizzata da accuse reciproche (Cfr. Bordignon e Turati, 2021).

Il confronto tra Stato e regioni se in questi anni è stato condizionato dall'assenza di un luogo istituzionale che consentisse un confronto non solo tra esecutivi – come avviene con il sistema delle conferenze –, ma anche tra organi legislativi, durante la pandemia è stato dominato dall'eterogeneità delle posizioni dei presidenti di regione e dalla debolezza del governo ad agire, ove necessario, i poteri sostitutivi conferiti dall'art. 120 della Costituzione a tutela dell'unità giuridica ed economica della nazione e dei Livelli essenziali delle prestazioni.

Tale potere sostitutivo, anche in ragione dell'assenza delle norme na-

zionali adeguate, negli anni è stato pienamente esercitato prevalentemente in ragione di equilibri di bilancio (es. Piani di rientro regionali in sanità), trascurando la necessità, invece, di esercitarlo per garantire l'esigibilità dei diritti.

La pandemia ha colpito – in particolare – ambiti in cui l'articolazione di competenze è dirimente e in parte inevitabile, ma ci consegna anche una possibile strada di risoluzione dei conflitti fondata sì sull'esercizio delle rispettive prerogative e competenze, ma anche sulla condivisa convinzione della preminenza dell'interesse pubblico a una gestione unitaria laddove lo richiedono i fenomeni che si presentano. Preminenza ribadita dalla Corte costituzionale nella recente sentenza n. 37/2021 con cui ha accolto il ricorso del governo contro la legge regionale della Valle d'Aosta che interveniva nel contrasto alla crisi epidemiologica, ricordando che «la materia oggetto dell'intervento legislativo regionale ricade nella competenza legislativa esclusiva dello Stato a titolo di “profilassi internazionale”», che tale competenza non ha carattere di «trasversalità», come argomentato dalla regione, che, soprattutto, «“ragioni logiche, prima che giuridiche” (sentenza n. 5 del 2018) radicano nell'ordinamento costituzionale l'esigenza di una disciplina unitaria, di carattere nazionale, idonea a preservare l'uguaglianza delle persone nell'esercizio del fondamentale diritto alla salute e a tutelare contemporaneamente l'interesse della collettività (sentenze n. 169 del 2017, n. 338 del 2003 e n. 282 del 2002)» e che, infine, «spetta anche alle strutture sanitarie regionali operare a fini di igiene e profilassi, ma nei limiti in cui esse si inseriscono armonicamente nel quadro delle misure straordinarie adottate a livello nazionale, stante il grave pericolo per l'incolumità pubblica»¹⁶.

4. Perché nulla sia più come prima (e come ora)

La pandemia finirà, ma i conflitti di competenza e soprattutto gli inaccettabili divari territoriali resteranno se non si interverrà subito e con decisione per la loro riduzione. Una riduzione che vedrà nei progetti del Pnrr una opportunità unica di colmare i deficit, in particolare dell'infrastruttura sociale, investendo nella rete di servizi pubblici territoriali (sanitari, di assistenza, sociali, educativi, abitativi, mobilità, ecc.), che dovrà essere accompagnata dalla determinazione dei principi fonda-

¹⁶ Sentenza n. 37/2021.

mentali e dei Livelli essenziali delle prestazioni, finanziati in ragione dei diritti da garantire e non della disponibilità economica del momento, e dall'individuazione di una sede istituzionale per l'esercizio della cooperazione istituzionale. Determinazioni che devono basarsi su due assunti fondamentali:

- l'esigibilità dei diritti sociali e civili non può essere considerata una variabile dipendente dalla capacità fiscale dei territori;
- nessun riparto di competenze potrà essere in sé esaustivo, se non si chiariscono i meccanismi attraverso cui i diversi centri di governo cooperano tra loro, perché difficilmente sulle materia che attengono la vita delle persone si può tracciare una linea divisoria verticale¹⁷.

L'assetto della Repubblica deve tornare a fondarsi su un esercizio dell'autonomia che sia cooperativa e che si conformi alle esigenze di solidarietà e di perequazione finanziaria tra i diversi territori, riconoscendo allo Stato il ruolo di garante dell'uniformità dei diritti civili e sociali sull'intero territorio nazionale, ruolo da svolgere ricorrendo, quando necessario, ai poteri sostitutivi che gli sono e gli devono essere riconosciuti.

Riferimenti bibliografici

- Bin R., 2005, *Materie e interessi: tecniche di individuazione delle competenze dopo la riforma del Titolo V*, Relazione tenuta al Convegno dell'Idaic - Siena 25-26 novembre.
- Bordignon M. e Turati G., 2021, *Chi comanda in pandemia*, disponibile all'indirizzo internet: <https://www.lavoce.info/archives/72582/chi-comanda-in-pandemia/>.
- Commissione parlamentare per le questioni regionali, *Indagine conoscitiva sul processo di attuazione del «regionalismo differenziato» ai sensi dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione*, Audizione del ministro per gli Affari regionali e le autonomie, Francesco Boccia, Resoconto stenografico della seduta del 30

¹⁷ «L'obbligo di leale collaborazione è diventato ovviamente il pilastro attorno al quale la Corte costituzionale ha riorganizzato il funzionamento dell'intero sistema delle relazioni tra Stato e regioni: esso è il corollario del principio di sussidiarietà, perché non ci può essere un sistema ispirato al principio di sussidiarietà che non contempli istituzioni e modalità di cooperazione tra i diversi livelli di governo coinvolti. Basti pensare all'Unione europea» (Bin, 2005).

- settembre 2020, disponibile all'indirizzo internet: https://documenti.camera.it/leg18/resoconti/commissioni/stenografici/pdf/23/indag/c23_regioni/2020/09/30/leg.18.stencomm.data20200930.U1.com23.indag.c23_regioni.0014.pdf.
- Corte costituzionale, *Emergenza Covid-19: spetta allo Stato, non alle regioni, determinare le misure necessarie al contrasto della pandemia*, Comunicato stampa del 24 febbraio 2021, disponibile all'indirizzo internet: https://www.corteconstituzionale.it/documenti/comunicatistampa/CC_CS_20210224190746.pdf.
- D'Arena A., 2016, *Tra autonomia e neocentralismo. Verso una nuova stagione del regionalismo italiano?*, Giappichelli, Torino.
- D'Arena A., 2003, *Materie legislative e tipologia delle competenze*, «Quaderni Costituzionali», n. 1, pp. 15-23.
- Discorso del Presidente della Repubblica Sergio Mattarella in occasione del 50° delle regioni a statuto ordinario, 4 agosto 2020, disponibile all'indirizzo internet: <https://www.quirinale.it/elementi/50028>.
- Filipetti A. e Tuzi F., 2020, *Autonomia finanziaria regionale e regionalismo asimmetrico: verso un finanziamento dell'asimmetria ben temperato*, «Issirfa», n. 17, pp. 70-93, disponibile all'indirizzo internet: <http://www.issirfa.cnr.it/autonomia-finanziaria-regionale-e-regionalismo-asimmetrico-verso-un-finanziamento-dell-asimmetria-ben-temperato-a-filipetti-e-f-tuzi.html>.
- Mangiameli S., 2020, *Il riparto delle competenze tra vicende storiche e prospettive di collaborazione*, «Diritti Regionali», n. 2, pp. 345-346.
- Ufficio parlamentare di bilancio, 2020, *Rapporto sulla politica di bilancio 2021*, dicembre, disponibile all'indirizzo internet: https://www.upbilancio.it/wp-content/uploads/2020/12/Rapporto_pol_2021-per-sito.pdf.

Il nodo dei rapporti Stato-regioni: da problema a opportunità per l'attuazione della leale collaborazione

Claudia Tubertini

RPS

I rapporti tra Stato e regioni, da sempre al centro di un vivace dibattito, nel corso dell'emergenza pandemica hanno fatto emergere una serie di difficoltà. Il problema non sembra essere rappresentato dall'assetto costituzionale delle competenze, ma piuttosto dalle modalità con cui le competenze sono

state sinora esercitate. Il contributo contiene alcune riflessioni su come l'attuale scenario potrebbe costituire una occasione per affrontare le riforme necessarie a rafforzare il principio della leale collaborazione, verticale e orizzontale, tra i livelli territoriali di cui si compone il nostro sistema.

1. Premessa

La cronaca di questi giorni ha ampiamente mostrato come anche nel nostro Paese il sistema delle relazioni interistituzionali sia stato messo a dura prova nel periodo della pandemia, secondo una tendenza comune a tutti gli stati a tradizione federale o a regionalismo forte in periodo di emergenza (Baldi e Profeti, 2020). Proprio l'emergenza ha richiesto infatti la conciliazione di due opposte esigenze: quella della tempestività ed efficacia di azione, da un lato, e quella dell'inclusione nei processi decisionali di tutti i livelli di governo, dall'altro, necessaria per la pluralità di versanti di intervento e il loro grado di complessità.

In questo difficile periodo è indubitabile che – al di là della frequente e senz'altro discutibile enfattizzazione mediatica del «problema» del rapporto Stato-regioni – il tradizionale metodo di collaborazione, scambio di esperienze e di ricerca di soluzioni di mediazione tra le diverse posizioni, da tempo praticato attraverso il sistema delle Conferenze (Stato-regioni e unificate), non abbia impedito l'applicazione, nelle diverse aree del territorio nazionale, di soluzioni variegate in risposta alla pandemia (Casula et al., 2020) che hanno acuito la sensazione di un sistema *troppo* differenziato (Bartolini, 2020); così come si è assistito, in alcuni casi, ad un uso dei poteri istituzionali, da tutte le parti in causa, in funzione conflittuale (Cammelli, 2020). Alla differenziazione *voluta*, perché derivante dalle diverse soluzioni assunte dai governi regionali, si è ag-

giunta poi la differenziazione per così dire *subita*, ovvero, quella derivante dalla differente capacità dei sistemi regionali nell'affrontare la sfida della lotta alla pandemia. Sono queste le situazioni che hanno rialimentato le voci favorevoli ad una decisa redistribuzione di poteri a favore dello Stato, nel nome di una rinnovata esigenza di uniformità.

Senz'altro sul versante del principio di leale collaborazione – vero e proprio architrave del sistema delle autonomie, secondo l'insegnamento della Corte costituzionale – i margini di miglioramento sono ancora molti, e molto resta da fare affinché questo possa diventare vero metodo costante nelle relazioni interistituzionali ogni volta che le scelte da compiere eccedano, per dimensione o per carattere, l'ambito della singola regione, sia che si guardi all'esercizio dei compiti amministrativi, sia che si guardi all'esercizio di potestà legislativa; così come molte sono le azioni ancora da intraprendere sul versante del miglioramento della qualità dei servizi sanitari regionali, soprattutto per superare i divari territoriali esistenti. L'emergenza, del resto, non è ancora finita, e questo rende ancor più difficile affrontare i nodi critici del sistema distinguendo le azioni necessarie nel breve, medio e lungo periodo.

Tuttavia, se si concorda sul fatto che il nostro sistema istituzionale abbia bisogno, mai come ora, dell'azione coordinata di tutti i livelli di governo; che i rapporti Stato-regioni (ma anche quelli Stato, regioni e autonomie locali) sono un punto dolente del sistema; che il miglioramento di questo rapporto è indispensabile per «cittadini e imprese» (endiadi, questa, sempre più spesso invocata, come se le imprese non fossero frutto dell'attività di cittadini); la questione va affrontata con spirito critico, ma anche costruttivo. Altrimenti il rischio è solo quello di provocare un aumento della sfiducia, o peggio, di spingere cittadini e imprese a invocare soluzioni centripete, davvero poco praticabili, e soprattutto dagli esiti incerti.

2. Il «problema» del riparto delle competenze

La prima questione sulla quale è opportuno operare qualche chiarimento è proprio quella della necessità o meno di una *centralizzazione* delle competenze. Della revisione del titolo V della Costituzione si parla ormai da tempo, e proprio in materia di tutela della salute (salvo il progetto di cd. *Devolution* del 2002, non approvato, però, dal Parlamento) a più riprese è stato proposto un ampliamento della competenza esclusiva statale, ora in materia di «norme generali sulla tutela della salute»

(2006), ora in materia di «disposizioni generali e comuni in materia di tutela della salute» (2016). Questa circostanza è significativa delle pulsioni centralistiche che da sempre animano il dibattito sulla sanità pubblica, giustificate in base all'esigenza di ridurre le disparità territoriali e di assicurare allo Stato i necessari poteri di indirizzo, attraverso la limitazione della potestà legislativa regionale in materia.

Era inevitabile, quindi che anche durante la pandemia il tema fosse rilanciato: la proposta più netta è stata senz'altro quella, avanzata più nel dibattito politico che in quello scientifico, di trasformare l'attuale competenza legislativa concorrente tra Stato e regioni in materia di tutela della salute in una competenza legislativa esclusiva statale; proposta la cui dubbia utilità (bisognerebbe infatti modificare non solo l'articolo 117, ma anche l'articolo 118 per riportare l'intero servizio sanitario sotto l'esclusiva titolarità del governo centrale) ne ha fatto subito preferire un'altra, ovvero, quella di inserire nell'articolo 117 della Costituzione una «clausola di supremazia» che permetta al Parlamento, su proposta del governo e previo il mero parere della Conferenza Stato-regioni, di intervenire in materie non riservate alla legislazione esclusiva quando lo richieda la tutela dell'unità giuridica o economica della Repubblica ovvero la tutela dell'interesse nazionale¹.

Era prevedibile che su tale ultima proposta la reazione delle regioni non fosse favorevole²; né, del resto, essa sembra aver incontrato il favore della maggior parte della dottrina, che ha subito avvertito i rischi che una clausola di questo tipo potrebbe determinare anche solo in termini di confusione e sovrapposizione con la previsione costituzionale che già consente al governo, ai sensi dell'art. 120 Cost., di sostituirsi agli organi regionali in circostanze del tutto simili³. A queste posizioni si sono via via aggiunte quelle di molti altri, che hanno avvertito come la salvaguardia dell'unitarietà del servizio sanitario non vada ricercata attraverso l'azzeramento della potestà legislativa regionale a favore di quella statale, ma intervenendo piuttosto sui *modi di esercizio* delle rispettive competenze, in modo

¹ Cfr. la proposta di legge costituzionale n. 2422 a firma Ceccanti e altri, depositata alla Camera dei deputati il 3 marzo 2020, e l'analoga proposta n. 1825 presentata al Senato a firma Parrini e altri.

² Cfr. il documento depositato dalla Conferenza delle regioni il 3 dicembre 2020 presso la Commissione Affari costituzionali del Senato, nell'ambito dell'istruttoria relativa al citato d.d.l. S1825.

³ Sul punto si vedano in particolare le audizioni di F. Bilancia e G. Demuro, sempre dinanzi alla Commissione Affari costituzionali del Senato.

da rendere tra loro compatibili le esigenze dell'uniformità e quelle della differenziazione (Balduzzi, 2020b; Morelli e Poggi, 2020), e quindi evitando che la differenziazione si traduca in un'ingiustificata condizione di disuguaglianza tra cittadini (Piperata, 2020).

Si è così constatato che nell'ambito della tutela della salute lo Stato dispone già di tutti i poteri necessari per realizzare questo obiettivo, senza alcun bisogno né di una competenza esclusiva in materia, né di ricorrere a nuove «clausole di supremazia» (la cui introduzione, peraltro, nei termini in cui è stata prospettata, potrebbe produrre effetti di irrigidimento, di certo opposti a quelli desiderati dai proponenti: Bilancia, 2020), e, forse, senza bisogno di ricorrere neppure al principio di sussidiarietà, secondo quanto pur ammesso dalla Corte costituzionale sin dal 2003 (Falcon, 2020).

In primo luogo, l'opera interpretativa della Corte costituzionale ha fornito allo Stato ampi poteri di intervento sia nella materia della tutela della salute, sia nella materia (che notoriamente è in essa ricompresa) della organizzazione sanitaria: poteri che lo Stato in questi anni non ha certo mancato di esercitare, sia prima che durante la pandemia. Attraverso l'invocazione, in particolare, della competenza ex art. 117, comma 2, lett. lettera m) Cost. (livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale) lo Stato si è visto riconoscere la possibilità di incidere sia sul contenuto delle prestazioni, che sulle loro modalità di organizzazione. La stessa lettera m) è stata ritenuta come fondamento di poteri di indirizzo, di vigilanza, di imposizione di obblighi informativi, di prescrizione di standard e criteri, quantitativi e qualitativi. Lo stesso dicasi per la materia delle professioni, comprese quelle sanitarie. Allo Stato, come è altrettanto noto, non è neppure inibito esercitare penetranti poteri sostitutivi, attraverso l'applicazione del meccanismo che l'articolo 120 Cost. ricollega alla tutela dei livelli essenziali; potere che, non a caso, ha trovato la sua prima e più significativa attuazione proprio in materia sanitaria, attraverso il commissariamento delle regioni in deficit, e che, sul piano teorico, avrebbe potuto essere esercitato anche durante la pandemia (Balduzzi, 2020a).

Guardando più specificamente al tema dell'emergenza sanitaria, non mancano i titoli di competenza statale. Come la Corte costituzionale ha recentemente confermato⁴, la profilassi per la prevenzione della diffu-

⁴ Cfr. sent. n. 5 del 2018, in tema di vaccini; n. 186 del 2019, in materia di sanità pubblica; e, proprio con riferimento all'attuale emergenza pandemica, n. 37/2021.

sione delle malattie infettive richiede necessariamente l'adozione di misure omogenee su tutto il territorio nazionale e a questo fine è invocabile la competenza legislativa esclusiva statale in tema di profilassi internazionale ai sensi dell'art. 117, comma 2, lett. q) Cost. Anche la lamentata carenza di solide basi legislative per la poderosa produzione normativa emergenziale statale, introdotta per lo più con atti amministrativi (Morelli, 2021) è più questione legata alla mancanza di una legislazione ordinaria che definisca l'assetto delle competenze emergenziali di Stato e regioni in modo più chiaro di quanto non facciano ora il Codice di protezione civile e la legge sul Servizio sanitario nazionale, che una questione di mancanza di una disciplina costituzionale dell'emergenza.

3. Il problema delle modalità di esercizio

Il problema, allora, si sposta sulle modalità con cui lo Stato ha sinora esercitato le proprie competenze in materia di tutela della salute, e la sua *debole capacità di coordinamento*. E qui il punto torna, circolarmente, al principio di leale collaborazione: perché le funzioni di controllo, monitoraggio e intervento sostitutivo e correttivo statale, di cui spesso si è invocato, in questo periodo, un più incisivo esercizio, necessitano, per poter essere attuate in modo efficace, della collaborazione del sistema delle regioni. Lo dimostra proprio l'esperienza sinora condotta per la garanzia dei livelli essenziali di assistenza in materia sanitaria, la quale richiede una complessa opera di raccolta e classificazione dei dati, di determinazione di parametri di misurazione dei livelli qualitativi e quantitativi raggiunti e di definizione di piani d'azione concordati; in tal modo, l'intervento sostitutivo vero e proprio resta un rimedio ultimo, da attuare in circostanze eccezionali, laddove le altre misure di ripristino della garanzia dei diritti fondamentali dei cittadini non siano andate a buon fine. È questo, del resto, il senso del richiamo operato dall'art. 120 Cost. al principio di leale collaborazione. Il punto è stato confermato dalla stessa Corte Costituzionale, che nel momento in cui ha riconosciuto che «il legislatore statale è titolato a prefigurare tutte le misure occorrenti a preservare l'uguaglianza delle persone nell'esercizio del fondamentale diritto alla salute e l'interesse della collettività», ha anche riconosciuto quanto fondamentale sia «l'apporto dell'organizzazione sanitaria regionale, a mezzo della quale lo Stato stesso può perseguire i propri scopi» (Corte Cost., sent. 37/2021).

RPS

Claudia Tubertini

Come si può notare, le proposte di cui ora si è parlato si pongono nella prospettiva di individuare nuove modalità di attuazione di alcune fondamentali disposizioni già contenute nel titolo V (art. 117; art. 120 Cost.); e molte altre questioni potrebbero aggiungersi, con riferimento, per esempio, alla piena attuazione dell'articolo 119, e infine, *last but not least*, all'attuazione dell'art. 118 Cost. nella direzione di una migliore redistribuzione delle competenze amministrative, in nome del principio di sussidiarietà (verticale e orizzontale), valorizzando l'apporto che sia le amministrazioni locali, sia la società civile possono dare alla tutela della salute.

Ma il presupposto imprescindibile di tutte queste innovazioni resta sempre il rafforzamento dei raccordi già esistenti a quadro costituzionale vigente. La questione trascende, come è ovvio, il solo ambito della sanità, tenendo conto che, come ha detto la Corte Costituzionale, nella perdurante assenza di una trasformazione delle istituzioni parlamentari il cd. Sistema delle Conferenze rappresenta «il perno del confronto tra i due grandi sistemi ordinamentali della Repubblica, in seno al quale si individuano soluzioni concordate» (Corte Cost., sentt. 6/2004; 31/2006; 114/2009). Lo dimostra la circostanza che l'attività delle Conferenze non è mai stata così intensa, sia sul piano quantitativo (numero di riunioni e di oggetti trattati) che qualitativo (grado di complessità e di portata innovativa degli atti da adottare), quanto nell'anno appena trascorso⁵. Proprio per questo, a giudizio unanime della dottrina, un passaggio necessario per consolidare l'assetto delle risorse democratiche a disposizione dell'ordinamento repubblicano è la loro riforma (Morelli, 2019).

4. *L'opportunità di un cambio di passo in tema di leale collaborazione*

Riconoscere il ruolo cruciale sinora svolto dal sistema delle Conferenze rende doveroso e urgente chiedersi quali interventi possano essere messi in campo per un deciso cambio di passo nella direzione della leale collaborazione. Da questo punto di vista, l'esperienza della pandemia e lo stress test a cui sono stati sottoposti i raccordi Stato-regioni può fi-

⁵ Nel corso del 2020 la Conferenza Stato-regioni si è riunita 29 volte; la Conferenza delle regioni 40 volte. Gli incontri politici tra il Governo e la Conferenza delle regioni sono stati 109 (dati tratti da Cinsedo, *L'attività della Conferenza in cifre – 2020*).

nalmente rappresentare l'elemento propulsivo per una riforma da tempo attesa. Basti ricordare, a tale riguardo, che i due disegni di legge di iniziativa governativa di riforma del d.lgs. 281/1997 (rispettivamente, del 2006 e del 2011) non sono mai approdati in Parlamento, nonostante l'ampia attività istruttoria che li aveva preceduti e i numerosi spunti in questa direzione provenienti non solo dalla dottrina, ma anche dalla stessa Conferenza delle regioni. Da questo punto di vista, anche il fallimento del progetto di revisione costituzionale del 2016 ha costituito un'occasione mancata, poiché durante la sua discussione in sede parlamentare era stata svolta un'accurata indagine conoscitiva sulle forme di raccordo tra lo Stato e le autonomie territoriali, con particolare riguardo al sistema delle Conferenze, da parte della Commissione parlamentare per le questioni regionali⁶, che era stata anche oggetto di relazione all'Assemblea. In quella sede, la Conferenza delle regioni⁷ aveva anzitutto suggerito una modalità di consultazione preventiva e reciproca tra Stato e regioni sulle grandi scelte di fondo, in relazione alle principali linee politica legislativa, da svolgersi ancor prima dell'esame dettagliato delle singole iniziative. Si tratta di un tema di cruciale importanza, se si vuole conferire carattere immanente alla leale collaborazione, così da farne criterio ordinatore nell'esercizio dei poteri legislativi, sia dello Stato sia delle regioni, già nelle fasi di iniziativa e proposta, affinché si realizzi una virtuosa concorrenza di competenze e si sviluppi appieno la logica di complementarità tra Stato, regioni e autonomie locali.

Quanto alle concrete modalità di funzionamento delle Conferenze, si era già proposto di regolare le procedure e riorganizzare i lavori in base al peso e alla natura degli oggetti, ipotizzando corsie separate, con diversi termini per l'espressione dei pareri o per la stipula delle intese in relazione alla strategicità degli oggetti, divisi per qualità e rilevanza degli obiettivi; ancora, si era suggerita una partecipazione più qualificata delle regioni e degli enti locali alla formazione degli ordini del giorno, questione che può incidere in maniera significativa sulla concreta attuazione della leale collaborazione: tutte revisioni organizzative che si potrebbero realizzare anche solo mediante una revisione dei regolamenti di funzionamento delle Conferenze.

⁶ Si veda il documento conclusivo di tale Indagine del 13 ottobre 2016.

⁷ Il riferimento è al documento della Conferenza delle regioni del 26 marzo 2016, illustrato nel corso dell'Audizione svoltasi presso la Commissione il 7 aprile 2016. La Conferenza ha avuto modo di riprendere e ribadire le proprie proposte anche in documenti successivi (9 marzo 2017).

Un intervento del legislatore sarebbe invece necessario per una revisione complessiva dei procedimenti che sfociano nei pareri e nelle intese, per favorire maggiore bilateralità tra il governo e gli esecutivi territoriali e per dare sistematizzazione alla copiosa giurisprudenza costituzionale formatasi in relazione alle condizioni e alle circostanze di applicazione dei pareri e delle intese, deboli e forti. Quest'ultimo aspetto è sempre stato quello più discusso, poiché implica una preventiva ricognizione dell'attuale legislazione per verificare l'adequatezza del tipo di raccordo previsto e della sua intensità in rapporto alla tipologia di competenze coinvolte (Vandelli, 2018). Senz'altro nella materia della sanità il principio dell'intesa è quello che ha avuto maggiore conferma da parte della giurisprudenza costituzionale; proprio per questo occorrerebbe ideare anche un meccanismo per verificare il seguito delle decisioni assunte, in modo tale da monitorare il grado di rispetto degli impegni assunti in via pattizia e ideare possibili soluzioni in caso di mancato adempimento. Si tratterebbe di una riforma importante anche in funzione di prevenzione dell'inevitabile contenzioso costituzionale che il mancato rispetto di quanto concordato spesso determina.

Le idee, dunque, non mancano; occorre, tuttavia, riprenderle in mano per poter addivenire a concrete proposte di riforma in tempi rapidi, prima e a prescindere dalla soluzione di nodi – come quello dell'eventuale ritocco delle norme costituzionali – che rischiano di rallentare, per la loro problematicità, riforme che possono invece essere realizzate attraverso modifiche regolamentari o di mera legislazione ordinaria. Per questo stesso motivo, anche il dibattito sulla costituzionalizzazione del sistema delle Conferenze, che da un lato potrebbe servire a rendere doverosa una cornice legislativa ordinaria più adeguata alla loro rilevanza e al loro ruolo effettivo, non deve, d'altro lato, fungere da alibi per un'ulteriore dilazione della revisione dell'attuale quadro normativo, senz'altro possibile anche senza una specifica modifica costituzionale. Molto si è parlato in questi mesi del coordinamento verticale, ma bisogna, come si è già anticipato, investire anche sul coordinamento orizzontale. Da questo punto di vista, l'ormai quarantennale esperienza della Conferenza dei presidenti delle regioni e le importanti funzioni che le sono da tempo affidate in materia – prima tra tutte, la proposta annuale di riparto del fondo sanitario nazionale – porterebbe a dire che nel settore sanitario, questa lamentata mancanza non c'è. In realtà, anche su questo versante molto si potrebbe fare per dotare la Conferenza dei presidenti di un vero e proprio apparato tecnico interregionale, per rafforzare la sua capacità di trattativa con lo Stato, nonché il suo ruolo

propositivo, ma anche le sue funzioni istruttorie e di coordinamento preventivo nell'assunzione delle decisioni affidate all'autonomia delle singole regioni, oltre che di collaborazione, sperimentazione, scambio di esperienze: tutte esigenze insite in un sistema a rete che ha bisogno di maggiore auto-coordinamento, come l'esperienza della pandemia ha dimostrato.

Sempre durante la pandemia è emerso un ulteriore tema degno di attenzione, quello delle funzioni del presidente della Conferenza delle regioni, che nella normazione dell'emergenza ha visto spesso trasformare la sua funzione di portavoce in quella di autorità chiamata a operare la sintesi e la mediazione degli interessi del variegato sistema regionale. In realtà, quelle che potrebbero apparire come funzioni monocratiche non sono mai, in concreto, state esercitate dal presidente senza un confronto, sia pure informale, con gli altri presidenti; certo è che, laddove questa tendenza dovesse consolidarsi, varrebbe la pena di chiedersi se sia necessario regolare tale attività, se non attraverso una vera e propria «legificazione» della Conferenza delle regioni, almeno con un aggiornamento del suo regolamento di funzionamento.

5. Per concludere

In conclusione, per risolvere davvero il problema delle relazioni interistituzionali, è auspicabile abbracciare una prospettiva di collaborazione necessaria (Tubertini, 2020), fonte di un vero e proprio obbligo bidirezionale (dunque reciproco), verticale ma anche e orizzontale, valevole cioè anche nei rapporti tra regioni. Il prossimo banco di prova è rappresentato dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnnr) che si sta completando in questi giorni, per la cui attuazione il confronto e raccordo tra i due livelli titolari della competenza legislativa appare imprescindibile. Eppure, anche sul profilo dell'assetto di governo del Piano (oltre che sui suoi contenuti), sembra che la soluzione definitiva sia ancora lontana. Anche su questo versante, come per l'emergenza pandemica, il dibattito sembra dividersi tra centralisti e fautori dell'autonomia, ovvero, tra chi teme che il coinvolgimento delle regioni comporti una frammentazione delle linee di finanziamento e di attuazione dei programmi e invoca quindi una visione unitaria e nazionale, antitetica a pretese «spartizioni territoriali» (Astrid, 2021), e chi, invece, suggerisce la creazione di strutture amministrative plurilivello, partendo dal presupposto che l'attuazione dei progetti richieda l'attivazione «in forme

operative» della leale collaborazione tra Stato, regioni ed enti locali (F. Merloni e al., 2021); altri hanno suggerito la creazione di una rete di referenti per ciascuna amministrazione, con al vertice un referente politico statale, in modo da assicurare sia una responsabilità politica chiara, sia la partecipazione e il coinvolgimento di tutti i ministri e, quando serve, dei presidenti della Conferenza delle regioni, dell'Anci e dell'Upi (Torchia, 2020). Qualunque sarà la soluzione finale, la collaborazione tra le amministrazioni già operanti, ai vari livelli, sul territorio dovrà costituirne il presupposto di fondo. Anche nella realizzazione del Pnnr, quindi, occorre davvero un cambio di passo nell'attuazione della leale collaborazione; con l'auspicio che le riforme che verranno introdotte possano portare non ad un azzeramento, ma ad un miglioramento del modello regionale, tuttora cruciale per rafforzare il tasso di democrazia del Paese (Cassese, 2021).

Riferimenti bibliografici

- Astrid, 2021, *Mezzogiorno e Recovery Plan: un Piano coerente e operativo per la coesione*, Astrid Policy Brief n. 5, gennaio.
- Baldi B. e Profeti S., 2020, *Le fatiche della collaborazione. Il rapporto Stato-regioni in Italia ai tempi del Covid-19*, «Rivista italiana di politiche pubbliche», n. 3, p. 277 ss.
- Balduzzi R., 2020a, *Ci voleva l'emergenza Covid-19 per scoprire che cos'è il Servizio sanitario nazionale?*, «Corti supreme e salute», n. 1, p. 67 ss.
- Balduzzi R., 2020b, *Cinque cose da fare (e da non fare) in sanità nella (lunga e faticosa) transizione verso il post-pandemia*, «Corti supreme e salute», n. 2, p. 339 ss.
- Bartolini A., 2020, *Sull'uso e (abuso) delle ordinanze emergenziali regionali*, «Giustizia Insieme», 23 aprile.
- Bilancia F., 2020, *Le conseguenze giuridico-istituzionali della pandemia sul rapporto Stato/regioni*, «Diritto pubblico», p. 333 ss.
- Cammelli M., 2020, *Centro e periferia: l'emergenza fa cedere il velo*, «Il Mulino», n. 3, p. 396 ss.
- Cassese S., 2021, *Il regionalismo va difeso, ma al tempo stesso migliorato e razionalizzato*, «Corriere del Mezzogiorno», 5 marzo.
- Casula M., Terlizzi A. e Toth F., 2020, *I servizi sanitari regionali alla prova del Covid-19*, «Rivista italiana di politiche pubbliche», n. 3, p. 307 ss.
- Falcon G., 2020, *Dall'emergenza Covid, pensando al futuro del sistema sanitario*, «Le regioni», p. 453 ss.
- Merloni F., Carloni E., Falcone M., Pioggia A. e Ponti B., *Il Pnnr e le riforme*

- delle Pubbliche amministrazioni. Dieci idee per progetti operativi, «Orizzonti del diritto pubblico» (<https://orizzontideldirittopub.com>).
- Morelli A., 2019, *Le relazioni istituzionali*, «Rivista Aic», n. 3, pp. 114-159.
- Morelli A., 2021, *Vaccinazioni e regioni: quale lezione trarre riguardo al sistema delle autonomie?*, «Diritti regionali», n. 1, pp. 1-8.
- Morelli A. e Poggi A., 2020, *Le regioni per differenziare e lo stato per unire. A ciascuno il suo*, «Diritti regionali», 15 aprile, n. 2, pp. 1-6.
- Piperata G., 2020, *Emergenza pandemica e distribuzione del potere amministrativo tra centro e periferia*, «Giornale di diritto amministrativo», pp. 318-329.
- Torchia L., 2020, *Il sistema amministrativo italiano e il Fondo di ripresa e resilienza*, «Astrid Rassegna», n. 6.
- Tubertini C., 2020, *Collaborazione necessaria e differenziazione responsabile: riflessioni sparse su emergenza pandemica e sistemi plurilivello*, «Istituzioni del federalismo», n. spec., pp. 89-98.
- Vandelli L., 2018, *Prospettive e ipotesi di riordino della Conferenza Stato-regioni*, in Aa.Vv., *Il principio della leale collaborazione tra Stato e regioni*, Atti del seminario, Roma, 6 aprile, Giappichelli, Torino.

RPS

Claudia Tubertini

DIBATTITO

Pandemia e sistema penitenziario.

Tra salute e sicurezza

(Antigone, *Have prisons learnt from Covid-19?*

How the world has reacted to the pandemic

behind bars, Antigone, Roma, 2021)

Covid-19 e carcere. Senso, opportunità e opportunismi di una pandemia all'interno e intorno al sistema penitenziario

Pietro Buffa

RPS

Il diffondersi della pandemia virale nella società libera e negli istituti penali italiani ha colto di sorpresa tutti. La politica nazionale ha ritenuto di limitare i propri provvedimenti rispetto alla richiesta, da più parti avanzata, di procedere a interventi deflattivi massicci per migliorare la possibilità di gestire in sicurezza delle persone detenute. Il virus è parso in alcune circostanze assumere le dimensioni di leva argomentativa per sostenere approcci diametralmente opposti.

Altri interventi normativi non sono intercorsi e la gestione penitenziaria ha visto riscoprire il potenziale innovativo dell'ordinamento penitenziario. Questo è stato possibile per il cambio di atteggiamento della magistratura e delle direzioni degli istituti penitenziari. Ora si tratta di capire se questo nuovo approccio, determinato dalla contingenza pandemica, non subirà un processo di affievolimento una volta che quest'ultima sarà terminata.

1. Introduzione

È passato più di un anno ormai da quando si è preso atto che il Covid-19 si stava affacciando nel «nostro» mondo e non solo per il tempo di una notizia televisiva riguardante un dramma in qualche Paese distante migliaia di chilometri dal nostrouscio di casa. E mentre avanzano le vaccinazioni rimangono i ricordi di tutto il cammino fatto sin qui, degli effetti di quanto è successo e la consapevolezza che non è finita, ma anche del fatto che potrebbe ripetersi con un altro virus. Perché si ripeterà. Tutti gli storici della medicina e, in particolare, delle epidemie ce lo dicono (Honigsbaum, 2020; Spinney, 2018). Nonostante la ciclicità di tali eventi, ogni volta, l'uomo e le sue organizzazioni sociali, economiche e politiche, vengono colti impreparati.

Una impreparazione e uno stupore che ha costi pesantissimi, ogni volta. Lo vediamo anche in questa fase pandemica che stiamo vivendo se solo consideriamo quanto questa abbia, in Italia e nel mondo più in generale, devastato gli equilibri politici, economici, i sistemi produttivi, scolastici, professionali e, giù giù, gli assetti familiari fino al nostro individuale mondo conscio e inconscio.

Ecco perché è necessario trovare un senso a questa esperienza che ci accomuna a tanti che ci hanno preceduto su questa Terra ma dai quali non abbiamo tratto, a quanto pare, grande esperienza.

Tornando a quella fine di febbraio 2020, ognuno, nel proprio privato, ha interpretato quel momento con i propri strumenti cognitivi ed emotivi.

Potremmo probabilmente affermare che, nella maggioranza dei casi, si è trattato di un'interpretazione difensiva e negatoria. Non è certo una novità, oserei dire che è naturale distanziarsi dal pericolo anche solo psicologicamente. Se ne trova traccia nella storia delle epidemie e nella letteratura¹.

È l'atteggiamento peggiore perché determina una tensione divisa tra due poli di attrazione.

Da un lato la possibilità di affrontare fino in fondo la logica virale e quanto necessario per ostacolarla e prevenirla, consapevoli che in questo modo si inciderà pesantemente sulla nostra e la vita altrui, anche quando la maggioranza, in preda alla negazione di cui sopra, lo giudicherà iniquo ed esagerato alla luce degli effetti che si osservano in quel momento senza tener conto che i virus hanno un tempo di latenza e che quando si palesano è ormai troppo tardi per contenerli.

Dall'altro il lasciarsi intimorire dalla gravità delle misure preventive e da queste ultime reazioni al punto di decidere di adottarne di palliative, poco efficaci o addirittura inutili.

Si tratta di un bivio che porta via tempo e risorse emotive. Su tutto, in ogni modo, incombe una paura profonda di perdere noi stessi, le nostre rassicuranti abitudini.

Si genera così uno stato di indecisione pericoloso perché la diffusione virale non è visibile, semmai è quantificabile e i numeri ci dicono semplicemente ciò che è già successo non quello che succederà. Tutto questo vale per ognuno di noi, ma che succede quando gli individui hanno responsabilità pubbliche nei confronti della salute di altri?

Sono convinto che non sia cosa molto diversa se non rispetto alle dimensioni degli effetti e alle responsabilità connesse. Prendere o non prendere le proprie cautele ha un effetto innanzitutto su di sé, anche se il contagio si diffonde in relazione ai comportamenti individuali irresponsabili che, tuttavia, non sono facili da censurare.

Diverso nelle strutture pubbliche dove, sin da subito, si attiva il vaglio

¹ Basti citare le descrizioni della peste a Milano che Alessandro Manzoni fa nei suoi *Promessi Sposi* o quella di Albert Camus nella *Peste*.

dei comportamenti dei suoi responsabili e dei suoi operatori. Il discorso si potrebbe allargare a macchia d'olio rispetto, per esempio, alle scuole, alle residenze per gli anziani, alle fabbriche, agli ospedali o alle comunità terapeutiche ma, in questa sede, è evidente la necessità di ridurre il campo all'oggetto del nostro commento, ovvero il carcere.

Un sistema già complesso di suo in quanto comunità coatta, afflitta e affollata.

A ben vedere nessun governo europeo, tra quelli esaminati nel testo di Antigone (2020), si è distinto per aver posto in essere iniziative di prevenzione, all'interno dei propri sistemi penitenziari, diverse da quello degli altri.

Non stupisce se si considera che il carcere, pur con qualche piccola differenza, è uguale a sé stesso a tutte le latitudini. La sua essenza, la sua cultura è immutabile.

Noto è l'accostamento metaforico di Clemmer tra carcere e arte cinematografica secondo cui «si possono cambiare scenari, costumi e copioni ma il cinema rimane sempre uguale a se stesso» (Clemmer, 1941). Anche Mathiesen, anni dopo, ha concluso per l'immutabilità del carcere nei suoi elementi essenziali (Mathiesen, 1996).

Questo è uno dei motivi per i quali, di fronte all'aggressione virale ai rispettivi sistemi penitenziari, i governi dei vari Paesi hanno previsto risposte all'incirca comuni.

Risposte, tra l'altro, solamente in misura marginale di natura legislativa. Si è lasciato così alle amministrazioni penitenziarie l'onere di provvedere al meglio per contenere l'espansione del virus, segno evidente che le politiche nazionali temono la questione carceraria perché affrontarne le contraddizioni implicherebbe sforzi inauditi e l'incomprensione della maggioranza degli elettori.

2. Le carceri italiane alla prova della pandemia

Tralasciamo gli altri Paesi e concentriamoci sull'Italia ove neppure il Covid-19 è riuscito a piegare l'aforisma della *certezza della pena*.

Vera e propria parola d'ordine tanto sbandierata nella continua campagna elettorale che prova a far presa su elettori impauriti e desiderosi di un *Conducator* che garantisca a tutti lavoro, sicurezza e benessere. A questa causa serve un nemico a cui addossare tutto il nostro malessere e i margini sociali e territoriali sono lì a sfornare centinaia di migliaia tutti i giorni e il carcere è il campo di prigionia di questa guerra.

È per questo che il carcere non si può aprire, neppure in questa occasione. Non è opportuno. Parola magica che fa risaltare il fenomeno per cui anche tragedie di questo genere vengono *opportunisticamente* cavalcate da chiunque abbia un interesse a farlo. Per l'occasione ci si riferisce a chi vedeva l'amnistia come una soluzione per proteggere le carceri dal contagio e a chi, viceversa, non riusciva a dismettere la propria politica penale securitaria.

Le giornate dell'8 e del 9 marzo del 2020, paradossalmente, hanno dato un colpo di grazia alle loro tesi. Quello striscione appeso sulla cima del terzo raggio di San Vittore a Milano con su scritto «indulto», che diventerà un'icona di quel giorno così come le fiamme e le urla, le violenze e le devastazioni del carcere di Modena, ma anche di Pavia, e l'evasione di massa dal carcere di Foggia, poco si conciliava con quello che ci stava aspettando.

Sta di fatto che quegli eventi e quelle immagini hanno chiuso ogni dialogo e hanno rinforzato la tesi della chiusura ma, certamente, non hanno neppure aiutato la protezione del contagio.

Questo non ha posto fine alle polemiche. Non è stato semplice affrontare localmente la pandemia sapendo che gli eventuali errori di valutazione sarebbero stati oggetto di denuncia, così come è poi avvenuto nelle Rsa e in alcuni ospedali. I linguaggi e le narrazioni che hanno accompagnato l'intera vicenda, in particolare nei mesi della prima ondata, hanno influenzato il modo di affrontare e gestire la pandemia all'interno del carcere.

È importante saper definire e descrivere le cose se le si vuole affrontare adeguatamente. Mauro Palma, nella sua qualità di Garante nazionale delle persone private della libertà personale, ci ricorda l'efficacia di un'azione passa innanzitutto attraverso una sorta di «igiene» linguistica, ovvero lo sforzo di chiamare le cose con il proprio nome perché, citando Albert Camus, «quando si cominciano a nominare bene le cose diminuisce il disordine e la sofferenza che c'è nel mondo» (Palma, 2017).

E la pandemia ha indubbiamente sparso disordine e sofferenza nel contesto carcerario già, di per sé, disordinato e dolente. Discutendo della pandemia lo stesso Autore ritorna sulla questione per parlare della tendenza a intercambiare con indifferenza parole quali urgenza, emergenza ed eccezione generando così un ambito semantico ampliato o lateralizzato verso altri contesti (Palma, 2020).

Ci sono state tante narrazioni quanti erano gli interessi in campo, narrazioni di parte, narrazioni insidiose nella misura in cui ricorrere ad un

termine piuttosto che ad un altro, ritenendoli erratamente sinonimi, può fare la differenza.

Ogni termine testimonia il senso che intendiamo dare alle cose che viviamo e dà, allo stesso tempo, il verso e l'indirizzo alle nostre azioni conseguenti.

Può deviare l'agire, può giustificare e legittimare alcune scelte, viceversa non fonda solo se la questione fosse inquadrata, classificata ed espressa in modo diverso.

La prima scelta operata in ragione dell'emergenza è stato il blocco dei colloqui e degli ingressi di chiunque non fosse incardinato nell'Amministrazione penitenziaria. Nei primi mesi in effetti, per la conoscenza che si aveva del virus, per la scarsa esperienza di ognuno di noi e per la forte carenza di dispositivi di protezione, quella pareva essere la decisione più efficace per proteggere la comunità penitenziaria e, in buona parte, lo era effettivamente.

Ma questo è diventato immediatamente l'argomento per scatenare il conflitto. Ancora non si sa in che misura ma, certamente, le rivolte dell'8 e del 9 marzo dello scorso anno sono state imputate a quel provvedimento urgente, emergenziale ed eccezionale, anche se quello striscione con sopra dipinta la parola «indulto» esprime tutt'altra cosa e ci interroga su quando, come, perché e da chi sia stato confezionato.

Nel corso delle rivolte il confronto con i ribelli ha percorso mille rivoli per la grande frammentazione che caratterizza la popolazione detenuta odierna ma, abbastanza costantemente, alle nostre argomentazioni della necessità di chiudere il carcere per tentare di limitare l'accesso al virus ci siamo sentiti, giustamente, obiettare che allora anche noi eravamo potenziali untori, considerato che la nostra vita si svolgeva regolarmente all'esterno.

Decidere di non far entrare i familiari ha significato esplicitamente classificarli come elementi di rischio da cui difendersi. In quel periodo è stato un florilegio di note delle organizzazioni sindacali del personale che chiedevano a tambur battente l'isolamento assoluto del carcere per difendersi dai parenti dei detenuti ma anche dai volontari, dagli insegnanti e da tutti coloro che erano da loro ritenuti un rischio. Ci si difende dai nemici.

Allo stesso tempo, però, agli occhi dei detenuti anche noi eravamo nemici. Esattamente per lo stesso motivo, noi eravamo l'anello di congiunzione con l'esterno e dai noi si dovevano difendere.

Come ho avuto già modo di dire nel momento in cui si introduce l'argomento del nemico si passa da una cosmologia simbolica centrata sulla

RPS

Pietro Bufa

necessità di *occuparsi* di qualcuno, ad un'altra nella quale ci si deve *difendere* da qualcuno (Buffa, 2020).

Ma il senso di quello che stava accadendo non passava solo attraverso questo. La comunicazione mediatica, durante le prime fasi della pandemia e successivamente per tutta la prima ondata, esplicitamente e costantemente parlava di una *guerra* in corso e incensava di *eroismo* tutti coloro che se ne stavano occupando in *prima linea*.

Tutti termini e stati d'animo che, una volta di più, rinfocolano la *matrice bellica* di alcune narrazioni sindacali e politiche sul carcere.

2.1. L'opportunismo pandemico

Del carcere, poi, si dava un'*immagine catastrofica*, destinandolo irrevocabilmente ad una *ecatombe* facile da preventivare, impossibile da contenere e ancor peggio da prevenire.

In questo modo si è iniziato ad affrontare la pandemia in carcere, con queste incombenti categorie di senso e con i loro consequenziali provvedimenti e modi di agire. Il tutto ben lontano dal generale richiamo di Adolfo Ceretti alla necessità di consegnarsi a linguaggi sempre più miti per potersi aprire a nuove forme di solidarietà (Cartabia e Ceretti, 2020). Così facendo si è perpetuato il disordine e la sofferenza e, nel corso del tempo, si assistito ad una metamorfosi virale consistente nell'uso del virus quale *leva* che molte parti hanno utilizzato per forzare questioni fino a quel momento irrisolte o conti in sospeso.

Con un senso di grande, quanto greve, *opportunismo* il comune nemico è diventato alleato per qualcuno rispetto a qualunque cosa fosse agognata o contrastata.

La presunta incapacità del Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria di curare dentro i detenuti, in particolare quelli sottoposti al regime previsto dall'articolo 41 bis dell'ordinamento penitenziario, è diventata oggetto di una gogna mediatica, con la partecipazione di apprezzati pubblici ministeri, che ha cercato di addossare l'irresponsabilità politica del ministro della Giustizia per questione di incarichi, al punto che Francesco Basentini ha dovuto rassegnare le proprie dimissioni da capo del Dipartimento nel tentativo di raffreddare la questione. Il pretesto si è materializzato in una circolare inviata a tutte le direzioni con la quale si sollecitava le stesse a comunicare alla magistratura competente lo stato di salute di *tutti* i detenuti che presentassero una serie di patologie segnalate dall'Oms quali fattori di rischio in caso di infezione da Covid-19.

La scarcerazione di alcuni detenuti in 41 bis e di altri con reati associativi è stato l'innescio della polemica ma. A pensarci bene si sarebbe potuto scrivere che le segnalazioni avrebbero dovuto escludere qualcuno, pur con a carico reati gravissimi?²

Ma questo è solo un esempio di opportunismo pandemico. A seguito dei disordini e delle violenze del marzo 2020 il Ministero dell'Interno ha regolamentato le procedure d'intervento delle forze di polizia in questi frangenti, assegnando al questore la competenza del governo delle operazioni anche all'interno delle strutture penitenziarie escludendo in tal modo la competenza del direttore dell'istituto. È una inedita interpretazione di norme vecchie di quarant'anni che non erano mai state messe in dubbio sinora e che facevano del carcere un luogo il cui ordine era, e peraltro rimane secondo la legge vigente reinterpretata e ignorata, onere del direttore in ragione della particolarità della comunità penitenziaria oggi invece equiparata ad un qualunque luogo pubblico.

La circolare riceve il plauso della dirigenza della polizia penitenziaria (Caputo, 2021) che vede in questo modo limitata le competenze dei direttori penitenziari. Indirettamente quella disperazione dei primi giorni della pandemia è servita per giustificare un colpo di mano sindacale e un irrigidimento nel settore penitenziario.

Dal punto di vista umano, dopo un anno di chiusura, il carcere non pare dare segni di tensione, il che potrebbe essere interpretato positivamente. Non è così. Gli operatori parlano espressamente di una cappa depressiva che aleggia pesantemente in quei luoghi.

Alcune cifre tratteggiano efficacemente questo malessere individuale profondo. Nonostante il numero dei detenuti sia sceso sensibilmente l'autoaggressività è aumentata notevolmente. In Lombardia, nel 2020 si sono registrati 16 suicidi contro i 6 dell'anno precedente, l'autolesionismo è passato, dal 2019 al 2020, da 1.437 casi a 1.707 con una incidenza percentuale sui presenti che è salita dal 16,81 al 22,45%.

Per contro l'eteroaggressività è risultata diminuire, sia in numeri reali che in percentuali. Nel 2019 si erano registrati 546 casi contro i 475 dell'anno successivo con una incidenza sui presenti che è passata dal 6,39 al 6,25%.

² A distanza di un anno il procuratore generale della Corte di Cassazione, Giovanni Salvi, nel corso della sua relazione all'inaugurazione dell'anno giudiziario, ha riabilitato la circolare in questione definendola un atto utile e coerente con le disposizioni di legge e regolamentari.

3. Forme di resilienza

La pandemia ha rappresentato anche un formidabile banco di prova per esprimere forme di resilienza organizzativa.

La scelta di non prevedere un deflazionamento *ope legis* ha costretto chi si è trovato ad affrontare direttamente la questione con gli strumenti della normativa vigente stimolando *ob torto collo* la necessità di rileggerla al fine di scoprire o ri-scoprire spazi di manovra organizzativi trascurati o mai presi in considerazione prima.

Sempre rispettando la legge, sia i magistrati che le direzioni degli istituti, hanno reinterpretato le norme in modo estensivo invocando lo stato di emergenza che si stava vivendo.

La magistratura lombarda ha indubbiamente dato il suo contributo limitando gli ingressi, facilitata dal fatto che nel corso della prima ondata il *lockdown* totale certo non permetteva neppure quella vita criminale di basso cabotaggio che ordinariamente riempie le galere in tempi normali, ma anche favorendo le uscite attraverso i provvedimenti della magistratura di sorveglianza. Gli effetti si sono fatti sentire ma, in ogni caso, non sono stati tali da ridurre le dimensioni della popolazione detenuta al punto da consentire il distanziamento sociale.

Oltre a questo rimanevano inalterati tutti i punti problematici relativi all'isolamento del carcere e alle limitazioni imposte agli accessi, in particolare, dei familiari e di tutti quegli operatori e volontari che prestano la loro opera ordinariamente.

In questo lo sforzo dell'Amministrazione penitenziaria si è rivolta alla possibilità di agire sulla quantità dei colloqui e sulle modalità alternative a quelli in presenza. Fino al febbraio del 2020 tali possibilità, seppur previste, sarebbero state impensabili.

Uno dei grandi tabù penitenziari, ovvero l'uso delle tecnologie informatiche e della comunicazione attraverso gli apparati mobili, è stato violato. In alcune sedi si è giunti ad attivare soluzioni di didattica e di lavoro via internet di fronte alla constatazione che, viceversa, si sarebbe dovuto rinunciare alle attività stesse.

A questo punto, come ho già avuto modo di sottolineare (Buffa, 2020), una domanda sorge spontanea. Perché prima di questo evento planetario ed epocale non abbiamo applicato estensivamente le norme, pur potendolo evidentemente fare sia dal punto di vista giurisdizionale che organizzativo, per rendere più umane le condizioni detentive? Perché per applicarle si è dovuto aspettare una pandemia? Sta di fatto che l'emergenza ha, in parte e per ora, fatto venir meno quelle timide e dif-

fuse interpretazioni che hanno negli anni depotenziato l'Ordinamento penitenziario.

Viene naturale pensare che la paura delle reazioni susseguenti al *lock-down* penitenziario abbiano superato le resistenze a dare corpo al suo spirito umanistico. È triste constatarlo ma è molto plausibile che sia andata in questo modo.

Cosa ci lascerà tutto questo? Difficile dirlo. Sicuramente siamo stati messi nella condizione di riflettere sulle nostre ordinarie modalità di vita e di pensiero. Abbiamo quindi dovuto fare in un altro modo lasciandoci guidare dai limiti che il virus ci ha imposto e dalla fragilità del nostro modo di vivere e organizzare.

La terribile prova che stiamo vivendo è un potenziale laboratorio di apprendimento. Potenziale perché non tutti lo vivono in questa prospettiva e perché il rischio è che tutto quello patito e compreso e agito venga prima o poi archiviato è dietro l'angolo. Fuori come dentro al carcere.

Riferimenti bibliografici

- Antigone (a cura di Marietti S. e Scandurra A.), 2020, *Have Prison Learnt from Covid-19? How the World Has Reacted to the Pandemic behind Bars*, a. XV, n. 1, disponibile all'indirizzo internet: https://www.antigone.it/rivista-archivio/Rivista_Anno_XV_N1.pdf.
- Buffa P., 2020, *Quando l'emergenza si concretizza in carcere. Il caso lombardo*, in Ruotolo M. e Talini S., *Il carcere alla prova dell'emergenza sanitaria*, Editoriale Scientifica, Napoli.
- Caputo D., 2021, *DirPolPen, storica la circolare del Viminale sulle proteste in carcere*, 4 febbraio, disponibile all'indirizzo internet: www.dirpolpen.it.
- Cartabia M. e Ceretti A., 2020, *Un'altra storia inizia qui*, Bompiani, Milano.
- Clemmer D., 1941, *The Prison Community*, The Christopher Publishing House, Boston.
- Honigsbaum M., 2020, *Pandemie. Dalla Spagnola al Covid-19, un secolo di terrore e ignoranza*, Ponte alle Grazie, Milano.
- Mathiesen T., 1996, *Perché il carcere?*, Ega, Torino.
- Palma M., 2017, *Relazione al Parlamento del Garante nazionale dei diritti dei detenuti o delle persone private della libertà personale* - Camera dei Deputati, 21 marzo.
- Palma M., 2020, *Il carcere nello specchio di un'emergenza*, in Ruotolo M. e Talini S., *Il carcere alla prova dell'emergenza sanitaria*, Editoriale Scientifica, Napoli.
- Spinney L., 2018, *L'influenza spagnola: la pandemia che cambiò il mondo*, Marsilio, Venezia.

Tra salute e sicurezza. Cosa resta del carcere dopo la pandemia? Analisi comparata delle politiche penitenziarie nel *Global North*

Michele Miravalle

RPS

La pandemia nel sistema penitenziario è stata solo in parte (e forse in minima parte) una questione di salute. Nel discorso pubblico e negli «atti» del decisore politico essa è stata trattata anche e soprattutto come una questione di sicurezza e ordine pubblico,

ribadendo, di fatto, la subalternità del diritto alla salute rispetto alle istanze securitarie. La pandemia non ha prodotto nessun cambio di paradigma, ma significativi cambiamenti sul piano micro che possono durare anche nel lungo periodo.

1. Introduzione

Anche per il sistema carcerario la pandemia da Covid-19 è stata il classico *cigno nero* (Taleb, 2007) che ha imprevedibilmente sconvolto l'universo dell'esecuzione penale, con effetti incerti sul futuro.

L'occasione per queste riflessioni è data dalla recente pubblicazione del semestrale di Antigone *Have Prison Learnt from Covid-19? How the World Has Reacted to The Pandemic behind Bars*¹, ricco numero monografico, curato da Susanna Marietti e Alessio Scandurra e focalizzato proprio su carcere e pandemia.

Almeno nel contesto europeo, si tratta del primo lavoro scientifico sul tema, capace di incrociare riflessioni provenienti da contesti diversi (Belgio, Brasile, Bulgaria, Francia, Germania, Grecia, Israele, Italia, Portogallo, Regno Unito, Sierra Leone, Stati Uniti, Ungheria), accanto a osservazioni critiche di alcuni dei più importanti studiosi degli ordinamenti giuridici e penali, quali Luigi Ferrajoli e Inaki Rivera Beiras.

Questo contributo ragiona intorno ad una domanda principale: la pandemia può essere considerata un evento eccezionale con effetti *estemporanei* sul sistema penitenziario e destinati a svanire con il virus oppure avrà conseguenze *strutturali* capaci di sopravvivere al virus e dunque di aprire una nuova stagione di politiche e pratiche penitenziarie?

¹ La pubblicazione è liberamente accessibile all'indirizzo internet: https://www.antigone.it/rivista-archivio/Rivista_Anno_XV_N1/_Rivista%20Anno%20XV%20N1.pdf (ultima consultazione 23 febbraio 2021).

Entrambe le ipotesi hanno buoni argomenti a sostegno.

Per rispondere alla domanda, la riflessione abbraccerà due orizzonti, quello del *tempo* e dello *spazio*.

Con riguardo al *tempo*, ragioneremo sul recente passato, ripercorrendo ciò che è successo a partire dal 9 marzo 2020, giorno in cui una serie di rivolte in numerosi istituti penitenziari del Paese ha esplicitato i problemi della gestione di una pandemia in un contesto chiuso, fino alla «terza ondata» della pandemia e all'inizio della campagna vaccinale anche in carcere, nel marzo 2021. Non si tratterà di mera cronaca degli eventi, ma di rilettura ragionata con lo sguardo rivolto allo scenario post-pandemico.

Con riguardo allo *spazio*, volgeremo lo sguardo da una parte all'Italia, dall'altra al mondo, o almeno a quella parte di mondo definito dalla letteratura sociologica il *Global North* (Melossi, 2015), che a seguito dei processi di globalizzazione tipici del finire del XX secolo, ricomprende, non senza approssimazione, l'Europa continentale e mediterranea, nonché i paesi anglofoni. In questi contesti, troviamo molte similitudini tra politiche penitenziarie e andamenti dei flussi della popolazione detenuta, pur in presenza di ordinamenti giuridici differenti.

Proprio in quest'area del mondo tra la fine del Novecento e gli anni duemila abbiamo assistito ad un graduale scivolamento dal *welfare state* universalista al *prisonfare* (Wacquant, 2013; De Giorgi, 2006), cioè al passaggio da *Stato sociale* a *Stato penale*. Tale trasformazione «ha progressivamente messo in luce quanto il diritto penale si sia allontanato dalle sue radici classiche [...] per divenire essenzialmente uno strumento di puro controllo sociale, declinato tra funzioni di mera strumentalità e vocazione alla produzione simbolica. [...] Il carcere si è trasformato in reclusorio massificato di soggetti deboli, rappresentati e gestiti come soggetti pericolosi, necessario alla loro neutralizzazione» (Mosconi, 2020, p. 58).

Nel *Global North* si è registrato un aumento generalizzato dei tassi di detenzione e l'ampliamento diffuso dell'area dei comportamenti penalmente rilevanti (il c.d. *populismo penale*), proporzionale alla rinuncia a predisporre strategie alternative per contrastare forme di disagio (Vianello, 2012).

Gli Stati Uniti ne sono l'esempio paradigmatico. A partire dagli anni ottanta, nei grandi centri urbani americani, si è assistito alla diffusione delle politiche di «tolleranza zero» e di «law and order» che hanno contribuito a creare il fenomeno dell'*incarcerazione di massa* (la c.d. *mass incarceration*) (Garland, 2001). Tali politiche hanno interessato selettivamente

in prevalenza particolari fasce di popolazione, in particolare le persone di origine ispanica e afroamericana, tanto da inquadrarle come vere e proprie politiche di governo della marginalità². Negli Stati Uniti in appena trent'anni la popolazione detenuta si è moltiplicata, passando dai 350 mila detenuti negli anni settanta agli oltre 2,2 milioni di oggi, a cui vanno aggiunte circa 850 mila persone sottoposti a *parole* (una sorta di liberazione condizionale, in attesa di processo) e i quasi 4 milioni di persone sottoposte a misure alternative alla detenzione (c.d. *probation*). Dunque circa 7 milioni di persone sono sottoposte a controllo penale, cioè una persona ogni 35 residente (la proporzione, considerando solo la popolazione afroamericana, sale a una persona ogni 12 residenti). Una crescita incredibile, che ritroviamo in molti altri Paesi occidentali, anche se in misura minore: in Italia, ad esempio, la popolazione detenuta è raddoppiata, passando da 30 mila persone negli anni settanta ai circa 60 mila del pre-pandemia. Tutto ciò a fronte di tassi di criminalità (numero di reati denunciati) invariato, a dimostrazione che carcerazione e criminalità non sono variabili direttamente proporzionali, ma seguono traiettorie indipendenti (McCrory e Sanga, 2012). Come vedremo nel corso di questo contributo, queste tendenze non sembrano essersi arrestate neanche alla pandemia e il *Global North* continua a rispondere in maniera omogenea alla questione criminale.

2. La pandemia tra stato di eccezione e stato di emergenza

Prima di addentrarci nei marosi delle misure adottate nell'arcipelago penitenziario ai tempi della pandemia, occorre sciogliere un dubbio preliminare: se le misure di contrasto alla pandemia – dentro e fuori dal carcere – siano ascrivibili nella cornice teorica dello «stato di eccezione» (Agamben, 2003). Il larghissimo uso della «legislazione emergenziale», basata sul bisogno di intervenire in fretta – ricorrendo alla formula della «necessità e urgenza» a costo di mettere sotto pressione (e addirittura

² Il governo dell'eccedenza (o dell'umanità in eccesso) secondo la criminologia critica statunitense sarebbe proprio il principale obiettivo delle politiche penali di stampo neoliberista che hanno interessato sia il livello federale che quello statale, a prescindere dal colore politico del governo in carica. A tal proposito, il sociologo Loic Wacquant ha sostenuto che il motto «Punish the poor!» («Punire i poveri!») sia la miglior descrizione delle politiche di sicurezza adottate negli Stati Uniti a partire dagli anni novanta (cfr. Wacquant, 2009).

sospendere) le garanzie costituzionali e la divisione dei poteri – ha spinto gli ordinamenti giuridici lontano dalla cornice costituzionale, creando una situazione *extra ordinem*?

Questo dibattito è cominciato fin dalla registrazione in Italia dei primi casi di contagio. Già a fine febbraio 2020 infatti, in un contestato e controverso editoriale su «Il Manifesto»³, Giorgio Agamben, padre della Teoria sullo stato di eccezione, inquadrava, senza farsi sfiorare dal dubbio, le scelte normative relative alle limitazioni della mobilità, al blocco dei servizi educativi e alla chiusura degli uffici pubblici come norme draconiane e ingiustificate, se non, appunto, considerandole «eccezione»⁴. Agamben parlava di ingiustificata sospensione della democrazia, paragonabile alle norme adottate da vari Paesi in seguito ad attentati terroristici. Sosteneva che le ragioni manifeste della protezione della salute individuale e pubblica celassero in realtà obiettivi latenti di «controllo» delle masse e di instaurazione di un ordine sociale illiberale. Con il senno del poi, sapendo che il Covid-19 ha mietuto solo in Italia oltre centomila morti, ha fatto sfiorare il collasso al Sistema sanitario nazionale e non era affatto una «semplice influenza», quella analisi appare quanto mai improvvida.

Da subito altri studiosi, con diverse sfumature, avevano escluso la riconducibilità delle misure di contrasto alla pandemia allo «stato di eccezione». Le critiche sono state ora più vigorose come quelle mosse Davide Grasso⁵ su «Minima&Moralia» ora più sfumate, lasciando qualche margine di apprezzamento, come quelle di Giovanni Pizza sulla rivista online «Treccani»⁶.

Alla base del ragionamento di Agamben sull'inquadramento teorico

³ L'editoriale è consultabile all'indirizzo internet: <https://ilmanifesto.it/lo-stato-decezione-provocato-da-un'emergenza-immotivata/> (ultima consultazione 8 marzo 2021).

⁴ Agamben puntualizza, rafforzandola, la sua posizione anche a seguito della «prima ondata» della pandemia, in un suo breve scritto consultabile all'indirizzo internet: <https://www.quodlibet.it/giorgio-agamben-stato-di-eccezione-e-stato-di-emergenza>.

⁵ La risposta del filosofo Grasso a Giorgio Agamben è consultabile all'indirizzo internet: <https://www.c3dem.it/wp-content/uploads/2020/04/AGAMBEN-IL-CORONAVIRUS-E-LO-STATO-DI-ECCEZIONE-giacomo-grasso.pdf> (ultima consultazione 8 marzo 2021).

⁶ La critica di Giovanni Pizza è consultabile all'indirizzo internet: https://www.treccani.it/magazine/atlane/cultura/Storie_Virali_Sul_contagio_di_Agamben.html (ultima consultazione 8 marzo 2021).

delle normative antipandemiche sembra esserci un fraintendimento tra i termini «emergenza» ed «eccezione». Va detto che la sovrapposizione semantica e concettuale tra i due termini ha radici antiche: Schmitt nel suo celebre *Teologia politica* parla semplicemente di *Ausnahmezustand*, letteralmente «stato di eccezione», intendendo genericamente ogni sospensione della legge per ordine del potere politico.

Sembrano più convincenti le riflessioni sulla «paura» (in questo caso, la paura del virus) come strumento per «far accettare» rinunce a diritti e alle abitudini di vita consolidate nella società contemporanea (su tutti, il diritto alla libera circolazione).

Luigi Ferrajoli, maestro del garantismo penale, nel suo contributo alla rivista di Antigone al centro di questo articolo, sostiene infatti che le forme di legislazione d'emergenza non sono solo compatibili con lo stato di diritto, ma sarebbero proprio pensate dai padri costituenti per eventi emergenziali ed imprevedibili come una pandemia. Non a caso la Carta costituzionale prevede strumenti quali il decreto-legge da adottare in casi di «necessità e urgenza» sorretti da precise garanzie e «controlli» di costituzionalità, da parte del Presidente della Repubblica in fase di promulgazione e da parte del parlamento in fase di conversione in legge. In questo senso dunque, le misure antipandemiche non si collocherebbero «fuori» dall'ordine giuridico, ma ne rimarrebbero all'interno, sia sul piano formale che sostanziale.

Ferrajoli, liquidando come non consistenti le preoccupazioni di Agamben, critica piuttosto l'utilizzo eccessivo di strumenti puramente regolatori e senza forza di legge, quali i decreti del presidente del Consiglio dei ministri (gli ormai celebri d.p.c.m.).

Ed è questa una riflessione interessante ai nostri fini, poiché il carcere ai tempi della pandemia è stato quasi esclusivamente «governato» proprio attraverso atti non aventi forza di legge, dunque con semplici provvedimenti amministrativi delle amministrazioni centrali o periferiche. Come vedremo, le trasformazioni, quantitative e qualitative, del sistema penitenziario sono infatti avvenute a quadro normativo sostanzialmente invariato.

3. L'Italia, anzitutto. La gestione della pandemia in carcere: una questione di sicurezza e non di salute. I casi «rivolte» e «scarcerazione dei boss»

Analizziamo ora le scelte normative e organizzative che hanno interessato il campo dell'esecuzione penale in Italia.

La tesi qui sostenuta è che la pandemia in carcere sia stata solo in parte (e forse in minima parte) una questione di salute.

Nel discorso pubblico e negli «atti» del decisore politico essa è stata trattata anche e soprattutto come una questione di sicurezza e ordine pubblico, ribadendo, di fatto, la subalternità del diritto alla salute rispetto alle istanze securitarie.

Questo è avvenuto pur in presenza di evidenze scientifiche che dimostrano l'intrinseca «pericolosità» in caso di contagio (Oms, 2021, p. 13), poiché, come in tutte le istituzioni totali, molte delle misure di prevenzione della diffusione del virus si rivelano impraticabili.

Sul piano sociologico, sono tornati alla mente gli studi sul carattere *patogeno* dell'istituzione totale (Sim, 2002; Ronco, 2018; Massaro, 2018), sul carcere *fabbrica di handicap* (Gallo e Ruggiero, 1989) e *produttore di sofferenza* (Pavarini, 2013), anche *fisica* (Gonin, 1994).

La percezione da osservatore esterno è che vi sia stata una netta asimmetria: da una parte gli *insiders* dell'arcipelago penitenziario (lo *staff* e gli operatori nel loro complesso) mossi da una consapevolezza dei «rischi» per la salute⁷, contrapposta all'urgenza del legislatore di non mettere in dubbio il paradigma securitario che governa il carcere contemporaneo⁸. Per evitare fraintendimenti, occorre soffermarsi su questa affermazione.

Ci sono due momenti dell'anno pandemico che rafforzano questa ipotesi, concentrati tra marzo e aprile 2020 e che porteremo a sostegno della tesi: il primo riguarda le rivolte dell'8 e 9 marzo 2020, il secondo riguarda la campagna mediatica contro le c.d. «scarcerazioni dei boss». Su questi due momenti occorre soffermare l'attenzione.

Il rapporto tra carcere e virus è diventato «affare pubblico» non con i primi contagi, bensì con le rivolte del 9 e 10 marzo 2020, che hanno interessato, con diversa intensità, un terzo degli istituti penitenziari del Paese, raggiungendo il loro apice nelle case circondariali di Modena e di Rieti, dove sono morte tredici persone.

Seimila detenuti sono stati coinvolti, decine di agenti di polizia penitenziaria sono stati feriti, oltre duemila posti sono stati resi inagibili in seguito alla devastazione degli spazi detentivi. I costi umani e materiali di

⁷ Per una descrizione, con ampio uso di materiale etnografico, dell'approccio degli *insiders* del sistema penitenziario, si rimanda a Buffa P., 2020, p. 1-13.

⁸ Sul livello di conflittualità tra gli attori del c.d. campo giuridico del penitenziario e sulle contraddizioni tra obiettivi e *messaggi normativi* si rimanda a Buffa, 2013, Sarzotti, 2010 e Torrente, 2018.

quelle violenze resteranno pagine indelebili della storia penitenziaria italiana. Mai si era registrato un numero di morti così alto, né una tale estensione geografica delle proteste neanche ai tempi delle rivolte violente che hanno costellato la vita penitenziaria tra gli anni settanta e ottanta (De Vito, 2009), tanto che alcune ricostruzioni giornalistiche hanno ipotizzato l'esistenza di una «regia» da parte della criminalità organizzata.

Di quegli eventi di marzo non stupisce il tasso di violenza⁹, poiché, come insegna la riflessione sociologica classica «la violenza è parte dell'ordinaria routine in prigione e non rappresenta tanto una rottura dell'ordine interno, quanto piuttosto uno dei meccanismi attraverso i quali questo ordine è mantenuto» (Matthews, 2009, p. 68) e dunque ha una funzione «strutturale» nelle dinamiche dell'istituzione totale e del rapporto custodi-custoditi.

Non è dunque oggetto di questo articolo né indagare le cause di quelle proteste e delle sue degenerazioni, né il significato che quella violenza ha assunto nel contesto penitenziario¹⁰.

Quel che qui interessa è come, all'inizio della pandemia, la narrazione legata alle rivolte nel discorso pubblico abbia messo in secondo piano il vero «nodo», la tutela della salute di chi abita il carcere, operatori e persone detenute e abbia immediatamente usato il glossario dell'ordine pubblico.

Rientra in questa narrazione anche la rapidità con cui sono state rac-

⁹ Le reazioni violente in risposta alle misure di contrasto antipandemiche adottate sono state diffuse nell'anno del Covid, anche al di fuori del *Global North*. In Sierra Leone, ad esempio, il blocco di tutte le visite di parenti e famigliari (e anche di avvocati) ha provocato una rivolta sanguinosa nel carcere della capitale Freetown, nell'aprile 2020. Sono rimaste uccise trenta persone detenute e un agente di sicurezza. La prigione di Freetown ha un sovraffollamento del 400% (Kembazazi e Cordua, 2021).

¹⁰ Proprio alle violenze e alle rivolte del marzo 2020 è dedicato il numero monografico di «Antigone» (2021). In particolare si rimanda al saggio di Claudio Sartzotti, in cui si analizzano le rivolte in chiave storico-sociologica, esaminando i profili biografici dei «rivoltosi» e le giustificazioni politiche alla base delle sommosse. Altrettanto interessanti i quesiti posti da Alvise Sbraccia, Daniela Ronco e Valeria Verdolini che ragionano intorno alla «razionalità» delle rivolte e dunque al grado di estemporaneità e al «fine» dell'uso della violenza. Gli autori sostengono che solo apparentemente le rivolte possono sembrare «irrazionali», ma debbono piuttosto essere inquadrare quali *pratiche di resistenza* in quel peculiare contesto conflittuale rappresentato dal carcere (Sbraccia e al., 2021).

contate le morti di tredici persone coinvolte nelle sommosse, ricollegate in fretta ad un abuso di farmaci in seguito all'«assalto» all'infermeria, senza alcuna riflessione sulle cause di quel disagio e il significato di quella violenza.

Gli effetti di questa narrazione securitaria della gestione pandemia, non si sono limitati alla fase «emergenziale» post-rivolte, ma rischiano di avere effetti di lungo periodo, anche operativi. Non a caso, nel gennaio 2021 il Ministero dell'Interno - Dipartimento di pubblica sicurezza ha emanato la circolare «Linee guida per la pianificazione provinciale degli interventi in seguito a manifestazioni di protesta e disordini negli istituti penitenziari».

Si tratta di un atto amministrativo del tutto peculiare, dove si stabilisce che la gestione di eventuali nuovi episodi di rivolta all'interno degli istituti penitenziari coinvolgerà forze di polizia diverse dalla polizia penitenziaria coordinate non già al direttore dell'istituto penitenziario, ma dal prefetto e dal questore. Al netto delle criticità strettamente giuridiche (l'ordinamento penitenziario vieta l'ingresso di personale armato all'interno dei padiglioni detentivi, che invece le linee guida contemplano), si evince una generale «sfiducia» degli attori del sistema penitenziario a risolvere i momenti critici, senza l'intervento di soggetti terzi.

Il secondo momento che dimostra come la gestione della pandemia non abbia mai abbandonato il paradigma securitario è legato alle c.d. «scarcerazioni dei boss».

Dal punto di vista teorico si tratta di un evidente esempio di *panico morale* (Cohen, 1973; Maneri, 2001). Con l'espressione *moral panic* si definisce la sovra-rappresentazione mediatica di un fenomeno reale o fittizio, al fine di provocare un timore diffuso (e irrazionale) all'interno della comunità, giustificando così l'intervento da parte del decisore politico.

Proprio questa cornice teorica aiuta a reinterpretare quello che è successo tra aprile e maggio 2021, quando, per la seconda volta in poche settimane, il tema Covid e carcere si trasforma da questione di salute pubblica a questione di sicurezza.

Fino ad aprile 2021 i numeri della popolazione detenuta iniziavano a calare sensibilmente (oltre le 8.000 persone detenute in meno), a causa da una parte del drastico calo della criminalità (e dunque dei «nuovi ingressi») sia di un maggior utilizzo delle misure alternative alla detenzione, compresa la detenzione domiciliare estesa dal decreto «Cura Italia» (vedi *infra*) e dunque si allenta (senza azzerarlo) il tasso di sovraffollamento, che rendeva meno agevole le misure di prevenzione in carcere. Poi succede qualcosa che cambia radicalmente il corso degli eventi. Con

due decisioni a distanza di pochi giorni, il 20 e 23 aprile, il Tribunale di Sorveglianza di Milano¹¹ e quello di Sassari¹² concedono la detenzione domiciliare per motivi di salute (*rectius* differimento pena, a Milano in via provvisoria, a Sassari definitiva con decisione del tribunale in composizione collegiale) a due esponenti di spicco della criminalità organizzata, Francesco Bonura e Pasquale Zagaria, entrambi detenuti sottoposti al c.d. regime del «carcere duro» ex art. 41-bis Ord. pen.

Il senso di quei provvedimenti era che non vi fosse la possibilità di curare le loro gravi patologie pregresse in carcere o in strutture ospedaliere e che la loro permanenza dietro le sbarre li avrebbe esposti ad un elevato rischio contagio. È il momento di svolta. I fatti avvengono in rapida successione, infuria la polemica politica, vengono additate le responsabilità del Dipartimento per l'Amministrazione penitenziaria per non aver trovato soluzioni diverse dalla scarcerazione e l'allora ministro Alfonso Bonafede per non aver «impedito» quelle uscite dal carcere. Il 2 maggio Francesco Basentini, ai vertici dell'Amministrazione penitenziaria da meno di due anni, capitola e rassegna le dimissioni. Viene nominato un nuovo vicecapo Dipartimento il magistrato Roberto Tartaglia, consulente della Commissione parlamentare antimafia. Il Dap è «colpevole» anche di aver richiesto a tutti gli istituti penitenziari una lista di detenuti anziani e con patologie importanti, più esposti ai rischi di contagio da Covid-19, a prescindere dalla loro posizione giuridica e dal circuito penitenziario di appartenenza. Ecco la scintilla che innesca il *panico morale*.

La stampa inizia a occuparsi diffusamente del caso «scarcerazioni dei boss». Il 6 maggio «La Repubblica» pubblica in prima pagina una lista di 376 «mafiosi» scarcerati. Inizia una vigorosa campagna politico-mediatica che, neanche troppo velatamente, punta alle dimissioni del ministro della Giustizia con la naturale conseguenza della crisi di governo. Poche ore prima il componente togato del Csm, magistrato della Direzione nazionale antimafia, Nino Di Matteo, interviene telefonicamente in una trasmissione televisiva, adombrando che il ruolo di capo dell'Amministrazione penitenziaria fosse stato nel 2018 oggetto di «trattativa» (il termine non viene in realtà mai pronunciato) tra lo Stato e la criminalità organizzata ed il suo nome escluso dalla lista dei papabili,

¹¹ Provvedimento disponibile all'indirizzo internet: https://www.sistemapenale.it/pdf_contenuti/1588340197_magistrato-sorveglianza-milano-20-aprile-2020.pdf.

¹² Provvedimento disponibile all'indirizzo internet: https://www.sistemapenale.it/pdf_contenuti/1588333064_trib-sorveglianza-sassari-41-bis.pdf.

poiché sgradito alle cosche. Monta la rabbia social e lo smarrimento pubblico: «I boss liberi e l'Italia in *lockdown*», è questo il sillogismo retorico più usato.

Il governo non può permettersi cedimenti (anche solo apparenti) alla lotta alla mafia e corre ai ripari varando nell'arco di dieci giorni due decreti-legge n. 28 e n. 29/2020, dove si prevedono aggravii procedurali in capo ai magistrati per decidere sulle richieste di applicazione degli arresti domiciliari o del differimento pena per motivi di salute: anzitutto l'obbligo di parere non vincolante della Procura distrettuale antimafia (quella nazionale in caso di detenuti al 41-bis) e poi l'obbligo di «riesame» del provvedimento di scarcerazione entro 15 giorni (quindi ogni mese) per verificare se nel frattempo le condizioni di salute non siano cambiate, il pericolo di contagio sia diminuito e non sia possibile una collocazione in una «struttura sanitaria» penitenziaria indicata dall'Azienda sanitaria e dal Dap. Si tratta di «decreti-Lapalisse», poiché nulla aggiungano nel merito, ma si limitano a ribadire l'ovvio, cioè la necessità un controllo giudiziario sui soggetti in misura alternativa e la necessità di un raccordo tra magistratura, amministrazione penitenziaria e sanitaria.

È evidente che l'effetto voluto da quelle norme sia quello «anestetizzante» rispetto alle polemiche, promuovendo «un riformismo normativo a getto continuo, sempre più accelerato, approssimativo, confuso e, da ultimo, divenuto (con la complicità dell'attuale emergenza sanitaria) ancora più affannoso e concitato pressoché nei termini di una legislazione *ad horas*» (Fiandaca, 2020).

Ma le polemiche non si placano, il 14 maggio, il ministro Bonafede durante un'audizione alla Commissione giustizia della Camera dei deputati comunica che sono in tutto 498 i detenuti al 41-bis o in Alta sicurezza che sono stati scarcerati con provvedimenti dei magistrati durante l'emergenza sanitaria. Di questi solo 4 sono sottoposti al regime di carcere duro, gli altri appartengono tutti al circuito Alta sicurezza, 253 sono in attesa di giudizio e sono agli arresti domiciliari, 195 con condanna definitiva in detenzione domiciliare, 5 sono al domicilio in forza della l. 199/2010 e 6 ai sensi del decreto «Cura Italia», 35 invece quelli affidati in prova al servizio sociale.

Al di là della narrazione dei fatti qui necessariamente sintetica, si osserva che, in pochi giorni, il tema della sicurezza si è imposto su quello della tutela della salute, «stravolgendo» l'intera narrazione. La «passione contemporanea» nel punire (la definizione è di Didier Fassin) è tornata nel *mainstream* politico-mediatico, proprio mentre i numeri del sovrappollamento stavano tornando sotto i livelli di guardia.

È del tutto legittimo criticare le scelte di questa moltitudine di magistrati coinvolta, ma è scorretto far intendere che quei magistrati fossero in malafede, mossi da volontà di favorire le mafie, conniventi, incapaci di valutare l'impatto dei propri provvedimenti sulla sicurezza nazionale. La seconda ambiguità riguarda l'uso del termine «boss». Termine evocativo e spaventoso. Da dizionario, il «boss» è il capo autorevole, o addirittura assoluto, di un'organizzazione. In questo caso un'organizzazione criminale. Qui occorre soffermarsi sulla distanza tra l'uso del linguaggio «d'effetto» e le categorie giuridiche. Le 498 scarcerazioni comprendono sia persone (4) sottoposte al regime speciale del «carcere duro» (ex art. 41-bis c. 2 ord. pen.), gli unici a cui è riconosciuto, anche sul piano giuridico-investigativo, ruoli apicali nella criminalità organizzata, sia 494 persone in Alta sicurezza¹³, che non ricoprono ruoli di vertice, pur essendo, in molti casi accusati o condannati per reati associativi.

Stiamo parlando, in entrambi i casi, della porzione di popolazione detenuta minoritaria (vi rientra circa un sesto dei detenuti), ma con un accentuato profilo criminale. Certamente piuttosto diversa da quella massa di «umanità in eccesso» che popola la maggior parte dei penitenziari italiani (formalmente collocata nei circuiti di c.d. media sicurezza). Questi due momenti, le «rivolte» e le «scarcerazioni dei boss» hanno profondamente influenzato gli interventi normativi adottati durante la pandemia sottolinea l'*enfasi securitaria* con cui il legislatore ha governato il carcere al tempo del Covid.

4. Il Global North. Strategie transnazionali di contrasto alla pandemia. Un'analisi delle scelte normative

In realtà, l'*enfasi securitaria* ha travalicato i confini italiani e si è diffusa in tutto il *Global North*. Le strategie normative adottate per contenere il contagio in carcere si sono mosse all'interno di una cornice comune: l'esclusione categorica di ogni provvedimento clemenziale generalizzato (amnistie o indulti) e l'allargamento o la velocizzazione procedurale degli accessi alle misure alternative in ottica puramente deflattiva,

¹³ Definizione che non ritroviamo in una legge, bensì nella nota circolare dell'Amministrazione penitenziaria 3619/6069 del 21 aprile 2009, che «suddivide» le persone detenute per livelli di pericolosità, dando vita al sistema dei c.d. «circuiti detentivi».

ma mantenendo comunque forme di controllo sulla persona in uscita dal carcere (*electronic monitoring* o detenzione domiciliare).

In Italia, dalla dichiarazione dello stato di emergenza sanitario avvenuta il 23 febbraio 2020 con d.l. n. 6/2020 durante l'intera *Fase 1* dell'emergenza, si contano sei interventi legislativi, quattro tramite decreto-legge e due con d.p.c.m.

In ordine cronologico:

L'8 marzo 2020 sono adottati due provvedimenti, il d.l. 8 marzo 2020, n. 11 (art. 2, commi 7 e 8): «Misure straordinarie ed urgenti per contrastare l'emergenza epidemiologica da Covid-19 e contenere gli effetti negativi sullo svolgimento dell'attività giudiziaria» e il d.p.c.m. 8 marzo 2020, n. 11 (art. 2, lettera u), poi aggiornato ed esteso nel tempo dal d.p.c.m. 26 aprile 2020 (art. 1, lettera y). Sono due decreti che «plasmavano» immediatamente le politiche penitenziaria in tema coronavirus e restituiscono la *ratio* che il legislatore userà nell'affrontare l'emergenza: «isolare» le carceri e ridurre al minimo l'entrata-uscita delle persone dagli istituti penitenziari. Si bloccano dunque in tutta Italia i colloqui in presenza con i famigliari (un flusso importante di persone che ogni giorno entrava in carcere), fino ad allora la sospensione aveva riguardato solo le «zone rosse» ed era stata decisa con una «semplice» circolare¹⁴. Si sospende anche la partecipazione fisica dei detenuti alle udienze, sostituita con quella da remoto, si «raccomanda» di limitare i permessi e le uscite delle persone detenute, si dispone l'isolamento di tutti i «nuovi giunti» se sintomatici.

L'idea di «chiudere» il carcere è una strategia diffusa ovunque, anche fuori dall'Italia.

Il 17 marzo 2020, dopo lunghe trattative viene pubblicato il decreto «Cura Italia», d.l. 17 marzo 2020, n. 18 (art. 123 e 124). Al carcere si dedicato solo due articoli, ma molto significativi, perché sono il frutto di una mediazione tra opposte visioni sulla questione penitenziaria. Il dato di partenza è che in un carcere sovraffollato è impossibile fermare un eventuale contagio (al 29 febbraio, in Italia erano 61.230 le persone detenute a fronte di una capienza di 50.931 posti, con un sovraffollamento di poco inferiore al 120%). In queste condizioni il *distanziamento sociale* è impraticabile, sostituito dall'*avvicinamento forzato*. Non si può mettere un metro di distanza tra un corpo e l'altro. L'eventuale isola-

¹⁴ Il testo della circolare è disponibile all'indirizzo internet: https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_1_8_1.page?facetNode_1=0_62&contentId=SDC248986&previousPage=mg_1_8 (ultima consultazione 8 marzo 2021).

mento delle persone contagiate è possibile solo per pochi. Il pericolo è trasformare i luoghi di detenzione in lazzaretti manzoniani, mettendo consapevolmente a rischio la vita di chi li abita (persone detenute, ma anche poliziotti penitenziari, operatori sanitari, educatori e direttori) e dei loro famigliari.

Il legislatore persegue la necessità di ridurre i numeri della popolazione detenuta prevedendo un «allargamento» della detenzione domiciliare già prevista dalla l. 1999/2010.

Nel farlo, impone alcuni limiti molto significativi: sono escluse tutte le persone in attesa di sentenza definitiva; i soggetti condannati per taluno dei delitti indicati dall'articolo 4-bis dell'Ordinamento penitenziario e dagli articoli 572 (maltrattamenti in famiglia) e 612-bis (*stalking*) del codice penale. Si tratta di soggetti che già normalmente non accedono ai benefici e alle misure alternative, a causa della «gravità» del loro reato; i delinquenti dichiarati abituali, professionali o per tendenza e dunque i soggetti con una pluri-recidivanza e, in generale, con una corposa biografia criminale.

In queste prime tre categorie escluse si fa una valutazione giuridico-criminologica dei soggetti, valutando ciò che hanno fatto (il reato) e non situazioni soggettive legate, ad esempio, alla presenza di patologie o all'età, che avrebbero aumentato la «vulnerabilità» al contagio.

Vengono anche escluse le persone detenute prive di un domicilio effettivo e idoneo anche in funzione delle esigenze di tutela delle persone offese dal reato. Si tratta di soggetti che, se tornassero al proprio domicilio, potrebbero avere continui contatti con le persone offese del reato. Si tratta di una preclusione che pone l'accento sulla tutela delle persone offese.

A queste tre ipotesi, il nuovo decreto aggiunge due preclusioni di carattere disciplinare, molto problematiche. Il messaggio «moralizzatore» che il governo intende lanciare è evidente e segue il principio che può accedere alla detenzione domiciliare solo il detenuto «disciplinato», che abbia tenuto un comportamento corretto durante la sua detenzione. Un messaggio quasi pedagogico, che rafforza l'ipotesi della subordinazione della salute alla sicurezza. Non va dimenticato infatti che i presupposti del decreto riguardano l'emergenza sanitaria e la tutela della salute delle persone detenute, e non la loro disciplina. Rimarranno dunque escluse dalla possibilità di ottenere la detenzione domiciliare: tutti coloro che hanno ricevuto, nell'ultimo anno, un provvedimento disciplinare a seguito delle infrazioni di cui all'articolo 77, comma 1, numeri 18 (partecipazione a disordini o a sommosse), 19 (promozione di disordini o di sommosse), 20

RPS

Michele Miravalle

(evasione) e 21 (fatti previsti dalla legge come reato, commessi in danno di compagni, di operatori penitenziari o di visitatori) del Regolamento di esecuzione dell'Ordinamento penitenziario, così come i «detenuti nei cui confronti sia redatto rapporto disciplinare ai sensi dell'articolo 81, comma 1, del d.p.r. 30 giugno 2000, n. 230, in quanto coinvolti nei disordini e nelle sommosse a far data dal 7 marzo 2020». Qui il riferimento esplicito è alle rivolte dell'8 e 9 marzo e la «mano dura» del governo che vuole enfatizzare la volontà punitiva nei confronti dei partecipanti alle rivolte è ancor più evidente, ma è molto problematica in fatto di garanzie. Per essere esclusi dalla misura alternativa basta infatti il semplice «rapporto disciplinare» che è un atto unilaterale con cui l'amministrazione contesta un'infrazione disciplinare alla persona detenuta, senza contraddittorio né possibilità di difesa da parte dello stesso, solitamente redatto dalla Polizia penitenziaria. Insomma, volendo fare un paragone con il processo penale, il «rapporto disciplinare» equivale alla denuncia o alla querela. Al «rapporto» seguirà un procedimento disciplinare e, eventualmente, un provvedimento. La formulazione del decreto non distingue il tipo di coinvolgimento nella rivolta.

L'ultima coppia di decreti-legge è invece la conseguenza delle già citate vigorose polemiche sulla concessione della detenzione domiciliari a persone detenute «pericolose» e accusate o condannate di reati di mafia. Come abbiamo già illustrato, si tratta del d.l. 30 aprile 2020, n. 28 (art. 2): «Disposizioni urgenti in materia di detenzione domiciliare e permessi» e del d.l. 10 maggio 2020, n. 29, che hanno «aggravato» la procedura con cui concedere i domiciliari per le persone appartenenti alla criminalità organizzata e «impongono» una revisione delle condizioni di salute della persona in detenzione domiciliare ogni 15 giorni.

5. Cala il sovraffollamento, nonostante la legge

Le disposizioni legislative formali sono solo uno dei fattori che influisce sui flussi penitenziari. Anche a legge sostanzialmente invariata, il carcere può trasformarsi. Si tratta di una dinamica già nota agli studiosi del campo penitenziario.

Nel recente passato alcuni cambiamenti salienti nel campo dell'esecuzione penale sono avvenuti non per volontà del legislatore, ma perché «imposti» da decisioni di corti nazionali o sovranazionali. Tre sono gli esempi paradigmatici di questa tendenza (ma potrebbero aggiungersene altri): l'intricata questione dell'ergastolo ostativo, le significative fluttua-

zioni dei numeri della popolazione detenuta, il superamento di istituzioni totali quali gli Ospedali psichiatrici giudiziari. Nel primo caso (l'ergastolo ostativo) a risanare i tentennamenti del legislatore in tema di preclusione e automatismi nell'ottenere permessi premio ha pensato la Corte costituzionale (sentenza n. 253/2019). Il più significativo calo della popolazione detenuta nell'ultimo decennio, con conseguente (quasi) azzeramento del sovraffollamento (seppur circoscritto a pochi mesi) è avvenuto come conseguenza della sentenza Torreggiani della Corte europea dei Diritti dell'Uomo (sent. 8 gennaio 2013, Torreggiani e al. c. Italia). Il tortuoso iter di superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari è fatto risalire al 2003 (sentenza Corte cost. n. 253/2003).

Anche durante la pandemia la popolazione detenuta è significativamente diminuita. In questo caso i fattori che hanno prodotto questo calo sono molti e andrebbero approfonditi. Su tutti, si segnalano l'attivismo della magistratura di sorveglianza nella concessione delle misure alternative, il calo dei «nuovi ingressi» causata da un minor ricorso alla detenzione cautelare in carcere e il calo dei reati e dunque degli arresti. Al 28 febbraio 2021 i detenuti erano 53.697, esattamente un anno prima, il 29 febbraio del 2020, erano 61.230. Dunque in dodici mesi il calo è stato pari a 7.533 unità, corrispondente al 12,3% del totale. Una diminuzione che ha riguardato condannati e persone in attesa di giudizio in modo non troppo differente. Oggi la percentuale dei condannati è del 68%. Le persone che non hanno ricevuto neanche il primo giudizio sono pari al 16,5%.

Il tasso di affollamento è oggi pari al 106,2%, considerando però i circa quattromila posti inagibili, senza i quali il tasso di affollamento effettivo raggiungerebbe il 115%.

I numeri del febbraio 2021 sono tornati ad essere in linea con quelli del 2015, anno in cui raggiunsero il loro apice i provvedimenti deflattivi successivi alla condanna per trattamenti inumani e degradanti da parte della Corte europea dei Diritti dell'Uomo. Al 31 dicembre 2015 i detenuti erano infatti 52.165.

Un calo generalizzato dei numeri si riscontra anche nel resto del *Global North*.

In Francia durante la prima ondata, la popolazione detenuta è scesa da 72.575 a 58.695 detenuti il 1 luglio (-11,3%). Questo risultato è stato ottenuto grazie a un utilizzo più esteso della liberazione anticipata per i detenuti a fine pena e la riduzione dell'attività giudiziaria. Tuttavia, da allora la popolazione detenuta è tornata a crescere fino ad arrivare a 62.673 persone il 1 gennaio 2021.

In Inghilterra e Galles la popolazione detenuta è calata da circa 84 mila persone a inizio marzo 2020 a 79 mila a inizio dicembre 2020. Questa decrescita sarebbe dovuta al calo degli ingressi negli istituti penitenziari più che a misure volte al rilascio dei detenuti di cui hanno beneficiato solo 316 detenuti contro i 4.000 previsti. La riduzione della popolazione detenuta è stata del 5%.

Più contenuto il calo negli Stati Uniti, dove numero di detenuti continua a superare i 2 milioni e sono state intorno a 127 mila le scarcerazioni dovute a misure per contrastare la pandemia (-6,3%). Colpiscono i dati sui contagi negli Stati Uniti: 398.167 i detenuti contagiati. Dunque 1 su 5. Sono 2.483 i detenuti morti. Numeri alti anche fra lo staff, dove i contagiati da inizio pandemia sono 104.761 e 179 i decessi.

6. Conclusioni. Finita la pandemia, torna il carcere?

In questo contributo eravamo partiti da una domanda: la pandemia può essere considerata un evento eccezionale con effetti *estemporanei* sul sistema penitenziario e destinati a svanire con il virus oppure avrà conseguenze *strutturali* capaci di sopravvivere al virus e dunque di aprire una nuova stagione di politiche e pratiche penitenziarie?

I numeri e i provvedimenti normativi antipandemici, suggeriscono che sul piano *macro* il paradigma securitario, di un carcere con funzioni di controllo della marginalità, pare non essere scalfito dal virus.

Alcuni cambiamenti significativi invece si registrano sul piano *micro*, in quello spazio detentivo fatto di relazioni, pratiche e soggettività.

Qui, alcuni effetti, anche di medio-lungo periodo si possono già notare. Su tutti spicca l'ingresso della *tecnologia* come strumento che avvicina dentro e fuori le mura, ma anche come strumento di lavoro e formazione. Il carcere contemporaneo era fino a prima della pandemia un luogo *tecnofobico*, dove strumenti di uso quotidiano nel mondo libero (computer, smartphone, *digital devices*) erano considerati una minaccia per la sicurezza nel mondo recluso e, freudianamente, un *tabù*. Le uniche applicazioni tecnologiche servivano al controllo, mai al trattamento della persona detenuta. In pochi giorni, con il virus, ciò che fino a ieri era tabù, si trasforma in risorsa da incentivare e utilizzare per garantire l'accesso ai diritti. «Grazie» alla pandemia in tutte le carceri italiane sono state attivate postazioni per i video-colloqui a distanza con i famigliari e oltre i due terzi delle persone detenute ne hanno accesso.

Riferimenti bibliografici

- Antigone, 2021, *La violenza penale. Conflitti, abusi e resistenze nello spazio penitenziario*, anno XV, n. 2, disponibile all'indirizzo internet: <https://drive.google.com/file/d/1LSwTBMd7xPkw7gUxVxn4IUqb5VZTeZVI/view>.
- Agamben G., 2003, *Lo stato di eccezione*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Buffa P., 2013, *Prigioni. Amministrare la sofferenza*, Edizioni Gruppo Abele, Torino.
- Buffa P., 2020, *Carcere e pandemia. Tra la ricerca delle responsabilità e l'urgente necessità di apprendere*, «Diritto Penale e Uomo», n. 7-8, pp. 24-36, disponibile all'indirizzo internet: https://dirittopenaleuomo.org/wp-content/uploads/2020/07/3-Covid-19_Buffa-DPU.pdf (ultima consultazione 8 marzo 2021).
- Cohen S., 1973, *Folk Devils and Moral Panics: The Creation of the Mods and Rockers*, Routledge, New York.
- De Giorgi A., 2006, *Re-Thinking the Political Economy of Punishment: Perspectives on Post-Fordism and Penal Politics*, Ashgate, Aldershot.
- De Vito C., 2009, *Camosci e girachiavi: storia del carcere in Italia*, Laterza, Roma.
- Fassin D., 2018, *Punire. Una passione contemporanea*, Feltrinelli, Milano.
- Fiandaca G., 2020, *L'estremismo dell'Antimafia e la funzione del magistrato*, «Diritto di difesa. La Rivista dell'Unione delle Camere penali italiane», disponibile all'indirizzo internet: <http://dirittodidifesa.eu/estremismo-dellantimafia-e-funzione-di-magistrato-di-giovanni-fiandaca/>.
- Gallo E. e Ruggiero V., 1989, *Il carcere immateriale. La detenzione come fabbrica di handicap*, Edizioni Sonda, Torino.
- Garland D., 2001, *The Culture of Control: Crime and Social Order in Contemporary Society*, Chicago University Press, Chicago.
- Gonin D., 1994, *Il corpo incarcerato*, Edizioni Gruppo Abele, Torino.
- Kembazazi L. e Cordua I., 2021, *Sierra Leone - Covid-19 Responses to Mitigate the Impact of the Virus in Sierra Leone's Prisons: An Overview*, «Antigone», anno XV, n. 1, pp. 91-97.
- Maneri M., 2001, *Il panico morale come dispositivo di trasformazione dell'insicurezza*, «Rassegna Italiana di Sociologia», pp. 5-40.
- Massaro P., 2018, *Un'analisi delle disuguaglianze di salute dei detenuti attraverso il «quadrilatero» di Ardigò*, «Salute e Società», anno XVII, n. 1, pp. 9-26.
- Matthews R., 2009, *Doing Time: An Introduction to Sociology of Imprisonment*, PalgraveMacMillan, Londra.
- McCrary J. e Sanga S., 2012, *General Equilibrium Effects of Prison on Crime: Evidence from International Comparisons*, Cato Papers on Public Policy, vol. 2, pp. 165-193.
- Melossi D., 2015, *Crime, Punishment and Migration*, Sage, New York.
- Mosconi G., 2020, *La tortura tra diritto e culture della violenza*, in Antonucci C. e al. (a cura di), *La tortura nell'Italia di oggi*, Antigone Edizioni, Roma, pp. 49-65.

- Organizzazione mondiale della sanità, 2021, *Preparedness, Prevention and Control of Covid-19 in Prisons and Other Places of Detention*, Copenhagen, Who Regional Office for Europe, disponibile all'indirizzo internet: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/339830/WHO-EURO-2021-1405-41155-57257-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (ultima consultazione 8 marzo 2021).
- Pavarini M., 2013, *Governare la pena. Struttura sociale, processi decisionali e discorsi pubblici sulla pena*, «ius17@unibo.it», n. 3.
- Ronco D., 2018, *Cura sotto controllo. Il diritto alla salute in carcere*, Carocci, Roma.
- Sarzotti C., 2010, *Il campo giuridico del penitenziario: appunti per una ricostruzione*, in Santoro E. (a cura di), *Il diritto come questione sociale*, Giappichelli, Torino, pp. 181-238.
- Sarzotti C., 2021, *Spunti per un'analisi storico-giuridica dell'homo rebellans in carcere: dalla presa della Bastiglia alla presa della pastiglia*, «Antigone», anno XV, n. 2, pp. 83-109.
- Sbraccia A., Ronco D. e Verdolini V., 2021, *Salute, sicurezza, rivolta: leggere il conflitto nel carcere contemporaneo*, «Antigone», anno XV, n. 2, p. 138-165.
- Sim J., 2002, *The Future of Prison Health Care: A Critical Analysis*, «Critical Social Policy», vol. 22, n. 2, pp. 300-323.
- Taleb N., 2007, *The Black Swan: The Impact of the Highly Improbable*, Random House, New York.
- Torrente G., 2018, *Le regole della galera. Pratiche penitenziarie, educatori e processi di criminalizzazione*, L'Harmattan, Torino.
- Vianello F., 2012, *Il carcere. Sociologia del penitenziario*, Carocci, Roma.
- Wacquant L., 2009, *Punishing the Poor. The Neoliberal Government of Social Insecurity*, Duke University Press, Durham.
- Wacquant L., 2013, *Crafting the Neoliberal State: Workfare, Prisonfare, and Social Insecurity*, in Scott D. (a cura di), *Why Prison?*, Cambridge University Press, Cambridge.

APPROFONDIMENTO

Dal bisogno al debito. Il microcredito tra esclusione sociale e inclusione finanziaria

Maria Dodaro

RPS

La microfinanza ha acquisito una crescente rilevanza nel campo delle politiche di welfare a partire dall'assunto che esclusione finanziaria ed esclusione sociale si rinforzano reciprocamente. L'articolo riflette su questo nesso attraverso un'analisi dei processi di inclusione-esclusione nel microcredito sociale. La ricerca, basata su uno studio di caso e interviste semi-strutturate condotte con diversi attori di policy, conferma il ruolo delle logiche paternalistiche del microcredito nella separazione tra meritevoli e non meritevoli. Tuttavia, i risultati evidenziano la rilevanza ancora maggiore dei limiti strutturali all'inclusione finanziaria.

Da un lato, l'impossibilità di superare tali limiti è insita nello stesso microcredito che, in quanto strumento finanziario, può riprodursi solo a specifiche condizioni. Dall'altro, è soggetta all'agency degli attori che, coerentemente con i loro obiettivi, agiscono per limitare il rischio che il microcredito possa innescare ulteriori processi di esclusione finanziaria e sociale. Lo studio contribuisce così a fare luce sulla necessità di problematizzare la capacità degli strumenti della microfinanza, e di quelli finanziari in generale, di colmare i deficit del welfare e contrastare la povertà e la vulnerabilità sociale.

1. Introduzione

Il microcredito è uno strumento celebrato per la peculiare capacità che gli viene attribuita di promuovere al contempo inclusione sociale e sviluppo economico attraverso l'inclusione finanziaria (Becchetti e Pisani, 2009; Yunus, 2007). La sua versione moderna nasce con la Grameen Bank, la «banca dei poveri», fondata nelle aree rurali del Bangladesh sul finire degli anni settanta da Muhammad Yunus, convinto che i piccoli prestiti per il sostegno alla microimprenditorialità avrebbero confinato la povertà globale «nei musei» (Yunus, 2007, p. 283). Sulla scia di questo entusiasmo, il microcredito si diffonde anche in Europa a partire dai primi anni duemila (Ruesta e Benaglio, 2020). Ma la sua diffusione accelera, in Europa come in Italia, soprattutto a seguito della crisi economico-finanziaria del 2008 (Borgomeo, 2012). Il legame con la crisi

emerge anche nell'attuale emergenza economica e sociale innescata dalla pandemia. Un contesto nel quale sono state intraprese nuove iniziative o rafforzate quelle già esistenti per contribuire a rispondere alle necessità di liquidità sia dei piccoli imprenditori e dei lavoratori autonomi sia delle persone e delle famiglie più colpite dalla crisi seguita alla diffusione del Covid-19¹. Com'è noto, infatti, il microcredito è un piccolo prestito destinato ai soggetti più esposti al rischio di povertà e «non bancabili», cioè esclusi dall'accesso ai tradizionali canali di credito. Può essere concesso per due finalità, che a loro volta qualificano due tipologie di microcredito: imprenditoriale e sociale. Il microcredito imprenditoriale è finalizzato a sostenere l'avvio o il consolidamento nei primi anni di vita di progetti di autoimprenditorialità. Il microcredito sociale, invece, è rivolto a persone o famiglie che si trovino nella situazione di non poter far fronte a spese per necessità primarie, per esempio legate all'abitazione o all'accesso ad altri beni e servizi essenziali (es. trasporto, energia, istruzione, sanità).

Il successo di questo strumento va rintracciato in primo luogo nella sua capacità di intercettare «lo spirito dei tempi», cioè gli approcci prevalenti alla riorganizzazione del welfare in Italia come nel resto d'Europa. Sul piano normativo, infatti, si presenta in esplicita contrapposizione agli interventi definiti solo in negativo come «assistenziali» e come strumento adeguato a incentivare l'assunzione di responsabilità individuali e l'attivazione dei beneficiari (Crivellaro, 2015; Ente nazionale per il microcredito, 2019). Caratterizzate da un forte ancoraggio territoriale (Botti e Corsi, 2013), le iniziative di microcredito si inscrivono poi nella cornice del welfare locale, diventato terreno privilegiato di sperimentazione di innovazioni sociali sotto la pressione esercitata da diverse spinte. Tra queste, l'emergere di nuovi e più complessi rischi sociali a fronte di stringenti vincoli di bilancio e l'enfasi sulle logiche dell'attivazione e della responsabilizzazione (Bifulco, 2015, 2017; Kazepov, 2010; Taylor-Gooby, 2004). Un quadro nel quale cresce la rilevanza dei prodotti e dei servizi finanziari

¹ Sono diverse le notizie riportate dalla stampa nel corso del 2020. Per esempio, le Diocesi di Torino e della Val Susa, assieme alla Fondazione don Mario Operti hanno creato un fondo di solidarietà da dedicare ad iniziative di microcredito sociale. Il Comune di Grosseto ha istituito un apposito fondo a garanzia di microcrediti sociali. Un'altra iniziativa è nata a La Spezia dalla collaborazione tra Fondazione Carispezia, Crédit Agricole Italia, Caritas diocesana La Spezia-Sarzana-Brugnato e Distretti socio-sanitari provinciali. Attori importanti della microfinanza, come PerMicro, hanno potenziato i propri interventi.

principalmente per due motivi. Il primo si fonda sull'aspettativa che tali strumenti possano contribuire a riempire i vuoti lasciati dall'arretramento dei sistemi di welfare (Caselli e Dagnes, 2018; Lavinias, 2018). Il secondo è che, a fronte del ruolo sempre più importante della finanza nella vita quotidiana delle persone, l'esclusione finanziaria rafforzi l'esclusione sociale e vada pertanto contrastata (Commissione europea, 2008).

Il microcredito è dunque un oggetto di studio particolarmente rilevante anche nel contesto europeo. La maggior parte delle ricerche ha tuttavia privilegiato l'analisi del microcredito nel sud globale (Fama, 2018; Lavinias, 2020; Mader, 2016). Inoltre, limitata attenzione è stata prestata al microcredito sociale, anche per via dell'influenza esercitata dal modello della Grameen Bank, centrato sull'autoimprenditorialità. In effetti, il microcredito è principalmente inteso come microcredito imprenditoriale tanto nel corpus normativo Europeo quanto nella legislazione di gran parte dei paesi membri. Fanno eccezione solo pochi paesi, come l'Italia e la Francia, dove il microcredito sociale ha guadagnato nel corso del tempo maggiore rilevanza (Ruesta e Benaglio, 2020). Restano pertanto poco chiari sia i bisogni ai quali è in grado di rispondere e, quindi, la sua portata inclusiva, sia le condizioni alla base delle dinamiche di inclusione-esclusione. Con l'obiettivo di contribuire a colmare questo deficit conoscitivo e a partire dai risultati di una ricerca qualitativa su un caso studio nella città di Milano, l'articolo esamina la capacità inclusiva del microcredito sociale con particolare attenzione ai processi di inclusione-esclusione, alle condizioni e alle rappresentazioni alla base di questi processi, e alle implicazioni per i destinatari. I risultati consentono di mettere in luce non solo alcuni aspetti finora poco indagati e l'ambivalenza del microcredito sociale, ma anche le problematiche legate al contrasto alla povertà e alla vulnerabilità sociale attraverso l'inclusione finanziaria.

Il lavoro è organizzato come segue: la prima parte traccia il quadro teorico di riferimento. La seconda illustra le scelte metodologiche e il caso-studio. Nella terza sono presentati i risultati della ricerca, discussi infine nelle conclusioni.

2. Microcredito sociale, finanziarizzazione del welfare e processi di inclusione-esclusione

Il compito della microfinanza di facilitare l'accesso al credito e ad altri prodotti e servizi finanziari da parte dei soggetti più vulnerabili, esclusi

dai canali finanziari ordinari, assume particolare salienza all'interno dei processi di *finanziarizzazione* che secondo diversi studiosi interessano in misura sempre maggiore anche i campi della vita quotidiana e del welfare (Caselli e Dagnes, 2018; Dagnes, 2018; Gallino, 2011; Martin, 2002; van der Zwan, 2014). In particolare, strumenti come le microassicurazioni, il *microleasing* e il microcredito, trovano spazio in un contesto di diffusione di prodotti e servizi assicurativi e finanziari che procede in parallelo alla riduzione delle risorse destinate al welfare pubblico e all'aumento dei bisogni e delle domande sociali seguito alla crisi del modello di welfare state fordista. Tra queste dinamiche si è stabilito un forte nesso, dal momento che, da un lato, la finanza è stata investita da crescenti attese riguardo alla capacità di colmare il deficit di risorse del welfare (Ciarini, 2018; Moini, 2017). Si tratta di aspettative alimentate dall'inasprimento dei vincoli di bilancio e dalle conseguenti spinte all'innovazione anche attraverso la leva finanziaria, seppur non senza effetti contraddittori anche sullo stesso piano dell'effettiva capacità di riduzione della spesa pubblica (Pizzuti, 2019). Dall'altro, l'arretramento dello stato ha facilitato il passaggio di settori fondamentali dell'economia e del welfare dalla sfera della redistribuzione a quella della competizione di mercato, generando importanti occasioni di valorizzazione per il mondo finanziario (Barbera e al., 2016). Tali dinamiche hanno reso l'accesso ai mercati finanziari un elemento in grado di fare la differenza nelle condizioni di vita di individui e famiglie, tanto che l'esclusione finanziaria è diventata oggetto di veri e propri interventi di policy per contrastarla, in base all'assunto che una maggiore inclusione finanziaria possa favorire l'inclusione sociale dei soggetti più a rischio e maggior benessere in generale (Commissione europea, 2008).

Il ricorso all'indebitamento privato come leva per l'inclusione e la coesione sociale è un esempio del legame che intercorre tra avanzare della finanza e arretramento del welfare, come già Crouch (2009) aveva messo in luce con l'espressione «keynesismo privatizzato». Secondo Crouch, infatti, il debito ha servito il compito fondamentale di contrastare la stagnazione della domanda interna sostenendo il potere d'acquisto del ceto medio e medio-basso, provando in questo modo a tenere insieme la necessità delle merci di trovare uno sbocco e delle persone di mantenere più o meno stabili le proprie condizioni di vita. Sempre in quest'ottica hanno acquisito rilievo, in particolare negli stati sociali liberali e in alcuni paesi dell'Europa nord-occidentale, anche le forme di *asset-based welfare* che incoraggiano l'utilizzo del debito per l'investimento in particolari *asset* (per esempio immobiliari) come strategia

di autotutela e promozione del benessere (Lennartz e Ronald, 2017). Si tratta di una «economia del debito» che, secondo la critica di ispirazione foucaultiana (Lazzarato, 2013), non opera come semplice meccanismo di sostegno all'economia, ma anche come metodo di governo basato sulla figura dell'«uomo indebitato», divenuto esempio paradigmatico di una soggettività tipicamente neoliberale che concepisce la propria esistenza come un'impresa individuale.

Certo, questi processi sono tutt'altro che omogenei. L'aumento dell'indebitamento non si è registrato ovunque allo stesso modo, è rimasto per esempio limitato in Italia, mentre restano importanti i limiti all'integrazione nei mercati finanziari soprattutto dei soggetti più vulnerabili (Ciarini, 2018). Un esempio di tali limiti è rappresentato dalla tendenza degli istituti finanziari che regolano l'offerta di credito ad applicare tassi di interesse più alti in base al profilo di rischio dei clienti (Commissione europea, 2008). In generale, il costo della partecipazione ai mercati finanziari aumenta per le persone a basso reddito, fino a divenire un vero e proprio fattore di esclusione difficile da eliminare (Dagnes, 2018). È necessario poi tenere conto dei cambiamenti del mercato del lavoro e del ruolo giocato dai processi di precarizzazione nell'esclusione finanziaria (Commissione europea, 2008). In un recente contributo, Bertolini e Moiso (2020) evidenziano, per esempio, come in Italia si sia generato un peculiare cortocircuito per effetto della combinazione tra deficit di protezione sociale, debolezze del mercato del lavoro e difficoltà di accesso al credito che ha penalizzato soprattutto i più giovani. Questo si traduce in un apparente paradosso: da un lato aumenta la spinta a ricorrere al debito e ad altri strumenti finanziari per assicurarsi adeguate condizioni di vita a fronte dell'indebolimento dei sistemi di welfare, e dall'altro, la crisi che attraversa le economie e i mercati del lavoro rafforza l'esclusione dai mercati finanziari (Corbucci, 2016).

Il compito della microfinanza è però proprio quello di tentare di superare gli ostacoli ad una maggiore inclusione finanziaria. Il microcredito è lo strumento principale attivato in quest'ambito con l'obiettivo di promuovere l'inserimento dei soggetti «non bancabili» in circuiti di credito «protetti» da fondi di garanzia creati grazie all'apporto di risorse pubbliche e/o private, proponendosi come la soluzione *win-win* ideale (Crivellaro, 2015). Per i richiedenti non bancabili, significa poter accedere ad un prestito per l'avvio di progetti di lavoro autonomo o d'impresa, nel caso del microcredito imprenditoriale, o per far fronte a spese per necessità «primarie» in quel momento non sostenibili, nel caso del microcredito sociale o personale (Borgomeo, 2020; Enm, 2019). Rispetto

al microcredito sociale, è utile sottolineare come in un contesto di fragilità dei diritti sociali, non essere in grado di far fronte a queste spese si traduca di fatto nell'impossibilità di accedere a quella «infrastruttura della vita quotidiana» che comprende beni e servizi indispensabili a garantire livelli adeguati di welfare e di benessere, come la casa, la sanità, l'istruzione (Barbera e al., 2016). Per gli istituti finanziari, il microcredito permette di intercettare persone fino a quel momento totalmente (nei casi in cui i beneficiari non possiedano, per esempio, neanche un conto corrente) o più spesso parzialmente, a seconda dei contesti, escluse, mitigando al contempo il maggior rischio associato a questa tipologia di soggetti (Ruesta e Benaglio, 2020). Per i *policy-makers*, infine, i piccoli prestiti rappresentano uno strumento per rispondere all'aumento dei bisogni sociali e delle difficoltà, da parte di ampie fasce della popolazione, ad esprimere i propri bisogni, anche essenziali, in forma di «domanda» di beni e servizi. Da tale prospettiva, tuttavia, la praticabilità di soluzioni di natura finanziaria di questo tipo va rintracciata soprattutto sul piano normativo-istituzionale.

Innanzitutto, l'intervento attraverso il microcredito trova giustificazione nell'idea, ormai consolidata, che il mercato sia lo spazio più adeguato a offrire soluzioni ai bisogni e ai rischi sociali. Inoltre, la finanziarizzazione del welfare si inserisce nel solco dei processi di individuazione (Beck e Beck-Gernsheim, 2002; Castel, 2004) e della spinta a innovare i sistemi di welfare secondo approcci incentrati sull'attivazione e la responsabilizzazione dei destinatari (Bifulco, 2015, 2017; Kazepov, 2010; Taylor-Gooby, 2004). Il microcredito, in particolare, anche per via dell'influenza esercitata dal modello della *Grameen Bank* (Yunus, 2007) e la sua enfasi sull'auto-imprenditorialità e l'autonomia, si colloca a pieno titolo nel quadro europeo delle politiche di attivazione (Becchetti e Pisani, 2009; Crivellaro, 2015). È coerente con tale impostazione sia il microcredito imprenditoriale, che incorpora (e per certi versi radicalizza) la filosofia dell'attivazione in senso stretto, intesa cioè come inclusione sociale attraverso il lavoro, quanto il microcredito sociale. Come sottolinea l'Ente nazionale per il microcredito (Enm) in un recente rapporto: «Il microcredito sociale, lungi dal rappresentare una forma di "assistenzialismo", è un vero e proprio prestito, finalizzato al miglioramento delle condizioni di vita personali e familiari delle persone. Deve favorire un uso oculato e razionale delle risorse finanziarie, senza ripudiare i meccanismi di base della finanza e gioca un ruolo primario nel passaggio da un welfare assistenziale a un welfare delle responsabilità condivise» (Enm, 2019, p. 41).

Il riferimento è qui in particolare ai servizi ausiliari di educazione finanziaria che spesso accompagnano il microcredito sociale allo scopo di migliorare la capacità di restituzione del prestito promuovendo «adeguati» approcci alla gestione delle spese e del «bilancio familiare». Questa caratteristica del microcredito consente di mettere in luce uno dei nodi più problematici dell'attivazione che concerne il rapporto tra paternalismo, insito nel microcredito (Yunus, 2007), e «privatismo». Secondo de Leonardis (1997) il privatismo costituisce un processo culturale che individualizza le questioni sociali, riconducendo sistematicamente la radice dei problemi a fattori di natura personale. Nell'estratto, per esempio, il privatismo si manifesta come enfasi sulla capacità dei soggetti di rientrare dal debito contratto attraverso una corretta gestione delle risorse disponibili più che sulle risorse effettivamente a disposizione, come spesso ricorre nelle misure di attivazione dei poveri (Busso e al., 2018; Morlicchio, 2012). Il privatismo dunque implica sempre un certo grado di depoliticizzazione, ossia di rimozione dal campo dell'azione pubblica dei fattori sociali, economici e istituzionali che incidono, in questo caso, sull'esclusione finanziaria (e sociale). Gli esiti da questo punto di vista sono ambivalenti. Se il microcredito sembra infatti in grado, in alcuni casi, di facilitare percorsi di autonomia e crescita delle comunità locali e delle persone che vivono situazioni di fragilità economica e sociale, innescando meccanismi di riconoscimento e di fiducia (Barbera e Podda, 2016), in altri sembra esporre a diversi rischi. La letteratura mette per esempio in evidenza le logiche di *collateralizzazione* del welfare che sottendono al suo funzionamento, cioè di riduzione del ruolo dello Stato a garante della partecipazione del cittadino-consumatore ai mercati finanziari (Lavinias, 2020; Mader, 2016). L'esito sarebbe in questo modo di contribuire a rafforzare i processi di individualizzazione dei rischi e dei problemi sociali, con effetti rilevanti dal punto di vista della vulnerabilità sociale e dell'esclusione finanziaria che pure la microfinanza intende contrastare. Per esempio, è stato rilevato come la diffusione del microcredito (soprattutto for-profit) in molti paesi economicamente meno avanzati abbia generato effetti perversi in termini di aumento delle difficoltà finanziarie delle famiglie e sovraindebitamento (Fama, 2018). Allo stesso tempo, è emerso come l'orientamento al profitto di molte istituzioni di microfinanza avrebbe comportato l'abbandono della «missione originaria» del microcredito di lotta alla povertà a favore dell'inclusione finanziaria dei c.d. *not so poor*, in grado di garantire un più certo recupero del credito concesso (Crivellaro, 2015). Una tendenza, quella di circoscrivere la platea dei desti-

natori del microcredito a coloro che superano le valutazioni relative alla capacità di restituzione del credito che rischierebbe inoltre di alimentare la separazione tra «poveri meritevoli e non meritevoli» (Mackenzie e Louth, 2019), in linea con l'orientamento pedagogico che caratterizza il microcredito.

Tuttavia, va rilevato che in molti Stati europei assistiamo a meccanismi di funzionamento e di governance differenti da quelli che operano altrove e che incidono sugli spazi di agency degli attori. In Italia, intanto, il microcredito si colloca in un contesto istituzionale peculiare, all'interno del quale i processi di finanziarizzazione assumono caratteristiche divergenti rispetto a quelli di altri paesi, come richiamato in precedenza rispetto al ruolo dell'indebitamento (Ciarini, 2018). Inoltre, l'Italia si è dotata di una serie di norme che regolano il microcredito sia imprenditoriale sia sociale. Nel 2006 ha creato un Comitato nazionale permanente per il microcredito che ha preso nel 2011 il nome di Ente nazionale per il microcredito (Enm) e da allora esercita diverse funzioni, tra cui di promozione, valutazione e monitoraggio delle iniziative intraprese soprattutto a livello locale. Le esperienze di microcredito, infatti, sono fortemente ancorate all'azione su scala regionale e comunale di molteplici attori, in particolare enti ecclesiastici come la Cei o la Caritas, comuni, regioni, fondazioni di origine bancaria e altri enti del terzo settore (Botti e Corsi, 2013; Enm, 2013, 2019). La dimensione della governance è da tenere in conto poiché un elemento importante di distinzione è rappresentato proprio dal carattere no-profit della maggior parte delle iniziative e delle organizzazioni promotrici presenti in Italia e in altri paesi europei (Ruesta e Benaglio, 2020). Una caratteristica che permette di tenere bassi i tassi di interesse. I limiti alla platea dei beneficiari, inoltre, non sembrano essere particolarmente stringenti. In Italia, la disciplina del microcredito – dettata dagli articoli 111 e 113 del Tub e dal decreto attuativo del Mef n. 176 del 17 Ottobre 2014 – identifica diversi gruppi target. I destinatari includono per esempio persone disoccupate, anche di lungo periodo, e persone non autosufficienti. Secondo i dati dell'Enm, le iniziative di microcredito sociale coprivano nel 2012 circa metà della domanda espressa, mentre i dati sul microcredito imprenditoriale (più recenti) hanno evidenziato una crescita importante da un terzo nel 2012 a circa il 70% delle richieste accolte nel biennio 2016-2017 (Enm, 2013, 2019).

La capacità del microcredito di includere e superare i limiti all'esclusione finanziaria, alla luce di quanto evidenziato sinora, dovrebbe essere però maggiormente problematizzata. Gli studi in proposito sono limi-

tati, soprattutto per quanto riguarda il microcredito sociale che è stato poco indagato malgrado la sua rilevanza. È infatti promosso dalla metà delle organizzazioni di microfinanza presenti in Europa, con un incremento delle iniziative osservato soprattutto negli ultimi anni (Diriker e al., 2018). L'elevata frammentazione delle iniziative tuttavia contribuisce a restituire un quadro poco chiaro dei bisogni e della sua portata inclusiva, cioè riguardo quali bisogni è effettivamente in grado di intercettare e soddisfare e quali condizioni devono darsi per l'inclusione (Ruesta e Benaglio, 2020). In particolare, sulla base di quali condizioni, criteri, giustificazioni e rappresentazioni si separano gli inclusi dagli esclusi, o i «meritevoli» dai «non meritevoli»? Le rappresentazioni e i significati che gli strumenti incorporano hanno implicazioni rilevanti per i destinatari (Lascoumes e Le Galès, 2009) e, in questo caso, possono aiutare anche a fare luce sulla capacità del microcredito e, più in generale, degli strumenti finanziari, di superare i limiti all'inclusione finanziaria.

3. *La metodologia*

Lo studio attinge dai risultati di una ricerca più ampia che si è concentrata sulle strategie di welfare locale per l'inclusione finanziaria, con un focus sul microcredito sociale e l'educazione finanziaria. L'obiettivo che guida il lavoro complessivo è quello di comprendere come (attraverso quali strategie, strumenti, rappresentazioni) le misure adottate tentino di superare i limiti all'inclusione finanziaria, quali ostacoli incontrino in questo processo, con quale portata inclusiva e con quali implicazioni per i destinatari. Rilevante per il disegno della ricerca è l'approccio interpretativo che la sociologia dell'azione pubblica e in particolare la prospettiva degli strumenti offrono (Bifulco, 2017; Lascoumes e Le Galès, 2009, 2012; Moïni, 2013). Questo approccio prende le distanze dalla visione funzionalista della strumentazione dell'azione pubblica per mettere in luce il carattere politico degli strumenti di policy, le rappresentazioni (definizione dei problemi, valori, teorizzazioni) che incorporano e la loro capacità di orientare l'azione pubblica con «effetti propri», cioè indipendenti dalle finalità perseguite. Allo stesso tempo, invita ad indagare di volta in volta il margine di discrezionalità degli attori di policy.

A fronte di tale approccio, si è scelto di ricorrere a metodi e tecniche di indagine qualitative e basate sullo studio di caso. In particolare, è stato

analizzato il caso del Credito solidale sociale della Fondazione welfare ambrosiano (Fwa), un ente no-profit nato nel 2011 nella periferia nord-ovest della città di Milano, dove ha sede. La Fwa è composta dal Comune di Milano, la Città metropolitana di Milano, la Camera di commercio e le principali confederazioni sindacali Cgil, Cisl e Uil. Questo caso è interessante per diverse ragioni. Intanto, per il contesto nel quale è situato. Nella città di Milano, come è avvenuto nelle aree metropolitane e i grandi Comuni anche del resto del Nord Italia, la povertà e la vulnerabilità sociale sono infatti aumentate negli ultimi anni. L'elevato costo della vita, connesso soprattutto alle spese per l'abitazione che incidono negativamente sui bilanci familiari, ha contribuito ad accrescere la vulnerabilità sociale già inasprita da fattori strutturali legati ai cambiamenti del mercato del lavoro e della famiglia (Saraceno e al., 2020). Inoltre, il welfare milanese si caratterizza per una consolidata centralità dell'iniziativa privata o del privato-sociale (Benassi, 2019) che rende lo sviluppo di policy basate su strumenti come il microcredito particolarmente rilevante. In effetti, una seconda ragione che rende il caso studio interessante riguarda la governance, alla quale partecipano attori istituzionali molto forti e che ha contribuito allo sviluppo di un servizio che si inserisce in modo strutturale nel welfare locale milanese, oltre ad essere stato recentemente rafforzato e orientato al contrasto alla crisi socioeconomica inasprita dal Covid-19 (Maino, 2020).

Per quanto riguarda le tecniche di indagine, lo studio si è avvalso dei dati sui richiedenti e sui beneficiari raccolti dal 2011 alla fine del 2019 e resi disponibili per questa ricerca dal soggetto promotore dell'iniziativa. Successivamente, sono state condotte otto interviste qualitative semi-strutturate con due membri della direzione della Fondazione e sei operatori. È stata svolta infine un'analisi tematica delle interviste, che si sono concentrate in particolare sulla tipologia di bisogni intercettati, sul processo di selezione dei beneficiari (criteri, giustificazioni delle scelte adottate e iter complessivo, con particolare attenzione ai servizi ausiliari di accompagnamento al microcredito), sugli esiti in termini di domande accolte e sulla gestione del rischio di insolvenza.

4. «Ti aiutiamo ad aiutarti». Il Credito sociale solidale a Milano

Attraverso l'iniziativa del Credito solidale sociale, la Fwa garantisce l'accesso ad un prestito agevolato (di importo non superiore ai dieci mila euro) presso banche convenzionate. Come si legge sul sito, il microcre-

dito della Fondazione si rivolge a lavoratori o residenti nella Città metropolitana di Milano che si trovino in una situazione di non bancabilità e di transitoria difficoltà economica e, di conseguenza, di incapacità di far fronte a «bisogni primari» (es. spese per la salute, l'istruzione, la casa). Dal 2011 al 2019, la fondazione ha ricevuto 1498 domande. Le richieste provengono per lo più da cittadini italiani, ma gli stranieri rappresentano una componente molto rilevante (circa il 37%). In cima alle richieste troviamo la necessità di coprire delle spese urgenti per la casa, come l'affitto o le spese condominiali (33% sul totale delle richieste). Due dati, quello degli stranieri e quello della casa, in linea con i trend della povertà in Italia e il crescente impatto dei costi per l'abitazione sulla vulnerabilità sociale e la povertà soprattutto nelle città (Desmond, 2018; Mugnano, 2017; Saraceno e al., 2020).

L'accesso al credito presso le banche convenzionate è garantito dalla Fondazione, il cui ruolo però non si limita a quello di garante. La Fondazione affianca infatti alla garanzia dei servizi di accompagnamento obbligatori. Nel caso del microcredito sociale, si tratta di servizi ausiliari che seguono attentamente le raccomandazioni dell'Enm e che coinvolgono i beneficiari nelle due fasi principali che caratterizzano il servizio. La prima è la «fase istruttoria», nella quale si verifica sia l'affidabilità del richiedente sia che il bisogno sia primario e reale. In questa fase si promuove un'educazione finanziaria finalizzata, in particolare, ad elaborare insieme al richiedente un piano per una corretta gestione del bilancio familiare e, dunque, un «progetto di sostenibilità» del debito. La seconda è la «fase del rimborso», che prevede il monitoraggio della restituzione del prestito e, quindi, della realizzazione – e correzione in caso di errori – del «progetto di sostenibilità» (Enm, 2019).

Nel caso in esame, la «fase istruttoria» inizia con l'arrivo delle richieste agli operatori degli «sportelli», che fanno da primo filtro alle richieste di microcredito. La Fondazione infatti conta su una fitta rete di sportelli (ventiquattro) presenti su tutto il territorio metropolitano per facilitare l'incontro tra servizi offerti e cittadini. La rete è composta dagli uffici messi a disposizione dai sindacati che sono partner della fondazione e, nella città di Milano, da alcuni punti di incontro e orientamento sui servizi di welfare del Comune (spazi «WeMi»). Le pratiche istruttorie iniziano con la verifica dell'adeguatezza del microcredito rispetto al bisogno che i richiedenti manifestano. Questo avviene subito, quindi anche telefonicamente, durante i contatti iniziali con gli operatori che possono decidere di orientare le persone verso altri servizi o registrare la richiesta. Una volta registrata, i richiedenti sono convocati per un in-

contro con alcuni volontari (per lo più ex-bancari in pensione) nella sede della Fondazione. Durante l'incontro, e sulla base sia del colloquio sia della documentazione che i cittadini devono fornire, gli operatori verificano il possesso dei requisiti per l'accesso al microcredito. Le verifiche riguardano la condizione socioeconomica, la veridicità delle dichiarazioni (operazione poi portata a termine anche dalla banca) e l'impegno ad assumere un atteggiamento responsabile, la tipologia di spesa per la quale si chiede il prestito e la sua stessa esistenza. Il servizio, infatti, non prevede il versamento dell'importo del prestito sul conto del beneficiario, bensì consiste nel pagamento delle spese sostenute direttamente al fornitore. Si tratta di un sistema che, secondo gli ultimi dati disponibili, è il meno diffuso (Enm, 2013). In questo caso però è ritenuto essenziale, non tanto per una questione di mero «controllo sulle finalità dei prestiti», come suggerisce l'Enm (p. 67). Piuttosto, costituisce una delle componenti essenziali del processo di valutazione e selezione dei richiedenti che conduce o meno alla concessione della c.d. «fideiussione morale».

La fideiussione morale consiste in una valutazione della meritevolezza basata su dimensioni che variano in modo significativo rispetto a quelle della meritorietà creditizia, su cui solitamente poggia la concessione del credito da parte degli istituti finanziari. In particolare, la fideiussione morale dipende dal giudizio sulla «buona fede» – per usare le parole degli intervistati – del richiedente. Tale giudizio prende forma a partire dal controllo della finalità del prestito, o del bisogno primario. La verifica è finalizzata ad accertare che siano soddisfatte le aspettative rispetto a ciò che si ritiene debbano essere i bisogni meritevoli di aiuto, quindi «adeguati» alla condizione di bisogno in cui il richiedente si trova. Sono i bisogni legati, come abbiamo detto, all'accesso a beni e servizi fondamentali. Inoltre, tale controllo è impiegato per valutare l'atteggiamento adottato dal richiedente nei confronti della fondazione e stabilire che ci sia «la volontà di un rapporto responsabile con noi» (Int. 1, Responsabile, novembre 2019). Il richiedente può dimostrare di possedere questo atteggiamento provando la sua trasparenza rispetto alle necessità per le quali fa richiesta del prestito, alla propria situazione socioeconomica e alle scelte di vita e di consumo, oltre che dimostrando la propria propensione ad attivarsi. La fideiussione morale rappresenta in sintesi:

[...] una sorta di sentiero attraverso il quale tu entri nel merito del bisogno: da dove nasce, perché nasce e in che modo vuole essere affrontato. E quindi quando lo sportello mi dice: secondo me questa persona ha un

bisogno reale a cui noi possiamo far fronte con il debito perché loro vogliono affrontarlo in questo modo, in realtà mi hai espresso una valutazione di merito sulla capacità della persona di riattivarsi per risolvere la questione, poi entra in gioco la sostenibilità che invece è più tecnica ed è più economica. (Int. 2, Responsabile, novembre 2019)

Questo dispositivo di valutazione morale incarna l'orientamento paternalistico del microcredito, soprattutto nella misura in cui adotta l'impegno morale come principale giustificazione dei criteri di selezione adottati (de Leonardis e Bifulco, 2005). Questo approccio non è però il solo a guidare il processo di selezione dei beneficiari. Le interviste hanno messo in luce l'importanza di altre dimensioni che incidono anche in misura maggiore sui processi di inclusione ed esclusione dal microcredito. Una di queste riguarda le risorse economico-finanziarie che i richiedenti possiedono e rispetto alle quali l'atteggiamento degli operatori è ambivalente. Da un lato, infatti, si instaura una relazione pedagogica sulla base della necessità di educare i beneficiari ad una gestione delle risorse adeguata rispetto sia alle necessità contingenti sia alle obbligazioni che come debitori si apprestano a contrarre. Dall'altro, l'atteggiamento degli operatori e dei responsabili non si esaurisce all'interno di tale prospettiva. Le condizioni socioeconomiche dei richiedenti e la presenza di risorse materiali adeguate costituiscono infatti una preconditione importante che va al di là delle valutazioni sulla capacità individuale di gestione di queste risorse. Tali preconditioni hanno acquisito con il tempo un peso sempre maggiore per poter accedere alla garanzia della fondazione, e quindi al credito, soprattutto per arginare gli effetti negativi di un'eccessiva inclusività sugli stessi beneficiari.

Le difficoltà di rientro del debito hanno infatti delle conseguenze. La prima è di mettere sotto stress i bilanci familiari a fronte di rapporti rata-reddito squilibrati. Il secondo effetto, in caso di insolvenza, è quello di trasformare i beneficiari in «cattivi pagatori», segnalati come tali nelle banche dati che registrano e conservano per diversi anni le informazioni sui debiti contratti dalle famiglie. Da qui la necessità di governare i tassi di insolvenza non solo al fine di garantire la riproducibilità del fondo di garanzia della fondazione², ma come mezzo per

² La sostenibilità è legata alla capacità del fondo di garanzia, che è lo strumento che permette di fornire risorse a garanzia dei microcrediti concessi dalle istituzioni finanziarie, di non esaurirsi nel tempo. La sostenibilità del fondo dipende dalla gestione del rischio di insolvenza. Un tasso di insolvenza elevato rischia sia di

evitare il rischio di consolidare l'esclusione finanziaria dei beneficiari negli anni a venire. Il microcredito si rivela dunque per gli intervistati come uno strumento efficace a certe condizioni ed elemento di vulnerabilità in altre:

Il microcredito *non può sostituire...* cioè è uno strumento finanziario! è un finanziamento a tutti gli effetti! Il credito in quanto tale è *un ponte [...]* è stato pensato come panacea di tutti i mali, in realtà può essere un suicidio» (Int. 2, Responsabile, novembre 2019)

In particolare, gli intervistati insistono sui problemi che derivano dall'uso di uno strumento finanziario, qual è il microcredito sociale, come surrogato degli interventi di welfare pubblico. Nel farlo, problematizzano il tentativo di utilizzare i piccoli prestiti come una scorciatoia per risolvere problemi più complessi, rifiutando così anche la rappresentazione dei problemi che è insita nella diffusione del microcredito in Europa. Cioè l'orientamento a ritenere che le cause dell'esclusione finanziaria possano essere superate a prescindere dalle risorse che «gli esclusi» hanno a disposizione e facendo leva sulla capacità di attivazione. Oltre che la tendenza a ridurre le cause strutturali dell'esclusione finanziaria ad un'asimmetria informativa nel mercato del credito e al mancato riconoscimento di risorse immateriali, quali per l'appunto la capacità di attivazione e di investimento nel proprio progetto di realizzazione di sé.

A fronte di ciò, il rischio di insolvenza o di rafforzamento dell'esclusione finanziaria a seconda della prospettiva che si assume, è gestito dalla fondazione in due modi. Innanzitutto, a monte, nel processo di selezione. Qui entra in gioco solo in parte la distinzione tra meritevoli e non meritevoli precedentemente discussa. Mentre incide soprattutto la capacità socioeconomica dei richiedenti di sostenere il debito. La ricognizione delle risorse economico-finanziarie disponibili e/o attivabili da parte del richiedente limita la discrezionalità (e le controversie) sottesa ai giudizi morali di meritevolezza per dare spazio alle più concrete probabilità di rimborso del prestito, «a prescindere dalla buona o dalla cattiva volontà» (Int. 1, Responsabile, novembre 2019). Intervengono allora altri due criteri di selezione che vanno ad affiancarsi e a superare

compromettere la capacità di concedere garanzie nei limiti della disponibilità del fondo (con un rapporto 1 a 1) sia di precludere la possibilità, per il fondo, di avere effetti «leva» o moltiplicatori, erogando finanziamenti anche per risorse che superano quelle effettivamente disponibili nel fondo stesso.

il giudizio sulla «buona fede» e che sono identificati con la presenza di un «reddito certo» e di una «difficoltà transitoria». È l'insieme di queste condizioni che fa sì che ad essere accolta sia solo una parte delle richieste ricevute, che è in media nell'arco di tempo considerato del 36%.

Il rischio di insolvenza è gestito poi anche a valle attraverso i servizi ausiliari di educazione finanziaria che «accompagnano» coloro che riescono ad ottenere il prestito durante il periodo di restituzione. I servizi ausiliari assumono particolare importanza a fronte di situazioni in cui l'incidenza della rata sulle entrate tende ad essere elevata e quindi richiede l'adozione di comportamenti adeguati a preservare l'equilibrio del rapporto rata-reddito. A tal fine, sin dalla fase istruttoria gli operatori lavorano assieme al richiedente sul bilancio familiare – a partire dalle risorse in entrata (il «reddito certo») – per poter verificare la sostenibilità o meno della rata considerando le entrate disponibili e gli altri impegni finanziari:

Si prende un foglio di carta, si fa un bilancino: entrate e uscite. Entrate: affitto, finanziamento Findomestic, spese condominiali, utenze, figli che vanno a scuola, si vede se la richiesta che stanno facendo, massimo 10.000 euro, che produce una rata di 200 euro al mese più o meno, a spanne, o 180, vediamo se è sostenibile. Hai queste entrate, hai queste spese, hai questo impegno che non puoi o non vuoi rinviare, ipotizziamo di inserirlo dentro questo percorso di erogazione del finanziamento, trascorrono pure 12 mesi di preammortamento, ma poi avrai questa rata, è alla tua portata? Risposta: sì, no, come risposta, ma i dati poi parlano chiaro. (Int. 3, Operatore, gennaio 2020)

Attraverso il bilancio familiare si valuta quindi non solo l'impegno morale ad essere «buoni debitori» ma anche le chance di rimettere in equilibrio il «conto economico» familiare connesse alle risorse materiali già a disposizione dei richiedenti («i dati parlano chiaro»), cioè di poter essere «buoni pagatori». È in questo senso che nel penultimo stralcio di intervista citato si fa riferimento al microcredito come ad «un ponte». Il microcredito è considerato un ponte per due ragioni. La prima è che consente di superare un ostacolo: in questo caso, la spesa per un bene o servizio essenziale insostenibile in quel momento. La seconda è legata al tempo che il microcredito come ogni prestito concede:

Il microcredito sociale è finalizzato a far fronte ad una spesa primaria che al momento non è sostenibile per il nucleo familiare, e noi cerchiamo

di renderla sostenibile dilazionandola e lavorando magari su un'educazione corretta alla gestione del budget familiare affinché questa cosa diventi sostenibile. Una caratteristica importante è l'anno di preammortamento. Questo è fondamentale perché lavorando con persone che stanno attraversando un momento di difficoltà, quell'anno ci permette di ricostruire quell'equilibrio socioeconomico che li metta poi nelle condizioni di far fronte alla rata senza problemi. (Int. 2, Responsabile, novembre 2019)

Come evidenzia Lazzarato, in effetti, il tempo è centrale nel debito che si configura esattamente un «ponte tra presente e futuro», in quanto «anticipa ed esercita una prelazione sul futuro» (2013, p. 56). Tale prelazione consiste in un'ipoteca certamente sui redditi futuri, ma soprattutto sui comportamenti di oggi e di domani. Il tempo concesso per ristabilire una situazione di equilibrio (l'anno di preammortamento), infatti, è anche un tempo qualitativamente orientato e finalizzato, attraverso l'educazione finanziaria, a sviluppare strategie «adeguate» di corretta gestione del «bilancio familiare» e, più in generale, determinate scelte di vita e di consumo:

Noi cerchiamo di *disincentivare* l'accesso al credito, se non nel momento in cui il credito è davvero la soluzione al problema, ad esempio perché se io non ti pago le spese condominiali, tu non riesci a pagare la retta universitaria e quindi inizia a crearsi una situazione che pian pianino si sgretola. Allora, sistemiamo le spese condominiali, paghi la retta universitaria, *fai in modo che tuo figlio si trovi un lavoretto il sabato e la domenica per cui le sue spese se le gestisce lui e non gli passi più i soldi ogni settimana, e quei soldi li usiamo per pagare la rata.* (Int. 2, Responsabile, novembre 2019)

L'attenzione a «disincentivare il credito» segnala che l'ambivalenza del debito non è un fatto banalizzato dagli intervistati che, infatti, vincolano come abbiamo anche già visto l'accesso al microcredito alla presenza di specifiche condizioni. E, quando possibile, lo disincentivano cercando anche delle alternative. Per fare un esempio concreto, possono proporre al richiedente di elaborare e proporre insieme all'amministratore di condominio un piano di rimborso delle spese condominiali piuttosto che avviare la pratica di concessione del credito.

Va inoltre registrato come la gestione dell'insolvenza sia un elemento importante anche per la banca. Come spiegano alcuni operatori intervistati (ex-bancari), la valutazione anche in caso di garanzia è necessaria

per diverse ragioni. In primo luogo, perché i criteri di concessione del prestito possono essere oggetto di valutazione e controllo da parte degli istituti di vigilanza. In secondo luogo, perché la garanzia non copre alcuni dei costi accessori d'insolvenza. Altri motivi riguardano la performance delle filiali e dei bancari. I tassi d'insolvenza, seppur all'interno dell'eccezione del microcredito, sono tra i criteri di valutazione delle filiali e dei dipendenti da parte dei dirigenti dell'istituto creditizio.

Prima di avviarcì alle conclusioni, è infine interessante notare come la rilevanza delle risorse economiche a disposizione dei richiedenti nelle dinamiche di inclusione/esclusione sia vissuta dagli operatori con sorpresa e disagio. Come racconta questa operatrice, volontaria da circa due anni:

Noi [operatori degli sportelli, n.d.a.] seguiamo la pratica sempre, sulla piattaforma, e vediamo l'esito, se sono stati mandati da un'altra parte, se hanno concesso il credito... ti legghi alle persone e all'inizio stai male. All'inizio non ci dormivo la notte, andavo a cercare sulla piattaforma tutti gli altri che erano stati fatti e dicevo: ma a questo gliel'hanno dato, a quest'altro pure, perché a lui no? Cercavo di capire perché non gli avessero dato il prestito. Alcune cose non riuscivo a capirle. Dicevo: ma lui ha bisogno! Vedevo il bisogno e mi chiedevo: allora perché? Poi ragionando anche con gli altri, ho capito, bisogna capire che c'è un fondo, che funziona in un certo modo [...] però all'inizio non mi dava pace, non ragionavo così. (Int. 5, Operatrice, gennaio 2020)

La centralità delle risorse materiali sembra tradire le loro aspettative circa la capacità dello strumento di contrastare la povertà e la vulnerabilità attraverso meccanismi di attivazione e responsabilizzazione, che facciano leva sull'impegno morale e la propensione ad attivarsi piuttosto che sulle risorse materiali già a disposizione. Il microcredito però produce degli effetti imprevisti che implicano per gli attori la necessità di governare tali conseguenze. Gli effetti di una prima fase più inclusiva si sono manifestati come tassi elevati di insolvenza (arrivati fino ad un quarto delle richieste). L'incapacità di una parte dei beneficiari di mantenere la promessa di pagamento certamente può compromettere la sostenibilità della misura. Tuttavia, la mancata restituzione del prestito comporta dei rischi anche per i beneficiari che, come abbiamo visto, sono esposti al rischio di un inasprimento dell'esclusione finanziaria (e quindi sociale). In sintesi, gli intervistati si scontrano con l'ambivalenza del microcredito in quanto «debito». Come un responsabile spiega in questo stralcio di intervista:

RPS

Maria Dodaro

Noi siamo partiti con un certo entusiasmo [...] che non ho perso, ma si è reso più responsabile rispetto all'utilizzo dello strumento. Perché il nostro tasso di insolvenza all'inizio era molto alto [...] era un tema che non conoscevo, oggettivamente, lo conoscevo dal punto di vista ideale, poi dopo ti scontri con la realtà... dare soldi ad una persona che non viene accompagnata in un percorso di recupero del reddito, gli stai facendo la carità male, male. [...] se tu gli dai i soldi, quello lì che non è in grado di restituirli, a prescindere dalla buona o dalla cattiva volontà, non è in grado di restituirli, lo hai indebitato! (int. 1, Responsabile, novembre 2019)

I risultati evidenziano come il microcredito, come ogni strumento, è un'istituzione nell'accezione sociologica del termine (Lascoumes e Le Galès, 2009). In questo senso, incorpora specifiche teorizzazioni, valori e produce degli effetti che possono essere svincolati dagli obiettivi di policy. In particolare, abbiamo visto come trasformi un «bisogno primario» in una domanda di credito e, poi, in quello che Lazzarato (2013) identifica come un rapporto (sociale) di debito. Cioè un dispositivo che riduce l'indeterminatezza del futuro (il debito non è altro che una promessa di pagamento in un tempo differito) prescrivendo comportamenti, scelte di vita e di consumo adeguate allo status di «cittadino-debitore» e alla conversione del bisogno in debito in un contesto di erosione dei diritti sociali. Allo stesso tempo, i risultati evidenziano spazi per l'agency degli attori di policy e come i limiti strutturali all'inclusione finanziaria – legati alle risorse materiali a disposizione dei richiedenti e alle procedure di gestione del rischio di insolvenza – non possano essere facilmente superati attraverso il microcredito senza compromettere l'esistenza stessa della misura e gli obiettivi che gli attori intendono perseguire.

5. Conclusioni

Osservare i processi di inclusione-esclusione ha consentito di mettere in luce diversi aspetti ancora poco chiari del microcredito sociale e le difficoltà di superare i limiti all'inclusione finanziaria. Rispetto alla portata inclusiva, abbiamo visto come il microcredito sociale riesca – non senza effetti controversi – ad aiutare una parte dei richiedenti in difficoltà ad ottenere un prestito per far fronte alla spesa per un bisogno primario. In questi casi, sembra configurarsi come uno strumento a sostegno delle strategie che persone e famiglie mettono in campo per

fronteggiare i nuovi rischi sociali e il deficit di diritti che rende l'accesso a beni e servizi fondamentali tutt'altro che universale. Tuttavia, ciò avviene, in presenza di condizioni specifiche che, da un lato, richiamano la classica separazione tra poveri meritevoli e non meritevoli già evidenziata dalla letteratura e basata sul giudizio in merito alla «buona fede» dei richiedenti. Dall'altro, sono emerse dallo studio altre dimensioni legate alla capacità di rientro dal debito dal peso ancora maggiore rispetto al giudizio sulla buona fede. Si tratta, come abbiamo visto, della «garanzia» di avere entrate sufficienti a realizzare le strategie familiari e a superare un momento di difficoltà transitoria. Ciò determina una capacità moderata di inclusione (limitata a circa il 36% delle richieste) ma soprattutto chiama in causa l'importanza dei limiti strutturali all'inclusione finanziaria. Il caso studio, e le preoccupazioni degli intervistati rispetto alle conseguenze per i richiedenti di un eventuale mancato rimborso, riflettono la complessità del legame tra esclusione finanziaria ed esclusione sociale e i limiti delle azioni volte a contrastare l'esclusione sociale facendo ricorso al debito, a prescindere dalla contropartita che i beneficiari possono portare in termini di «buona o cattiva volontà». A questo si aggiungono le conseguenze per i beneficiari dell'inclusione finanziaria che, trasformando i bisogni in debito, rischia di ipotecare le loro scelte e i loro comportamenti nel presente e nel futuro. Un aspetto che gli attori considerano una proprietà indissociabile dello strumento. Per gli intervistati, il microcredito in quanto debito ha delle conseguenze inevitabili sui comportamenti e sulle scelte degli individui e delle famiglie. Ed è anche per questa ragione che gli operatori cercano di «disincentivare l'accesso al credito» se esistono strade alternative o se non ricorrono le condizioni. In altri termini, se il debito è utilizzato come surrogato del welfare pubblico piuttosto che nell'ottica della complementarità a specifiche condizioni. La sostituzione di forme di intervento pubblico con la formula del microcredito esporrebbe infatti i beneficiari ad ulteriori rischi (indebitamento e rafforzamento dell'esclusione finanziaria).

Per concludere, l'analisi ci consente di fare almeno due riflessioni. La prima riguarda la necessità di problematizzare la capacità della finanza di colmare i deficit del welfare senza incorrere nel rischio di inasprire l'esclusione finanziaria e sociale anziché contrastarla. Nel caso del microcredito, l'ostinazione a valutarne la bontà attraverso la capacità di includere e andare oltre i c.d. *not so poor* segnala una tendenza ad ignorare i fattori strutturali dell'esclusione finanziaria, che è più in generale il portato di concezioni privatistiche e pedagogiche del welfare che al problema della scarsità di risorse disponibili sostituiscono il problema

della gestione delle risorse a disposizione e dell'impegno ad attivarsi. La seconda riflessione riguarda la natura dei bisogni che il Ms intercetta, che mette in luce il rischio che l'accesso a beni e servizi fondamentali sia sempre più condizionato alla capacità di accedere – e adeguarsi allo «spirito» – dei mercati finanziari.

Riferimenti bibliografici

- Barbera F., Dagnes J., Salento A. e Spina F., 2016, *Il capitale quotidiano. Un manifesto per l'economia fondamentale*, Donzelli, Roma.
- Barbera F. e Podda A., 2016, *L'isola che c'è. Microcredito e azione pubblica in Sardegna*, Egea, Milano.
- Becchetti L. e Pisani F., 2009, *Microcredito*, «Parolechiave», n. 2, pp. 91-102.
- Beck U. e Beck-Gernsheim E., 2002, *Individualization: Institutionalized Individualism and Its Social and Political Consequences*, Sage, Londra.
- Benassi D., 2019, *Il governo del sistema di assistenza sociale in una prospettiva di lungo periodo*, in Andreotti A. (a cura di), *Governare Milano nel nuovo millennio*, il Mulino, Bologna, pp. 71-95.
- Bertolini S. e Moiso V., 2020, *Lavoro atipico, discontinuità di reddito, welfare e accesso al credito: il modello italiano in Europa*, «Stato e Mercato», vol. 2, n. 119, pp. 359-384.
- Bifulco L., 2015, *Il welfare locale. Processi e prospettive*, Carocci, Roma.
- Bifulco L., 2017, *Social Policies and Public Action*, Routledge, New York.
- Borgomeo C., 2012, *Microcredito. Dimensioni e prospettive del prestito sociale e imprenditoriale in Italia*, Donzelli, Roma.
- Borgomeo C., 2020, *Microcredito sociale ed imprenditoriale: dati analisi dell'evoluzione in Italia*, Ecra, Roma.
- Botti F. e Corsi M., 2013, *La sfida della performance sociale per il microcredito italiano*, in Pfössl E. (a cura di), *Finanza e inclusione sociale in Italia: l'esperienza del microcredito*, Apes, Roma.
- Busso S., Meo A. e Morlicchio E., 2018, *Il buono, il brutto e il cattivo. Rappresentazioni e forme di «regolazione dei poveri» nelle misure di sostegno al reddito*, «Sinapsi. Connessioni tra ricerca e politiche pubbliche», n. 3, pp. 69-83.
- Caselli D. e Dagnes J., 2018, *Salvati dalla finanza? Analisi empiriche e prospettive critiche sulla finanziarizzazione del welfare e del benessere*, «Autonomie locali e servizi sociali» n. 2, pp. 205-2019.
- Castel R., 2004, *L'insicurezza sociale. Che significa essere protetti?*, Einaudi, Torino.
- Ciarini A., 2018, *Tra finanza e innovazione sociale. Pressioni esterne e varietà nazionali*, «la Rivista delle Politiche Sociali», n. 3, pp. 185-208.
- Commissione europea, 2008, *Financial Services Provision and Prevention of Financial*

- Exclusion*, disponibile all'indirizzo internet: <https://www.fi-compass.eu/publication/other-resources/financial-services-provision-and-prevention-financial-exclusion>.
- Corbucci V., 2016, *Personal Loans: The Forgotten Half of Microcredit?*, European Microfinance Network Magazine, disponibile all'indirizzo internet: <https://www.european-microfinance.org/publication/personal-loans-forgotten-half-microcredit>.
- Crivellaro F., 2015, *Etnografia del microcredito in Italia: dare per ricevere nelle politiche di inclusione sociale*, Editpress, Firenze.
- Crouch C., 2009, *Privatised Keynesianism: An unacknowledged Policy Regime*, «British Journal of Politics and International Relations», vol. 11, n. 3, pp. 382-399.
- Dagnes J., 2018, *Finanza e vita quotidiana: la finanziarizzazione delle famiglie italiane*, «Quaderni di Sociologia», n. 76, pp. 35-56.
- de Leonardis O., 1997, *Declino della sfera pubblica e privatismo*, «Rassegna Italiana di Sociologia», vol. 38, n. 2, pp. 169-194.
- de Leonardis O. e Bifulco L., 2005, *Sulle tracce dell'azione pubblica*, in Bifulco L. (a cura di), *Le politiche sociali. Temi e prospettive emergenti*, Carocci, Roma, pp. 193-221.
- Desmond M., 2018, *Sfrattati. Miseria e profitti nelle città americane*, La Nave di Teseo, Milano.
- Diriker D., Landoni P. e Benaglio N., 2018, *Microfinance in Europe: Survey Report 2016-2017*, European Microfinance Network, disponibile all'indirizzo internet: <https://www.european-microfinance.org/publication/microfinance-europe-survey-report-2016-2017>.
- Ente nazionale per il microcredito, 2013, *Le multiformenti caratteristiche del Microcredito. Rapporto finale di monitoraggio*, disponibile all'indirizzo internet: <http://www.microcredito.gov.it/images/Rapportofinale.pdf>.
- Ente nazionale per il microcredito, 2019, *Relazione biennale sulle attività di microcredito e microfinanza in Italia 2016-2017*, disponibile all'indirizzo internet: www.microcredito.gov.it.
- Fama M., 2018, *The Financialization of Poverty. Microfinance and the Rise of the Neoliberal Development Paradigm*, «Autonomie locali e servizi sociali», n. 2, pp. 255-269.
- Gallino L., 2011, *Finanzcapitalismo. La civiltà del denaro in crisi*, Einaudi, Torino.
- Kazepov Y., 2010, *Rescaling Social Policies: Towards Multilevel Governance in Europe*, Ashgate, Farnham.
- Lascoumes P. e Le Galès P., 2009, *Gli strumenti per governare*, Mondadori, Milano.
- Lascoumes P. e Le Galès P., 2012, *Sociologie de l'action publique*, Armand Colin, Parigi.
- Lavinas L., 2018, *The Collateralization of Social Policy under Financialized Capitalism*, «Development and Change», vol. 49, n. 2, pp. 502-517.

- Lavinas L., 2020, *The Collateralization of Social Policy by Financial Markets in the Global South*, in Mader P., Mertens D. e van der Zwan N. (a cura di), *The Routledge International Handbook of Financialization*, Routledge, Londra, pp. 312-323.
- Lazzarato M., 2013, *Il governo dell'uomo indebitato. Saggio sulla condizione neoliberista*, DeriveApprodi, Roma.
- Lennartz C. e Ronald R., 2017, *Asset-based Welfare and Social Investment: Competing, Compatible, or Complementary Social Policy Strategies for the New Welfare State?*, «Housing, Theory and Society», vol. 34, n. 2, pp. 201-220.
- Mackenzie C. e Louth J., 2019, *The Neoliberal Production of Deserving and Undeserving Poor: A Critique of the Australian Experience of Microfinance*. «Social Policy and Society», vol. 19, n. 1, pp. 1-17.
- Mader P., 2016, *The Political Economy of Microfinance: Financializing Poverty*, Palgrave, Londra.
- Maino F., 2020, *La Fondazione Welfare (e la città di Milano) di fronte all'emergenza Coronavirus*, «Secondo Welfare», disponibile all'indirizzo internet: <https://www.secondowelfare.it/fondazioni/la-fondazione-welfare-e-la-citt-di-milano-di-fronte-allemergenza-coronavirus.html>.
- Martin R., 2002, *Financialization of Daily Life*, Temple University Press, Philadelphia.
- Moini G., 2013, *Interpretare l'azione pubblica*, Carocci, Roma.
- Moini G., 2017, *L'innovazione sociale: an old neoliberalist wine in new bottles?*, in Ferraro S. e Gardini E. (a cura di), *Le metamorfosi del «paesaggio sociale». Tra territorializzazione, prestazioni e prossimità*, Mimesis, Milano, pp. 69-91.
- Morlicchio E., 2012, *Sociologia della povertà*, il Mulino, Bologna.
- Mugnano S., 2017, *Non solo housing. Qualità dell'abitare in Italia nel nuovo millennio*, FrancoAngeli, Milano.
- Pizzuti F.R., 2019, *Rapporto sullo stato sociale 2019*, Sapienza Università Editrice, Roma.
- Ruesta C. e Benaglio N., 2020, *Microcredit Regulation in Europe: An Overview*, European Microfinance Network, disponibile all'indirizzo internet: <https://www.european-microfinance.org/publication/microcredit-regulation-europe-overview-2021>.
- Saraceno C., Benassi D. e Morlicchio E., 2020, *Poverty in Italy Features and Drivers in a European Perspective*, Policy Press, Bristol.
- Taylor-Gooby P., 2004, *New Risks, New Welfare. The Transformation of the European Welfare State*, Oxford University Press, Oxford.
- van der Zwan N., 2014, *Making Sense of Financialization*, «Socio-Economic Review», vol. 12, n. 1, pp. 99-129.
- Yunus M., 2007, *Banker to the Poor. Micro-Lending and the Battle against World Poverty*, PublicAffairs, New York.

English Abstracts

Living conditions of the elderly on the onset of the pandemic

Maria Cozzolino, Romina Fraboni and Linda Laura Sabbadini

This work illustrates the main changes that occurred in the elderly condition over the last twenty years, in Italy. The involved dimensions are both quantitative and qualitative, including various areas of daily life. Persistently low birth rates and the increase in life expectancy have progressively changed the population age pyramid of our country. This process is accompanied by important structural changes that tend to move forward the phase associated with an increase in health and – more generally – in social fragility risks. Reviewing the modulation between different phases of the life cycle, by identifying the main transitions and their related needs, is important to redefine objectives and reform social assistance policies. The analysis, here presented, focuses on some of the main variables driving the changes. The level of education – upon which lifestyles, health, risks of exclusion depend – and the characteristics of the welfare model and social relationships that have a direct impact on the economic and psycho-physical well-being of individuals and on its related aspects, such as the level of autonomy and loneliness.

From the pandemic crisis to a new care model

Vincenzo Paglia

The emergency caused by Covid-19 highlighted certain contradictions that had already been present in our society for several decades, above all the inability to respect the right of every person to live the last year of their life in a dignified manner, in their own habitat, surrounded by the affection of their families and the care of the entire community. Faced with this situation, on 28 September 2020 Health Minister Roberto Speranza set up a Commission for the reform of health and sociomedical care for the elderly population (Health Ministerial Decree, 8th September 2020). The contribution sets out the general lines that go-

vern the function and work of the Commission, which was created at a particularly dramatic time not only for our country, but also for the whole of Europe and the entire planet. Italy was the first western country to experience the explosion of the pandemic. It was precisely the first months of Covid-19 that revealed the need for a profound rethink of social and health care policies in favor of the elderly population.

Voices inside and outside residential facilities

Chiara Rivoire

Residential aged care is an example of institutionalized response to a complex need determined by many components: physical, psychological, social, biographical and existential. Faced with this complexity, the service offered today is a *place* that, considering what happened during the outbreak of SarS CoV2, cannot remain unchanged: it is necessary to start a deep reflection in order to rethink the care for frailest people, starting from the preferences expressed by those who live frailty and their care givers. The international literature offers interesting indications for decision-makers: in many studies conducted in this area, the people interviewed indicate their own home or that of a close family member as the preferred place for long-term care. More intensely, relationships with family members are the factor cited by respondents as the most important to safeguard in setting up any long-term care arrangements.

We need to face a cultural challenge that calls into question the institutionalization of frail people, without, however, excluding forms of residential assistance that become necessary at certain stages of life.

A young look at old age. New proposals for a poor, precarious and feminine concept

Agnese Baini

In the last century, old age has been identified with the end of work or rather the beginning of retirement: someone is old if he/she stops being a productive element in society. Old age is a class issue, more so than you might think. But the link between old age and unproductiveness goes back a long way: in the 15th century the first hospitals for the poor were established, in which people on the margins of society, those who did not produce value, were locked up (the elderly, the insane, the

criminals, the sick). It was from these places that the residences for the elderly were later born – total institutions which, in the last year, have proved to be places of death rather than care. In an increasingly poor and precarious world, does it still make sense to link old age to the end of work? We end up never stopping working and having no time, for example, to write, as the writer Italo Svevo argues. Seeing that most of the elderly population is made up of women, the double concept of female old age and of caring and assisting work, which is also feminine, is explored.

Ageing in Italy at the time of the pandemic. The opportunity for change

Antonella Pezzullo

Despite the evidence that demographic development is one of the great global challenge of the future, our country has so far decided not to address this issue in terms of political decisions. The pandemic has shown how Italy's responses to the care needs of its most fragile citizens (the non-self-sufficient elderly) are inadequate and costly in the most fortunate cases, or lead to outright abandonment in the worst cases. This finally forces us to reflect critically on an inadequate model. However, it will certainly not be a marginal transformation and adjustment of care and assistance services that will provide answers to evolving needs, in line with the demographic changes taking places, because a truly new welfare model is desirable. Rather, it is necessary. What is needed is a different narrative, a «reasonable utopia», which embraces a diverse conception of ageing and acts as a powerful factor for change, within a Health Service linked to old needs, far from those of a deeply transformer society, suggesting to invest in other and new models of health.

Title V between non-implementation bias and the pandemic

Giordana Pallone

Starting from an update on the progress of the procedure according to art. 116, paragraph 3 of the Constitution, aiming to obtain higher degree of decentralization, the article analyzes the critical elements of the relationship between State and Regions, in particular, before and during

the pandemic, outlining the objectives in order to be achieved. The problematic elements that emerged in the Covid-19 emergency are highlighted regarding the uniform recognition of fundamental civil and social rights, existing inequalities and conflicts of jurisdiction between the State and the Regions.

The node of State-Region relations: from problem to opportunity for the implementation of loyal cooperation

Claudia Tubertini

The relations between the State and the Regions, which have always been the focus of a lively debate, during the pandemic emergency, have revealed a series of difficulties. The problem does not seem to be the constitutional distribution of competences, but rather the way in which these competences have been exercised up to now. The article contains some reflections on how the current scenario could be an opportunity to address the reforms needed to strengthen the principle of the vertical and horizontal cooperation between the territorial levels of our system.

Covid-19 and prison. Sense, opportunities and opportunisms of a pandemic in and around the prison system

Pietro Buffa

The spread of the viral pandemic in free society and Italian criminal institutions has taken everyone by surprise. National policy has decided to limit its measures to the demand, which has been made on several sides, for massive deflationary action to improve the ability to safely manage detainees.

The virus appeared in some circumstances to take on the dimensions of argumentative leverage to support diametrically opposed approaches. Other regulatory interventions have not taken place and prison management has seen the innovative potential of the prison system rediscovered. This has been possible because of the change of attitude of the judiciary and the directorates of prisons.

Now it is a question of whether this new approach, determined by pandemic contingency, will not undergo a process of fading once the latter is finished.

Between health and safety. What remains of prison after the pandemic? Comparative analysis of penitentiary policies in the Global North

Michele Miravalle

The pandemic in prison was only partly (and perhaps, minimally) a matter of health. The public discourse and the legislative acts adopted during pandemic declared, in fact, the subordination of the right to health with respect to security issues. As a consequence, the pandemic has not produced any paradigm shift, but significant changes on the *micro* level that can also last in the long term.

From need to debt. Microcredit between social exclusion and financial inclusion

Maria Dedaro

Microfinance has gained increasing relevance in welfare policies starting from the assumption that financial exclusion and social exclusion are mutually reinforcing. The article reflects on this nexus by analysing inclusion-exclusion processes in social microcredit. Based on a case study and semi-structured interviews conducted with different policy actors, the research confirms the role of the paternalistic logics of microcredit in separating the deserving from the undeserving. At the same time, the results highlight the even greater relevance of structural limits to financial inclusion. On the one hand, the failure to overcome these limits is inherent to microcredit, which, as a financial instrument, can only reproduce under specific conditions. On the other hand, it is subject to the agency of policy actors who, in line with their objectives, act for limiting the risk that microcredit may trigger financial and social exclusion processes. The study thus contributes to shedding light on the need to problematise the capacity of microfinance and other financial instruments to bridge welfare gaps and tackle poverty and social vulnerability.

RPS

English Abstracts

Le autrici e gli autori

Agnese Baini si è laureata in Italianistica presso l'Università degli studi di Udine, focalizzando i suoi studi sul rapporto tra industria editoriale e femminismo. Sta concludendo un corso di perfezionamento in Comunicazione della scienza presso la Scuola internazionale superiore di Studi avanzati (Sissa) di Trieste, con un lavoro su salute mentale e narrativa. Attualmente si occupa di divulgazione scientifica.

Pietro Buffa entra nell'Amministrazione penitenziaria nel 1993. Assume negli anni le funzioni di direttore in vari istituti penitenziari. Promosso dirigente generale nel 2012 ricopre gli incarichi di provveditore in vari distretti regionali nei distretti. Dal 2015 e il 2019 ha ricoperto l'incarico di direttore generale del Personale e delle Risorse presso il Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria. È autore di quattro monografie oltre ad una sessantina di articoli in materia penitenziaria e criminologica.

Maria Cozzolino lavora all'Istat nella Direzione centrale per gli studi e la valorizzazione tematica nell'area delle statistiche sociali e demografiche. Nella sua ricerca si occupa principalmente di pensioni e mercato del lavoro.

Giovanna Del Giudice, medico psichiatra, nel dicembre 1971 inizia a lavorare nell'Ospedale psichiatrico di Trieste sotto la direzione di Franco Basaglia. Partecipa al processo di deistituzionalizzazione e alla costruzione di percorsi di salute mentale di comunità. È stata direttrice del Dipartimento di Salute mentale dell'Asl Caserta 2 e di Cagliari, ha insegnato presso le università di Trieste e Cagliari. Dal 2013 è presidente dell'associazione Conferenza permanente Franco Basaglia per la salute mentale nel mondo. Tra i promotori della campagna contro la contenzione «E tu slegalo subito» e del comitato «stopOpg».

Nerina Dirindin è docente di Scienza delle finanze ed Economia e organizzazione dei sistemi di welfare all'Università di Torino. Oltre a esperienze di rilievo al servizio delle istituzioni pubbliche è fra i promotori del progetto nazionale «Illuminiamo la salute» e dell'associazione «Sa-

lute diritto fondamentale» ed è membro del comitato scientifico di Rps la Rivista delle Politiche Sociali.

Maria Dodaro è assegnista di ricerca presso il Dipartimento di Sociologia e Ricerca sociale dell'Università degli Studi di Milano Bicocca e fa parte del gruppo di lavoro «Welfare e Istituzioni» dell'*Institute for Advanced Study of Social Change* presso la stessa Università. I suoi principali interessi di ricerca riguardano i mutamenti socio-istituzionali del welfare, il welfare locale, l'innovazione sociale, e le rappresentazioni, gli strumenti e le forme dell'azione pubblica.

Romina Fraboni, demografa, è ricercatrice senior all'Istat presso la Direzione centrale per gli studi e la valorizzazione tematica nell'area delle statistiche sociali e demografiche si occupa di dinamiche demografiche, in particolare di transizione allo stato adulto.

Michele Miravalle è professore abilitato di seconda fascia in Filosofia del diritto, svolge la sua attività di ricerca al Dipartimento di Giurisprudenza dell'Università di Torino. È coordinatore nazionale dell'Osservatorio sulle condizioni detentive dell'Associazione Antigone.

Vincenzo Paglia, laureato in teologia, filosofia e pedagogia, è presidente della Pontificia accademia per la vita e gran cancelliere del Pontificio istituto Giovanni Paolo II per le scienze del matrimonio e della famiglia. Consigliere spirituale della comunità di Sant'Egidio, partecipa attivamente all'associazione «Uomini e Religioni». Per il suo impegno per la pace ha ricevuto il premio Gandhi dall'Unesco, il premio Madre Teresa dal governo albanese e il premio Ibrahim Rugova dal governo del Kosovo. È presidente della Commissione del Ministero della Salute per la riforma dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria alla popolazione anziana.

Giordana Pallone, laureata in Storia contemporanea, dal 2012 è responsabile dell'Ufficio riforme istituzionali della Cgil nazionale e dal 2017 segue le politiche di contrasto alla povertà. Consigliere Cnel nella consiliatura in corso.

Antonella Pezzullo, medico specialista in oncologia e psichiatria e dirigente in pensione del Servizio sanitario pubblico, attualmente è segretaria dello Spi Cgil nazionale, responsabile del dipartimento delle politiche sociosanitarie.

Chiara Rivoiro è ricercatrice presso l'Ires Piemonte dal 2013. Tra i suoi attuali interessi: la valutazione dell'innovazione e dell'obsolescenza delle tecnologie sanitarie e di modelli organizzativi per l'erogazione delle cure territoriali; i conflitti di interesse e la promozione della trasparenza in Sanità. Collabora con l'Agenzia nazionale per i Servizi sanitari (A.Ge.Na.S), con esperti e regioni italiane che svolgono attività di valutazione in ambito sanitario. Sin dal 2008 si è occupata di Health Technology Assesment per la Regione Piemonte: dapprima presso l'Agenzia per i Servizi sanitari regionali e poi, dal 2013, presso l'Ires. Medico neurologo, PhD in Neuroscienze cliniche, ha conseguito un master in Economia e politica sanitaria presso il Coripe Piemonte nel 2010 e con il master in Valutazione e gestione delle tecnologie sanitarie presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma ha approfondito gli aspetti relativi all'introduzione dell'innovazione in Sanità.

Linda Laura Sabbadini è direttrice centrale dell'Istat. Ha rinnovato e sviluppato le statistiche ufficiali sociali e di genere in Italia attività per la quale è stata insignita dal Presidente Ciampi dell'onorificenza di commendatore. È stata a capo e parte di numerosi gruppi di alto livello e di eccellenza di organismi internazionali come Onu e Eurostat. Fa parte del Comitato scientifico dell'Upb e ha fatto parte per anni della Commissione parità e povertà. È stata nominata dal presidente del Consiglio componente del Comitato Colao. È la Chair di Women20. È editoria-lista de la Stampa e Repubblica.

Claudia Tubertini è professoressa associata di Diritto amministrativo presso il Dipartimento di Scienze giuridiche e la Scuola di specializzazione in studi sull'amministrazione pubblica dell'Alma Mater Studiorum - Università di Bologna. È autrice di numerosi saggi in tema di organizzazione amministrativa, sanità, beni culturali, ordinamento locale.