

Anziani e diritto all'abitare

Bisogni, diritti e prospettive
tra locale e universale

A cura di
Maria Giulia Bernardini



DIRITTO E SOCIETÀ

FrancoAngeli 



Il presente volume è pubblicato in open access, ossia il file dell'intero lavoro è liberamente scaricabile dalla piattaforma **FrancoAngeli Open Access** (<http://bit.ly/francoangeli-oa>).

FrancoAngeli Open Access è la piattaforma per pubblicare articoli e monografie, rispettando gli standard etici e qualitativi e la messa a disposizione dei contenuti ad accesso aperto. Oltre a garantire il deposito nei maggiori archivi e repository internazionali OA, la sua integrazione con tutto il ricco catalogo di riviste e collane FrancoAngeli massimizza la visibilità, favorisce facilità di ricerca per l'utente e possibilità di impatto per l'autore.

Per saperne di più: [Pubblica con noi](#)

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio "[Informatemi](#)" per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità.

Anziani e diritto all'abitare

Bisogni, diritti e prospettive
tra locale e universale

A cura di
Maria Giulia Bernardini



DIRITTO E SOCIETÀ

FrancoAngeli 

Il volume, che raccoglie i risultati del progetto “ADA – Anziani e diritto all’abitare. Studio interdisciplinare sulle condizioni volte a promuovere l’*healthy & active aging*”, è stato pubblicato grazie ai fondi 5x1000 anno 2019 destinati al Bando Giovani Ricercatori dell’Università degli Studi di Ferrara.

Il volume è stato sottoposto a un processo di *double blind peer review* che ne attesta la qualità scientifica.

Isbn: 9788835157922

Copyright © 2023 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

Pubblicato con licenza *Creative Commons Attribuzione-Non Commerciale-Non opere derivate 4.0 Internazionale* (CC-BY-NC-ND 4.0)

L’opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d’autore. L’Utente nel momento in cui effettua il download dell’opera accetta tutte le condizioni della licenza d’uso dell’opera previste e comunicate sul sito

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

Copyright © 2023 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835157922

INDICE

Prologo – Sul controllo di una specie infestante. Elementi di botanica della vecchiaia, di <i>Ciro Tarantino</i>	pag. 7
Abitare la città. Riconoscimento e diritti per le persone anziane, di <i>Maria Giulia Bernardini</i>	» 13
La (non) autosufficienza dell'individuo tra eguaglianza universale e plurale, di <i>Federico Fabi</i>	» 43
Invecchiamento della popolazione e diritto all'abitare: quali strumenti per il governo del territorio?, di <i>Marzia De Donno</i> e <i>Davide Tumminelli</i>	» 67
Profili organizzativi e tendenze evolutive nei servizi sociali alla persona, di <i>Edoardo Caruso</i>	» 97
L'assistenza domiciliare agli anziani tra servizio pubblico e terzo settore: il caso dell'Emilia-Romagna e di Ferrara, di <i>Viviana Asara</i> e <i>Lorenzo Betti</i>	» 129
Il benessere degli anziani in un'ottica multidimensionale: fragilità e genere, di <i>Valeria Raparelli</i> , <i>Maria Leonardo</i> , <i>Pier Federico Scaroni</i> , <i>Dario Falcone</i> , <i>Andrea Grandieri</i> , <i>Giulia Barrile</i> , <i>Lisa Marzano</i> , <i>Caterina Trevisan</i>	» 165
L'ageismo come barriera al diritto all'abitare, di <i>Emilio Paolo Visintin</i>	» 189
Abitare città a misura di anziano, di <i>Elena Dorato</i>	» 211
Autrici e Autori	» 251

PROLOGO

SUL CONTROLLO DI UNA SPECIE INFESTANTE. ELEMENTI DI BOTANICA DELLA VECCHIAIA

Ciro Tarantino

Un curioso regime di enunciati regola il discorso sulla vecchiaia nell'Italia del XXI secolo. Per un verso, i vecchi sono ormai in via di estinzione. Estinzione linguistica, progressiva e inesorabile, che si compie per eufemizzazione e nuova stadiazione: i 'vecchi' traslitterano in 'anziani', mentre la gerontometria moltiplica le età della vita, introduce nuove partizioni, sposta soglie di senilità. Così, una quarta e una quinta età si aggiungono alle tre canoniche fissate da Gustav Klimt nel 1905¹, "giovani anziani" e "grandi anziani" espandono la superficie degli anziani abituali, il punto simbolico di ingresso nell'anzianità si posticipa a settantacinque anni². Una rarefazione del pronunciabile riduce, insomma, lo spazio disponibile per la vecchiaia³. Di conseguenza, il titolo di 'vecchio' – pure un tempo ambito – si acquisisce sempre più tardi e viene conferito a coorti di popolazione sempre più esigue.

Per altro verso, paradossalmente, non si smette di ripetere che i vecchi proliferano indefinitamente, che è in corso una transizione demografica, che un'invasione dei vecchi sta provocando una sostituzione anagrafica della popolazione che altera le proporzioni consolidate fra maggioranze e minoranze generazionali e sovverte le geometrie demografiche tradizionali, mutandone la conformazione da piramidali in romboidali.

1. *Drei Lebensalter* [Tre età], olio su tela, 1905. Roma, Galleria nazionale d'arte moderna e contemporanea.

2. Proposta avanzata in occasione del 63° Congresso nazionale della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG), tenutosi a Roma dal 28 novembre al 1° dicembre 2018. Cfr. https://www.sigg.it/wp-content/uploads/2018/12/News_Quando-si-diventa-anziani.pdf.

3. Ne è forse precoce sintomo, per l'Italia, la traduzione del volume *La vieillesse* di Simone de Beauvoir (1970) che, nel 1971, esce col titolo *La terza età*. Strano destino per un libro scritto proprio "pour briser la conspiration du silence / per infrangere la congiura del silenzio" (1970, 8; 1971, 12).

Si tratta di un discorso che si è innestato e insinuato sui dati reali della dinamica demografica, che registrano in Europa una modificazione nella struttura della popolazione che vede un aumento della quota di popolazione di età pari o superiore ai 65 anni. È una tendenza di lungo periodo – dovuta al contestuale calo della natalità e all’aumento dell’aspettativa di vita – che conferisce un senso certamente più realistico del precedente all’espressione “vecchio continente”. Tendenza che in Italia manifesta dei tratti più marcati che altrove. Infatti, secondo le serie storiche rese disponibili da Eurostat, dal 2001 al 2022 in Italia la percentuale di popolazione compresa fra i 65 e i 79 anni sul totale della popolazione è aumentata dal 14,3 al 16,2 (rispetto a una media europea che nello stesso periodo ha registrato un incremento dal 12,4 al 15,1). Nello stesso arco temporale, la percentuale di popolazione di 80 e più anni sul totale della popolazione è passata dal 4,2 al 7,6 (la più alta dei paesi dell’Unione Europea), rispetto a una media europea che nello stesso periodo ha registrato un incremento dal 3,4 al 6,1. Correlativamente, l’età mediana della popolazione europea era 38,4 anni nel 2001, 41,3 anni nel 2010 e 43,9 anni nel 2020, mentre in Italia era 40,4 anni nel 2001 (la più alta d’Europa, lievemente superiore alla Serbia), 43,3 anni nel 2010 (seconda solo alla Germania) e 47,2 anni nel 2020, per toccare i 48 anni nel 2022 (in entrambi i casi, ancora una volta, la più elevata d’Europa). Contestualmente, dal 2018 al 2022 l’Italia ha registrato la quota più bassa di popolazione fino a 14 anni (12,7%), e dal 2019 la più bassa anche nella fascia di età fra i 20 e i 39 anni (21,3%). Neppure l’eccesso di mortalità associato alla pandemia Covid-19, dovuto largamente all’incremento delle morti nella popolazione con 80 anni e più – che nel 2021, rispetto alla media degli anni 2015-2019, spiega il 72% dell’eccesso di mortalità complessivo – ha interrotto il processo⁴.

I vecchi, dunque, da un certo tempo aumentano e, soprattutto, cresce la percentuale dei più vecchi fra i vecchi. Le donne più degli uomini. Ma che c’è di tanto pericoloso nel fatto che i vecchi si moltiplicano? E perché la loro pericolosità aumenterebbe in proporzione all’età? Come, cioè, le classi d’età sono entrate fra le classi pericolose?

Ebbene, la ragione demografica connette la paura dell’invecchiamento sostanzialmente a tre motivi principali, fondati su presunte evidenze: l’aumento progressivo della spesa sanitaria – e pertanto dei costi sociali –, l’insostenibilità graduale della spesa pensionistica e la riduzione tendenziale della capacità d’innovazione⁵.

4. Cfr. ISTAT, ISS 2022, e Tarantino, Bernardini 2022.

5. Una critica a queste cosiddette evidenze, si trova in Le Bras 2002.

In sostanza, i vecchi drenano risorse disponibili e comprimono lo slancio creativo verso la produzione di nuove, perché, come scriveva già nel 1988 l'Institut national d'études démographiques relativamente alla situazione francese, “certe spinte che animano lo spirito d'iniziativa, che facilitano l'adattamento ai cambiamenti continui, caratteristici delle nostre società moderne, si trovano attenuate con l'età e possono far difetto in un paese invecchiato, con lo sguardo più rivolto al passato che al presente o all'avvenire” (INED 1988, p. 798).

Nell'ordine discorsivo attuale, dunque, i vecchi – con un lessico ancora in bilico fra analogia animale e vegetale – sono rappresentati come una nuova specie infestante: pur non svolgendo alcuna funzione di utilità, crescono in maniera incontrollata e vivono in modo parassitario traendo da altri (e sottraendo ad altri) le sostanze necessarie alla loro sopravvivenza. Organismo asociale, che vive in simbiosi non mutualistica, sono una malerba invasiva la cui grande longevità dipende da un'inattesa adattabilità ad habitat sfavorevoli o inadeguati e da una coriacea resistenza alla finitudine.

Ma un tale discorso non può certo vantare particolari fregi di originalità. D'altronde, come ricostruito meticolosamente da Louis Chevalier (1958), nella modernità il fatto demografico è un persistente fattore di aggiornamento del repertorio delle classi pericolose. Si tratta allora, piuttosto, della riproposizione in chiave botanica di argomenti che riemergono ciclicamente da almeno un secolo e con una certa costanza. In principio, hanno alimentato la questione delle nascite nel primo Novecento quando – preludio delle politiche razziali ed eugeniche delle incipienti dittature – sono stati impiegati in chiave analogica per instaurare una connessione fra decadenza demografica e declino della civiltà occidentale, ormai nell'imbrunire del suo tramonto⁶. Per esempio, già nel 1913, Leroy-Beaulieu, professore al Collège de France, nel suo *La question de la population* scriveva che ad alcuni osservatori e a certi storici “è apparso chiaro che le nazioni, benché la loro carriera sia molto lunga, non sono eterne, ma che conoscono, come gli individui, sia la vecchiaia che la morte [...]” (1913, 179-180); o, ancora, “l'insufficienza della natalità – la relativa, ma soprattutto l'assoluta – sembra ben testimoniare dell'invecchiamento delle nazioni: la sterilità è una delle caratteristiche più manifeste dell'invecchiamento degli individui, lo è anche per i popoli” (ivi, 183). Argomenti simili sono ritornati, poi, nel Secondo dopoguerra. Li si trova, per esempio già nel 1946 in *Des Français pour la France (Le problème de la population)* di

6. Sulle ideologie demografiche del XX secolo, cfr. Le Bras 1998. Per una ricostruzione del rapporto tra questione delle nascite e politica nell'Italia del Novecento, cfr. Ipsen 1996 e Treves 2001. Cfr., anche, Dalla Zuanna 2004.

Robert Debré e Alfred Sauvy a suffragare la metafora organicistica del corpo biologico della nazione, affetto – pare – da una *redoutable sclérose*, da una temibile sclerosi (1946, 58). Si legge, così, nel quinto capitolo del volume, intitolato significativamente *Un corps qui vieillit. L'envahissement des vieillards* [Un corpo che invecchia. L'invasione dei vecchi]: “un organismo che invecchia è un organismo che si lascia invadere da cellule inutili, da elementi incapaci di lavoro differenziato” (*Ibidem*).

Dati i precedenti, è in corso, dunque, l'ultima metamorfosi di una vecchia problematizzazione. Perciò anche lo strumentario impiegato per la gestione dei rischi riconnessi a questa attempata classe pericolosa utilizza molti materiali di risulta. Le politiche procedono per cerchi concentrici.

Sul cerchio più esterno, si interviene cercando di rinviare quanto più possibile il punto di incidenza economica dell'invecchiamento della popolazione. Lo si fa sostanzialmente in due modi complementari: da un lato posticipando l'età pensionabile e modificando le forme di contribuzione, dall'altro tramite una pedagogia dell'invecchiamento che prescrive un certo regime di vigilanza e controllo che l'individuo deve esercitare su sé stesso per preservare la funzionalità fisica e sociale. Una sorta di dissuasione morale verso forme senili di oziosità e vagabondaggio. Accomunate da un'avversione all'inazione, si moltiplicano così dottrine e tecnologie di ottimizzazione volte a ritardare la dipendenza dalla famiglia e dallo Stato; Healthy Ageing, Active Ageing, Successful Ageing, Productive Ageing... vanno a comporre una nuova branca delle scienze della conservazione⁷.

Il programma è esposto con chiarezza sul sito del Dipartimento per le politiche della famiglia della Presidenza del Consiglio dei ministri, dove si legge che:

Tra le molteplici ragioni per cui è opportuno promuovere l'invecchiamento attivo al livello macro, una delle principali è quella demografica. L'Europa, infatti, sta invecchiando ed è sempre più longeva, e ciò è ancor più vero per l'Italia.

L'invecchiamento della popolazione è, inoltre, strettamente connesso a motivi di ordine economico in quanto un numero sempre maggiore di persone in età anziana, se non “produttive” in qualche modo, peserebbe economicamente su un numero sempre minore di persone più giovani.

L'invecchiamento attivo può comportare un prolungato apporto produttivo da parte delle persone anziane (nel mercato del lavoro, nel volontariato, come tutor dei giovani, ecc.) e, al contempo, può aiutare a contenere la spesa per servizi socio-sanitari e consumo di farmaci, con vantaggi per tutte le parti in gioco⁸.

7. Per una introduzione ai diversi approcci, cfr. Cappellato, Gardella Tedeschi, Mercuri 2021.

8. <https://famiglia.governo.it/it/politiche-e-attivita/invecchiamento-attivo/linvecchiamento-attivo-introduzione/>.

Il testo riprende con interpolazioni le analisi svolte dall'ISTAT nel volume *Invecchiamento attivo e condizioni di vita degli anziani in Italia* in cui si chiarisce che la prospettiva dell'invecchiamento attivo è tesa a favorire l'affermazione di una visione della persona anziana che la tramuti “da peso a risorsa” (ISTAT 2020, 33) e che “la promozione dell'invecchiamento attivo non può essere delegata alla libera iniziativa dei singoli o di gruppi più o meno organizzati”, ma deve essere sostenuta da apposite politiche (ivi, 34).

Sul margine interno della prima cerchia, che coincide con la soglia di incidenza economica, è posto il filtro della Grande Partizione amministrativa che separa la massa dei soggetti autosufficienti dalle popolazioni non autosufficienti che vengono convogliate, in funzione dell'intensità dei bisogni assistenziali, nel cono dei cerchi più interni. Lungo la curva di questa spirale si opera prioritariamente in forma sussidiaria o complementare al sistema di cura familiare, depositario di una delega implicita. La formula “dopo di noi”, con la quale si designa sinteticamente la legge 22 giugno 2016, n. 112, recante “Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare”, travalica in realtà i confini della disabilità e riassume un principio regolatore generale e silente delle politiche sociali.

Per i casi residui, non ammortizzabili o non più ammortizzabili dal supporto familiare, rimane poi sempre disponibile il più classico degli interventi: la relegazione in una delle molteplici eterotopie di crisi che si offrono sotto le più varie denominazioni.

In questo modo, ogni manifestazione della vecchiaia dispone di un proprio regime di dislocazione in spazi regolati.

Eppure, a volte, il vecchio si rivela soggetto particolarmente ostico e pervicace poiché reclama un “diritto all'esserci” (Tarantino 2021) – dove crede e come crede –, a prescindere da una propria diligente laboriosità, e recrimina, anzi, per la soporosa indolenza dei contesti nel farsi capacitanti. Per quanto acciaccato, rivendica una sorta di ‘doppia presenza’ tanto nello spazio domestico quanto in quello collettivo. Lo testimoniano due magnifiche figure rivelatrici: quei moderni *fugueurs*, che rocambolescamente evadono a età improbabili dalle case di riposo per tornare nelle proprie abitazioni⁹, e quegli *umarelles* che, mani rigorosamente dietro la schiena – come

9. Tra gli ultimi casi, si prenda come esempio quello del novantaduenne fuggito – nella notte fra il 29 e il 30 luglio 2023 – dalla RSA Cesare Benedetti di Mori, in Trentino, ingannando gli operatori sociosanitari con un cuscino sotto il lenzuolo e sgattaiolando tramite un varco sotto la recinzione del giardino, per poi percorrere 10 chilometri a piedi e barricarsi nella sua vecchia abitazione.

nell'immagine archetipica di Henri Cartier-Bresson *Bruxelles* del 1932 –, pretendono di controllare, suggerire, criticare, insomma di partecipare a pieno titolo al lavoro del cantiere sociale.

Allora, se oggi, come nelle pagine necessarie di questo libro, bisogna immaginare un diritto all'abitare è perché l'inabitabile è già la condizione dei vecchi nelle nostre società.

Bibliografia

- Cappellato V., Gardella Tedeschi B., Mercuri E. (2021), *Anziani. Diritti, bisogni, prospettive*, il Mulino.
- Debré R., Sauvy A. (1946), *Des Français pour la France (Le problème de la population)*, Gallimard.
- Chevalier L. (1958), *Classes laborieuses et classes dangereuses à Paris pendant la première moitié du XIX^e siècle*, Plon.
- Dalla Zuanna G., a cura di (2004), *Numeri e potere. Statistica e demografia nella cultura italiana fra le due guerre*, l'ancora del mediterraneo.
- de Beauvoir S. (1970), *La vieillesse*, Gallimard; trad. it. Einaudi 1971.
- INED (Institut national d'études démographiques) (1988), *Dix-septième rapport sur la situation démographique de la France*, in *Population*, vol. 43, n. 4-5, pp. 727-798.
- Ipsen C. (1996), *Dictating Demography: The Problem of Population in Fascist Italy*, Cambridge University Press.
- ISTAT (Istituto nazionale di statistica) (2020), *Invecchiamento attivo e condizioni di vita degli anziani in Italia*, a cura di L. Quattrocchi e M. Tibaldi, testo disponibile al sito: <https://www.istat.it/it/files/2020/08/Invecchiamento-attivo-e-condizioni-di-vita-degli-anziani-in-Italia.pdf>.
- ISTAT (Istituto nazionale di statistica), ISS (Istituto Superiore di Sanità) (2022), *Impatto dell'epidemia Covid-19 sulla mortalità totale della popolazione residente. Anni 2020-2021 e gennaio 2022*, rilasciato il 2 marzo 2022, testo disponibile al sito: https://www.istat.it/it/files//2022/03/Report_ISS_ISTAT_2022_tab3.pdf.
- Le Bras H. (1998), *Le démon des origines. Démographie et extrême droite*, Éditions de l'Aube.
- (2002), *L'adieu aux masses. Démographie et politique*, Éditions de l'Aube.
- Leroy-Beaulieu P. (1913), *La question de la population*, Felix Alcan.
- Tarantino C. (2021), *La legittima stranezza. Studio preliminare su disabilità e diritto all'esserci*, in *Materiali per la storia della cultura giuridica*, n. 2, pp. 351-372.
- Tarantino C., Bernardini M.G. (2022), *The unequal death: A study on the thanatopolitics of disability in Italy*, in *Sociologia del diritto*, n. 2, pp. 139-161.
- Treves A. (2001), *Le nascite e la politica nell'Italia del Novecento*, Led.

ABITARE LA CITTÀ.
RICONOSCIMENTO E DIRITTI
PER LE PERSONE ANZIANE

Maria Giulia Bernardini

L'abitare è una modalità con cui si edifica la società. [...] L'abitare è contemporaneamente il modo in cui il sistema sociale e culturale dominante ordina le relazioni sociali intersoggettive ed il modo in cui i soggetti costruiscono questa ideologia.
(Marrone 2014)

SOMMARIO: 1. Invecchiare: oltre la demografia. - 2. Persone anziane e contesto urbano: verso, fuori, dentro. - 3. Il diritto all'abitare: perimetrazioni. - 4. Anziani e diritto all'abitare a Ferrara: un'analisi inter- e multi-disciplinare.

1. Invecchiare: oltre la demografia

Ormai da alcuni decenni, l'invecchiamento della popolazione interroga nel profondo le società contemporanee e, in particolar modo, quelle occidentali, tanto da costituire uno dei fenomeni più rilevanti dell'epoca attuale. Si tratta di un processo che può essere ascritto a numerose variabili, tra le quali figurano in primo luogo il miglioramento delle condizioni di vita e di quelle igienico-sanitarie – dovuti soprattutto al progresso tecno-scientifico – nonché la graduale riduzione della fecondità e del tasso di natalità. Non possono peraltro dirsi estranei a tale processo il fenomeno migratorio, né la riarticolazione della composizione della famiglia tradizionale.

L'interazione tra le variabili in questione sta ingenerando un importante cambiamento nella struttura dell'età della popolazione mondiale, sia pure secondo modalità tra loro non omogenee ma, piuttosto, significativamente legate ai diversi contesti (geografici e urbani) di riferimento. Ad esempio, nonostante sia invalsa la tendenza a fare riferimento all'invecchiamento della popolazione all'interno dell'Unione europea, in realtà le “piramidi dell'età” – ossia le rappresentazioni grafiche utilizzate nella statistica demografica per descrivere la distribuzione per età e genere di una determinata popolazione – rivelano come il processo in oggetto possa variare sensibilmente a seconda dello Stato Membro considerato.

Come è noto, l'Italia è uno dei Paesi che sono più profondamente interessati da tale processo¹, tanto che da qualche tempo all'interno dei suoi confini la "piramide dell'età" ha assunto un carattere romboidale². Ciò sta a significare che attualmente assistiamo a una contrazione della coorte di giovani e alla massiccia presenza dei c.d. *baby boomers*, ossia dei nati tra il 1946 e il 1964. Questi ultimi costituiscono una parte della popolazione che, nel corso degli anni, ha assunto un'importanza crescente, sicché a tali individui ci si rivolge quali interlocutori privilegiati delle politiche che si propongono di affrontare le molteplici questioni che originano, per l'appunto, dall'invecchiamento. Dai problemi legati alla sostenibilità del sistema lavorativo e previdenziale ai profili della giustizia intergenerazionale o delle politiche (inter)nazionali relative all'invecchiamento attivo e in salute, l'attenzione su chi – nonostante abbia superato la fatidica (*e politica*) soglia che separa l'età adulta da quella senile – appare ancora in grado di contribuire attivamente al benessere della società è in forte crescita, in linea con quanto accade nel contesto euro-unitario e nell'ambito internazionale.

A tale attenzione si accompagna quella nei confronti delle persone anziane c.d. "non autosufficienti", il cui numero è in forte aumento anche per l'allungamento della vita media, con conseguenze di indubbio rilievo soprattutto in merito al profilo della cura (intesa in senso ampio, ossia come *care*). In relazione a tale coorte di soggetti, emerge infatti in tutta la sua salienza innanzitutto il delicato tema dell'assistenza sociosanitaria, nei molteplici profili in cui essa si articola. Tra questi, figurano i problemi connessi all'accertamento della condizione di non autosufficienza, quelli concernenti l'adeguatezza dei servizi offerti e dei luoghi in cui la *care* è prestata, nonché la complessa questione che attiene all'effettivo riconoscimento e alla tutela dei diritti tanto dei ricettori di cura, quanto dei loro *caregiver*, professionali e non³. Tale ultimo aspetto, in particolare, costituisce

1. In merito, cfr. ISTAT 2023a (previsioni aggiornate al 2022). Al 1° gennaio 2023, in Italia l'indice di vecchiaia era di 117,9 persone con più di 65 anni ogni cento giovani (con una differenziazione tale per cui nelle aree interne il rapporto era pari a 122,1, mentre in quelle centrali a 116,7). Chiaramente, il processo in oggetto è fortemente legato a dati di contesto, sicché è possibile individuare significative differenze su base regionale, nonché tra aree interne e urbane.

2. In questo volume, la transizione in oggetto è richiamata e discussa, anche nelle sue varianti genere-specifiche, da Raparelli *et al.*, nonché da Dorato.

3. Dato il suo grande rilievo, il tema della cura costituisce da tempo oggetto di riflessione all'interno di vari domini del sapere. In questa sede ci si limita a segnalare come, in merito alla relazione tra *care* e invecchiamento, le "questioni di genere" siano molteplici. Riguardano innanzitutto chi invecchia, data la maggiore longevità delle donne rispetto agli uomini, ma

un importante riflesso del perdurante approccio (neo)liberale all'umano, che ancora pervade la cultura occidentale e porta a emarginare sul piano sociale e, talvolta, a discriminare su quello giuridico coloro che sono associati al “marchio” della dipendenza e della vulnerabilità⁴.

attengono anche al profilo dell'attività formale e informale di cura, che di frequente vede le donne rivestire il ruolo di *caregiver*. Si tratta peraltro di un tema che assume rilievo anche dal punto di vista intersezionale, sia perché l'intreccio tra disabilità, malattie croniche e invecchiamento favorisce una predominanza di soggetti femminili tra i ricettori di cura, sia in quanto, a fronte dell'innalzamento dell'età pensionabile e della carenza di servizi, si ricorre al c.d. “badantato”, prestato in principal modo da donne migranti. Sulla relazione tra genere e lavoro di cura, cfr. Di Rosa, Gui 2021; Rigo 2022; nonostante l'analisi riguardi il contesto inglese, è interessante il lavoro di analisi di Carrino *et al.* 2023.

4. Una trattazione compiuta del tema esula dagli obiettivi di questo lavoro. In estrema sintesi, la questione può essere inquadrata nei seguenti termini: le società liberali presuppongono, quale referente più o meno implicito della regolamentazione giuridica, dell'architettura politica e della progettazione degli spazi, un soggetto razionale, autonomo e indipendente. Per tale motivo, l'incapacità (reale o ascritta) di esibire queste caratteristiche – come accade, ad esempio, nel caso delle persone anziane considerate “non autosufficienti” – comporta invisibilità sociale, mancato riconoscimento e, con essi, anche limitazioni nella titolarità o nell'esercizio dei diritti. Nel corso del Novecento, questa concezione è stata ampiamente criticata e si è fatto riferimento alla vulnerabilità quale cifra caratterizzante dell'umano (di *tutti* gli esseri umani e non unicamente di *alcuni*). Su tale base, si argomenta che le istituzioni dovrebbero *riconoscere* la vulnerabilità degli individui e *rispondervi*, attraverso politiche pubbliche e interventi diretti a eliminare lo svantaggio e la discriminazione sistemica. Invero, il fatto che la vulnerabilità costituisca un elemento che accomuna gli individui non deve indurre a disconoscere come, in ragione del proprio posizionamento sociale, taluni soggetti – tra i quali è possibile annoverare anche le persone anziane – siano più vulnerabili di altri, sicché la loro condizione richiede un più deciso intervento istituzionale, diretto a rimuovere le cause di esclusione sociale e di discriminazione. Nonostante la critica in oggetto, il mutamento culturale auspicato non può dirsi ancora completamente avvenuto. Anzi, l'avvento del neoliberalismo pare avere reso ancora più marcata l'importanza di requisiti quali razionalità, autonomia e indipendenza, tanto che la tendenza a iper-valutare questi attributi e a mantenerli rigidamente distinti dalla vulnerabilità e della dipendenza è ancora assai diffusa. In relazione alle persone anziane, questo approccio fa sì che di norma si tenda a separare nettamente le coorti di soggetti, distinguendo tra chi sia anziano e attivo (nonché, in genere, in buona salute, autonomo e indipendente) e chi, invece, sia “non autosufficiente”. Nel primo caso, ci si interroga sulle strategie più idonee a garantire il godimento dei diritti e degli spazi (domestici e urbani) su un piano di eguaglianza con gli altri consociati. Nel secondo, invece, si è soliti considerare naturale la permanenza all'interno delle strutture sociosanitarie e circoscrivere il discorso sui diritti alle sole questioni afferenti a tale ambito. La tendenza in oggetto affiora anche in taluni dei saggi ospitati in questo volume, che prendono in considerazione il diritto all'abitare delle sole persone anziane “autosufficienti”. Lungi dal costituire un possibile difetto di coerenza interna del presente lavoro, i diversi approcci restituiscono, al contrario, le plurime “visioni” dell'età senile che sono diffuse nei settori disciplinari coinvolti nella ricerca.

Alla luce di quanto osservato, appare dunque evidente come l'invecchiamento non assuma rilievo unicamente – né, forse, per quanto interessa in questa sede, in via prioritaria – in quanto dato demografico. Piuttosto, la “rivoluzione silente” (Golini, Rosina, 2011) in corso da qualche tempo desta curiosità e preoccupazione perché sta producendo – e pare inevitabilmente destinata a produrre anche in futuro – conseguenze di ben più ampio spettro. Del resto, i mutamenti sociali, culturali ed economici associati alla transizione in atto hanno indotto le istituzioni multilivello a considerare l'invecchiamento della popolazione una “sfida” ormai ineludibile⁵, alla quale sovente si accompagna un certo grado di preoccupazione in merito alla capacità di farvi fronte, stante l'acclarata insufficienza delle soluzioni adottate finora.

Talvolta, il mutamento quali- e quantitativo della popolazione ha portato a reputare l'età senile una vera e propria “questione emergenziale” (Cascione 2022, p. 7), in ragione delle sue profonde ripercussioni su molteplici livelli, che si ritengono accomunati dal fatto di poter essere inquadrati, in via più o meno diretta, come questioni di rilievo economico. Tra gli esempi possibili, è sufficiente pensare al problema del finanziamento delle pensioni a fronte della diminuzione delle persone in età lavorativa e dell'aumento di quelle a riposo, oppure all'innalzamento delle spese sanitarie o, più in generale, all'arcipelago di questioni economiche che ruota attorno alla summenzionata *care*.

Letti nel loro complesso, gli argomenti che ammoniscono circa la *deriva* alla quale l'invecchiamento della popolazione pare idoneo a portare le società contemporanee indicano addirittura come sia possibile incorrere in un *longevity shock* (International Monetary Fund 2012), che andrebbe scongiurato attraverso politiche pubbliche e soluzioni alternative rispetto a quelle adottate finora. Si tratta chiaramente di una lettura riduzionista del fenomeno, che – ponendo l'accento prioritario sull'aspetto economico e sulle connesse questioni finanziarie e burocratiche – induce a considerare le persone anziane come mere variabili statistiche, senza che assumano rilievo i profili che attengono al riconoscimento socio-culturale e alla tutela dei diritti. In questo modo, si manca però di comprendere come il quadro di intelligibilità al cui interno è necessario collocare il processo di invecchiamento della popolazione non debba essere economico ma, piut-

5. Eurostat 2020; UN Ageing Report 2023. Già nel 2002, del resto, l'Organizzazione Mondiale della Sanità affermava che “l'invecchiamento della popolazione è uno dei maggiori trionfi dell'umanità. Ma è anche una delle maggiori sfide” (WHO 2002, 6, traduzione nostra).

tosto, quello della giustizia sociale, di cui la prospettiva economica costituisce solo *una* delle molteplici variabili di analisi.

Talvolta, l'enfasi rinvenibile nell'ambito del discorso pubblico sugli esiti nefasti di questo processo induce perfino ad addebitare alle stesse persone anziane la responsabilità della perdurante crisi in corso, così alimentando il risentimento delle nuove generazioni e acuendo il conflitto intergenerazionale, anziché incentivare l'auspicata solidarietà⁶. Si tratta però di una lettura del fenomeno che soffre di alcuni fraintendimenti di base. Se ne è avuta prova di recente, in relazione ai problemi macro-allocaativi acuiti dall'emergenza pandemica, che hanno visto riproporre con decisione in pressoché ogni Paese del mondo gli argomenti utilitaristici che già erano stati alla base delle novecentesche politiche eugenetiche, quando si è fatto appello all'inutilità sociale delle persone anziane – con conseguente dignità dimidiata delle vite dei soggetti non (più) produttivi – nonché alla necessità di risparmiare le risorse pubbliche convogliandole su soggetti “altri” (più sani, più giovani, più utili). Anche al di fuori del periodo emergenziale, comunque, l'idea che le persone anziane debbano in qualche modo *lasciare spazio* a quelle giovani non è affatto così peregrina: sovente, tali individui sono rappresentati ancora come *fiocchi* economici che sembrano appunto sottrarre opportunità alle nuove generazioni.

Senza disconoscere le difficoltà in cui versano (anche) le nuove generazioni⁷, un'analisi critica della situazione consente però di intravedere il fraintendimento al quale si accennava poc'anzi. La condizione delle persone anziane nell'età contemporanea sembra, infatti, tutt'altro che di privilegio. Piuttosto, nella maggior parte dei casi essa tende alla marginalità. Per quanto riguarda l'ordinamento italiano, basti pensare alla peculiare posizione di tali individui all'interno del sistema di *welfare* tradizionale. Quest'ultimo, come è noto, è protagonista a propria volta di un'acclarata e decennale crisi, che pare ormai irrimediabile e richiede da tempo una transizione verso modelli “altri”, tra i quali figurano per esempio il *welfare* generativo, quello territoriale, nonché quello di comunità. Ebbene, è sufficiente un'analisi anche non molto approfondita per avvedersi di come il c.d. “modello mediterraneo”, caratterizzato appunto dalla prevalenza

6. La giustizia intergenerazionale costituisce oggetto di attenzione crescente in vari ambiti del sapere. Tra gli studi giusfilosofici più rilevanti, cfr. Menga 2017 e Gossieres 2023; nel settore urbanistico, si veda Grey, Xidou, O'Neill 2023. In questo volume, un confronto intergenerazionale peculiare, relativo alla percezione della soggettività anziana, emerge dallo studio condotto da Emilio Paolo Visintin.

7. Sul punto, si veda ad esempio Bello 2021.

della spesa pensionistica rispetto a quella destinata ai servizi, non giovi alle persone anziane tanto quanto si potrebbe pensare di primo acchito⁸. Infatti, se è vero che molte di loro hanno finora beneficiato dei trasferimenti monetari avvenuti principalmente attraverso i trattamenti pensionistici, al contempo tali individui soffrono per la carenza di servizi, con ripercussioni inevitabili in tema di autonomia e di salute. Il privilegio, insomma, riguarda semmai *alcune* persone anziane, mentre non sembra dovuto al fattore “età senile” in sé considerato.

Per tutti questi motivi, l’enfasi sui problemi connessi ai costi della vecchiaia non pare in grado di fotografare in modo adeguato la realtà. Inoltre, induce a obliterare l’importanza delle altre variabili richiamate in precedenza, a partire dal profilo socioculturale, che appare invece quello più rilevante, costituendo anzi il *presupposto* di tutti i discorsi sull’età senile. Invero, l’invecchiamento della popolazione ha un impatto rilevante sulle società contemporanee innanzitutto in quanto le interroga nel profondo in merito allo “statuto di umanità” che, al loro interno, è accordato a chi sia anziano: è la *scelta* di riconoscere o meno nella persona anziana un individuo al quale garantire opportunità e diritti su un piano di eguaglianza con gli altri consociati a condizionare le scelte politiche e normative.

Seppur in modo talvolta ambiguo e non scevro da aspetti critici, di recente tale scelta è andata nel senso di riconoscere l’arendtiano *diritto ai diritti* anche alle persone anziane, di cui si cerca oggi di promuovere visibilità e inclusione, garantendo loro quelle condizioni che consentano di condurre un’esistenza dignitosa e di salvaguardare nella maggior misura possibile il diritto di autodeterminazione. È proprio a questo riguardo che la questione abitativa rivela la propria centralità, in quanto le modalità di fruizione dello spazio (tanto domestico, quanto urbano) sono parte fondamentale della realizzazione dei progetti di vita di ciascun individuo. Si deve appunto a un mutato quadro culturale, che riscopre la centralità di ogni persona e dei suoi diritti fondamentali e, su tale base, anche la dignità dei “tempi della vita” successivi all’età adulta, l’attuale processo di (parziale) superamento della logica segregante che a lungo è stata adottata per la “gestione” di un’età senile troppo spesso sbrigativamente confinata

8. Cfr. Pugliese 2011, 145. Più ampiamente, sul *welfare*, Saraceno 2021; per un inquadramento critico ai modelli: Moruzzi, Prandini 2020. Al riguardo, due precisazioni sono d’obbligo. In primo luogo, mettere in discussione il fatto che le persone anziane come “gruppo” si trovino in una posizione di privilegio non significa non riconoscere che *alcune* di esse siano, effettivamente, privilegiate. Inoltre, questa marginalità può essere estesa ad altri individui in condizione di vulnerabilità, sicché la critica al modello corrente di *Welfare State* potrebbe essere effettuata anche adottando il loro punto di vista.

all'interno delle mura domestiche e di quelle proprie delle strutture socio-sanitarie a carattere assistenziale⁹.

2. Persone anziane e contesto urbano: verso, fuori, dentro

È soprattutto in relazione a tale profilo che l'invecchiamento della popolazione si intreccia con un altro relevantissimo processo che caratterizza l'epoca contemporanea, ossia l'urbanizzazione. È cosa nota come, ormai da oltre un decennio, a livello mondiale la popolazione residente nelle città abbia superato numericamente quella che vive nelle zone rurali. L'anno di riferimento di questo passaggio epocale è il 2009 e i dati diffusi al riguardo sono quelli delle Nazioni Unite, le cui proiezioni continuano a confermare come la quota di persone residenti in città sia destinata a crescere anche in futuro, seppur in modo non proporzionale rispetto a quanto accaduto finora¹⁰. Se oggi giorno più della metà della popolazione globale vive nei contesti urbani, si ipotizza infatti che entro il 2050 questo valore raggiungerà all'incirca i due terzi (68%), con una crescita più rapida nei Paesi in via di sviluppo.

Anche per tale motivo, il XXI secolo è considerato il “secolo delle città”, ossia un tempo in cui i nuovi centri urbani, tendenzialmente in crescita¹¹, sono protagonisti di rilevanti trasformazioni. Si tratta di un protagonismo che riguarda non solo l'ambito urbanistico, ma anche il piano socioeconomico e quello politico, inevitabilmente implicati nelle dinamiche di trasformazione che interessano le città. Proprio per tale motivo, oggi giorno lo spazio urbano è considerato un ambito da studiare, da comprendere nei propri elementi costitutivi, nelle sue specifiche articolazioni e finanche nelle contraddizioni che lo attraversano. Non solo, infatti, l'intensità del processo di urbanizzazione differisce a seconda dell'ambito geografico di riferimento (nonché all'interno dei diversi Stati, come rivela

9. Si tratta di un processo che, oltre ad interessare la dottrina che si occupa del tema, investe direttamente la sfera delle politiche pubbliche. Non ultima, per quanto riguarda l'ordinamento italiano, l'attenzione rivolta alle persone anziane all'interno del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), che ha condotto anche all'adozione della l. 33 del 2023, di delega al Governo in materia di politiche a favore delle persone anziane, c.d. “legge delega per la non autosufficienza”.

10. Si vedano i *data population prospects* elaborati dall'UN Department of Economic and Social Affairs, <https://population.un.org/wpp/>.

11. Una rilevante eccezione è costituita dalle *shrinking cities*, ossia dalle città che si trovano in contrazione per la presenza di una forte decrescita demografica.

proprio l'esperienza italiana¹²), ma le città costituiscono realtà complesse, che non possono essere assimilate le une alle altre, anche perché le ragioni sottese ai processi di inurbamento possono essere tra loro profondamente diverse. Ciononostante, è possibile individuare una serie di costanti che assumono rilievo a seguito della diffusione urbana. Quest'ultima sta favorendo, infatti, l'insorgere (o, talvolta, la riproposizione) di una serie di questioni un tempo sottaciute, legate innanzitutto all'ambiente, alla sfera dell'inclusione sociale, al riconoscimento dei soggetti, nonché alla gestione degli spazi, in particolar modo pubblici.

Ai fini che interessano in questa sede, il processo di urbanizzazione rileva laddove si intreccia con quello di invecchiamento. Si è già avuto modo di osservare come la percentuale di persone anziane che attualmente risiede nelle città si discosti di poco da quella delle fasce più giovani e come sia destinata ad aumentare, in modo non dissimile da quanto accadrà per queste ultime¹³. In tale ottica, la presenza delle persone anziane nel contesto urbano assume rilievo per le inevitabili ricadute del fenomeno demografico sul territorio della città. Inoltre, la relazione tra urbanizzazione e invecchiamento della popolazione acquista centralità anche per quanto concerne la c.d. "città invecchiata", cioè per la presenza di aree urbane in cui la concentrazione di persone anziane è più alta.

Eppure, nonostante le città siano attualmente abitate da una popolazione (sempre più) anziana e tale scenario caratterizzi anche le previsioni future, il contesto urbano non si configura in termini particolarmente *age-friendly*. I motivi che concorrono rendere le città territori "escludenti" piuttosto che inclusivi sono molteplici. Si pensi innanzitutto al fatto che le diffuse logiche di mercato e, in particolare, il processo di *gentrification*, si scontrano con la condizione di vulnerabilità sociale di molte persone anziane, rendendo di fatto molto costoso – e finanche insostenibile – vivere in città, con l'effetto di indurre tali individui a spostarsi verso contesti più periferici e meno costosi, ma anche meno dotati di servizi.

Tale tendenza è incentivata anche dal fatto che all'interno di molte città e, in particolare, in quelle universitarie, la localizzazione dei nuovi plessi universitari come strategia di rigenerazione urbana sta portando a un ingente spostamento dei giovani proprio nei centri cittadini. Si tratta di un processo che infonde nuova linfa all'interno di città talvolta stanche, e che

12. Come anticipato, la differenza rilevante non è solo su base regionale, ma anche tra contesto urbano e aree interne. Sul punto, cfr. De Donno 2021 e, con uno sguardo ampliato al contesto europeo, Zoppi 2019.

13. Cfr. UN Department of Economic and Social Affairs 2019; WHO 2023; per quanto riguarda l'Italia, si veda ISTAT 2023b.

tuttavia produce anche conseguenze negative per parte della popolazione locale. Non è infrequente, invero, che questa “giovanilizzazione” del centro cittadino induca le amministrazioni pubbliche a privilegiare i bisogni e le pratiche della “nuova popolazione urbana”, dunque a concepire i tempi e gli spazi della città in funzione di fasce della popolazione “altre” rispetto a quella senile.

Del resto, anche a prescindere da tale tendenza, la programmazione architettonica e urbana sembra ancora perlopiù associata all’idea di una città giovane e in crescita (Simpson 2015, 14), sicché l’invecchiamento della popolazione sta comportando una vera e propria crisi già sul piano progettuale. Inoltre, a rendere arduo a chi sia anziano vivere all’interno dei centri urbani concorrono l’indebolimento delle reti di vicinato e il più generale affievolimento della dimensione relazionale, al quale contribuisce la presenza di famiglie perlopiù mononucleari e di persone anziane “sole”. Infine, un ulteriore elemento di esclusione è costituito dalla presenza di vincoli urbanistici e architettonici, che non di rado costituiscono vere e proprie barriere per il pieno accesso alla città e per la fruizione dei suoi spazi (sia permesso rimandare a Bernardini 2021).

Quelli richiamati sono solo alcuni tra i principali fattori che, in sinergia tra loro, concorrono a far sì che le persone anziane costituiscano ancora una categoria marginale (ed emarginata) nell’ambito del contesto urbano. Tale rilievo generale non esclude che esistano esperienze in controtendenza, ossia “città amiche” delle persone anziane, nonché “città accessibili” (Meshur 2016) e “città attive” (Borgogni, Farinella 2017), ove sono ottimizzate le opportunità a favore della salute, della partecipazione e della sicurezza. Per questo motivo, elevando l’invecchiamento attivo a “valore urbano generale” (Falasca 2017), soprattutto negli ultimi vent’anni si è insistito sull’importanza di tenere conto in modo responsabile dell’esistenza delle persone anziane anche nel contesto urbano. Si tratta di dipartire dalla percezione che tali individui siano un problema e di non ancorare la loro soggettività a visioni che si richiamino a stereotipi ageisti (connessi *in primis* alla presunta “naturale” incapacità di questi soggetti¹⁴). Solo in tal modo le città possono aspirare ad essere inclusive *anche* nei confronti delle persone anziane.

È necessario rimarcare come tale tendenza sia sostanzialmente relativa agli ultimi due decenni. Questo significa che, in origine, non ci si era interrogati in merito accessibilità del contesto urbano, né in ordine alla sua capacità di essere inclusivo (anche) nei confronti di chi sia anziano,

14. Un’incursione di carattere storico-giuridico su tali presunzioni è ospitata nel contributo di Federico Fabi, presente in questo volume; nel suo saggio, Emilio Paolo Visintin si sofferma invece sul rilievo contemporaneo degli stereotipi ageisti.

a riprova di come questa soggettività, con i suoi bisogni, sia stata a lungo irrilevante. Non si tratta di una circostanza sorprendente. Piuttosto, è una conferma della tesi enunciata in precedenza: l'esclusione delle persone anziane dalla città – o, con maggior rigore, da alcune sue aree – va ascritta in primo luogo a una questione socioculturale, ossia all'alternativa tra invisibilità e visibilità sociale. Del resto, quest'ultima costituisce la preconditione del riconoscimento dei soggetti e dei loro diritti e, di conseguenza, della loro inclusione spaziale, anche per quanto concerne il contesto urbano.

Al riguardo, un ruolo di indubbio rilievo può e deve essere chiaramente riconosciuto anche alla disciplina urbanistica. Per molto tempo, quest'ultima ha fatto proprio quell'atteggiamento di indifferenza – quando non di vero e proprio occultamento – nei confronti dell'età senile che era già riscontrabile sul piano socioculturale, così concorrendo a sancire l'irrelevanza sociale delle persone anziane e a perpetrarne la condizione di emarginazione e di disegualianza. Anche in relazione alla progettazione degli spazi della città, infatti, la domanda qualificante sembra quella individuata alcuni anni addietro da Martha Nussbaum (2006) in merito alla progettazione dei principi di base della società. Nel chiedersi da chi siano progettati questi ultimi e a favore di chi essi siano rivolti, la filosofa americana metteva in luce come taluni gruppi di individui – a partire da donne, persone con disabilità e bambini – detengano minore potere e risorse rispetto ad altri, con la conseguenza che i loro interessi e bisogni specifici vengono misconosciuti. I principi fondamentali della società sono stabiliti da chi detiene il potere sociale – dunque innanzitutto da uomini adulti e senza disabilità – e, di norma, riflettono i loro interessi.

La stessa dinamica sembra valere anche per le persone anziane, che non a caso costituiscono la “nuova frontiera della giustizia” con la quale le società contemporanee sono chiamate a confrontarsi (Nussbaum, Levmore 2017). Chiaramente, la ragione per la quale tale confronto è necessario non risiede nel mero dato quantitativo, ossia nel fatto che le società contemporanee invecchiano; piuttosto, assumono rilievo l'eguale considerazione e rispetto dovuti ciascun individuo. Si tratta dunque di un problema di giustizia che ha a che fare innanzitutto con il riconoscimento: dei soggetti, dei diritti, dei bisogni¹⁵.

Come si è avuto modo di osservare in precedenza, la ragione precipua della condizione di vulnerabilità in cui versano i gruppi di soggetti

15. A propria volta, come è ormai noto, la giustizia richiede un'azione anche sul piano della (re)distribuzione. Un'applicazione del dibattito al tema della giustizia urbana per le persone anziane è presente in Joy 2020.

summenzionati è costituita dal fatto che essi non presentano le caratteristiche del “soggetto paradigmatico”, costituito dall’individuo autonomo, indipendente e irrelato che è stato teorizzato nell’ambito del liberalismo¹⁶. Ebbene, sembra che in origine anche l’architettura e l’urbanistica assumessero tale individuo, di matrice cartesiana, come referente implicito per la progettazione degli spazi (Imrie 2003). In relazione alla città, in particolare, si presumeva che il fruitore dello spazio urbano possedesse *naturalmente* determinate caratteristiche, a partire dalla capacità di orientarsi autonomamente e di muoversi all’interno dello spazio fisico, nonché dall’indipendenza da ausili per la mobilità e da altri supporti. L’adesione a tale assunto ha comportato l’esclusione dalla città di chi non fosse (reputato) in grado di soddisfare i requisiti ascritti al soggetto paradigmatico, come le persone anziane.

Fino a tempi recenti, infatti, la disciplina urbanistica ha fatto proprio l’approccio più diffuso sul piano socioculturale, di tipo medico, che vedeva nell’età senile un periodo di inevitabile declino e di perdita delle proprie funzioni fisiche e cognitive che si rifletteva in modo inevitabile anche sull’opportunità di accedere alla sfera urbana. In questa prospettiva, non era la città a essere escludente nei confronti delle persone anziane, ma erano piuttosto queste ultime a rivelarsi incapaci di adattarsi ai suoi ritmi e di fruirne adeguatamente gli spazi. Il loro isolamento e la loro marginalità erano pertanto da considerarsi inevitabili, dovendosi appunto imputare all’incapacità di esibire le caratteristiche prestazionali del fruitore “standard” della città.

Come già in relazione agli altri soggetti “non paradigmatici” – che, in quanto tali, storicamente sono stati esclusi dagli spazi pubblici e urbani¹⁷ – anche in tal caso si è preferito ricorrere a quella strategia di “gestione” della devianza che consiste nell’adozione di interventi *ad hoc*¹⁸, diretti a mantenere sostanzialmente inalterato il contesto urbano. Invero, le soluzioni progettuali in materia sono state a lungo ispirate a un ideale che può

16. Si tratta del soggetto che, storicamente, è stato identificato con l’individuo maschio, adulto, senza disabilità, etc. Per un approfondimento in chiave giuridica, Bernardini, Giolo 2017 e, in relazione agli spazi, 2021.

17. Oltre a essere esaminato in relazione alle dinamiche contemporanee di esclusione proprie delle città (globalizzate) contemporanee (Ciaramelli 2023), il tema è stato affrontato perlopiù in riferimento alla soggettività delle persone migranti e delle donne, come nei lavori di Kern (2021).

18. Emblematica, in questo senso, la funzione di “confinamento” storicamente svolta dagli spazi chiusi, come quelli domestici e quelli delle residenze sanitarie assistenziali.

essere considerato di vero e proprio “confinamento” delle alterità¹⁹. Nel caso specifico delle persone anziane, si sono privilegiate risposte abitative istituzionalizzate, pensate per rispondere alla perdita di autonomia, al deterioramento cognitivo, nonché alle possibili condizioni di isolamento sociale e alla solitudine ad esse correlate. Tali luoghi (tra i quali è possibile annoverare le case di riposo e le strutture sociosanitarie a carattere assistenziale), pur ubicati nelle città – anche se, sovente, ai loro margini – sono stati a lungo utilizzati come spazi di separazione fisica e simbolica dalla norma, e per questo sono stati considerati gli eredi delle “istituzioni totali”, su cui molto hanno scritto Foucault, Goffman e Basaglia²⁰.

Talvolta, con una strategia all'apparenza opposta, si è giunti a realizzare “realtà altre”, così inducendo le stesse persone anziane a una sorta di auto-espulsione dal contesto urbano. La mente corre in primo luogo all'urbanesimo diretto ai c.d. “giovani anziani” e, in particolare, al fenomeno conosciuto come “*age-segregated retirement community*”, ossia a uno dei più noti prodotti urbani della “*longevity revolution*” (Butler 2008). Si tratta della creazione di comunità residenziali chiuse, in genere destinate ad accogliere persone anziane, a partire da quelle *over 55*²¹. Sotta negli Stati Uniti²², questa tradizione architettonico-urbanistica, econo-

19. Sul “paradigma del confinamento” si veda Giolo (2021), la quale osserva come nel corso della pandemia le diseguaglianze nell'accesso allo e nel godimento dello spazio siano “esplose”, rivelando alcuni dei codici culturali su cui la nostra stessa società si fonda. Ai fini che ci interessano, ci limitiamo a ricordare come le persone con disabilità e quelle anziane non autosufficienti abbiano esperito il confinamento – residenziale o domiciliare – anche dopo la fine del periodo strettamente emergenziale, ora per la chiusura prolungata delle strutture, ora per l'interruzione dei servizi domiciliari, che è parsa talmente “naturale” da non dover essere nemmeno comunicata agli interessati e alle loro famiglie. Sul punto, Merlo 2021.

20. In relazione a tale profilo, è interessante osservare anche la diversa collocazione topografica delle RSA e delle RSD nel contesto italiano; mentre le prime sono perlopiù collocate ai margini delle città, le seconde si trovano più di frequente nel contesto urbano (e sono dunque più facilmente raggiungibili), quasi a suggerire un regime differenziale di esclusione tra persone anziane non autosufficienti e persone con disabilità. I dati relativi, provenienti dal database del Garante nazionale delle persone private della libertà personale, sono stati presentati da Ciro Pizzo nell'ambito del Congresso Nazionale AISU *Oltre lo sguardo. Interpretare e comprendere la città*, tenutosi nel 2023, nell'ambito della sessione “Schemi percettivi, ordini urbani. L'organizzazione topologica della disabilità e della vecchiaia”, i cui atti sono in corso di pubblicazione.

21. Al riguardo, non sarà sfuggito il rilevante abbassamento della soglia di ingresso nell'età senile rispetto alle classificazioni internazionali attualmente accreditate: è il pensionamento, non l'età anagrafica, a stabilire la linea di confine che permette di distinguere chi sia anziano da chi non lo è. In questa prospettiva, la vecchiaia è una questione di produttività.

22. Queste soluzioni abitative sono nate, infatti, a metà del secolo scorso in Arizona,

mica e socioculturale si è diffusa anche in altri contesti, compreso quello europeo²³. Si tratta di soluzioni alloggiative scelte *in autonomia* dagli abitanti di tali comunità, che a un certo punto della propria vita *decidono* di riunirsi in questi spazi, dotati di vari comfort, dove appunto alloggiano unicamente persone anziane.

Quelle in oggetto sono decisioni che, a uno sguardo critico, non possono sollevare alcuni interrogativi. Il primo riguarda l'età degli ospiti di tali comunità: di certo, non sarà sfuggito il rilevante abbassamento della soglia di ingresso nell'età senile rispetto alle classificazioni internazionali attualmente accreditate, che si attestano all'incirca attorno ai 65 anni e delle quali, tra l'altro, da qualche tempo gli esperti richiedono un innalzamento, anziché un abbassamento. Sembrerebbe, insomma, che sia il pensionamento, non l'età anagrafica, a stabilire la linea di confine che permette di distinguere chi sia anziano da chi non lo è.

Ebbene, che l'età senile non possa essere ridotta e ricondotta a un mero dato anagrafico (Laslett 1989), è ormai cosa nota, e di per sé nient'affatto problematica. Ciò che invece lascia perplessi è il legame che finisce per essere instaurato tra il pensionamento e la vecchiaia, come se la questione rilevante, o quantomeno prioritaria, finisse per essere ancora una volta la produttività dell'individuo. Il dubbio, insomma, è quello di trovarsi innanzi a ulteriori tentativi di gestione neoliberale della vecchiaia, che tra le altre cose mirano perlopiù a incentivare anche sul piano spaziale la creazione di un'*élite* di persone anziane abbienti, in grado di abitare contesti esclusivi, rinsaldando al contempo una logica di classe.

Tale possibilità non pare affatto contraddetta dalla circostanza per la quale le persone scelgono liberamente una simile soluzione abitativa. Invero, si potrebbe ipotizzare che una scelta all'apparenza libera sia in realtà dovuta alla sostanziale mancanza di condizioni che rendano possibili soluzioni "altre"²⁴, che ancora una volta rilevano in primo luogo sul piano socioculturale. Si potrebbe ipotizzare, infatti, che a indurre le persone anziane a preferire un auto-isolamento all'interno di specifici contesti non sia tanto uno spirito elitario, né la volontà di vivere "tra pari", ma il senso di esclusione e di non-appartenenza conseguente al mancato riconoscimento quali soggetti, unitamente alla scarsa soddisfazione dei propri bisogni e all'inefficace tutela dei diritti da loro sperimentati nel

come alternative rispetto alle strutture residenziali per persone anziane; la prima città a presentare tali caratteristiche, realizzata da Ben Schleifer, è Youngstown.

23. Cfr. le *Europe retirement homes*, "colonie di migrazione" degli anziani: King *et al.* 2000; Huber, O'Reilly 2004. Nella medesima prospettiva, esistono anche catene di piccole cittadine residenziali per le persone anziane, diffuse, tra le altre, nell'Italia meridionale.

24. Sul rilievo della "libera scelta", cfr. Facchi, Giolo 2020.

contesto urbano (si vedano al riguardo le riflessioni di Dorato, in Dorato e Bernardini 2021).

Per questo, appare necessario comprendere se, mutando le condizioni della scelta – a partire dalla garanzia dell’accessibilità del contesto urbano e dall’affermarsi di una diversa percezione culturale dell’età senile, non ascrivibile a un paradigma di tipo medico – comunque tali soggetti preferirebbero abitare all’interno di una comunità omogenea per età, piuttosto che vivere in un contesto urbano intergenerazionale, dove è verosimile pensare che essi possano avere sviluppato un senso, seppur minimo, di *radicamento*²⁵. Il (legittimo) sospetto, infatti, è che la configurazione dell’urbano in senso inclusivo potrebbe indurre a effettuare scelte ben diverse.

Anche gli enti e gli organismi multilivello sembrano di questo avviso; non a caso, negli ultimi decenni, sono state adottate varie iniziative dirette a promuovere l’invecchiamento attivo e la partecipazione sociale delle persone anziane²⁶. Tra queste, si distinguono in particolare alcuni documenti, ove si rimarca che chi invecchia ha il diritto di continuare a vivere in un contesto urbano che sia inclusivo e accessibile tanto dal punto di vista dello spazio fisico, quanto in relazione alla dimensione sociale, e al cui interno si cerca di promuovere il coinvolgimento delle persone anziane quali soggetti attivi, sia all’interno delle città sia – ancor prima – quali interlocutrici nel momento di ideazione delle politiche pubbliche²⁷.

Sulla scorta di tale mobilitazione, dovuta anche al progressivo superamento del paradigma medico dell’età senile sul piano culturale – in base al quale la vecchiaia è un tempo di inevitabile declino, che segna una progressiva e pressoché totalizzante incapacità del soggetto²⁸ – e all’afferma-

25. Il radicamento, ossia il legame con il proprio ambiente e i legami significativi, assume per la persona anziana un significato molto rilevante, tanto da condizionarne in modo determinante il benessere. Pagine intense sulla relazione tra età senile, radicamento e diritto sono state scritte da Norberto Bobbio (1996).

26. Di recente, Silvia Solidoro ha effettuato una ricostruzione critica del quadro internazionale posto a tutela dei diritti delle persone anziane (Solidoro 2023).

27. Si vedano, per esempio, i documenti adottati a tal fine dall’Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO 2007 e, quale suo sviluppo, WHO 2023, nonché WHO 2012). Tra gli esempi di politiche su base locale, figura il Piano di Azione Regionale per gli Anziani dell’Emilia-Romagna (PAR), “Una società per tutte le età”, che costituisce la principale sede regionale di confronto tra istituzioni, organizzazioni sindacali dei pensionati e rappresentanti del Terzo Settore. Infine, si segnalano raccolte di casi studio virtuosi (tra questi, ARUP 2015 e, nel contesto italiano, Carpentieri *et al.* 2021).

28. Questi e altri stereotipi connessi all’età senile vanno a costituire quella forma di discriminazione sistemica per la quale, alla fine degli anni Sessanta, il gerontologo Robert Butler coniò il termine *ageism* (Butler 1969). Come anticipato, all’interno di questo vo-

zione di modelli ulteriori, tra i quali spiccano l'invecchiamento attivo e quello in salute, è in atto anche un profondo ripensamento dello spazio urbano²⁹. Muovendo in direzione ostinata e contraria rispetto alle esperienze americane richiamate in precedenza, che vedono la creazione di vere e proprie comunità chiuse, l'approccio prevalente è oggi diretto a riconoscere come necessaria la realizzazione di contesti urbani che siano (*anche*³⁰) a misura degli individui anziani, sì da garantirne l'accessibilità e la fruibilità a un'utenza allargata. Le soluzioni progettuali proposte finora sono state varie, ma tutte dirette a promuovere il riconoscimento delle persone anziane e dei loro diritti, a partire da quello all'abitare.

3. Il diritto all'abitare: perimetrazioni

L'espressione "diritto all'abitare" si compone di parole che rinviano a due differenti universi semantici: la teoria dei diritti fondamentali da un lato e lo spazio della casa e della città dall'altro. A venire in rilievo è dunque la relazione tra diritto e spazio, che può essere considerata addirittura genetica, laddove il diritto ha necessariamente bisogno di un *dove* applicativo.

In relazione al diritto all'abitare, il *dove* che ha costituito a lungo oggetto di attenzione è stato lo spazio domestico, inteso come primo centro di realizzazione del benessere individuale, tanto che di norma tale diritto è declinato nei termini di diritto – non all'abitare, ma – all'"abitazione"³¹. Quest'ultimo è un diritto umano, riconosciuto da molteplici fonti normative multilivello, a partire dall'art. 25 della Dichiarazione Universale dei diritti umani del 1948 e dall'art. 11 del Patto Internazionale sui diritti economici, sociali e culturali del 1966. Considerato quale parte fondamentale del diritto alla salute e al benessere individuale, il diritto all'abitazione è contemplato anche all'interno di altri documenti internazionali

lume si sofferma su tale peculiare forma di discriminazione – intesa a propria volta come barriera alla garanzia del diritto all'abitare – il contributo di Emilio Paolo Visintin.

29. Per un approfondimento in chiave critica dei vari paradigmi, nonché per un'analisi dei relativi documenti adottati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, si veda Serpe (2022), che tuttavia non si occupa dello specifico profilo del diritto all'abitare.

30. A ben vedere, la città inclusiva racchiude in sé una pluralità di *forme* di città (come quella "sicura", quella "amica" o quella "sostenibile"), ciascuna delle quali è (anche) espressione dei desideri che promanano dalle varie soggettività escluse, in una costante contrattazione di queste ultime con i governanti, ai fini dell'elaborazione di politiche che rispondano ai bisogni espressi "dal basso". Cfr. Amendola 2010.

31. Lo si evince anche dai molteplici riferimenti normativi richiamati nel contributo di De Donno e Tumminelli, in questo volume.

specificamente posti a tutela dei diritti umani e, in particolare, delle varie convenzioni internazionali che si inseriscono nel processo storico di specificazione dei diritti umani e dei soggetti che ne sono titolari³².

Inoltre, tale diritto assume rilievo anche all'interno dei singoli ordinamenti nazionali³³; nell'ambito di quello italiano, per esempio, la dottrina e la giurisprudenza convergono oggi nel riconoscere il rilievo costituzionale del diritto all'abitazione (declinato come diritto tanto *sulla* quanto *alla* abitazione) e la sua funzione sociale, nonostante nella Costituzione l'unico riferimento esplicito all'abitazione sia contenuto all'art. 47, relativo – tra gli altri – all'accesso alla proprietà dell'abitazione³⁴. Un simile convincimento promana dal riconoscimento del diritto all'abitazione quale strumento funzionale a soddisfare i bisogni costituzionali della persona.

Rispetto al diritto all'abitazione, quello all'abitare sembra presentare una sorta di “eccedenza semantica”, che induce a prendere in considerazione un *dove* più ampio rispetto alla sfera domestica, che comunque mantiene il proprio imprescindibile rilievo; il diritto all'abitare parte invero dalla casa, ma comprende anche degli spazi che vanno *oltre* la casa stessa³⁵. Per questo, non sembra improprio affermare che il diritto all'abitare comporta una sorta di “complessificazione” del diritto alla casa, laddove mette in relazione lo spazio domestico con quello urbano. In tal modo, quello che in origine si configurava unicamente come diritto alla casa diviene un

32. Tra queste figurano la Convenzione internazionale per l'eliminazione di ogni forma di discriminazione razziale (1965), la Convenzione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne (1979), la Convenzione sui diritti del fanciullo (1989), la Convenzione sui diritti delle persone con disabilità (2008). Sul processo di specificazione, cfr. Bobbio 1990; Pariotti 2013.

33. Per un primo inquadramento, si veda CARITAS 2020.

34. Fin dagli anni Ottanta, la Corte Costituzionale italiana ritiene che il diritto all'abitazione si configuri come un “dovere collettivo di impedire che delle persone possano rimanere prive di abitazione”. Tale dovere “connota la forma costituzionale di Stato sociale e riconosce un diritto sociale all'abitazione collocabile fra i diritti inviolabili dell'uomo di cui all'art. 2 della Costituzione”. Per la Corte, tra i “compiti cui lo Stato non può abdicare in nessun caso”, si annovera quello di “creare le condizioni minime di uno Stato sociale, concorrere a garantire al maggior numero di cittadini possibile un fondamentale diritto sociale, quale quello all'abitazione, contribuire a che la vita di ogni persona rifletta ogni giorno e sotto ogni aspetto l'immagine universale della dignità umana” (Corte Cost., sentt. nn. 49/1987 e 217/1988). Sul rilievo costituzionale del diritto *all'abitare*, cfr. Olivito 2017.

35. In campo progettuale, è invalso l'uso di riferirsi alla multiscalarità per la lettura del territorio e dei fenomeni che ne producono la trasformazione, sia sul piano concettuale, sia su quello operativo; questo permette, per esempio, di interrogarsi sulla definizione dello spazio prendendo in considerazione la casa, il quartiere, la città e così via. Nella sfera giuridica, al contrario, la consapevolezza relativa alla necessaria integrazione tra gli spazi sembra maturata solo di recente.

aspetto del più ampio diritto a una città più giusta, dove l’abitazione costituisce un punto d’intersezione qualificante – ma non unico – tra molteplici strade, politiche e diritti. Del resto, se l’abitare è funzionale a garantire la dignità e il benessere individuale, la qualità dell’abitare – alla quale è diretta la presenza di condizioni dirette a supportare le capacità dei soggetti e a favorire la loro inclusione – assume rilievo sia all’interno delle mura domestiche, sia al di fuori di esse.

Su un piano teorico, le conseguenze di questo ampliamento di prospettiva paiono almeno due. Innanzitutto, l’attenzione congiunta al contesto domestico e alla dimensione urbana permette di comprendere come la sfera pubblica e quella privata siano separate da “confini morali” (Tronto 1993), che distinguono tra “fuori” e “dentro”, interno ed esterno e, in tal modo, consentono di separare ciò che è giuridicamente e politicamente rilevante da quanto, al contrario, pare destinato ad assumere rilievo unicamente sul piano morale. Si tratta di linee *politiche*, tracciate per sancire la rilevanza di talune questioni (quelle ritenute degne di accedere al dibattito pubblico) e soggetti (quelli che popolano tale spazio) e l’irrilevanza di altri (consegnati alla sfera privata). È, questa, la *funzione selettiva* dei confini e del correlato paradigma del confinamento su cui ci si è già ampiamente soffermati.

Inoltre, a venire in rilievo è anche la separazione netta tra altre due tipologie di spazio, ossia domestico e (pubblico³⁶) urbano: a seguito della messa in discussione dei confini, l’uno e l’altro si rivelano infatti co-essenziali al fine di assicurare condizioni di vita dignitose a ciascun individuo proprio in relazione all’abitare. Del resto, appare oggi quanto mai evidente che, per garantire in modo adeguato il diritto all’abitare, la casa e il contesto urbano non possono essere considerati in modo disgiunto. L’urbano costituisce infatti una sorta di “prolungamento esterno” rispetto alla casa: la presenza di servizi urbani e di prossimità, di supporti alla mobilità, nonché di spazi pubblici che siano effettivamente fruibili nel quotidiano è una condizione assai rilevante – o, meglio, imprescindibile – del benessere della persona, laddove permette di rispondere in modo appropriato alla pluralità dei suoi bisogni, esigenze e desideri.

A maggior ragione, questo vale per i soggetti che finora si sono trovati in una condizione di vulnerabilità sociale e spaziale, come è accaduto alle persone anziane e, in particolare, a quelle classificate come “non autosuffi-

36. Mentre, in pieno spirito neoliberale, si assiste alla crescente tendenza a privatizzare lo spazio pubblico urbano – o, più propriamente, a utilizzarlo, anche se solo temporaneamente, a fini privati – la garanzia relativa alla possibilità di effettuare un uso pubblico di tale spazio costituisce una condizione importante del benessere individuale.

cienti”. Per loro, infatti, il tema dell’abitare assume un rilievo particolare, in quanto la perdurante crisi economica, l’assenza di politiche pubbliche adeguate e i mutamenti demografici hanno contribuito ad acuirne la condizione di diseguaglianza e di esclusione sociale³⁷.

La questione è nota da alcuni decenni. Ormai da tempo, invero, si fa appello al “diritto [delle persone anziane] di invecchiare in casa propria” (Falasca 2018), che oltre a richiamarsi alla domiciliarità richiede anche di porre attenzione al contesto abitativo più ampio e, dunque, agli spazi della città. In senso analogo, con sempre maggiore frequenza si evoca pure il c.d. “diritto alla vita indipendente”, in origine previsto nel contesto internazionale dall’art. 19 della Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità (CRPD), ma pacificamente ritenuto applicabile anche a chi sia anziano³⁸. L’art. 19 CRPD riconosce il diritto delle persone con disabilità (e, per estensione, di quelle anziane) a vivere nella comunità con la stessa libertà di scelta degli altri individui. Pone così in capo agli Stati Parti l’obbligo di adottare misure che facilitino il pieno godimento di tale diritto. Essi sono tenuti ad assicurare che questi individui abbiano la possibilità di scegliere il proprio luogo di residenza, nonché dove e con chi vivere, senza essere obbligati a trascorrere la propria esistenza in una particolare sistemazione abitativa. A tal fine, l’art. 19 CRPD prevede come necessaria la garanzia dell’accesso ai servizi di sostegno domiciliare, residenziale o di comunità, compresa l’assistenza personale, sì da permettere di vivere all’interno delle comunità e di contrastare l’isolamento e la segregazione. Del resto, “[i]l nucleo storico e logico della vita indipendente è nella critica del segregazionismo” (Tarantino 2021, 27).

Non sfuggirà il differente rilievo giuridico dei due “diritti”. Se nel caso del “diritto di invecchiare a casa propria” si tratta di un impiego sostanzialmente retorico del sintagma giuridico, diretto a favorire l’emersione di questioni socialmente e giuridicamente rilevanti, al contrario il “diritto alla vita

37. Se questa situazione di precarietà è vissuta anche da altri soggetti, tuttavia la condizione di vulnerabilità delle persone anziane è stata l’ultima, in ordine temporale, a essere stata sottoposta a un’indagine di tipo critico, diretta a contestarne l’inevitabilità.

38. Le ragioni di questa operazione ermeneutica sono molteplici. In primo luogo, l’attuale mancanza di una convenzione internazionale che tuteli specificamente i diritti umani delle persone anziane ha indotto a ritenere applicabile la CRPD anche a queste ultime, stante la presenza di bisogni simili. Ciò vale, a maggior ragione, ove si tratti di persone anziane non autosufficienti, ossia anziane e con disabilità. Infine, il concetto di indipendenza si ritrova correlato alla condizione anziana anche all’interno di altre fonti normative sovranazionali, a partire dall’art. 25 della Carta dei diritti fondamentali dell’Unione europea.

indipendente” ha un proprio fondamento normativo. Già prima dell’entrata in vigore dell’art. 19 CRPD, invero, nonostante non fosse presente sul piano internazionale, il diritto alla vita indipendente era contemplato da molteplici fonti multilivello³⁹. Tuttavia, al di là di questa significativa differenza, è chiara anche la rilevante affinità tra i due diritti: in entrambi i casi, l’abitare è inteso quale concetto giuridico multidimensionale, come snodo essenziale e punto di convergenza tra il diritto alla salute, la dignità, l’autonomia e la partecipazione sociale della persona⁴⁰.

Il diritto all’abitare rivela così tutta la propria complessità, sia perché sul piano teorico si configura nei termini di una libertà di scelta (dunque, uno dei “classici” diritti di libertà) che è al contempo un diritto sociale, sia in quanto la sua attuazione richiede un deciso mutamento di prospettiva nell’ambito delle politiche pubbliche e sul piano socioculturale. Impone, infatti, di abbandonare l’approccio assistenzialistico, che nella risposta alla domanda di salute e cura privilegia il ricorso al paradigma ospedaliero o, in alternativa, quello all’istituzionalizzazione – intesa come forma ordinaria di residenzialità – e di valorizzare il diritto della persona anziana di scegliere dove trascorrere la propria vita, in presenza di una pluralità di opzioni per lei significative. Chiaramente, deve trattarsi di opzioni concretamente accessibili per la persona; in caso contrario, si sarebbe in presenza di un’alternativa solo teorica e la scelta in questione finirebbe per rivelarsi tutt’altro che libera⁴¹.

Adottare una simile prospettiva richiede, come ormai ampiamente osservato, di operare alcune rilevanti modifiche in relazione al modo corrente di concettualizzare l’età senile e di affrontare le questioni ad essa correlate. Si tratta innanzitutto di abbandonare la concezione culturale che vede nella persona anziana una passiva ricettrice di cura, un individuo bisognoso da aiutare con un approccio assistenzialistico mirato *in primis* a

39. Invero, anche il diritto alla vita indipendente non costituisce una novità per gli ordinamenti contemporanei; all’interno di quello italiano, per esempio, ha fatto il proprio timido ingresso già prima dell’entrata in vigore della Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità, tanto da configurarsi come un *principio d’azione*, pressoché onnipresente all’interno di ogni atto giuridico, politico e amministrativo sulla disabilità, che ha finito per costituire un “mantra”, “un’eterna e inoperosa ripetizione” che finisce per sancirne l’ineffettività (cfr. Tarantino 2021, 24).

40. Non a caso, in apertura della ricerca sul c.d. “diritto di invecchiare a casa propria” (Falasca 2018), sono richiamati l’art. 25, comma 1 della Dichiarazione universale dei diritti umani, l’art. 32 della Costituzione italiana, gli artt. 25 e 34, comma 1 e 35 della Carta dei diritti fondamentali dell’Unione europea.

41. La carenza di assistenza domiciliare o la lontananza dell’abitazione dai servizi essenziali possono infatti rendere il ricovero in una struttura residenziale una scelta obbligata.

far fronte alle esigenze legate alla salute, per riconoscerla piuttosto quale soggetto che può e deve essere protagonista delle proprie scelte di vita. Se favorita dalla presenza di condizioni abilitanti, anche la persona anziana può infatti condurre una vita “fiorente”, non “contrassegnata” unicamente da profili di natura sanitaria.

È appunto a questo aspetto che si lega il carattere “attivo” dell’invecchiamento, che sovente oggi è interpretato, in modo riduttivo, secondo una logica produttiva e prestazionale, legata primariamente al mercato del lavoro. Ove correttamente inteso, il termine “attivo” assume piuttosto un significato simile a quello di “inclusione” e di “partecipazione”, tanto alla società quanto alla vita urbana, in una prospettiva diretta a prevenire e a contrastare l’isolamento⁴².

Per tale motivo, l’attenzione alla soggettività delle persone anziane e alle condizioni di vita da esse quotidianamente esperite all’interno delle città (Gottdiener *et al.*, 2015) – partendo dalla casa per comprendere i quartieri e le comunità di riferimento – si rivela una componente fondamentale anche ai fini di una corretta amministrazione del territorio. Da quanto osservato, è evidente infatti come il benessere di questi soggetti e la (percezione della) qualità della loro vita dipendano anche dall’attenzione loro rivolta da parte delle amministrazioni pubbliche preposte al governo del territorio e alle sue trasformazioni, attraverso le relative politiche pubbliche⁴³. In questo settore, l’invecchiamento della popolazione chiama pertanto direttamente in causa la responsabilità di un potere pubblico a cui è richiesto di farsi *responsive* (Fineman, Spitz, *in press*), ossia sollecito e attento, pure in relazione all’arcipelago di questioni correlate al diritto all’abitare.

Almeno per quanto riguarda l’ordinamento italiano, si tratta di una prospettiva che si pone in netta discontinuità rispetto all’approccio più

42. Sin dall’origine, nell’ambito delle politiche pubbliche internazionali l’“invecchiamento attivo” era diretto a superare l’idea che con “attività” si indicasse la mera partecipazione al mercato lavorativo (cfr. UN Year of Older People 1999, nonché WHO 2002). È appunto seguendo tale filo conduttore che nel 2006 l’Organizzazione Mondiale della Sanità ha lanciato il progetto Global Age-Friendly Cities, conclusosi con l’individuazione dei punti di azione che consentono di rendere il contesto urbano, nella reciproca integrazione tra l’ambiente naturale e quello costruito, “amico” di ogni età, senza che siano necessari adattamenti *ex post*, in ragione della mancata corrispondenza al modello di fruitore urbano “giovane” (WHO 2007, p. 72).

43. Per quanto concerne l’ordinamento italiano, la questione è resa ancora più complessa dalla presenza di una *governance* multilivello nelle politiche pubbliche per la città, nonché dalla differenziazione regionale. Per approfondimenti sul tema, cfr. De Donno, Di Lascio 2022.

diffuso: le questioni sociali che originano dall'invecchiamento della popolazione sono state considerate a lungo fenomeni a sé stanti, separati dallo spazio urbano e dalle politiche pubbliche ad esso relative (Gargiulo 2021, 10-11). Oggigiorno, al contrario, si richiede di riconoscere nell'invecchiamento attivo anche un fattore di crescita sociale (Falasca 2017) e di elaborare le politiche pubbliche rilevanti a partire da questo presupposto.

Se tale consapevolezza può forse dirsi acquisita in relazione ai “nuovi anziani”, sostanzialmente rappresentati dagli attivi *baby boomers* – i quali rivendicano un “diritto alla città” che si sostanzia in primo luogo nell’accesso allo spazio pubblico urbano e nel suo vero e proprio “consumo” (Carrera 2020a) – deve essere rimarcato come tanto l’invecchiamento attivo quanto il concetto di *age-friendliness* riguardino anche coloro che si trovano in età molto avanzata (comprese le persone anziane c.d. “non autosufficienti”). Del resto, ai sensi del Patto sui cambiamenti demografici (2015, 14), una città è adatta a tutte le fasce di età se permette a ciascuno di contribuire attivamente alla vita della comunità e se riconosce e tutela la dignità di *ogni* individuo, ponendo particolare attenzione alla presenza di condizioni di vulnerabilità. Questo aspetto richiede, a propria volta, l’ascolto delle persone, diretto a comprendere quali siano le loro necessità e richieste, ossia l’adozione di quella prospettiva “dal basso” e partecipativa alla quale si è più volte fatto riferimento.

Come si è avuto modo di osservare in precedenza, tra le necessità e richieste più rilevanti figura quella di invecchiare a casa propria. Per questo, l’attenzione al nesso tra età senile e spazio (domestico e urbano) induce inevitabilmente a prestare attenzione tanto al profilo dell’istituzionalizzazione, quanto al ripensamento del *welfare*. Invero, affinché possa dirsi adeguata, la garanzia del diritto all’abitare non implica solo che sia necessario migliorare la relazione tra le strutture sociosanitarie a carattere residenziale e il contesto urbano, al fine di contrastare la de-capacitazione degli individui. Piuttosto, è necessario anche agire sul processo di istituzionalizzazione, creando quelle condizioni di abitabilità domestica e accessibilità urbana che permettano di considerare la degenza all’interno delle strutture la soluzione residuale, anziché quella prioritaria. Si tratta, in altri termini, di prevenire l’istituzionalizzazione e di favorire la de-istituzionalizzazione che non siano volontarie, nonché di rendere lo spazio della città anche “a misura” di chi sia anziano, in modo tale da ampliare lo spettro delle opzioni abitative tra cui scegliere.

In relazione all’istituzionalizzazione, il discorso è di grande complessità, in quanto coinvolge numerosi diritti fondamentali, a partire dal-

la libertà personale. In questa sede sia sufficiente osservare che, oltre a contrastare con il quadro normativo multilivello⁴⁴, l'istituzionalizzazione non riconosce l'importanza terapeutica della dimensione abitativa e nega quella del radicamento e della relazionalità, parimenti essenziali nella garanzia del benessere individuale, tantopiù nel caso delle persone anziane, per le quali il contesto quotidiano e le relazioni assumono un'importanza peculiare. Per questo, “la de-istituzionalizzazione costituisce [...] l'opportunità per fornire risposte ai bisogni abitativi e relazionali degli anziani, come anche per porre a tema la riqualificazione degli spazi urbani e del patrimonio pubblico abitativo per realizzare poli e spazi di relazione inclusivi attraverso reti di servizi e attrezzature più accessibili” (Zanin 2018, 12).

A propria volta, tale processo si rivela fondamentale in relazione a un altro importante obiettivo. Esso favorisce il superamento delle “partizioni interne” tra soggetti anziani e, in particolare, di quella distinzione tra persone anziane “autosufficienti” e “non autosufficienti” che finora ha legittimato un approccio medicalizzante soprattutto nei confronti delle seconde. Tale approccio ha prodotto rilevanti conseguenze anche sul piano architettonico-urbanistico e sulle politiche relative all'abitare, favorendo appunto l'istituzionalizzazione – nonché l'ulteriore invisibilizzazione – di chi fosse considerato “non autosufficiente”⁴⁵.

Si tratta, insomma, di portare finalmente a compimento il (troppo lento) processo che ormai da qualche decennio mira a rendere inclusivo l'abitare, attraverso alleanze tra servizi e territorio che, pur nella corresponsabilità tra pubblico e privato⁴⁶, continuano a vedere nel soggetto pubblico un attore fondamentale per l'erogazione dei servizi. Se la crisi del modello tradizionale di *welfare* è una realtà ormai acclarata, un modello alternativo, come quello di tipo territoriale, appare invece in grado

44. Essa contrasta in primo luogo con gli artt. 14 e 19 della Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità. Per quanto riguarda l'ordinamento italiano, si segnala come la missione 5 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) preveda uno stanziamento diretto alla prevenzione dell'istituzionalizzazione delle persone anziane c.d. “non autosufficienti” e, in particolare, alla riconversione delle RSA e delle case di riposo in strutture abitative come i “gruppi appartamento”.

45. Si tratta di un approccio che la legge n. 33 del 23 marzo 2023, recante deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane, pare diretta a superare, proprio nell'ottica verso la quale muovono le riflessioni svolte in questa sede.

46. È noto come il rapporto tra pubblico e privato abbia subito, nel corso del tempo, un mutamento assai profondo. Da “grande dicotomia” che vedeva i due mondi separati in modo rigido, si è passati infatti a una loro “ibridazione” (sull'articolazione delle competenze in oggetto nell'ambito sociosanitario, cfr. Caruso 2023).

di interrompere la logica di organizzazione spaziale e sociale delle persone anziane, che almeno in parte ancora si presenta come segregante. Il *welfare* territoriale, soprattutto ove inteso nella sua capacità generativa, appare infatti in grado di favorire la tutela dei diritti fondamentali, che le persone anziane potrebbero esercitare all'interno di un contesto fisico e relazionale riconosciuto come "proprio". Tuttavia, affinché ciò sia possibile, è necessario aggiungere alla diade costituita dalla relazione tra *welfare*⁴⁷ e politiche abitative anche un terzo elemento: gli spazi pubblici urbani (Dorato 2019).

4. Anziani e diritto all'abitare a Ferrara: un'analisi inter- e multi-disciplinare

Le questioni delineate costituiscono la cornice al cui interno si inserisce la ricerca *ADA – Anziani e diritto all'abitare: studio interdisciplinare sulle condizioni volte a promuovere l'active & healthy ageing*, con la quale si è cercato di comprendere se a Ferrara – una delle realtà italiane più interessate dall'invecchiamento della popolazione⁴⁸ – il diritto all'abitare sia adeguatamente tutelato e quale sia l'approccio culturale all'età senile. I risultati delle riflessioni condotte nell'ambito del progetto sono raccolti all'interno di questo volume, dove sono compresenti teoria e pratica, universalità dei diritti "sulla carta" e particolarità dei diritti "in situazione", e finanche "in azione".

Il volume, invero, può essere considerato l'esito di un percorso che, sia pure seguendo direttrici anche molto diverse tra loro per approccio e oggetto d'indagine, nel suo complesso si è proposto di interrogare la teoria a partire dalla pratica, secondo una metodologia di tipo critico diretta a restituire visibilità a individui e questioni che di norma sono ancora consi-

47. Comprensivo della sfera sanitaria.

48. In base ai dati ISTAT richiamati in apertura, al 1° gennaio 2023 in Italia l'indice di vecchiaia era di 117,9. Per quanto concerne la Regione Emilia-Romagna, l'indice di vecchiaia è arrivato a sfiorare il valore di 200, con una percentuale di grandi anziani superiore al 13%. Le aree appenniniche, il ferrarese e l'area della Romagna, esclusa la provincia di Rimini e l'area confinante della provincia di Forlì-Cesena, continuano a essere caratterizzate da un invecchiamento decisamente superiore rispetto alla media regionale (cfr. Ufficio di Statistica Regione Emilia-Romagna 2023). In relazione a Ferrara, l'indice di vecchiaia della provincia si attesta a 273,6, mentre nel comune sale a 281,4; l'infografica relativa agli indici di invecchiamento presenti nei vari comuni del territorio è consultabile al link <https://www.fe.camcom.it/servizi/informazione-economica/infogrammi-interattivi/popolazione/popolazione-4>.

derati “marginali”, quando non “irrilevanti”. Comune, infatti, era l’esigenza di arginare il rischio di condurre riflessioni inavvertitamente ageiste, o che comunque presentassero connotati paternalistici⁴⁹. Quella critica, del resto, è una prospettiva *situata* che, come tale, è sembrata particolarmente adatta per l’indagine in oggetto, laddove sono *situati* lo stesso abitare, nonché il diritto ad esso relativo, per l’importanza del radicamento e della dimensione relazionale, che ne costituiscono una cifra caratterizzante.

Gli studi di carattere teorico accolti nel volume si sostanziano in un’analisi critica della letteratura e della normativa rilevante. Precedute da una prospettiva storica, che mira a mettere in luce gli elementi di continuità e di cesura rinvenibili nella “gestione” dell’età senile da parte delle istituzioni, che si riverbera sulla (forse perenne) ricerca del delicato equilibrio tra riconoscimento dei soggetti, dei diritti e dei bisogni⁵⁰, le analisi pubblicistiche si indirizzano principalmente lungo due linee di ricerca. Da un lato, ricostruiscono in una prospettiva critica il quadro degli strumenti di governo del territorio attualmente disponibili in relazione a una tematica – l’intreccio tra l’invecchiamento della popolazione e l’urbanizzazione – che nell’ordinamento italiano è affrontata attraverso una pluralità di azioni e strategie multilivello, ove il piano statale, regionale e locale interloquiscono con una cornice giuridica che attinge a fonti e linee guida internazionali ed europee⁵¹. Proprio la pluralità di soggetti coinvolti e la forte frammentazione delle politiche sembrano rendere insufficiente, allo stato attuale, la tutela del diritto all’abitare delle persone anziane.

In una prospettiva diversa, ma in stretto dialogo con quella precedente, la disamina relativa al complesso tema dei profili organizzativi nei servizi sociali alla persona, con particolare attenzione alle sue tendenze evolutive, consente di approfondire quel nesso pubblico/privato (inteso come relativo anche alle dimensioni in cui si gioca l’esistenza individuale) che, come si è già avuto modo di osservare, costituisce un elemento qualificante del diritto all’abitare⁵².

49. I saggi di Asara e Betti, Raparelli *et al.*, Visintin e Dorato sono stati elaborati dopo l’interlocazione diretta con le persone anziane, con gli attori coinvolti nel processo diretto alla tutela dei loro diritti (tanto impegnati nel servizio pubblico quanto afferenti al terzo settore), o con quei “giovani adulti” che possono contribuire a creare barriere culturali che si frappongono all’esercizio del diritto all’abitare di chi sia anziano.

50. In questo volume, il saggio di Federico Fabi affronta, nella prospettiva della storia del diritto, la “svolta capacitante”, mettendone in luce le relazioni – non sempre armoniche – con la solidarietà.

51. Si rimanda al saggio di Marzia De Donno e Davide Tumminelli, qui presente.

52. Il tema, di chiaro rilievo anche per le persone anziane, è approfondito nel contributo di Edoardo Caruso.

Un secondo gruppo di saggi analizza in chiave critica le ricerche di tipo qualitativo condotte nell'ambito del progetto *ADA*. Le interviste e i questionari somministrati erano diretti a identificare i principali bisogni e priorità della popolazione anziana sul territorio, nonché le molteplici barriere che sono d'ostacolo all'effettivo esercizio del diritto all'abitare. Un primo strumento di indagine è consistito nell'effettuazione di interviste ad attori qualificati, espressione sia della realtà istituzionale, sia del Terzo Settore, al fine di comprendere quali siano le modalità di erogazione dei servizi domiciliari sul territorio della Regione Emilia-Romagna e di Ferrara. È stato così possibile individuare gli aspetti virtuosi del circuito, nonché quelli avvertiti come migliorabili dagli stessi attori che sono attivi sul territorio⁵³.

Inoltre, è stato effettuato uno studio osservazionale trasversale, nell'ambito del quale è stato somministrato un questionario a 213 persone anziane, che ha permesso di esplorare la percezione di queste ultime per quanto concerne la tutela del diritto all'abitare⁵⁴. È stato altresì possibile avere accesso ad ulteriori dati, esito di una ricerca svolta di recente nel quartiere Barco di Ferrara⁵⁵. Ciò ha permesso non solo di confrontare i risultati raccolti, ma anche di individuare ulteriori aspetti che la popolazione anziana considera rilevanti in relazione al diritto all'abitare; tra questi, si distingue il profilo della sicurezza reale e percepita, tanto domestica quanto urbana, che non ha invece costituito oggetto di indagine specifica nell'ambito del progetto *ADA*.

Tra gli elementi qualificanti del progetto *ADA* che preme mettere in rilievo fin d'ora figura l'attenzione al genere, che ha permesso di fare emergere anche la soggettività delle donne anziane, spesso ancor più invisibile rispetto a quella degli uomini anziani a causa dell'interazione tra sessismo e ageismo (c.d. "discriminazione intersezionale"⁵⁶), nonostante

53. Si veda il lavoro di Viviana Asara e Lorenzo Betti, in questo volume.

54. Il questionario è presentato nel dettaglio nel saggio di Raparelli *et al.* contenuto nel presente volume, al quale si rimanda anche per il dettaglio delle modalità di reclutamento dei soggetti che hanno preso parte alla ricerca, ai quali va un sincero ringraziamento per la disponibilità.

55. Si tratta del progetto "Per una città attiva e amica degli anziani", svolta nel 2021-2022 con il CFR sotto la direzione scientifica dei Professori Elena Dorato e Romeo Farinella dell'Università degli studi di Ferrara per l'Azienda Casa Emilia-Romagna/ACER Ferrara. Per la presentazione dei risultati si rimanda al contributo di Elena Dorato, all'interno di questo volume.

56. Nel giro di poco più di trent'anni, il concetto di "discriminazione intersezionale", originariamente formulato da Kimberlé Crenshaw (1989), ha travalicato i confini del diritto antidiscriminatorio e il riferimento alle donne *black*, per essere applicato in contesti

il divario di genere nella popolazione anziana non sia affatto trascurabile. Nel complesso, le donne anziane che hanno risposto al questionario somministrato nell'ambito del progetto *ADA* si rivelano meno soddisfatte in relazione ad alcuni aspetti che incidono sulla garanzia del diritto all'abitare rispetto alla controparte maschile. Il punto merita certamente di essere approfondito con ulteriori studi, in quanto risulta di grande rilievo nell'elaborazione di politiche pubbliche dirette a garantire l'*eguale* diritto all'abitare delle persone, riconosciute appunto nelle proprie specificità, anche di genere⁵⁷.

Nel corso del progetto, si è proceduto anche a coinvolgere un campione di studentesse e studenti dell'Ateneo ferrarese, al fine di verificare quale sia la loro percezione della soggettività anziana e, di conseguenza, individuare alcuni indici relativi all'eventualità che nel contesto ferrarese esista una barriera culturale al diritto all'abitare⁵⁸. I risultati ottenuti hanno permesso di trarre conferma del fatto che una delle più rilevanti barriere all'effettivo godimento del diritto all'abitare è proprio l'ageismo. Anche per tale via trova dunque riscontro la necessità di promuovere in modo capillare sul territorio iniziative culturali dirette a decostruire l'immaginario stereotipato nei confronti dell'età senile. Nonostante non possa più essere considerato egemone, anche a seguito della diffusione del modello di invecchiamento attivo e in salute propugnato *in primis* dalle istituzioni sovranazionali, continua tuttavia a dispiegare i propri effetti. Questo vale soprattutto in relazione al profilo della capacità e della competenza di chi sia anziano, che costituisce uno dei presupposti sui quali si basa la spinta verso l'abitare istituzionalizzato, ancora diffusa. Invero, è unicamente "ribaltando" la presunzione di incapacità che si dispiega l'orizzonte di un abitare "possibile" e autodeterminato, sia pure con il supporto che possa eventualmente essere richiesto.

Con tutta evidenza, le questioni individuate nell'ambito del progetto non sono di facile soluzione, anche in ragione della particolare complessità del diritto all'abitare. Per tale motivo, lungi dal presentarsi come *approdo* di una riflessione corale, la ricerca *ADA* costituisce piuttosto il primo

assai ampi e tra loro eterogenei. Il tratto che accomuna le discriminazioni intersezionali risiede nel fatto che i sistemi di oppressione e i fattori di discriminazione che colpiscono un individuo interagiscono tra loro fino al punto in cui non è più possibile distinguerli.

57. A questo proposito, una delle poche ricerche sul tema dell'accesso alla città da parte delle donne anziane è presente in Carrera 2020b.

58. Si veda il contributo di Emilio Paolo Visintin, in questo volume. Seppur non generalizzabili né all'intera popolazione italiana né a quella ferrarese, i risultati ottenuti possono costituire un punto di partenza per ulteriori indagini nell'ambito della relazione tra ageismo e giustizia intergenerazionale.

momento qualificante di un dialogo e confronto sul diritto all'abitare delle persone anziane, nella convinzione che si tratti di una questione che in alcun modo può essere ancora mantenuta nella marginalità alla quale è stata a lungo consegnata, e che non debba restare oggetto di riflessioni parcellizzate. Per questo, le “voci” che animano la ricerca sono molteplici, plurali: diritto, sociologia, medicina, psicologia, e urbanistica sono i saperi coinvolti in questa riflessione inter- e multi-disciplinare. Si tratta di una riflessione condotta da studiosi e studiosi che, pur partendo dalla specificità dei rispettivi strumenti conoscitivi e di analisi, sono uniti dalla convinzione che, per comprendere il diritto all'abitare nella sua complessità e per individuare le strategie che consentano di garantirne l'effettività abbattendo le molteplici barriere ancora esistenti, sia necessario superare anche gli steccati disciplinari, i quali a propria volta altro non sono che limitanti barriere culturali.

La ricerca ADA costituisce dunque un – primo e assai modesto – contributo a questo processo di interrogazione della teoria a partire dalla “vita vera”, nella consapevolezza che, come osservava la filosofa del diritto Letizia Gianformaggio (1995, 8) in alcune delle sue pagine più intense, “[n]ei libri non vengono cercate le domande o le risposte, ma soltanto degli strumenti: sia per capire meglio il senso delle domande che nascono da dentro, dal disagio o dalla vera e propria sofferenza che la vita di relazione talora produce, sia per giustificare più soddisfacentemente le risposte, risposte da ritenersi, peraltro, sempre provvisorie”.

Bibliografia

- Amendola G. (2010), *Tra Dedalo e Icaro. La nuova domanda di città*, Laterza.
- ARUP (2015), *Shaping Ageing Cities. 10 European Case Studies*, Arup, Help Age International.
- Bello B.G. (2021), *Dal margine al centro? I giovani tra diritto e pratiche sociali*, Mucchi.
- Bernardini M.G. (2021), *Per un diritto alla “age-friendly city”. Persone anziane, spazi, diritti*, in M.G. Bernardini, O. Giolo, a cura di, *Abitare i diritti. Per una critica del rapporto tra giustizia e spazi urbani*, Pacini, pp. 121-141.
- Bernardini M.G., Giolo O., a cura di (2017), *Le teorie critiche del diritto*, Pacini.
- (2021), *Abitare i diritti. Per una critica del rapporto tra giustizia e spazi urbani*, Pacini.
- Borgogni A., Farinella R., a cura di (2017), *Le Città Attive. Percorsi pubblici nel corpo urbano*, FrancoAngeli.
- Bobbio N. (1990), *L'età dei diritti*, Einaudi.

- Butler R.N. (1969), *Age-ism: Another Form of Bigotry*, in *The Gerontologist*, vol. 9 (4 Part 1), pp. 243-246.
- (2008), *The Longevity Revolution*, Public Affairs.
- CARITAS (2020), *Casa, bene comune. Il diritto all'abitare nel contesto europeo*.
- Carpentieri G., Gaglione F., Guida C., Sgambati S., Zucaro F. (2021), *Le ageing cities tra passato e futuro. Strategie, metodi e proposte per migliorare l'accessibilità degli anziani ai servizi urbani*, Federico II Open Access University Press.
- Carrera L. (2020a), *I nuovi anziani e la città. Esperienze, bisogni, desideri*, Progedit.
- (2020b), *Gli anziani e la domanda di città*, in *SocietàMutamentoPolitica*, vol. 11, n. 21, pp. 203-211.
- Carrino L., Nafilyan V., Avendano M. (2023), *Should I Care or Should I Work? The Impact of Work on Informal Care*, in *Journal of Policy Analysis and Management*, vol. 42, n. 2, pp. 424-455.
- Caruso E. (2023), *Il rapporto pubblico e privato nel servizio sanitario: tra oscillazioni e fibrillazioni*, in *Organizzazione e lavoro in sanità. Una ricerca interdisciplinare*, Giappichelli, pp. 9-54.
- Cascione C. (2022), *Il lato grigio del diritto. Invecchiamento della popolazione e tutela degli anziani in una prospettiva comparatistica*, Giappichelli.
- Ciaramelli F. (2023), *La città degli esclusi. Seconda edizione accresciuta*, Ets.
- Crenshaw K. (1989), *Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics*, in *University of Chicago Legal Forum*, Article 8, <https://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8/>.
- De Donno M. (2021), *La governance multilivello delle politiche pubbliche per le città: nuovi scenari e dinamiche inclusive per i territori ai margini*, in *Abitare i diritti. Per una critica del rapporto tra giustizia e spazi urbani*, Pacini, pp. 173-193.
- De Donno M., Di Lascio F., edited by (2022), *Public Authorities and Complexity. An Italian Overview*, Edizioni Scientifiche Italiane.
- Di Rosa R., Gui L., a cura di (2021), *Cura, relazione, professione: questioni di genere nel servizio sociale. Il contributo italiano al dibattito internazionale*, FrancoAngeli.
- Dorato E. (2019), *Anziani & Città: urbanistica per una nuova anzianità urbana. L'esperienza pilota di Bologna e Reggio Emilia*, in *Archivio di Studi Urbani e Regionali*, vol. 126, pp. 53-76.
- Dorato E., Bernardini M.G. (2021), *Il diritto alla città della cura. La condizione anziana in tempi di pandemia*, in *Contesti. Città, Territori, Progetti*, n. 2, pp. 131-148.
- Eurostat (2020), *Ageing Europe. Looking at the Lives of Older People in the EU*, Publications Office of the European Union.
- Facchi A., Giolo O. (2020), *Libera scelta e libera condizione*, il Mulino.
- Falasca C. (2017), *L'invecchiamento attivo come "valore urbano generale"*, in *Abitare e Anziani*, n. 1, pp. 3-5.

- a cura di (2018), *Il diritto di invecchiare a casa propria: problemi e prospettive della domiciliarità*, Ed. Liberetà.
- Fineman M., Spitz L., edited by (in press), *Law, Vulnerability and the Responsive State. Beyond Equality and Liberty*, Routledge.
- Gargiulo C. (2021), *Saggio introduttivo*, in *Le ageing cities tra passato e futuro: strategie, metodi e proposte per migliorare l'accessibilità degli anziani ai servizi urbani*, FedOAPress, pp. 7-27.
- Gianformaggio L. (1995), *Prefazione*, in Ead., *Filosofia e critica del diritto*, Giapichelli.
- Giolo O. (2021), *Il paradigma del confinamento. Controllo e limitazione della libertà di movimento nello spazio neoliberale*, in *Materiali per una storia della cultura giuridica*, n. 2, pp. 337-350.
- Golini A., Rosina A. (2011), *Il secolo degli anziani. Come cambierà l'Italia*, il Mulino.
- Gosseries A. (2023), *What is Intergenerational Justice?*, Polity Press.
- Gottdiener M., Budd L., Lehtovuori P. (2015), *Key Concepts in Urban Studies*, Sage.
- Grey T., Xidou D., O'Neill D. et al. (2023), *Growing Older Urbanism: Exploring the Nexus between Ageing, the Built Environment, and Urban Ecosystems*, in *Urban Transform*, vol. 5, n. 8, <https://doi.org/10.1186/s42854-023-00053-z>.
- Huber A., O'Reilly K. (2004), *The Construction of Heimat Under Conditions of Individualized Modernity: Swiss and British Elderly Migrants in Spain*, in *Ageing and Society*, vol. 24, pp. 327-351.
- Imrie R., *Architects' Conceptions of the Human Body*, in *Environment and Planning D: Society and Space*, n. 21, 2003, pp. 47-65.
- International Monetary Fund (2012), *Global Financial Stability Report: The Quest for Lasting Stability*.
- ISTAT (2023a), *Rapporto annuale 2023. La situazione del Paese*.
- (2023b), *Gli anziani nelle città metropolitane. Profilo sociodemografico e analisi comparativa fra i contesti urbani*.
- Joy M. (2020), *The Right to an Age-Friendly City: Redistribution, Recognition, and Senior Citizen Rights in Urban Spaces*, McGill Queens University.
- Kern L. (2021), *Feminist City*, Verso.
- King R., Warnes T., Williams A. (2000), *Sunset Lives: British Retirement Migration to the Mediterranean*, Berg Publishers.
- Laslett P. (1989), *A Fresh Map of Life: The Emergence of the Third Age*, Weidenfeld and Nicolson.
- Marrone V. (2014), *L'abitare come pratica sociale. Analisi relazionale di una cooperativa di abitanti*, Mimesis.
- Menga F. (2017), *Lo scandalo del futuro. Per una giustizia intergenerazionale*, Storia e letteratura.
- Merlo G. (2021), *L'impatto del Covid-19 sul caregiving, anche a causa dell'interruzione dei servizi: l'esperienza di LEDHA in Regione Lombardia*, in *Diritti umani in emergenza. Dialoghi sulla disabilità ai tempi del Covid-19*, IF Press, pp. 225-230.

- Meshur H.F.A. (2016), *Evaluation of Urban Spaces from the Perspective of Universal Design Principles: The Case of Konya/Turkey*, in *TeMA. Journal of Land Use, Mobility and Environment*, vol. 9, n. 2, pp. 191-208.
- Moruzzi M., Prandini R. (2020), *Modelli di Welfare. Una discussione critica*, FrancoAngeli.
- Nussbaum M. (2006), *Frontiers of Justice. Disability, Nationality, Species Membership*, The Belknap Press.
- Nussbaum M., Levmore S. (2017), *Aging Thoughtfully*, Oxford University Press.
- Olivito E. (2017), *Il diritto costituzionale all'abitare*, Jovene.
- Pariotti E. (2013), *I diritti umani. Concetto, teoria, evoluzione*, Cedam.
- Pugliese E. (2011), *La terza età. Anziani e società*, il Mulino.
- Rigo E. (2022), *L'impatto degli studi di genere sul diritto. Riproduzione sociale, lavoro non retribuito e cura sotto la lente della pandemia da Covid-19*, in *Rivista di Filosofia del diritto*, vol. 11, n. 2, pp. 319-338.
- Saraceno C. (2021), *Il welfare. Tra vecchie e nuove diseguglianze*, il Mulino.
- Serpe A. (2022), *Active Ageing tra scienza e diritto. Trionfo o sfida?*, in *Invecchiamento della popolazione e passaggi generazionali. I: Questioni critiche*, Edizioni Scientifiche Italiane, pp. 179-211.
- Simpson D. (2015), *Young-Old: Urban Utopias of an Aging Society*, Lars Muller.
- Solidoro S. (2023), *La tutela degli anziani nel diritto internazionale: ultimi sviluppi nella prassi dei sistemi europeo e interamericano di protezione dei diritti umani*, in *Diritti umani e condizioni di vulnerabilità*, Erickson, pp. 113-134.
- Tarantino C. (2021), *Il sintagma incompiuto. Dialettica tra vita indipendente e segregazione di fatto delle persone con disabilità in Italia*, in *Disabilità e Società. Inclusione, autonomia, aspirazioni*, FrancoAngeli, pp. 15-35.
- Tronto J. (1993), *Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care*, Routledge.
- Ufficio di Statistica Regione Emilia-Romagna (2023), *Popolazione residente in Emilia-Romagna, dati al 1/1/2023*.
- United Nations Department of Economic and Social Affairs (2019), *World Urbanization Prospects. The 2018 Revision*.
- United Nations (2023), *World Social Report 2023. Leaving No One behind in an Ageing World*.
- World Health Organization (2002), *Active Ageing: A Policy Framework*.
- (2007), *Global Age-Friendly Cities: A Guide*.
- (2012), *Strategy and Action Plan for Healthy Ageing in Europe 2012-2020*.
- (2023), *National Programmes for Age-Friendly Cities and Communities: A Guide*.
- Zanin C. (2018), *Casa e città alla prova dell'invecchiamento demografico. Spazi e politiche per un abitare non istituzionalizzato*, tesi di dottorato non pubblicata a.a. 2017/18, Università di Trieste.
- Zoppi M. (2019), *Il mosaico territoriale europeo. La coesione territoriale per il post-2020 e le sue sfide tra democrazia, migrazioni e disuguaglianza*, in *Rivista Italiana di Politiche Pubbliche, Rivista quadrimestrale*, n. 1, pp. 129-153.

LA (NON) AUTOSUFFICIENZA DELL'INDIVIDUO TRA EGUAGLIANZA UNIVERSALE E PLURALE

Federico Fabi

La dépendance ne représente pas une simple étape du développement de la subjectivité au cours de son histoire, mais renvoie à une structure fondamentale que définit précisément l'endettement originaire du sujet.
(N. Sarthou-Lajus, *L'éthique de la dette*)

Caecitas mentis est privatio eius quod est principium mentalis sive intellectualis visionis. Cuius quidem principium est triplex. Unum quidem est lumen naturalis rationis. Et hoc lumen, cum pertineat ad speciem animae rationalis, nunquam privatur ab anima.
(S. Tommaso d'Aquino, *La Somma Teologica*)¹

SOMMARIO: 1. “Non solum piam causam, sed etiam publicam utilitatem”. - 2. Gli *iura connata* tra centralità dell'individuo e della sua autosufficienza. - 3. La non necessaria esclusione tra l'universalismo proprio del paradigma individualista e la parzialità implicita nel concetto di *status*. - 4. Capacità giuridica universale dell'individuo e capacità giuridiche differenziate (*status*): un accostamento necessariamente ossimorico?

1. “Non solum piam causam, sed etiam publicam utilitatem”

La citazione che abbiamo scelto come titolo di questo paragrafo d'apertura proviene da un importante trattato sul diritto agli alimenti scritto da Giovanni Pietro Sordi alla fine del Cinquecento². Essa vuole significare come quella della solidarietà verso le cd. ‘persone miserabili’, cioè quella complessiva cerchia di soggetti bisognosi di assistenza, della quale gli anziani rappresentavano già in quel tempo componente più che nutrita,

* Nota: la peculiarità dell'indagine storiografica ha suggerito di procedere a un temperamento relativo al sistema di citazione bibliografica: come eccezione alla regola generale, nel corso di questo saggio, i testi classici sono indicati per esteso (e dunque non compaiono nella bibliografia finale).

1. S. Tommaso d'Aquino, *La Somma Teologica*, Edizioni Studio Domenicano 1984, II-II, q. 15, art. 1, *Respondeo*.

2. I.P. Surdus, *Tractatus de alimentis*, Zenarium 1594, tit. VIII, priv. I, § 19. Di seguito la citazione testuale: “Non solum alimenta piam causam concernunt, sed etiam publicam utilitatem respicere videtur”.

sia questione che da sempre travalica la mera *utilitas privata* dell'assistito, imponendosi come oggetto di attenzione sociale e istituzionale³.

Nelle prossime pagine, attraverso il recupero di alcuni spunti storici di respiro generale, cercheremo quindi di tracciare un quadro problematico degli intrecci tra interesse pubblico e interesse privato. L'obiettivo sarà quello di vagliare la possibilità di un percorso di senso capace di ridurre il più possibile la frequente contrapposizione tra tali due istanze qualitativamente non coincidenti, benché strettamente interdipendenti, e di valorizzare il più possibile la centralità dell'individuo. Anche di quello impossibilitato a provvedere appieno, e con piena facoltà di autodeterminazione, a se stesso.

Parlando in astratto, interesse dell'anziano, così come del soggetto altrimenti bisognoso, è quello a ricevere un' 'assistenza giuridica' che combini la massima adeguatezza alle sue necessità obbiettive di relazione con gli altri e con la collettività con la più ampia salvaguardia possibile della sua autonomia decisionale e de-istituzionalizzazione. Per converso, è circostanza di tutta evidenza quella per cui, almeno nei casi di maggior menomazione delle facoltà cognitive, sia oggettivamente impossibile (e, qualora anche non lo fosse, sarebbe auspicabile?) valorizzare sempre e appieno le aspirazioni dell'assistito⁴; oltre al fatto che più si inspessisce il gruppo delle persone non autosufficienti e più, inevitabilmente, le esigenze delle stesse sono destinate a scontrarsi con quelle dei soggetti che di loro si prendono cura⁵, nonché, mediatamente a queste od altresì sotto forma di un più diretto costo sociale, con varie istanze della collettività unitariamente considerata.

3. In letteratura, sul tema della solidarietà e dell'assistenza, è fondamentale il rinvio al lavoro di Groppi (2010), ove il Sordi è citato a p. 180 e che costituisce sforzo ricostruttivo in realtà ampiamente trascendente – quanto a conclusioni generali da esso ricavabili – il limitato contesto geografico-statuale della Roma pontificia d'Età Moderna; cfr. già Groppi 1996. Per un'utile panoramica sulla storia dell'assistenza ai bisognosi (indigenti e invalidi, incapaci di provvedere a se stessi) e delle istituzioni a tale scopo deputate nelle diverse realtà statuali d'Antico Regime, si vedano D'Amelio 1958; Mazziotti 1958.

4. In questi termini, e sebbene muova da presupposti diversi da quelli che noi esporremo, va colta anche la dialettica tra intendimento '*thick*' e '*thin*' del recente paradigma di tutela del cd. *supported decision-making*. Sul tema, per tutti, Bernardini 2016, in part. pp. 233 ss.; Ead. 2021, pp. 75 ss. e *passim*.

5. Pensiamo, ad esempio, agli oneri che una permanenza domiciliare della persona non autosufficiente può, almeno potenzialmente, importare a carico dei familiari (senza, cioè, entrare nel merito delle misure assistenziali predisposte dai competenti enti pubblici: per un esempio sulle quali, si può vedere, *inter alios*, Marra 2005, in aggiunta, naturalmente, ai contributi presenti in questo volume).

Ogni proposta che valorizzi un solo versante di questa dialettica non può che risolversi, a nostro avviso, o in uno svilente atteggiamento ‘ageista’ – per dirla con un brutto ma efficace inglesismo –, o, al contrario, in un difficilmente attuabile idealismo che, condivisibilmente solerte nel curarsi della situazione di difficoltà dell’anziano, dimentica tuttavia, e non troppo equamente, le contrapposte, meritevoli esigenze di altri soggetti e del pubblico. In entrambi i casi, rivelandosi insomma essere una tale proposta una falsa soluzione.

Ci sembra, pertanto, che l’utilità di una indagine in chiave storica (anche limitata a cenni rapsodici come questa) risieda tutta nella possibilità di rintracciare paradigmi differenti di soluzione di una siffatta necessità di armonizzazione tra istanze potenzialmente concorrenti, tra utilità privata e utilità pubblica. In altre parole, si tratta di identificare la giusta chiave di comprensione della circostanza per cui, ben prima di ogni tentativo di attuazione di una prospettiva individualista, “interest reipublicae civitatem repleri divitibus hominibus, non autem mendicis” (cioè, per estensione, di persone non autosufficienti). In quanto, infatti, “civitas tamquam mater patitur in filiorum inopia, quos maxime sublevare non potest”, “universitas in subsidium tenetur providere necessitatibus singulorum”⁶.

2. Gli *iura connata* tra centralità dell’individuo e della sua autosufficienza

Il “discorso ‘moderno’ dei diritti” (Costa 2002, p. 39) ha un punto di partenza abbastanza chiaro, ancorché non sempre lineare o non apparentemente tale. O meglio, con esso si intende fare riferimento a qualcosa di preciso, posto che, tra i ‘moderni’, Grozio non era certo il primo a parlare di “diritti attribuibili agli esseri umani come tali” (Costa 2008). Già con i vari Montaigne, Donello, Altusio, Vitoria, e più in generale con la Seconda Scolastica, l’individuo irrompe al centro del dibattito giuridico e politico in modo più netto rispetto al passato; molto diversa, però, è la declinazione della socialità che tutti questi ultimi pensatori e giuristi e il primo suggeriscono, mostrando, rispettivamente, e rigettando “un’entusiastica celebrazione” dell’“aristotelismo politico” (Costa 1999, p. 147)⁷ e dell’idea, cioè, ancora ben espressa appunto dall’Altusio, per cui il “rapporto tra benessere delle membra e benessere del *corpus* crea una circolarità che coincide con la *communicatio*” tra le parti e il tutto⁸.

6. I.P. Surdus, *Tractatus*, cit., tit. VIII, priv. I, § 20.

7. Cfr. anche Fassò 2022, pp. 21 ss.

8. Malandrino 2014, p. 299; più ampiamente, Malandrino 2009, pp. 9 ss.; cfr. Quagliani 2010.

Il cd. giusnaturalismo ‘moderno’ – per distinguerlo da quello medievale d’impronta essenzialmente tomistica – va invece oltre l’attribuzione di diritti all’individuo in quanto tale considerato, spingendosi fino a farne l’“assioma originario”, laddove l’altra impostazione appena richiamata “presuppone il primato delle differenze tra soggetti”⁹. Il tentativo della corrente di pensiero in parola è quello di “arrivare a *scoprire* la natura genuina dell’uomo”, che “la storia – nel suo scorrere – ha falsato e deformato”, recuperando “quello che fu il primitivo stato di natura, dove il primo uomo può fungere da incontaminato modello” (Grossi 2011, p. 98).

Lungi dal trattarsi di una “favola assolutamente innocente”, quale forse potrebbe sembrare, lo ‘stato di natura’ è in realtà – come sempre Paolo Grossi enfaticamente lo definisce – un “laboratorio” dove si sviluppa un “modello astratto di uomo [...] senza spazio e senza tempo” (Grossi 2011, p. 98, 100). A promuovere l’opera, prima fra tutte, di Grozio vi era certamente, per un verso, l’esigenza di “sottrarre l’individuo all’insicurezza” legata al suo essere oggetto di attenzione giuridica subordinata rispetto alla collettività in cui si trovava variamente inserito¹⁰; ma, per altro verso, vi era anche l’obiettivo – notava già un altro celeberrimo fautore dell’individualismo ‘atomistico’, ossia Rousseau – di “far la sua corte a Luigi XIII”¹¹.

In quell’epoca, infatti, dietro all’annoso problema teorico suscitato dai conflitti di religione nonché dall’incontro con le popolazioni autoctone del Nuovo Mondo, vi era anche una pressante esigenza pratica: quella, cioè, di fornire un fondamento di legittimazione al potere politico di quei Sovrani i quali ambivano a smarcarsi dagli universalismi dell’Impero e della Chiesa – anche al di là, invero, della questione religiosa, come dimostrano l’esempio francese e l’ospitalità data da Luigi XIII proprio al calvinista, sia pur ‘irenico’, Grozio¹².

Il riconoscimento di un determinato *suum* (o *proprium*) dell’individuo – semplificando necessariamente, il successivo binomio lockiano *liberty and property* – conduceva a tradurre il precetto fondamentale della giustizia, cioè il *suum cuique tribuere*, con quello del non ledere tale *proprium*: “alteri detrahere sui commodi causa, contra naturam esse dicit”, sicché “[h]ominem homini insidiari nefas esse, evincit”¹³. Appare pertanto chia-

9. Di nuovo Costa 2008, pp. 376-377.

10. Costa 2002, p. 35; specialmente in un contesto agitato dalle guerre di religione del XVI-XVII secolo.

11. J.J. Rousseau, *Del contratto sociale, ossia principj del diritto politico*, trad. a cura di N. Rota, Curti 1797, Lib. II, Cap. III, p. 35.

12. Roveri 2003, pp. 104-107.

13. H. Grotii, *De iure belli ac pacis. Libri tres*, Sumptibus Marci-Michaelis Busquet 1758 (1^a ed. 1625), Lib. I, Cap. I, § 3.1.; cfr. I. Pizza, *L’evoluzione del concetto di giustizia*

ra, in questa operazione di rilegittimazione della convivenza sociale e politica, l'inversione di paradigma cui sopra si accennava.

In particolare, la premessa discorsiva individualista conduceva ad affermare che esistono diritti delle 'parti' che la collettività – il 'tutto' – non deve (poter) ledere annullando l'autonomia giuridica delle stesse nei legami sociali (i diritti innati o *iura connata*). In questo modo, l'autonomia dell'ordine naturale da un principio superiore – 'etiamsi Deus non daretur'¹⁴ – procede di pari passo con quella dell'individuo dalla dimensione sovra-individuale. La "sufficienza di partenza"¹⁵ del singolo di cui nella trattazione groziana – similmente, per vero, che in tutte le altre opere di stampo contrattualistico e finanche, ancora, in Bobbio¹⁶ – consente di fondare tanto le pretese autodeterministiche dell'individuo (anzitutto di tipo religioso, come premeva al pensatore olandese, ma non solo), quanto quelle (politiche ma) di analogo genere dei sovrani.

Il volontarismo individuale, complemento fondamentale del principio del *neminem laedere*, riassume dunque, ed anche, però, esaurisce, l'ordine del diritto naturale immutabile, aprendo uno spazio praticamente indefinito per il diritto positivo e per l'autosufficienza potestativa del principe (Costa 1999, p. 157). Su tali premesse, l'ordine naturale non è più dimensione trascendente ma al contempo intimamente 'comunicante' con – come ancora sosteneva Altusio – quella socio-politica; sia pure che esso costituisca il "livello 'profondo'" dell'ordine complessivo, ma in ogni caso ne è solo una porzione¹⁷, sostanzialmente conchiusa nella sua superiorità e capacità precettiva. In altre parole, e detta forse più semplicemente, la giustizia è presentata come una serie (invero molto stringata¹⁸) di norme aventi ad oggetto il *proprium* di ogni individuo¹⁹, cosicché l'osservanza di

nella teoria giusnaturalistica di Ugo Grozio, in Teoria politica. Nuova serie. Annali, XI (2021), spec. p. 380.

14. Cfr. H. Grotii, *De iure belli ac pacis*, cit., *Prolegomena*, § 11.

15. Manzone 2014, p. 68. È dalle premesse della dottrina sociale della Chiesa che questo contributo prende le mosse.

16. *Ibidem*; cfr. anche Bobbio 1994.

17. Ivi, p. 156.

18. Neumann (2007, p. 483) notava che per "Hobbes, Pufendorf, Thomasius [...], il diritto naturale divino era un'obbligazione imperfetta o una semplice indicazione. Kant portò a compimento queste tendenze e fece della legalità e della moralità due valori separati". Concordemente, Cappellini (1990, p. 105; 2010) parla al riguardo di "una indicazione [...] minimale".

19. In proposito, Paolo Cappellini (1990, p. 106) osserva segnatamente che, "se l'*essenza* del 'subjectum' è esaurita dalle obbligazioni primitive, gli *iura connata*, tutti indistintamente – cioè non soltanto quelli derivati, ma anche quelli 'primitivi' (originari, appunto) –, andranno ridotti, allo stesso titolo delle 'obligationes connatae derivativae', allo stato di

tali norme di diritto naturale – effettiva o meno è un altro problema – è già di per sé rispetto e tutela dell’individuo stesso²⁰.

La teorica della centralità dell’individuo, in questo senso, si lega strettamente a quella della centralità della sua autosufficienza, ovvero alla *pensabilità* di un soggetto ‘as-tratto’, o ‘as-traibile’, dalla relazionalità sociale, in una perenne tensione a preservare la sua maggior solitudine possibile all’interno della collettività²¹. La centralità del singolo si appoggia sul carattere di *prius* logico del momento individuale rispetto a quello sociale e ultra-individuale; sulla capacità innata che nello *status naturalis* ciascuno possiede di bastare a se stesso di contro ai legami di interdipendenza

attributa, la cui ‘assenza’, soprattutto sotto forma di mancato (perché ‘limitato’) esercizio, non pregiudica in definitiva la logica del sistema” (corsivi originali). Occorre, insomma, “non lasciarsi suggestionare dalle ricostruzioni che fanno leva su di un giusnaturalismo settecentesco-illuministico che spingerebbe in direzione di una concezione eminentemente soggettivistica del diritto [...]”. Riportiamo il passo più per esteso vista la chiarezza: “quel giusnaturalismo si preoccupa, invece, essenzialmente di una catalogazione *materiale* dei ‘diritti soggettivi’ [...]. La derivazione di carattere materiale che è in questione prende solitamente le mosse deduttivamente da una proposizione normativa sovraordinata, che può concernere l’‘Ur-Prinzip’ dell’individualità del singolo, la ‘libertà’, la propria ‘perfezione’, e così via discorrendo. Il complesso delle affermazioni così ricavate costituisce allora quanto assume valore di diritto per ‘il’ singolo: poiché, però, un simile sistema di proposizioni (*Rechtssätze, veritates iuridicae*) deve necessariamente avere generale validità giuridica e capacità obbligatoria non solo per un singolo isolato, ma per *tutti* i singoli reciprocamente, si tratta, alla fin fine, a ben guardare, di un diritto ‘oggettivo’, generalmente vincolante. [...] [I] continuo ‘travestimento’, il ‘mascheramento’ quasi, di proposizioni giuridico-normative a carattere eminentemente oggettivo – la loro ‘trasformazione’ esteriore in ‘diritti’ – non inficia in nulla il loro ruolo di regole strumentali stabilite per il funzionamento sociale delle relazioni interindividuali; laddove, allora, veramente ‘fondante’ è [...] la indistricabile *correlazione* biunivoca tra ‘diritto’ e (*allgemeine*) *Rechtspflicht* [obbligo giuridico (generale)]” (pp. 128-129, corsivi sempre testuali).

20. Costa (2002, p. 38), osserva che “[l]a libertà e la proprietà sono la condizione necessaria e sufficiente dell’ordine, che trova nel ruolo funzionale del sovrano e nel suo fondamento contrattuale la sua conclusiva garanzia. Per la tenuta dell’ordine nessun altro parametro è richiesto”.

21-Cfr. Grossi (2011, pp. 100-101): “si rinnega la fattualità del diritto, che era stato il messaggio centrale di tutto il diritto medievale”; “[p]untare [...] sull’uomo allo stato puro e sul primitivo stato di natura ha il significato di disegnare un territorio riservato dove il soggetto non può essere molestato nelle sue libertà dagli arbitrii del potere. Ed è in questa avventura [...] che avranno la loro radicazione il costituzionalismo moderno e le sei-settecentesche ‘carte dei diritti’, [...] nel loro assillo per as-trarre l’individuo da ogni formazione sociale, nell’avvalorarne una dimensione essenzialmente egoistica”. Si veda anche Costa (1999, p. 154): “[l]’ordine di cui i soggetti sono gli assoluti protagonisti è saldamente fondato sulla natura e sulla ragione, ma è anche un ordine pericolosamente ‘insocievole’: si esaurisce nel comportamento non invasivo di soggetti che non sembrano disporre di alcun altro vincolo associativo”.

soggettivi che lo *status civilis* importa. In quest'ordine di idee, l'elemento relazionale e collettivo assurge così a circostanza piuttosto strumentale al, che non ontologicamente qualificante il, fenomeno giuridico, mentre ne acquisisce valenza definitoria la pretesa che ogni individuo può muovere all'indirizzo dell'altro o della collettività in sé considerata.

Ora, data una siffatta *premessa* a fondamento dell'intero ragionamento giusnaturalista moderno, si vede bene come l'autosufficienza dello *ius naturale* nei confronti dello *ius civile vel positivum* corrisponda a quella dell'individuo rispetto alle relazioni sociali, alla antecedenza logica del primo sulle seconde in quanto 'volontaristicamente procedenti' – queste ultime – dai singoli. Di qui, si addivene allora, come conseguenza implicita, all'autosufficienza del *neminem laedere* – tradotto: alla centralità, prima ancora che dell'individuo, appunto della sua autosufficienza e della sua capacità di autodeterminazione – quale principio e strumento che garantisca all'individuo medesimo 'ciò che gli spetta' e che gli è 'proprio'²²: che assicuri, in una parola, la 'giustizia'.

3. La non necessaria esclusenza tra l'universalismo proprio del paradigma individualista e la parzialità implicita nel concetto di *status*

La “separazione tra diritto e morale, ovvero tra validità e giustizia, in forza del carattere interamente artificiale e convenzionale del diritto esistente”²³ – portata alle sue estreme conseguenze da Immanuel Kant – è il corollario preciso del fenomeno giuridico concepito come “l'insieme delle condizioni per le quali l'arbitrio di ognuno può accordarsi con l'arbitrio degli altri secondo una legge universale di libertà”²⁴.

Come noto, a ciò risponde anche l'idea per cui ogni restrizione della libertà (*i.e.*, della rilevanza giuridica di un interesse individuale) deve necessariamente avere carattere generale ossia astratto; o meglio, all'idea per cui il comando particolare e concreto da cui scaturisce un tale effetto limitativo deve essere sempre radicato in una norma posta da un soggetto

22. P. Grossi (2007³, p. 152) sottolinea in questo senso che “l'individuo si segnala per la sua insularità”, ossia per il fatto che la sua “vita di relazione” ha “come regola costituzionale [...] il profitto”, la quale “non consentirà di gestire questa vita se non all'insegna del soddisfacimento individuale”. Infatti – prosegue efficacemente l'A. –, “il mio profitto è realtà che non prende in considerazione quello dell'altro” (*scil.*, come tale), “nemmeno sotto il grossolano profilo del profitto dell'altro”, e cioè dell'altrui interesse.

23. Ferrajoli 2008, p. 33.

24. Fassò 2022, II vol., pp. 316-318.

diverso e indipendente da quello che la applica²⁵. Si tratta di un'impostazione – politica, ma anzitutto antropologica – che “ancor oggi non possiamo dire completamente superata” (Grossi 2007, p. 155), sicché ha senso, anche e forse specialmente in rapporto al tema oggetto di questo volume, insistere nel ragionarci sopra.

La scissione della validità dalla giustizia, rompendo recisamente con la tradizione culturale precedente²⁶, serve a salvaguardare la descritta autosufficienza individuale, giacché sancisce un confine netto (statico) tra l'area della giuridicità, e cioè della deonticità, e quella della libera autodeterminazione del singolo, la quale è rigorosamente posta al di fuori dalla dimensione relazionale. Siamo di fronte alla declinazione della libertà come *spazio che si apre (esclusivamente) al di là dei limiti*. Al contrario, in base all'idea medievale e moderna di 'limite' al potere (*arbitrium*) dell'individuo come, per esteso, a quello politico del sovrano, “non è possibile parlare di un *arbitrium* che va regolato” – aggiungiamo noi – ‘esternamente’; “per liberarsi dall'equivoco positivista occorre parlare di *arbitrium* come potere che nasce regolato e regolabile” (Meccarelli 1998, p. 53).

Ora, se supponiamo che la centralità dell'individuo si fondi, ma essenzialmente, anche, si esaurisca, nel principio del *neminem laedere* e quindi in una originaria coincidenza tra fenomeno giuridico e a-relazionalità del singolo, il “rischio ‘logico’” è quello “di accostare ad una generale eguaglianza ‘soggettiva’ degli uomini una diseguaglianza oggettiva, che si ritraduca, a sua volta, giuridicamente in un appiattimento della capacità giuridica a capacità ‘civile’”²⁷, ossia del soggetto ‘trovato’ nella natura a quello ‘creato’ dal diritto positivo. Il pericolo è cioè quello di annullare, o se non di annullare comunque di ridimensionare, la portata dell'aver “[u]nificati gli *status* all'insegna dello *status naturalis*, e quindi realizzato il nesso diretto tra persona e capacità – tale da consentire anche la fungibilità tra i concetti di soggettività e capacità giuridica –”²⁸, che proprio nella

25. *Dichiarazione dei Diritti dell'uomo e del cittadino*, 1789, art. 16: “Ogni società in cui la garanzia dei diritti non è assicurata, né la separazione dei poteri stabilita, non ha una costituzione”. Sul punto, Costa 2003², pp. 94-95; Troper 2005 (trad. it. dell'orig. fr. del 1980²), pp. 129-130; Silvestri 1985, spec. p. 691, ove si precisa che è “essenziale al concetto minimo di norma lo scarto logico e cronologico tra la previsione e l'azione”; più in particolare, sull'“essenziale” “concetto di limite” montesquieuiano, secondo cui la libertà si ricava per differenza dal vincolo che la norma impone, si veda Silvestri 1979, p. 286.

26. Fondata, in breve, sull'“unità di naturalità e socialità dell'uomo”: Cappellini 1990, p. 131.

27. Cappellini 1990, p. 128.

28. Martino 2011, p. 17 (la citazione ha il significato di evidenziare come ancora oggi si porti avanti un'idea di conio antico, risalente al primo giusnaturalismo moderno).

precedenza logica del motivo individualista trova, in una simile teorica, la propria “premessa terminologica”²⁹.

In questo senso, ci sembra difficile non concordare con Paolo Cappellini, in nota citato, quando inoltre afferma che quella per cui il diritto positivo deve tendere a riprodurre la centralità dell’individuo che connota il diritto naturale (moderno) è una imponente “sovradeterminazione ideologica”, un programma politico di spessore “costituzionale”³⁰. Allo stesso modo, d’altra parte, è “illusorio” anche considerare la separazione dei poteri – cioè lo strumento principe dell’implementazione dell’ordine normativo-individuale³¹ – quale “scoperta scientifica”, quando tale principio non esprime che un modello politico progettuale (Troper 2005, pp. 119-120). È infatti un dato oggettivo (paradossale?) quello per cui “la nozione dogmatica ‘moderna’ di capacità generale di diritti si sia costituita tecnicamente non altrimenti che nell’alveo della tradizione della dottrina della *Status-lehre*” (Cappellini 1990, p. 127).

Bisogna allora chiedersi, a livello generale, se, piuttosto che di superamento della rilevanza giuridica dell’appartenenza di un soggetto ad una

29. Cappellini 1990, p. 92. In modo, dunque, non troppo diverso e, anzi, segnando addirittura una “involuzione” (p. 103) rispetto agli Autori precedenti. Questi, pur avendo già parlato prima di Grozio di *iura personarum* (“diritti della personalità”), non avevano poi tuttavia, “contraddittoriamente” (p. 90), enucleato un concetto di capacità giuridica generale dell’individuo – “come *qualità*, attitudine alla titolarità di una situazione soggettiva astrattamente inerente alla persona, da cui allora e solo allora far derivare lo *status*” (di nuovo p. 92) –, recuperando invece la “nozione di *status* come mediatore necessario per la trasformazione in effettività di diritti della personalità” (p. 90). L’involuzione – anticipando in parte – consiste nel fatto che, se è vero che in particolare per Donello il “termine persona nel suo significato giuridicamente rilevante viene ad essere di norma fungibile con ‘posizione di colui che goda del possesso di tutti e tre i relativi *status*’” *civiles* o *positivi* – *libertatis, civitatis, familiae* – (p. 90), per i giusnaturalisti moderni, Grozio in testa, lo *status naturalis* è suscettibile, inoltre, di risolversi completamente in quelli, per l’appunto, *civiles* (salvo, minimamente, quanto preciseremo e, soprattutto, diversamente dalla precedente tradizione dello *ius naturale*, detto anche *ius gentium primum*: su cui G.B. De Luca, *Theatrum Veritatis, et Iustitiae, sive decisivi discursus per materias, seu titulos distincti, et ad veritatem editi in forensibus controversiis Canonici et Civilibus, in quibus in Urbe Advocatus, pro una partium scripsit, vel consultu respondit*, Balleonium 1734, Lib. XV, pars I, *De iudiciis, et de praxi Curiae Romanae*, disc. XXXV, §§ 14 e 30-31).

30. Cappellini 1990, p. 130.

31. Notiamo solo, in proposito, che, come ricordava Albert Venn Dicey, la rivoluzione inglese del 1689 – al cui sistema, com’è noto, Montesquieu si ispirava – “fu condotta sotto la guida di giuristi whig” (Cassese 2010, p. 26): ciò che dimostra come essa rappresenti la trasposizione sul piano pratico delle teorie della sovranità e delle ideologie politiche in parola, le quali circolavano ampiamente negli ambienti di detta classe sociale. Non a caso, infatti, la “retorica costituzionale whig” era fortemente incentrata sul “dominio della legge” (Santoro 2003, p. 180).

certa collettività in virtù del paradigma costruito a partire dall'individuo, sia invece più corretto parlare di tipologie di relazione tra tale appartenenza (*status*) e suscettibilità dell'individuo di essere potenzialmente titolare dei vari rapporti (capacità giuridica). Si tratta di una direzione d'indagine in qualche misura obbligata, ove si tenga conto della persistenza, ancora al dì di oggi, di almeno due *status* (*civiles-positivi*) aggiuntivi a quello di uomo o individuo (*status naturalis*), e cioè lo *status civitatis* e lo *status familiae* (ivi, p. 148).

La suddetta “sovradeterminazione ideologica” deve essere valutata, in particolare, in termini o di *iponimia* o, per converso, di *iperonimia* tra la coppia capacità giuridica generale-capacità speciale (Falzea 1960), da un lato, e il concetto di *status*, dall'altro. È un'ambivalenza di declinazioni che ben si evidenzia nel passaggio dalla pluralità dei soggetti giuridici al soggetto unico di diritto: dal “costo non eccessivamente gravoso”, per i progetti accentratori di alcuni Sovrani d'Antico Regime, “di definire come persona [giuridica], limitatamente alla qualità dello *status naturalis*, anche il servo”³² – soggetto di diritto che perdura, infatti, ben oltre la recezione politica di giusnaturalismo e illuminismo, come dimostra l'*Allgemeines Landrecht* prussiano del 1794³³ – al principio di eguaglianza (formale). In una prima fase, del resto, le correnti di pensiero individualistiche si erano combinate con le istanze dei poteri centrali e cioè della “sovranità”, che premevano per una maggiore ‘immediatezza’ nell'esercizio del potere politico rispetto ai molti diaframmi sovra-individuali ereditati dal Medioevo, senza tuttavia mettere in discussione mai il “fondamento cetuale” della comunità politica (Fioravanti 2003, pp. 23-28). Successivamente, invece, era la componente progettuale di matrice individualista che si imponeva sul dato sociale, volgendosi contro i legami di appartenenza individuale alle formazioni collettive che venivano così accusate, indistintamente, di essere soltanto “il luogo di conservazione del privilegio” (*ibidem*).

32. Cappellini 1990, pp. 100 e 138-139, con riferimento all'‘assorbimento’ del concetto di capacità d'agire in quello di capacità giuridica valorizzato dalla dottrina giusnaturalistico-razionalistica e, altresì, su quello inverso promosso dal più marcato volontarismo illuminista e da Kant in particolare. In ordine al primo tipo di rapporto, si confronti, sempre a p. 100 del saggio citato, il riferimento a Johann Gottlieb Heineccius, il quale nel 1735 scriveva: “Status est qualitas, cuius ratione homines diverso iure utuntur: isque est vel naturalis, vel civilis, qui iterum in statum liberatis, civitatis, et familiae dispescitur... Servus itaque est homo: est etiam persona, quatenus cum statu naturali consideratur... sed ratione status civilis est ἀπρόσωπος [aprosopo, *scil.* ‘senza volto’ (per il diritto positivo)]”.

33. Cfr., per tutti, Caravale 2023, pp. 150 ss.

La partita è insomma tra un rapporto, rispettivamente, di mera specialità e di gerarchia (dalla quale ultima emerge l'elemento programmatico-progettuale o costituzionale) tra lo *status naturalis* e gli altri *status civiles-positivi* residui. Nella declinazione gerarchico-progettuale della dialettica tra *status naturalis* e *status* (al plurale) *civiles-positivi*, quest'ultima pluralità e le capacità 'speciali' che essa importa non contraddicono, a ben guardare, l'unicità del soggetto di diritto, poiché non si traducono in una possibilità di negazione *tout court* della capacità giuridica del non-cittadino e del non-familiare³⁴.

Ciò posto, il punto determinante è però, a nostro avviso, se la tensione alla centralità dell'individuo in qualità di elemento primitivo-originario del fenomeno giuridico sia davvero in grado di impedire definitivamente che la rilevanza per il diritto degli *status* si traduca in un tradimento, più o meno vistoso, della eguale soggettività giuridica di tutti gli individui. È, in altre parole, in grado siffatto paradigma del fenomeno giuridico di realizzare effettivamente una 'capacità giuridica generale', una idoneità in potenza di tutti gli individui ad essere titolari di ogni rapporto giuridico in quanto dotati di eguale dignità?

In disparte ogni pretesa di affrontare esaustivamente un tema tanto complesso, a noi è peraltro sufficiente mettere in luce soprattutto una importante incongruenza di fondo nella impostazione fin qui ripercorsa. Si è detto, infatti, che il *prius* logico di ogni discorso moderno sui diritti è il soggetto 'solo', non-in-relazione, appunto l'individuo. Coerentemente con questa premessa, la conclusione è che la libertà (l'assenza di coazione) dell'individuo è lo spazio che – come limpidamente indica la definizione kantiana di diritto prima riportata – si apre non all'interno, ma piuttosto al di fuori, dei rapporti intersoggettivi.

Ora, è incontrovertibile come vi siano casi nei quali non solo si dà una dipendenza di un individuo dall'altro (è difficile immaginare, infatti, che esista un soggetto completamente indipendente dagli altri al di fuori del fittizio uomo originario del giusnaturalismo moderno); ciò che, peraltro, non è di per sé incompatibile con una concezione egoistico-utilitaristica del rapporto intersoggettivo, quale è quella che risulta coesistente alla logica individualista³⁵.

34. La differenziazione degli *status positivi* si traduce, infatti, nell'ammissibilità o nell'inammissibilità delle pretese che un soggetto può indirizzare all'altro, pubblico o privato che sia (il cittadino al suo Stato, un familiare nei confronti dell'altro). In ordine, ad esempio, alla garanzia dei diritti inviolabili anche nei confronti dello straniero, si veda, con riferimento al presente – che ancora contempla, appunto, questa molteplicità di *status* –, Corte Cost., sent. 18 luglio 1986, n. 199.

35. Nella variante assolutista alla Hobbes o temperata alla Locke, pensatori le cui dot-

I casi ai quali ci si riferisce sono quelli caratterizzati da una dipendenza del singolo dall'altro che deriva da una sua incapacità o impossibilità di autodeterminarsi per ragioni obbiettive, cioè da un impedimento a eleggere autonomamente i propri fini e interessi³⁶. Ipotesi, cioè, in cui alcune esigenze del soggetto non soltanto non possono essere soddisfatte a livello individuale e necessitano di una vita di relazione – come poc'anzi dicevamo –, ma per le quali il rapporto in sé con l'altro o con la collettività nel suo insieme – insomma: il livello sovra-individuale – è indispensabile altresì per garantire alla volontà e alla facoltà di scelta stesse del singolo una rilevanza giuridica effettiva³⁷.

Eccoci dunque al nodo fondamentale: in simili circostanze, a noi sembra evidente come l'incapacità di autodeterminarsi (incapacità d'agire) di quell'individuo si traduca, *de iure* o *de facto*, in una sua incapacità di essere titolare di determinati rapporti giuridici (incapacità giuridica). Anche dunque accedendo – come oggi avviene in linea tendenziale³⁸ – alla (teorica) separazione tra capacità giuridica e capacità d'agire, in realtà il paradigma individualista non pare (poter) escludere un margine di iponimia della capacità giuridica a quella d'agire. E ciò, a nostro modo di vedere, si traduce a sua volta nella reintroduzione di una sempre latente, potenziale iponimia del concetto di capacità giuridica (generale e speciale) a quello di *status*, sicché la personalità giuridica piena torna virtualmente ad essere il risultato della somma di una serie di *status*: tra i quali, in particolare, vi è anche una sorta di '*status capacitatis*'.

trine costituiscono il presupposto teorico dell'utilitarismo e che ne sono dunque i diretti precursori. In questo senso, oltre al già menzionato Grossi (2007, p. 152), si vedano Taviani (1968), Chiodi (1970, p. 169), ove si evidenzia, più in generale, che la "impostazione contrattualistica" – che, come abbiamo detto, è conseguenza immediata della riduzione del fenomeno giuridico all'asserito *prius* logico individuale – "è, ovviamente, manifestazione di una concezione esclusivamente utilitaristica": fondata cioè – aggiungiamo noi – su una coincidenza meramente contingente di interessi e non, invece, sul valore fondante della sussistenza in sé del rapporto con l'altro. Sempre in tema, cfr. altresì, più di recente, Russo 2016.

36. Ovverosia a quella dipendenza che, come scrive Falzea (1960, p. 22) con riferimento alla capacità d'agire, impedisce "alla soggettività di svolgersi nella vita del diritto", e cioè alla "volontà" di svolgere il proprio "ufficio indeclinabile [...] nella determinazione e nell'attuazione dei valori giuridici".

37. È, questo dei rapporti tra eguaglianza formale e sostanziale, un tema che coinvolge ma che, al tempo stesso, trascende ampiamente quello di cui ci si occupa specificamente in questo volume, non essendo altro che la questione fondamentale da cui, ad esempio, scaturivano la lotta operaia e, successivamente, il diritto del lavoro: punto sul quale rinviamo, per tutti, a Cazzetta 1988, pp. 155 ss.; Cazzetta 2007, spec. Cap. I; per una efficace sintesi, inoltre, Cazzetta 2003, pp. 139 ss.

38. Così Silvestroni 2003, p. 16.

L'individuo incapace di autodeterminarsi, totalmente o parzialmente, per ragioni 'estrinseche' (sociali ed economiche) o 'intrinseche' (cognitive), è un individuo in ordine al quale ipotizzare un'identità tra fenomeno giuridico e suo nucleo a-relazionale equivale a prospettarne una esclusione – ancora: totale o parziale, cioè nei suoi diritti più e meno fondamentali e basilari – dal fenomeno giuridico stesso. Peraltro, sia consentito notare che l'impostazione a-kantiana – che tendeva invece a risolvere la capacità d'agire in quella giuridica e, così, la soggettività nello *status* d'appartenenza – non può considerarsi, da un punto di vista antropologico e antropocentrico, la peggiore delle due: il servo, almeno a livello dommatico e di diritto naturale, era 'persona giuridica', mentre per Kant l'individuo dello *status naturalis* (del genere umano) è esclusivamente il *sittliches Vernunftwesen* ('essere morale razionale').

“L'insidia di questo legame è quella di allontanare ancor più 'uomo' da 'persona'” (Zatti 2009, p. 18)³⁹. Obbiettivamente, è agevole comprendere come “non sia la capacità di agire – attuale o potenziale – che fa l'uomo soggetto di diritto” (Falzea 1960, p. 22), giacché, da un punto di vista logico, la volontà presuppone un soggetto. E qui, a parere di chi scrive, si può riscontrare una fondamentale contraddizione nell'impostazione individualistica di derivazione giusnaturalistico-illuministica. Se essa, infatti, è condivisibilmente orientata ad affermare l'esistenza di una capacità giuridica generale dell'individuo, è poi tuttavia costretta a spiegarla non in base alla premessa da cui trae scaturigine, ma attraverso il riferimento ai “valori etici dell'uomo”⁴⁰ e, cioè, mediante il richiamo a parametri esterni alla definizione di diritto assunta: l'individuo come, invero indimostrato, *prius* logico del fenomeno giuridico in luogo del rapporto.

La ricerca della dimensione della libertà e del diritto dell'individuo ad autodeterminarsi deve allora necessariamente condursi tra due estremi parimenti inaccettabili e dannosi per l'uomo. Il polo, da un lato, dell'olismo, dell'organicismo, del corporativismo (*et similia*), tutte concezioni antropologiche, è a dire, che veicolano una società percorsa da “grosse”,

39. In particolare, l'A. sottolinea che per Kant “l'uomo è persona *in quanto* essere [...] dotato di ragione e volontà” (corsivo nostro), caratteri che evidentemente costituiscono un *quid pluris* rispetto all'uomo, all'uomo “e basta”. “Da qui, uno stretto legame tra autonomia, dignità e razionalità, talché il difetto di quest'ultima comporta anche la mancanza di autonomia e, in ultima analisi, legittima l'esclusione dall'orizzonte teorico kantiano. [...] Kant prende atto dell'esistenza di individui che non saranno in grado di essere partecipanti attivi alla contrattazione sociale in quanto difettano, in varie forme, del requisito dell'indipendenza individuale [...], precludendo loro la possibilità di vedersi riconosciuta la personalità civile” (Bernardini 2016, p. 86).

40. Così sempre l'autorevolissima voce di Angelo Falzea (1960, p. 15).

e soprattutto strutturali, “iniquità”, dove in qualche modo – come spesso accadeva negli ordinamenti d’Antico Regime – “il povero era previsto come povero” (Grossi 2003, p. 411). Dall’altro lato, per converso, il polo dell’individualismo radicale, che, depersonificando il singolo mediante la sua astrazione dai legami sociali, finisce, ipocritamente e illusoriamente⁴¹, per annullare la centralità dell’individuo stesso nell’ambito del fenomeno giuridico.

Per queste ragioni, ci sembra in definitiva resti confermato il rilievo già espresso secondo cui al vero centro della costruzione dell’individualismo moderno non si trovi tanto l’individuo senza alcun *quid* aggiuntivo, quanto piuttosto l’autosufficienza individuale.

4. Capacità giuridica universale dell’individuo e capacità giuridiche differenziate (*status*): un accostamento necessariamente ossimorico?

L’individualismo illuminista porta, almeno in una qualche misura, all’assorbimento della capacità giuridica dell’individuo nella sua capacità d’agire, e quindi, nel caso di un soggetto non (pienamente) in grado di autodeterminarsi per ostacoli d’ordine oggettivo, in una virtuale, correlata incapacità dello stesso di essere parte dei rapporti giuridici.

Affinché, invece, una persona che presenta difficoltà di autodeterminazione possa esercitare quanto più possibile la propria libertà di volere e di scegliere, occorre – in accordo con le conclusioni poc’anzi raggiunte – introdurre un cambiamento di paradigma giuridico. In questo, ebbene, uno sguardo alla realtà d’Antico Regime può risultare proficuo, in particolare sotto il profilo dell’*ontologia dell’elemento sovraindividuale*.

In che termini, dunque, è possibile (ri)pensare la necessaria apertura alla vita di relazione, allorché la non autosufficienza individuale non dia luogo, semplicemente, ad una incapacità di soddisfare un certo interesse da sé – ciò che, come detto, rinvia soprattutto alla prospettiva utilitaristica –, ma finanche ad una preclusione alla volontà di certi beni della vita o alla scelta del modo di perseguirli?

41. Grossi 2003, p. 417: “Superficialmente, si pensa alla libertà come assenza di legami, mentre – al contrario – la libertà autentica consiste soltanto nella relazione armonica e rispettosa fra la mia libertà e quella dell’altro. Essa non reperisce nella solitudine il suo terreno d’elezione, perché è dimensione della socialità; un uomo solo su un’isola deserta non è libero né merita, finché resta solo, di essere qualificato come libero. Per questo uomo non ha senso parlare di libertà; per lui, che vive in una sorta di vuoto sociale, la libertà è *dimensione assente*, che non è nata né potrà mai nascere, scoccando solo nel momento fertile dell’incontro con l’altro”.

La (declinazione della) dialettica tra dimensione collettiva-sovraindividuale e individuale, tra *utilitas publica* e *privata*, ci sembra giochi un ruolo di primo piano nella soluzione del problema della salvaguardia degli interessi e della (residua) capacità di autodeterminazione di quei soggetti che denotano una qualche menomazione delle proprie facoltà cognitive.

Il punto – ripetiamo – è che “ci sono interessi che il singolo può soddisfare senza la cooperazione altrui”, mentre “altri interessi non sono suscettibili di soddisfazione individuale”⁴². Ci sembra evidente, quindi, come meno siano gli interessi che un individuo può soddisfare indipendentemente dagli altri soggetti e più, di conseguenza, la loro soddisfazione “vada cercata sul piano collettivo”⁴³.

La possibilità di soddisfazione individuale degli interessi del singolo, più nel dettaglio, può essere preclusa o dalla natura stessa dell’interesse, o dall’antagonismo (ineliminabile) di altri soggetti o, ancora, dalla carenza – avente varia eziologia – di mezzi sufficienti⁴⁴.

Ora, condizioni di fatto e di diritto – in particolare lo diciamo col pensiero rivolto alla terza delle evenienze appena ricordate – possono provocare letterali perversioni del rapporto giuridico, conducendo a rinnegare la sua ragion d’essere (onto)logica. In queste ipotesi, un vero rapporto giuridico, in effetti, nemmeno si forma. La relazione intersoggettiva non si instaura impernandosi su di un interesse che costituisce le “ragioni di tutti e di ciascuno, per inventire una norma equilibratrice”⁴⁵; al contrario, essa si impernia sulla *funzionalizzazione* dell’interesse di una parte o a quello di un altro soggetto particolare (individualismo: ciò che dava scaturigine

42. Corso 2017, p. 29.

43. *Ibidem*.

44. *Ibidem*.

45. Palazzolo 1987, p. 301. Sempre sulla natura dell’interesse collettivo nel senso proprio di interesse comune (interesse che fa capo in maniera “compatibile” ad una certa cerchia di soggetti), sono fondamentali altresì le osservazioni di Donzelli (2008, pp. 270-273 e 290-296), il quale segnatamente osserva che, se vi può essere un “conflitto tra interesse individuale [...] *potenziale* ed interesse collettivo [...]”, un tale conflitto non può nondimeno realizzarsi “tra interesse individuale *finale* ed interesse” – appunto – “collettivo”, poiché quest’ultimo è, sotto il profilo delle relazioni logiche tra interessi di soggetti distinti, un’istanza di tutti e, al contempo, di ciascuno di quei soggetti (pp. 291-292, corsivi nostri). Dicendo il che, dunque, resta chiarito che il “bene comune non è” – *sic et simpliciter* – “la semplice somma dei beni particolari degli individui”. La concordanza di fondo, cioè, non elimina l’autonoma identità dei diversi interessi parziali tra loro e rispetto a quello collettivo: “[e]sso [*i.e.* il bene comune] non può essere identificato con il bene dei singoli o ridotto totalmente ad esso, come succede in certe correnti individualistiche, e non può essere neanche compreso come bene dello Stato, del partito o di una classe sociale, come è, non di rado, nelle ideologie totalitarie dell’epoca moderna” (Rybka 2000, pp. 491-492).

ad esempio, come detto, allo sfruttamento del proletariato per la carenza di mezzi dal lato dei salariati), oppure a quello della collettività in sé considerata (corporativismo⁴⁶), la cui istanza “si distacca dagli interessi particolari”⁴⁷.

L'individualismo moderno suggerisce quindi, concordemente alla premessa da cui muove, che gli interessi particolari dell'individuo hanno la possibilità di essere soddisfatti anche a prescindere dal soddisfacimento di quello della collettività in cui il medesimo si trova inserito. Ciò genera senz'altro un'attenzione privilegiata per le esigenze individuali, in quanto le sgancia nel loro nucleo dalla dipendenza da quelle del corpo sociale; parallelamente, tuttavia, autonomizza anche l'interesse sovraindividuale, nel senso che questo non procede – se non in misura limitata o, comunque, non necessariamente – in qualità di ‘tutto’ a partire da quelli particolari delle sue ‘parti’.

Soprattutto, però, la salvaguardia della centralità (dell'asserita priorità logica) dell'individuo nel fenomeno giuridico porta – come eloquentemente argomentava Rousseau – a privilegiare l'“associazione generale” di ciascun individuo con ciascun altro contro ogni “associazione parziale” tra di essi⁴⁸. Ciò muove dall'assunto per cui la volontà, e l'interesse, comune o generale possano identificarsi con la “somma delle differenze” di quelle, e di quelli, parziali (*rectius*, individuali)⁴⁹; il che, a propria volta, presuppone che ogni interesse individuale si rapporti direttamente e immediatamente con quello di ciascun altro individuo. Una riduzione – ci sia consentito – piuttosto semplicistica, certamente ideologica, dei rapporti sociali a rapporti esclusivamente interindividuali, come che ogni interesse soddisfabile a livello sovraindividuale avesse come unico referente o inter-

46. Con questo termine non ci riferiamo esclusivamente all'esempio radicale e tragico delle esperienze totalitarie del Secolo scorso; più banalmente, occorre pensare alla circostanza per cui i diritti degli individui, secondo la logica illuministica, non sono intesi solo a “spezzarne le dipendenze e renderli ‘egualmente’ padroni di se stessi”, ma anche come “strumento di appartenenza ad una nazione che non deve perdere occasione per ribadire i vincoli ‘corporatisti’ con i propri membri” (dal che, fra l'altro, la tuttora persistente, solo parziale contestabilità delle decisioni pubbliche): così Costa 2000, p. 91.

47. Scoca, Spasiano 2019, p. 11; cfr. Cappellini 2010 (in part. p. 43), in merito alla “reinterpretazione collettivistico-totalitaria” del bene comune “come equivalente a ‘della collettività’, ‘del gruppo’”. Può essere utile, inoltre, un confronto con Migliorini 1989, p. 686; Sordi 2008, pp. 26-27; Sordi 2016, pp. 202 ss.; Grossi 2015, p. 42. Non è un caso – notiamo peraltro a margine – che questi temi siano indagati soprattutto da studiosi, e storici, del diritto amministrativo, involgendo questa disciplina il rapporto tra *utilitas privata* e *utilitas publica*.

48. J.-J. Rousseau, *Del contratto sociale*, cit., Lib. II, cap. III, pp. 36-37.

49. *Ibidem*.

locutore la generalità degli individui di una certa comunità e non cerchie più ristrette⁵⁰.

Il rischio sempre latente, così, è, nello specifico, che l'interesse del singolo deve giocoforza incanalarsi e "articolarsi in forme istituzionali": risalendo, cioè, il "flusso" del potere per venire incluso nell'interesse statale e, in seguito, ridiscendendolo come interesse da perseguire nei casi concreti da parte del suo titolare, ossia dello Stato stesso (Perfetti 2013, p. 328). Ciò, almeno in certa misura, rende l'interesse pubblico-statale un interesse non sempre o, in ogni caso, non automaticamente capace di creare unità fra i molti interessi particolari, la cui convivenza esige, invece, armonizzazione. Piuttosto, l'impostazione in esame fa dell'interesse sovraindividuale un potenziale, 'superiore contrapposto' di quelli privati, e viceversa⁵¹. Non necessariamente un 'tutto', appunto, ma una 'parte' esso stesso, la quale ha bisogno di essere ricondotta essa medesima ad armonia con le altre, in quanto non scaturisce dal "rapporto con gli altri interessi", ma soltanto dal confronto delle istanze particolari "con il potere" (Spantigati 1997).

Non si tratta, comunque, di un discorso puramente teorico. Basti pensare, in proposito, a quella che è stata a tutti gli effetti una *gestione* degli, e non un *servizio* agli, anziani istituzionalizzati nelle strutture residenziali e socio-sanitarie durante la recente pandemia. Un termine – *gestire* – che mai andrebbe usato nei confronti di persone, ma che crediamo ben renda l'idea di come questi soggetti siano stati privati del loro fondamentale "capitale relazionale" (Bernardini 2021a) in nome del bene pubblico della salute. Bene pubblico, sì, ma non certo identificabile con il bene comune anche a dette persone, e senza, peraltro, che ciò evitasse che proprio la

50. La ragione logica di questa impossibilità è ben spiegata da S. Tommaso d'Aquino, *La Somma Teologica*, cit., II-II, q. 58, art. 7, arg. 3: "inter unam singularem personam et multitudinem civitatis media est multitudo domestica. Si ergo est iustitia alia particularis per comparationem ad unam personam praeter iustitiam generalem, pari ratione debet esse alia iustitia oeconomica, quae ordinet hominem ad bonum commune unius familiae". Per questo, "iustitia legalis non est essentialiter omnis virtus, sed oportet praeter iustitiam legalem, quae ordinat hominem immediate ad bonum commune, esse alias virtutes quae immediate ordinant hominem circa particularia bona" (ivi, *Respondeo*). Infatti, "bonum commune civitatis et bonum singulare unius personae non differunt solum secundum multum et paucum, sed secundum formalem differentiam, alia enim est ratio boni communis et boni singularis, sicut et alia est ratio totius et partis. Et ideo philosophus, in *I Polit.*, dicit quod non bene dicunt qui dicunt civitatem et domum et alia huiusmodi differre solum multitudine et paucitate, et non specie" (ivi, ad 2).

51. Circa la strumentalità delle politiche assistenziali nell'epoca liberale a vari interessi statali – quali l'ordine, la sicurezza e l'igiene pubblica –, si veda, *inter alios*, Colacino Cinnante 1993.

situazione all'interno di tali strutture fosse tra le più drammatiche a livello di contagi (e vittime).

Sia chiaro: non si sta in alcun modo suggerendo che l'interesse pubblico non possa e, anzi, non debba prevalere su quelli particolari ove necessario per la sua soddisfazione; il problema, tuttavia, diviene serio allorché la prevalenza di un interesse che non è comune, ossia pubblico 'oggettivamente' ma solo 'soggettivamente' (cioè di un ente esponenziale), si risolve, nella pratica, nella negazione della centralità dell'individuo prima astrattamente proclamata, ricadendo così nel protagonismo – ancora una volta – più dell'autosufficienza del singolo che del singolo in sé⁵².

Occorre, pertanto, recuperare con urgenza la *reciprocità nella soddisfazione* dell'interesse pubblico-collettivo e di quelli parziali. Individualismo e corporativismo, infatti, sono più legati di quanto potrebbe *ictu oculi* sembrare.

La priorità logica del momento individuale quale fondamento del fenomeno giuridico diviene negazione della centralità del singolo come tale, privilegiando quel soggetto che – per ragioni, come sopra accennato, varie – sia capace di soddisfare i propri interessi ad un livello a-relazionale; o, meglio, di farlo senza introdurre gli stessi nella dialettica interesse parziale-interesse collettivo, ma strumentalizzando utilitaristicamente alle proprie particolari istanze la vita di relazione. E analogamente dicasi per la natura dell'interesse pubblico: un interesse che, per la sua estraneità 'genetica' (strutturale, ontologica) a quelli parziali, di nuovo è suscettibile di contraddire la centralità politicamente affermata delle esigenze individuali⁵³.

Di contro, dalle esperienze di Antico Regime è possibile ricavare, a nostro avviso, un insegnamento di grande spessore, che qui riproponiamo in relazione al tema cui il presente volume è dedicato: l'Autorità, negli or-

52. È interessante notare come Benvenuti (1975, spec. pp. 1311-1312), auspicasse che "l'accento" fosse posto "piuttosto sulla 'inviolabilità' dei diritti dell'uomo come persona che non sulla formula 'diritti dell'uomo' che potrebbe far pensare [...] ai vecchi diritti dell'uomo e del cittadino" (cioè al compito o, meglio, al proclama del potere politico di farsi garante dei diritti della persona). "In effetti" – continuava questo illustre A. – "la inviolabilità si ricollega sempre al momento della tutela ma, si badi bene, non solo alla tutela giurisdizionale, bensì principalmente alla tutela sostanziale". Per converso, anche nella Dichiarazione del 1789 compariva, e più volte, la dizione "diritti naturali", e cionondimeno si dava poi vita – com'è noto – ad un tale statalismo che si risolveva nella più clamorosa negazione della proclamata naturalità di quei diritti.

53. In questo senso, Scoca (2017, p. 92) afferma segnatamente che "la figura dell'interesse occasionalmente protetto non è, in sé, erronea [...]; può rappresentare adeguatamente il modo in cui l'azione dell'amministrazione o l'intervento del giudice possano tornare utili al privato: può spiegare, in particolare, il carattere solo eventuale della soddisfazione dell'interesse privato".

dinamenti pre-illuministici, si legittimava in quanto realizzasse un “equilibrio” di interessi – pubblici e privati – “obiettivamente ‘giusto’” (Mannori 1988, p. 211).

Ora, è noto che cosa significasse ‘giustizia’ per i medievali, prima, e per tutti i “moderni”, poi⁵⁴. Giustizia non era altro che la “convenientia, quae in paribus causis paria iura desiderat” (Grossi 1995, p. 179), e questa “armonia” – come la traduce Grossi (1995, p. 176) – è reciprocità in quanto è “parità” (ivi, 179). Più precisamente, si tratta di una parità intelligibile *per relationem*, il che significa *secondo una certa proporzione*, la quale è in buona misura senz’altro variabile, quant’è vero che mutevoli sono a seconda del contesto storico le circostanze sociali, culturali, e via dicendo (le “*causae* sono le situazioni effettive in cui sono calati i soggetti” (*ibidem*) e sono le più disparate).

Ferma questa variabilità, l’equità presuppone però anzitutto l’idea di rapporto: “*aequalitas [...] ad alterum est*”⁵⁵. Così, non c’è formula che renda meglio l’*aequitas*-giustizia che il classico ‘ciò che è dovuto a ciascuno’. ‘Dovuto a ciascuno’, in particolare, in accordo con quel che egli è *di per sé*, con le sue potenzialità e, altresì, i suoi limiti e deficit – ed è qui che si inserisce, evidentemente, tutto il discorso sulla dignità della persona e sulla sua immutabilità rispetto a tempi e luoghi⁵⁶ –; nonché in base a *fattori esterni* come, appunto, il modificarsi delle circostanze storiche (sociali, economiche, politiche) immerso nelle quali ogni individuo vive.

Appurato, dunque, che la dimensione sovraindividuale è fondamentale per la centralità stessa dell’individuo, l’indagine, una volta reimpostata sul paradigma relazionale, non può che virare verso le modalità che consentono all’individuo, così come egli è, di essere ‘parte’ del rapporto giuridico (‘tutto’). Quest’ultimo si delinea in ordine ad un determinato bene comu-

54. Su questa tradizione, Grossi (1995, pp. 176-178): “il significato essenziale di *aequitas* [...] sta tutto in quelle due parole [...] ‘rerum convenientia’ [...]. *Convenientia* è armonia, ordine reciproco, somiglianza, uguaglianza sostanziale [...] Quindi questa *aequitas* [...] è fonte e cominciamento della giustizia, e quindi anche del diritto”. Per il periodo successivo, v., concordemente, Gorla (1982), in particolare sugli istituti giuridici specificamente volti, fino al tornante Rivoluzionario, a rendere effettivo il vincolo della giustizia naturale (*quaestio voluntatis, quaestio potestatis*, ecc.). Cfr., inoltre, Padoa Schioppa 2014; per un inquadramento più generale sulla tematica, Frosini 1966, spec. pp. 69-72.

55. S. Tommaso d’Aquino, *La Somma Teologica*, cit., II-II, q. 47, art. 1, *Respondeo*.

56. Sicché, in ragione del fatto che “*bonum est quod omnia appetunt, non [...] unumquodque bonum ab omnibus appetatur*” (ivi, I, q. 6, art. 2, ad 2), e che “[i]n humanis [...] actibus se habent fines sicut principia in speculativis” (ivi, I-II, q. 57, art. 4, *Respondeo*), “ideo [...] *recta ratio agibilium*” – conclude l’Aquinata – “*requiritur quod homo sit bene dispositus circa fines, quod quidem est per appetitum rectum*” (*ibidem*).

ne, il quale è tale se e perché capace di soddisfare potenzialmente tutti quelli particolari delle sue parti.

La tutela imprescindibile degli spazi dell'autodeterminazione del singolo, da momento (falsamente) fondante il ruolo privilegiato di ogni individuo nel fenomeno giuridico – quando lo è piuttosto di un individuo con *certe* caratteristiche –, diviene valorizzazione della sua ineliminabile capacità di essere parte del rapporto giuridico, posto che è solo nella sussistenza di questo – ribadiamo –, e nel limite di essa (non essendo il bene della 'parte' scindibile logicamente da quello del 'tutto'), che si dà una garanzia effettiva del diritto di *tutti* ad autodeterminarsi.

In quest'ordine d'idee, anche un recupero di *status* giuridici differenziati, di una capacità giuridica, cioè, "suscettibile di misurazione per gradi" (Cappellini 1990, p. 148) – graduabilità che, come abbiamo sottolineato, non è mai peraltro venuta meno – non si risolverebbe (più) in alcun modo in un'iponimia della capacità giuridica generale di ogni individuo alla sua appartenenza ad un determinato gruppo sociale, come invece abbiamo cercato di dimostrare che il paradigma individualista, in qualunque modo declinato, comporta. Infatti, la valorizzazione delle differenze – ove non si voglia considerare l'eguaglianza sostanziale in funzione di quella formale con il pericolo di ricadere nell'anomia dell'individuo illuministico⁵⁷ – è riconoscimento, da un lato, dell'incondizionata possibilità per il singolo di essere a tutti gli effetti parte del rapporto giuridico (specialmente di quello incentrato sulle esigenze fondamentali della persona); e, dall'altro, come riportavamo in apertura di questa riflessione, del dovere dell'"universitas" di "in subsidium [...] providere necessitatibus singulorum"⁵⁸.

Così dicasi per i casi in cui la parte individuale incontra ostacoli di natura cognitiva (oltre che, non troppo diversamente in questo senso, di tipo sociale o economico) alla piena esplicazione della propria libertà di autodeterminazione. Nei limiti, certo, della obbiettiva insormontabilità, purtroppo, di alcuni di tali impedimenti⁵⁹ e – ma non è in realtà un limite bensì il presupposto logico fondamentale della stessa libertà individuale – della garanzia del bene comune, ossia della 'giustizia' intesa quale possibilità in sé del rapporto giuridico.

57. Sembrano offrire questa – a nostro parere rischiosa – interpretazione dell'eguaglianza sostanziale di cui, oggi, all'art. 3, co. 2, Cost., anche Ferrajoli (2018, p. 80) e D'Aloja (2002, pp. 270 ss).

58. I.P. Surdus, *Tractatus*, cit., tit. VIII, priv. I, § 20.

59. Il che peraltro non significa in alcun modo, come invece abbiamo visto accadere in vigenza del paradigma individualista, traduzione della incapacità di agire – in ipotesi – totale in una altrettanto totale incapacità giuridica. E la ragione è proprio che il fenomeno giuridico non può essere pensato a partire dall'individuo, bensì dal rapporto.

È insomma la meta – come dire – che ci indica il cammino da percorrere. L'obiettivo della giustizia (nel senso non ideologico ma logico, sopra illustrato, di interdipendenza tra interessi ed esigenze individuali e sovraindividuali, e non di generico scopo di cui non è mai invero chiaro ed univoco il significato) deve essere posto, in quest'ottica, al di sopra degli stessi, e pur lodevoli, molti interventi assistenziali che oggi si programmano su base collettiva e generale. Anche queste misure, infatti, rischiano spesso di dimenticare il singolo, in ragione della ridotta capacità di ogni provvedimento progettato per molti di far fronte in modo sempre adeguato alle mai completamente preventivabili peculiarità dei casi della vita. Uno studio in chiave storico-giuridica può, a nostro parere, dimostrarsi utile altresì a questo proposito, quanto è vero che al moto della giustizia cd. 'legale', che ordinava l'interesse individuale o altrimenti parziale a quello comune a tutti e a ciascuno, era sempre possibile ricorrere – o, come si diceva allora, agire in via di 'supplica' – invocando il moto opposto: quello, cioè, della giustizia 'distributiva'⁶⁰, il quale, dirigendosi verso il singolo e la fattispecie concreta, serviva da strumento flessibile di 'aggiustamento' della misura di natura generale precedentemente adottata ove essa non risultasse compatibile con l'obiettivo, appunto, della giustizia.

Un insegnamento complessivo, questo, che, al netto di tutti i suoi fallimenti e delle sue deviazioni dal proprio originario fondamento, possiamo trarre dalla società occidentale d'Antico Regime, combinandolo con le moderne difese contro potenziali ricadute in forme più e meno 'antiche' di corporativismo.

Bibliografia

- Benvenuti F. (1975), *Per i diritti dei cittadini. Per un diritto amministrativo paritario*, in *Studi in memoria di Enrico Guicciardi*, Cedam.
- Bernardini M.G. (2016), *Disabilità, giustizia, diritto. Itinerari tra filosofia del diritto e Disability Studies*, Giappichelli.

60. Su giustizia legale e distributiva, v., per tutti, S. Tommaso d'Aquino, *La Somma Teologica*, cit., II-II, q. 61. In merito, invece, ai ricorsi (suppliche) di 'grazia' e di 'giustizia', si veda l'ampia disamina di Tavilla (2002, spec. pp. 52 ss.), tenendo a mente che era di grazia quel ricorso con il quale l'istante domandava qualcosa che non gli era dovuto nemmeno a titolo di giuridica aspettativa: nel quale ricorso cioè – come si legge nella fonte ivi trascritta dall'A. – non entrasse "[...] interesse o *ius* acquisito *re vel spe*" da parte del richiedente. Infine, per una casistica della cennata flessibilità delle misure assistenziali, si rinvia a Groppi 2010, in part. Cap. IV.

- Bernardini M.G. (2021a), *La capacità vulnerabile*, Jovene.
- Bernardini M.G. (2021b), *Libera età. I corpi delle persone anziane non autosufficienti*, in *Materiali per una storia della cultura giuridica*, LI, fasc. 2, pp. 435-436.
- Bobbio N. (1994), *Destra e sinistra. Ragioni e significati di una distinzione politica*, Donzelli.
- Cappellini P. (1990), «*Status*» *accipitur tripliciter. Postilla breve per un'anamnesi di "capacità giuridica" e "sistema del diritto romano attuale"*, in *Studi in memoria di Mario E. Viora*, Fondazione Sergio Mochi Onory per la Storia del Diritto Italiano.
- Cappellini P. (2010), *Storie di concetti giuridici*, Giappichelli.
- Caravale M. (2023), *Storia del diritto nell'Europa moderna e contemporanea*, Laterza.
- Cassese S. (2010), *Il diritto amministrativo: storia e prospettive*, Giuffrè.
- Cazzetta G. (1988), *Leggi sociali, cultura giuridica ed origini della scienza giuslavoristica in Italia tra Otto e Novecento*, in *Quaderni fiorentini*, XVII, pp. 155 ss.
- Cazzetta G. (2003), *Lavoro e impresa*, in M. Fioravanti, a cura di, *Lo Stato moderno in Europa*, Laterza, pp. 139 ss.
- Cazzetta G. (2007), *Scienza giuridica e trasformazioni sociali. Diritto e lavoro in Italia tra Otto e Novecento*, Giuffrè.
- Chiodi G.M. (1970), *Legge naturale e legge positiva nella filosofia politica di Tommaso Hobbes*, Giuffrè.
- Colacino Cinnante L. (1993), *Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza, ad vocem*, in *Digesto delle Discipline Pubblicistiche*, VIII vol., Utet, pp. 684 ss.
- Corso G. (2017), *Manuale di diritto amministrativo*, Giappichelli.
- Costa P. (1999), *Civitas. Storia della cittadinanza in Europa*, I vol., *Dalla civiltà comunale al Settecento*, Laterza.
- Costa P. (2000), *Civitas. Storia della cittadinanza in Europa*, II vol., *L'età delle rivoluzioni (1789-1848)*, Laterza.
- Costa P. (2002), *Diritti*, in M. Fioravanti, a cura di, *Lo Stato moderno in Europa. Istituzioni e diritto*, Laterza.
- Costa P. (2003), *Lo Stato di diritto: un'introduzione storica*, in P. Costa, D. Zolo, a cura di, *Lo stato di diritto: storia, teoria, critica*, Feltrinelli (2ª ed.).
- Costa P. (2008), *Diritti fondamentali (storia), ad vocem*, in *Enciclopedia del diritto. Annali*, II vol., tomo II, Giuffrè.
- D'Aloia A. (2002), *Eguaglianza sostanziale e diritto diseguale. Contributo allo studio delle azioni positive nella prospettiva costituzionale*, Cedam.
- D'Amelio S. (1958), *Beneficenza ed assistenza, ad vocem*, in *Novissimo Digesto Italiano*, II vol., Utet 1958, pp. 305 ss.
- Donzelli R. (2008), *La tutela giurisdizionale degli interessi collettivi*, Jovene.
- Falzea A. (1960), *Capacità (teoria generale), ad vocem*, in *Enciclopedia del diritto*, VI vol., Giuffrè, pp. 25-29.
- Fassò G. (2022), *Storia della filosofia del diritto*, II vol., *L'età moderna*, Laterza.
- Ferrajoli L. (2008), *Diritti fondamentali: un dibattito teorico*, Laterza.

- Ferrajoli L. (2018), *Manifesto per l'uguaglianza*, Laterza.
- Fioravanti M. (2003), *Stato e costituzione*, in Id., a cura di, *Lo Stato moderno in Europa*, Laterza.
- Frosini V. (1966), *Equità (nozione di)*, ad vocem, in *Enciclopedia del diritto*, XV vol., Giuffrè.
- Gorla G. (1982), «*Iura naturalia sunt immutabilia*». I limiti al potere del «*principe*» nella dottrina e nella giurisprudenza forense fra i secoli XVI e XVIII, in *Diritto e potere nella storia europea. Atti in onore di Bruno Paradisi. Quarto Congresso internazionale della Società Italiana di Storia del Diritto*, Olschki.
- Groppi A. (2010), *Il welfare prima del welfare. Assistenza alla vecchiaia e solidarietà tra generazioni a Roma in età moderna*, Viella.
- Groppi A. (1996), *Il diritto del sangue. Le responsabilità familiari nei confronti delle vecchie e delle nuove generazioni (Roma, secoli XVIII-XIX)*, in *Quaderni storici*, XXXI, pp. 305 ss.
- Grossi P. (1995), *L'ordine giuridico medievale*, Laterza.
- Grossi P. (2003), *Le molte vite del giacobinismo giuridico (ovvero: la "Carta di Nizza", il progetto di "Costituzione europea" e le insoddisfazioni di uno storico del diritto)*, in *Jus*, L, fasc. 3.
- Grossi P. (2007), *Mitologie giuridiche della modernità*, Giuffrè (3^a ed.).
- Grossi P. (2011), *L'Europa del diritto*, Laterza.
- Grossi P. (2015), *Ritorno al diritto*, Laterza 2015 (ed. digitale).
- Malandrino C. (2014), *Autonomia e federalismo: una compresenza necessaria, sussidiaria, sinergica*, in *Quaderni fiorentini per la storia del pensiero giuridico moderno*, XLIII.
- Malandrino C. (2009), *Introduzione: la Politica Methodice Digesta di Johannes Althusius*, in *La politica. Elaborata organicamente con metodo e illustrata con esempi sacri e profani*, Claudiana.
- Mannori L. (1988), *L'amministrazione del territorio nella Toscana Granducale. Teoria e prassi di governo fra antico regime e riforme*, Capponi.
- Manzone G. (2014), *Il fondamento dell'uguaglianza nella dottrina sociale della Chiesa*, in I. Sanna, a cura di, *Diritto di cittadinanza e uguaglianza sostanziale*, Studium.
- Marra R., a cura di (2005), *Diritti degli anziani e politiche sociali*, Giappichelli.
- Martino M. (2011), *Capacità giuridica*, in M. Sesta, a cura di, *Codice delle successioni e delle donazioni*, I vol., Giuffrè.
- Mazziotti M. (1958), *Assistenza (profili costituzionali)*, ad vocem, in *Enciclopedia del diritto*, III vol., Giuffrè, pp. 749 ss.
- Meccarelli M. (1998), *Arbitrium. Un aspetto sistematico degli ordinamenti giuridici in età di diritto comune*, Giuffrè.
- Migliorini L. (1989), *Ricorsi amministrativi*, ad vocem, in *Enciclopedia del diritto*, XL vol., Giuffrè 1989.
- Neumann F. (2007), *Behemoth. Struttura e pratica del nazionalsocialismo*, a cura di M. Baccianini, Mondadori 2007 (rist. it. dell'orig. del 1942).

- Padoa Schioppa A. (2014), *L'equità nel diritto medievale e moderno. Spunti della dottrina*, in *Rivista di storia del diritto italiano*, LXXXVII, pp. 5-44.
- Palazzolo S. (1987), *Rapporto giuridico, ad vocem*, in *Enciclopedia del diritto*, XXXVIII vol., Giuffrè.
- Perfetti L.R. (2013), *Discrezionalità amministrativa, clausole generali e ordine giuridico della società*, in *Diritto amministrativo*, XXI, fasc. 3.
- Quagliani D. (2010), *Quale modernità per la «Politica» di Althusius?*, in *Quaderni fiorentini*, XXXIX (2010), pp. 631 ss.
- Roveri A. (2003), *Richelieu. Un cardinale tra guerre, diavoli e streghe*, Guida.
- Russo R. (2016), *An Herculean Mind: il problematico ruolo di Locke come precursore dell'utilitarismo*, in *Etica & Politica*, XIX, fasc. 2, pp. 197 ss.
- Rybka R. (2000), *L'attuazione del bene comune nel pensiero politico di S. Tommaso d'Aquino*, in *Angelicum*, LXXVII (2000), fasc. 3/4.
- Santoro E. (2003), *Rule of law e "libertà degli inglesi". L'interpretazione di Albert Venn Dicey*, in P. Costa, D. Zolo, a cura di, *Lo stato di diritto: storia, teoria, critica*, Feltrinelli (2^a ed.).
- Sarthou-Lajus N. (1997), *L'éthique de la dette*, Presses Universitaires de France.
- Scoca F.G., Spasiano M.R. (2019), *Nozioni introduttive*, in F.G. Scoca, a cura di, *Diritto amministrativo*, Giappichelli.
- Scoca F.G. (2017), *L'interesse legittimo. Storia e teoria*, Giappichelli.
- Silvestri G. (1979), *La separazione dei poteri*, I vol., Giuffrè.
- Silvestri G. (1985), *Poteri dello Stato (divisione dei)*, ad vocem, in *Enciclopedia del diritto*, XXXIV vol., Giuffrè.
- Silvestroni U. (2003), *Della capacità di succedere. Dell'indegnità. Artt. 462-466*, Giuffrè.
- Sordi B. (2008), *Il principio di legalità nel diritto amministrativo che cambia. La prospettiva storica*, in *Diritto amministrativo*, XVI, fasc. 1.
- Sordi B. (2016), *Verso la grande dicotomia: il percorso italiano*, in *Quaderni fiorentini*, XLV, pp. 202 ss.
- Spantigati F. (1997), *La legittimità nel pluralismo. (Né i giuristi né i legislatori producono il diritto nella società pluralista)*, in P. Grossi, a cura di, *Giuristi e legislatori. Pensiero giuridico e innovazione legislativa nel processo di produzione del diritto. Atti dell'incontro di studio. Firenze, 26-28 settembre 1996*, Giuffrè.
- Taviani P.E. (1968), *Il concetto di utilità nella teoria economica*, I vol., Le Monnier.
- Tavilla C.E. (2002), *La favola dei centauri. "Grazia" e "giustizia" nel contributo dei giuristi estensi di primo Seicento*, Giuffrè.
- Troper M. (2005), *La separazione dei poteri e la storia costituzionale francese*, Edizioni Scientifiche Italiane.
- Zatti P. (2009), *Maschere del diritto, volti della vita*, Giuffrè.

INVECCHIAMENTO DELLA POPOLAZIONE E DIRITTO ALL'ABITARE: QUALI STRUMENTI PER IL GOVERNO DEL TERRITORIO?*

Marzia De Donno e Davide Tumminelli

SOMMARIO: 1. Una premessa. - 2. La condizione abitativa come garanzia di dignità della persona anziana e il “diritto all’abitare”. - 3. Invecchiamento della popolazione italiana e brevi riferimenti alle differenze di stanziamento sul territorio nazionale: alcuni dati. - 4. L’approccio internazionale ed europeo al diritto all’abitare delle persone anziane. La rigenerazione urbana tra coesione territoriale, concezione olistica e sperimentazioni locali. - 5. Esistono, a livello statale, una strategia e strumenti adeguati per “governare” l’invecchiamento della popolazione dal punto di vista urbanistico-territoriale?

1. Una premessa

Il tema dell’invecchiamento e della necessità di predisporre adeguate soluzioni di tutela per le persone anziane si inserisce in un più ampio fenomeno di crisi demografica avviatasi, non solo in Italia ma anche in molti Paesi dell’Occidente, a partire dagli anni Ottanta del secolo scorso.

Si tratta di una situazione storicamente inedita, derivante da una generale e simultanea riduzione dei tassi di natalità e di mortalità della popolazione, che produce riflessi significativi su una vasta gamma di settori dell’intervento e della regolazione pubblica: dall’economia al mondo del lavoro, dal sistema fiscale e pensionistico alla gestione dei flussi migratori, dalle politiche sanitarie e socio-assistenziali sino alle stesse politiche abitative.

Nel nostro Paese, la questione è affrontata attraverso una pluralità di azioni e strategie – più o meno efficaci – non solo a livello statale ma anche regionale e locale, all’interno, peraltro, di una cornice giuridica di riferimento che attinge a fonti e linee guida internazionali ed europee. Ma essa, allo stato attuale e come già rilevato in dottrina, manca molto spesso di coordinamento e di una complessiva visione d’insieme¹.

* Il presente contributo è frutto della riflessione comune dei due Autori, cionondimeno sono da attribuire a M. De Donno i §§ 1 e 2 e a D. Tumminelli i § 3, 4 e 5.

1. Producendo, peraltro, anche significative sperequazioni generazionali. Sui riflessi

Non solo. La varietà delle soluzioni sino ad ora predisposte dal legislatore e dalle amministrazioni pubbliche competenti si concentrano in settori specifici e certamente rilevanti, a cominciare da quello contributivo e pensionistico, e quindi sanitario e socio-assistenziale, mentre difetta, come si cercherà di mettere in evidenza in questo contributo, di un approccio strategico e di tipo integrato attorno alla condizione abitativa – intesa in senso ampio – della popolazione anziana, sia essa attiva che non autosufficiente, quando essa risiede, specie nelle città, al di fuori delle strutture sanitarie e di cura preposte².

Eppure, dinanzi ad una generalizzata prospettiva di allungamento della vita media, in cui la vecchiaia si atteggia sempre più come una fase naturale e auspicabilmente attiva dell'esistenza, l'intervento pubblico dovrebbe farsi carico di assicurare, fra l'altro, anche condizioni abitative adeguate e consone a garantire la stessa dignità della persona (anziana).

Come, del resto, è stato condivisibilmente affermato, l'invecchiamento deve essere considerato a tutti gli effetti uno *status* dell'individuo, centro di imputazione di diritti fondamentali, che vanno riconosciuti e resi effettivi dall'ordinamento per assicurare la tutela della dignità umana di cui ognuno è naturalmente portatore³. Pertanto, lo stesso miglioramento delle condizioni abitative della popolazione anziana dovrebbe rientrare a pieno titolo all'interno di una “strategia di tutela ed implementazione dei diritti umani e fondamentali della persona”⁴.

Se così è, appare allora utile vagliare nel presente contributo proprio le possibili strategie tramite cui affrontare al meglio queste sfide, avuto particolare riguardo alla condizione abitativa o, come meglio si dirà, al “diritto all'abitare” delle persone anziane (§ 2) così come alle differenze dei contesti territoriali in cui esso si cala (§ 3).

È, del resto, in opinione di chi scrive che soprattutto nella fase attuale, dato lo scenario internazionale ed europeo di riferimento e considerate al-

che la crisi demografica produce (e, in particolare, ha prodotto durante la crisi economica) sulla pressione fiscale, sulla spesa pensionistica e sanitaria, nel mercato del lavoro e, più, in generale sull'economia nazionale, v. Visco (2008). In tema, tra gli altri, v. anche le riflessioni critiche di Ponzellini e Rosina (2018).

2. Sul “diritto alla *age-friendly city*” e, dunque, sulla stessa necessità di superare la tendenza ad “assegnare” le persone anziane non autosufficienti *unicamente* allo spazio privato” che “finirebbe per tradursi in un luogo di ‘confinamento’”, nonché sull'importanza di avviare una riflessione sugli spazi pubblici e sulla costruzione di servizi e luoghi della “città pubblica” che tengano conto anche delle esigenze dei “grandi anziani”, v. Bernardini 2021, spec. pp. 128 ss.

3. Rospi 2018, p. 11.

4. *Ivi*, p. 1.

cune significative sperimentazioni regionali e locali (§ 4), sono specialmente le politiche di rigenerazione urbana e gli stessi strumenti generali della pianificazione urbanistica – strategicamente guidati da parte dello stesso Stato – a dover essere declinati secondo un’attenzione precipua ai temi dell’invecchiamento della popolazione, sì da assicurare, anche in un’ottica di coesione sociale e territoriale, in maniera effettiva e senza discriminazioni, il benessere delle persone che *abitano* i territori, a cominciare da quelle più anziane (§ 5).

2. La condizione abitativa come garanzia di dignità della persona anziana e il “diritto all’abitare”

Come messo in evidenza in dottrina, la condizione abitativa, in generale, e la condizione abitativa degli anziani, in particolare, produce un impatto significativo sul diritto di vivere una vita dignitosa e senza discriminazioni. Ed è questo un dato che non dovrebbe essere trascurato dalle istituzioni pubbliche, a qualunque livello esse siano chiamate ad operare.

In questo senso, assicurare una vita longeva e in salute non dovrebbe prescindere da un’attenta considerazione del contesto abitativo nel quale essa si svolge. Al contrario, specie dinanzi alle condizioni di solitudine ed emarginazione sociale cui sono spesso costretti gli anziani, e di cui si è avuto un’eclatante testimonianza proprio durante la pandemia, tanto la disponibilità di una dimora privata sicura, adeguata e accessibile, quanto l’esistenza di servizi, trasporti, spazi e luoghi pubblici di aggregazione *age-friendly*⁵ divengono centrali per garantire un livello di qualità della vita accettabile, in termini di indipendenza e autonomia, ma anche di appartenenza sociale e partecipazione alla stessa comunità di riferimento.

È questo, invero, un approdo cui sono ormai giunte diverse istituzioni internazionali e sovranazionali, a partire dall’Organizzazione mondiale della Sanità, che già da tempo ha proposto di inquadrare la questione nell’ambito del quadro giuridico offerto dal Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali del 1976, ove si riconosce, fra l’altro, il diritto all’autodeterminazione senza pregiudizio (art. 1, par. 2) e senza alcuna discriminazione in ragione di qualunque tipo di *status* personale (art. 2, par. 2), così come il diritto di ogni individuo ad un livello di vita adeguata che includa un alloggio adeguato (oltre a cibo e vestiario), e il diritto al suo continuo miglioramento (art. 11, par. 1)⁶.

5. Il riferimento d’obbligo è alla Guida dell’Organizzazione mondiale della Sanità (WHO 2007).

6. Diritto, quest’ultimo, che già trovava precisa espressione e riconoscimento nell’art. 25,

Per tale via, quindi, la condizione abitativa delle persone anziane può essere intesa come un'estensione dello stesso diritto alla dignità umana, riconosciuto, a livello europeo, nell'art. 2 del TUE e nell'art. 1 della Carta dei diritti fondamentali dell'UE.

Norme, queste ultime, da leggere alla luce dello stesso divieto di discriminazione secondo l'età sancito dall'art. 21 della Carta e, soprattutto, del diritto degli anziani di condurre una vita dignitosa e indipendente e di partecipare alla vita sociale e culturale, di cui al successivo art. 25⁷.

Non è un caso, perciò, che proprio l'esigenza sistemica di valorizzare la connessione tra tutela della dignità umana e condizione abitativa⁸ abbia già indotto la dottrina giuspubblicistica a riferirsi non tanto al "diritto all'abitazione" ma all'espressione più estesa – e che qui facciamo nostra – di "diritto all'abitare".

Un diritto da intendersi quindi in senso ampio, che va oltre lo stesso diritto alla casa, e che, mettendo in relazione lo spazio interno (e privato) con quello esterno (e pubblico), valorizza la necessità di soddisfacimento delle esigenze primarie di ogni individuo, di qualunque natura e origine esse siano (personale, familiare, sociale, culturale, etc.), le quali, quindi, non possono essere ascritte entro il limite delle mura domestiche⁹.

Una simile prospettiva richiede, come si nota, di mettere in stretta relazione le esigenze di sviluppo della personalità umana – durante ogni fase e tappa della vita – proprio con il contesto spaziale, abitativo e persino urbanistico in cui essa si svolge, ma anche, ampliando ulteriormente lo sguardo, geografico e territoriale.

par. 1 della Dichiarazione universale di diritti dell'uomo, ai sensi del quale: "Ogni individuo ha diritto ad un tenore di vita sufficiente a garantire la salute e il benessere proprio e della sua famiglia, con particolare riguardo all'alimentazione, al vestiario, all'abitazione, e alle cure mediche e ai servizi sociali necessari; ed ha diritto alla sicurezza in caso di disoccupazione, malattia, invalidità, vedovanza, vecchiaia o in altro caso di perdita di mezzi di sussistenza per circostanze indipendenti dalla sua volontà". Si veda, inoltre, l'art. 28 della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità. In tema, cfr. Dorato, Rospi 2021, p. 108.

7. Cui si aggiunge il diritto di accesso alle prestazioni di sicurezza sociale e ai servizi sociali, nonché al sistema di prevenzione sanitaria e alle cure mediche che assicurino protezione anche durante il periodo della vecchiaia (artt. 34 e 35). Si veda, inoltre, lo stesso art. 26 che riconosce il diritto dei disabili di beneficiare di misure intese a garantirne l'autonomia, l'inserimento sociale e professionale e la partecipazione alla vita della comunità.

8. Il tema, che non può essere adeguatamente approfondito in questa sede, è oggetto di studio da diverso tempo in dottrina. Si veda, senza pretesa di completezza, Olivito 2017; Pisaneschi 2016; Scotti 2015; Vipiana 2014; Civitarese Matteucci 2010; Paciullo 2008; Merusi 1980; Sorace 1977.

9. Sul punto, v. Randazzo (2019), che si richiama, fra gli altri, alle riflessioni di Olivito (2017).

È questo, in verità, un assunto ormai consolidato nell'ambito degli studi sociologici, filosofici, di geografi e urbanisti relativi alla c.d. giustizia spaziale, nei quali lo spazio e i luoghi, siano essi una proiezione interna che esterna della stessa dimora privata, vengono concepiti come una condizione ontologica dell'esistenza umana. E ad essi, pertanto, posso ascrivere condizioni di giustizia e ingiustizia¹⁰.

Si tratta, a ben vedere, di una lettura che, per ricadere da ultimo nell'ambito dell'ordinamento interno, può trovare una base legittimante anche nella nostra Costituzione.

Fermi gli artt. 13 e 47, che tradizionalmente hanno rappresentato il fondamento costituzionale al diritto all'abitazione, il rinvio è agli artt. 2 e 3 Cost., cui può aggiungersi lo stesso art. 117, comma 2 lett. m).

In quest'ultima norma, come noto, relativa ai livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti in maniera uniforme su tutto il *territorio* nazionale (c.d. LEP), la dottrina ha infatti sistematizzato da tempo anche gli stessi *standard urbanistici*, funzionali alla costruzione della "città pubblica" ed essenziali per garantire, in termini di parità di dotazioni, di infrastrutture e servizi, proprio il godimento dei diritti da parte di tutti i cittadini, a cominciare dai soggetti più fragili e vulnerabili.

In questo senso, allora, il dovere della Repubblica e, dunque, di tutti gli enti costitutivi della stessa – giusta l'art. 114 Cost. – di riconoscere e garantire i diritti inviolabili dell'uomo e di rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione alla vita politica, economica e sociale del Paese, impone a tutte le istituzioni pubbliche il dovere di avviare, su tutto il territorio nazionale, concrete politiche attive (anche) sul "diritto all'abitare" degli anziani, nel rispetto del principio di uguaglianza ma anche di coesione sociale e territoriale.

Come, del resto, già sancito a livello europeo¹¹, una efficace ed effettiva tutela multilivello dei diritti delle persone anziane richiede, infatti, anche la rimozione o, quantomeno, la riduzione delle disuguaglianze territoriali

10. In tema, cfr., fra gli altri, Soja 2010; Lefebvre 1974; Harvey 1973. Per alcuni riferimenti al dibattito multidisciplinare italiano, senza pretesa di completezza, si vedano, fra gli altri: Danani 2016; Nitrato Izzo 2017; Alietti 2021. Nell'ambito del diritto pubblico, la questione è stata affrontata di recente e per la prima volta da Dussart e Lérique (2022). Per una più ampia ricognizione, nonché per alcune riflessioni sull'apporto che le teorie della giustizia spaziale possono fornire nel governo delle aree urbane e di quelle rurali in Italia, sia consentito il rinvio a De Donno 2023a.

11. Per una ricognizione, cfr. Rospì 2018.

causate, fra l'altro, dalla differente presenza nei territori di opportunità, ricchezza, servizi e benefici erogati e concretamente erogabili da parte delle stesse istituzioni pubbliche; disuguaglianze che si riverberano sulle condizioni di vita, di salute e quindi di invecchiamento della popolazione.

Per tale via, quindi, gli stessi principi di coesione sociale e territoriale, da intendersi quale attuazione del medesimo principio di uguaglianza sostanziale, impongono di intraprendere “*un processo di integrazione economico e sociale tra i territori [...] attraverso un approccio gestionale e governativo che veda coinvolte [tutte] le comunità espressione di tali differenze*”¹².

È questo, del resto, un tema che ha assunto particolare rilievo nella fase attuale, di attuazione del PNRR, e che coglie direttamente anche l'oggetto della presente trattazione. In disparte, infatti, da ogni considerazione sul tema del c.d. regionalismo differenziato, è ormai maturata tanto in dottrina¹³ quanto nelle istituzioni, una riflessione sulla necessità di superare le sperequazioni territoriali storicamente presenti in Italia, le quali si presentano tanto a livello macro – in termini, specialmente, di disparità tra Nord e Sud – quanto a livello micro – in relazione alle differenze insite tra aree urbane e aree rurali del Paese, e dalle quali non sono certamente esenti le fasce più anziane della popolazione.

3. Invecchiamento della popolazione italiana e brevi riferimenti alle differenze di stanziamento sul territorio nazionale: alcuni dati

Per cogliere appieno quanto sin qui detto, sembra dunque opportuno riportare alcuni dati sull'invecchiamento della popolazione italiana e sul suo stanziamento nel territorio nazionale. L'attualità del tema si presenta, del resto, in tutta la sua importanza e attualità nelle più recenti rilevazioni ISTAT, ove le tendenze sembrano incontrovertibili.

Anzitutto, osservando il rapporto tra la quota di persone con più di 65 anni e la popolazione totale, va detto che l'Italia (con il 24,1%¹⁴) presenta la più alta percentuale europea, davanti a Grecia, Finlandia, Portogallo,

12. Ivi, p. 7.

13. Radicatasi, in tempi recenti, in conseguenza della pandemia, e poi della c.d. “messa a terra” del PNRR così come dello stesso percorso di attuazione dell'art. 116, comma 3 Cost. In tema, *ex multis*, si veda oltre alla dottrina citata *infra*: Manganaro (2023) e l'appello *Diseguaglianze territoriali insostenibili e doveri perequativi inderogabili*, AIPDA – FORUM Next Generation EU, 9 aprile 2021, pubblicato su *PA Persona e Amministrazione*, 2, 2021.

14. Report Istat *Indicatori demografici 2022*, p. 8. Testo e dati disponibili al seguente link: <https://www.istat.it/it/files//2023/04/indicatori-anno-2022.pdf>.

Germania e Bulgaria. A ciò si aggiunga che nel nostro Paese la quota degli ultraottantenni è quasi raddoppiata tra il 2001 e il 2020¹⁵.

Ma non è soltanto la situazione attuale a meritare attenzione. Volgendo lo sguardo verso ciò che avverrà in futuro, è possibile cogliere che la popolazione italiana è destinata ad invecchiare ulteriormente ed esponenzialmente. Sempre secondo l'ISTAT, infatti,

la longevità crescente e la riproduttività sotto la soglia di sostituzione delle generazioni sono ormai da decenni le determinanti di una riconfigurazione della struttura per età della popolazione italiana ad “anfora” prima (per il progressivo invecchiamento delle generazioni del *baby boom*), “rettangolare” poi e a “piramide rovesciata” in un futuro a medio e lungo termine, in vista di un ulteriore e progressivo sbilanciamento in favore delle età più anziane¹⁶.

Se questi, come emerge anche in altri contributi del volume con specifico riferimento alla realtà di Ferrara¹⁷, sono dati sicuramente indicativi e importanti per quanto riguarda il *trend* generale della popolazione unitamente intesa, l'analisi che si intende svolgere nel presente contributo richiede, come detto, anche un più preciso inquadramento territoriale del fenomeno.

Gli ultimi indicatori demografici pubblicati dall'ISTAT nella primavera del 2023 e riferiti all'anno 2022, evidenziano, infatti, che il Centro e il Nord presentano una popolazione più longeva di quella del Sud, con una proporzione di ultrasessantacinquenni lievemente più alta di quella nazionale, rispettivamente pari al 24,7% e al 24,6%. Nel Mezzogiorno, invece, tale proporzione è del 23%.

Se si guarda, poi, agli ultraottantenni la tendenza è confermata: questi costituiscono l'8,2% della popolazione totale nel Nord e nel Centro e il 6,8% nel Mezzogiorno¹⁸.

15. Dati tratti dal Report ISTAT Una popolazione che invecchia. Testo disponibile al seguente link: <https://www.istat.it/demografiadelleuropa/bloc-1c.html>.

16. Cfr. Report ISTAT Popolazione e famiglie (2015). Testo e dati disponibili al seguente link: <https://www4.istat.it/it/anziani/popolazione-e-famiglie>. Più specificamente, secondo tale indagine: la popolazione residente in Italia attesa per il prossimo futuro sarà caratterizzata da una composizione per età significativamente invecchiata: se nel 2015 le persone fra 0 e 14 anni rappresentavano il 13,8% della popolazione, nel 2065 si attesteranno al 12,7%. La popolazione di 65 anni e più, di converso, al 2065 crescerà fino al 32,6%. La popolazione di 85 anni e più, ancora, che nel 2015 rappresentava il 3,2% della popolazione, nel 2065 si dovrebbe attestare al 10,0%. E ancora, l'indice di vecchiaia della popolazione, ossia il rapporto di composizione tra la popolazione anziana (65 anni e oltre) e la popolazione più giovane (0-14 anni), tra il 2015 e il 2065 si incrementerà da 157,7 a 257,9.

17. Si rinvia, in particolare, ai contributi di Raparelli *et al.* e di Visintin, in questo volume.

18. Istat 2023, p. 8.

Per quanto riguarda le singole Regioni, quindi, la Liguria è la Regione più anziana, con una quota di over 65enni pari al 28,9% e una di ultra 80enni del 10,4%. Seguono il Friuli-Venezia Giulia (26,9% e 9,1%) e l'Umbria (26,8% e 9,2%). La Regione con le percentuali più basse di ultrasessantacinquenni e ultraottantenni è la Campania (20,6% e 5,6%), seguita dal Trentino-Alto Adige (21,8% e 7%) e dalla Sicilia (22,9 e 6,7%). Guardando all'andamento territoriale dell'Emilia-Romagna, invece, la popolazione ultrasessantacinquenne è pari al 24,5 %, in linea con i dati relativi alla media del Nord-Italia.

Ma ancor più rilevanti, perché permettono di inquadrare una specifica caratteristica dello sviluppo demografico italiano, sono i dati contenuti nel focus sulle Città metropolitane pubblicato sempre dall'ISTAT all'inizio del 2023.

In base a tale indagine, l'attenzione va concentrata su due diversi movimenti rilevanti ai nostri fini. Innanzitutto, va evidenziata l'attrattività, anche per la popolazione più anziana, dei Comuni capoluogo (soprattutto quelli del Nord), ove oggi, in media, ogni 100 giovani, vi sono 176 persone con più di 65 anni di età¹⁹. A conferma di questa tendenza, alcuni capoluoghi del Nord rappresentano le aree fortemente urbanizzate con la più alta concentrazione di popolazione anziana dell'intero territorio; ne è un esempio Genova che con 269 anziani ogni 100 giovani detiene il primato di "città più vecchia"²⁰.

Ciononostante – e questo è un altro elemento di sicura rilevanza –, l'indice di vecchiaia generale nelle aree metropolitane resta comunque molto inferiore alla media nazionale (187,6 anziani ogni 100 giovani), il che fa intendere che la maggioranza della popolazione anziana è attualmente residente all'esterno dei maggiori agglomerati urbani del nostro Paese. A conferma di ciò, tre delle quattro zone con l'età media più alta d'Italia si collocano infatti in territori provinciali e non, appunto, in aree metropolitane: Savona, Biella e quindi proprio Ferrara, città, quest'ultima, in cui l'età media della popolazione è pari a 49,4 anni e il 28,7% degli abitanti risulta essere *over 65*²¹.

I dati vanno però letti non solo nell'ambito della dicotomia Città metropolitane-Province, ma anche alla luce delle tendenze generali di migra-

19. Focus ISTAT *Profili delle Città metropolitane*, p. 1. Testo consultabile al seguente link: <https://www.istat.it/it/files//2023/02/Statistica-Focus-Citt%C3%A0-Metropolitane.pdf>.

20. *Ibidem*.

21. Si vedano le tavole presenti in ISTAT 2023.

zione tra città e aree rurali²² e, quindi, delle differenti prospettive inerenti alla durata e alla qualità della vita sul territorio italiano.

Innanzitutto, bisogna tener presente che in sette Comuni su dieci ad alta e media densità di urbanizzazione c'è stato, negli ultimi dieci anni, un aumento della popolazione (tra le Città metropolitane spicca Roma con il 14%). Di contro, nello stesso periodo, è stato rilevato un calo della popolazione in oltre sei Comuni rurali su dieci.

Va poi aggiunta la considerazione secondo cui la longevità maggiore che i dati fotografano nel Nord-Italia parrebbe potersi collegare non strettamente a una differente tendenza demografica, bensì a tematiche connesse a quelle carenze di servizi che direttamente si ripercuotono sulle condizioni di vita e di salute²³. Tornando a guardare ai dati ISTAT, infatti, questi evidenziano come nel Nord la speranza di vita alla nascita (80,9 anni per gli uomini e 85,2 per le donne) sia nettamente più alta rispetto a quella che si ha nel Sud (79,6 anni per gli uomini e 83,9 per le donne) e nelle Isole Maggiori (79,5 anni per gli uomini e 83,7 per le donne) e questo, certamente, non per questioni congenite²⁴.

Tutto ciò fa comprendere perché, nell'analisi di qualsiasi fenomeno attinente alle questioni demografiche, non si possa attualmente prescindere da una visione d'insieme dei mutamenti, delle direttrici e delle condizioni concrete inerenti alle diverse aree del territorio nazionale.

In Italia, invero, il tema trova basi solide nel dibattito avviato, già nella seconda metà del '900, da illustri giuristi sulle c.d. "aree insufficientemen-

22. Classificate in base al c.d. "Degree of urbanisation" (DEGURBA), classificazione che indica il carattere urbanistico di un'area del territorio.

23. Per giustificare tale affermazione, sia permesso rimandare, a scopo esemplificativo, a ISTAT 2021, ove emerge chiaramente quanto sia marcata la differenza tra Nord e Sud Italia nell'approccio preventivo rispetto alle cause di mortalità più diffuse.

24. ISTAT 2023, pp. 18-19. Le disuguaglianze territoriali sono confermate, peraltro, anche guardando alla situazione nelle singole Regioni. La Campania ha attualmente la più bassa speranza di vita alla nascita (80,9 anni), quasi 3 anni in meno rispetto alla Provincia Autonoma di Trento dove si registra un valore di 84 anni. Appena sotto Trento, tra le Regioni con speranza di vita maggiore, si trovano Veneto, Lombardia, Toscana ed Emilia Romagna (tutte Regioni del Nord) con dati di poco superiori agli 83 anni, mentre in fondo alla classifica, insieme alla Campania, si trova un'altra Regione del Mezzogiorno: la Sicilia, con 81,3 anni. Analoghe conclusioni possono essere tratte in base ai dati inerenti alle singole Province: Treviso presenta la speranza di vita alla nascita più elevata con 84,1 anni, seguita da Trento con 84 anni, Firenze e Monza-Brianza con 83,9 anni, Padova con 83,7 anni e Fermo con 83,6 anni (tutte province situate ancora una volta nel Centro-Nord). Conferma infine il *trend* il fatto che l'aspettativa di vita più bassa è invece individuata in Province situate sempre nel Sud: Napoli e Siracusa con 80,6 anni, Crotone e Caserta con 80,8 anni e Messina ed Enna con 81 anni.

te sviluppate”²⁵; un filone di ricerca che ha condotto alla pacifica conclusione secondo cui un forte squilibrio nello sviluppo economico e nella distribuzione territoriale della popolazione risulta pregiudizievole per lo sviluppo generale dello Stato unitariamente inteso (Romeo 2020).

L’attenzione a quelle che nel corso degli anni sono state chiamate anche “aree remote”, “aree fragili”, “aree ai margini”, “terre d’osso” o, più di recente, “aree interne”²⁶, nel nostro ordinamento è stata oggetto, a partire dallo scorso secolo, di un gran numero di interventi normativi²⁷ finalizzati proprio a ridurre il *gap* tra le disuguaglianze venutesi a creare. Ma questa modalità di intervento rappresenta probabilmente solo una tra le possibili attività tese a “governare” un mondo soggetto a perenne mutamento ed in cui le tensioni tra le diverse esigenze si fanno sempre più diffuse.

Oggi, davanti ai fenomeni demografici qui solo sommariamente descritti, occorre infatti interrogarsi, come detto, stimolati anche dalla letteratura interdisciplinare, sulla possibilità che all’anziano venga riconosciuto dall’ordinamento uno *status* particolare che corrisponda a tutele effettive diversificate tanto in base alle sue istanze e ai suoi bisogni quanto in ragione del territorio su cui esso è stabilito (Gardella Tedeschi 2022).

In tal senso, allora, l’intervento pubblico, chiamato a fungere da momento ordinatore della stessa complessità sociale e a portare ad unità differenti interessi, valori e obiettivi (Falzea 2007, p. 213), con uno sguardo comunque sempre rivolto alla “giustizia” di tali processi, diviene centrale.

Come si dirà meglio nel paragrafo successivo, infatti, a livello sovranazionale si richiedono ormai non misure *standard* da attuare vincolativamente, ma autorità pubbliche che adottino azioni adeguate, adatte ai territori e calate nei diversi contesti (Violini 2022, p. 13; Bifulco 2022, p. 591) e, al contempo, un approccio alle transizioni connaturato da un processo “giusto”.

25. Giannini 1962 e 1985; Cassese 1965 (si vedano soprattutto le pp. 9-10).

26. Questo termine ha assunto particolare rilevanza a seguito dell’avvio della *Strategia Nazionale per le Aree Interne* (SNAI). Il documento definisce le “aree interne” come “quelle aree significativamente distanti dai centri di offerta di servizi essenziali (di istruzione, di salute, di mobilità), ricche di importanti risorse ambientali e culturali fortemente diversificate per natura e a seguito di secolari processi di antropizzazione”, aree che oggi ospitano il 23% della popolazione (pari a oltre 13.5 milioni di abitanti) e occupano una porzione del territorio che supera il 60% della superficie nazionale (p. 5). Sul tema, si vedano, *ex multis*: Falcone 2020; De Donno, Tubertini 2020; De Rossi 2018; Marchetti, Panunzi, Pazzagli 2017.

27. I più significativi, sono sicuramente le azioni indirizzate al sud Italia (cfr. Annesi 1957; Melis 1996) e quelli per i territori montani (Merloni 1990; Crosetti 201).

Se, infatti, il concetto di “giustizia”, come osservato in dottrina, va utilizzato non solo nel senso di giustizia ed equità degli obiettivi, quanto, ancor di più, di giustizia nell’*agere* pubblico che insegue quegli obiettivi (Boschetti 2022a), le istituzioni pubbliche, tutte, e l’attività amministrativa conseguente assumono un ruolo di primaria importanza.

Guardando, allora, al contesto internazionale, si può notare come, in realtà, da tempo si stia cercando di inserire progressivamente le “sfide” globali che negli ultimi cinquant’anni si sono poste all’orizzonte, all’interno di uno scenario da “governare” in maniera coordinata e coerente in tutte le sue sfaccettature, in virtù soprattutto dell’emergente complessità²⁸ dei contesti socio-economico-territoriali. La fase storica attuale pare, del resto, essere sempre più contrassegnata dalla cd. “*twin transition*”²⁹, ossia un “processo” obbligato di transizione ecologica e digitale, cui si affianca un’ulteriore transizione, forse meno evidente ma non meno importante: la c.d. “transizione sociale” (Favaro 2022, p. 482). E simili transizioni, complessivamente intese, richiedono ormai un cambio drastico nell’approccio giuridico e regolatorio³⁰.

4. L’approccio internazionale ed europeo al diritto all’abitare delle persone anziane. La rigenerazione urbana tra coesione territoriale, concezione olistica e sperimentazioni locali

Come si è già avuto modo di osservare, considerata l’evidente tendenza demografica, l’azione pubblica è stata (ed è costantemente) chiamata a porre l’attenzione sulla creazione di determinate strategie specificamente pensate per la popolazione anziana. Preso atto di questa nuova inclinazione, va però verificato se ogni singola azione settoriale possa riflettersi direttamente e in maniera generale sugli strumenti ordinari di pianificazione e rigenerazione territoriale, in modo da rispettare quello che risulta essere

28. Recentemente, in diversi studi interdisciplinari, si è cominciato ad osservare come qualsiasi conoscenza, compresa quella scientifica, debba comprendere in sé una riflessione epistemologica sui fondamenti, sui principi e sugli stessi limiti della “complessità”. Per alcuni riferimenti al dibattito scientifico relativo alla teoria dei “sistemi complessi” e alla sua applicazione nell’ambito del diritto amministrativo si veda De Donno, Di Lascio 2023.

29. In tema, v. Passalacqua 2022.

30. Lo evidenzia ampiamente Boschetti (2022), ove l’Autrice pone l’attenzione sulle nuove tendenze del “diritto della ripresa e resilienza” o, ancora, “delle transizioni”, che, abbracciando tutti i settori dell’economia e della società, sembrerebbe imporre una “ri-forma del diritto, quale indispensabile strumento per ri-formare l’economia e la società”.

sia l'indirizzo tracciato da un'adeguata lettura della nostra Costituzione³¹, sia l'approccio prediletto a livello internazionale rispetto a problematiche simili a quella oggetto del presente studio.

Soffermandoci brevemente proprio sullo scenario che trascende i confini nazionali, infatti, già durante la Conferenza di Stoccolma del 1972, fu preso atto del fatto che determinati risultati complessi (in quel caso l'oggetto specifico era la protezione ambientale) potessero essere posti in essere solo adottando misure integrate e coordinate in una molteplicità di campi, tra cui quello della "pianificazione edilizia e urbana"³².

Il principio espresso a Stoccolma ha trovato poi specificazioni puntali nelle "Conferenze internazionali sugli insediamenti umani" c.d. "HABITAT I, II e III", tenutesi, rispettivamente, a Vancouver nel 1976, a Istanbul nel 1996 e a Quito nel 2016. In seno alle tre conferenze è stata auspicata la promozione di uno sviluppo urbano imperniato sul miglioramento della qualità della vita e, soprattutto, posta l'attenzione sul ruolo della pianificazione e della regolamentazione dell'uso del territorio, che rappresentano campi in cui non può prescindersi dall'integrazione delle varie politiche pubbliche³³.

Proprio in base a tale constatazione, nell'ambito della Conferenza Habitat III, al termine dei lavori, è stata adottata la "*New Urban Agenda*" che, oltre ad individuare i principi ai quali deve ispirarsi lo sviluppo urbano per poter essere effettivamente sostenibile, ha indicato tra gli obiettivi quello di "*leveraging urbanization for a structural transformation*", in modo che questa possa rispondere alle sfide sociali, economiche e ambientali poste dall'attuale scenario mondiale³⁴.

Secondo la dottrina italiana, la novità principale dell'Agenda, che si pone al culmine di una costante attenzione a livello internazionale sul ruolo svolto dalla pianificazione urbanistica, è rappresentata dall'effettività delle azioni individuate e, dunque, da porre in essere, al fine di rendere gli insediamenti umani resilienti e adattativi. In questa prospettiva il ruolo delle autorità pubbliche viene enfatizzato, individuando i pubblici poteri quali attori principali degli interventi incidenti sulla "vivibilità" generalmente intesa dei centri abitati³⁵.

31. Si rimanda a quanto già sostenuto nei paragrafi introduttivi del presente contributo.

32. Cfr. *Dichiarazione di Stoccolma*, principio 15.

33. Si veda, in tal senso, l'Agenda adottata al termine della Conferenza di Istanbul Habitat III, e in particolar modo, il suo cap. IV, *Sustainable human settlements development in an urbanizing world*.

34. *New Urban Agenda* adottata nella Conferenza Habitat III e approvata durante la sessantottesima Assemblea Plenaria della settantunesima Sessione dell'Assemblea Generale ONU tenutasi a dicembre 2016, art. 13, lett. d).

35. Nell'Agenda questo compito è inteso non in senso statico e uniforme, ma dina-

È, allora, in questo scenario che le intenzioni della comunità internazionale di procedere ad un'azione corale, sono state tradotte in attività concrete e riferite a specifici campi di particolare interesse.

Invero, con riferimento all'oggetto di studio della presente ricerca, ossia all'innalzamento dell'età media della popolazione che, secondo le stesse stime delle Nazioni Unite, nei prossimi tre decenni porterà la popolazione europea ad essere costituita al 34% da "over 60", si è giunti alla creazione, nel 2010, della Rete *WHO Global Network of Age-friendly Cities and Communities*, che si pone l'obiettivo di connettere le comunità e le città che riconoscono le persone anziane come risorsa per la famiglia, per la comunità e per l'economia, con l'obiettivo di condividere le esperienze e supportare le iniziative attraverso strumenti guida³⁶.

In virtù del fatto che il continente europeo rappresenta il contesto territoriale attualmente più sensibile ai fenomeni di invecchiamento della popolazione, anche l'Unione europea ha cominciato a porre sempre più attenzione al fenomeno.

In tale prospettiva, nel 2005, la Commissione Europea ha pubblicato il *Green paper: Confronting Demographic Changing: A New Solidarity between the Generations*, fornendo indirizzi per favorire la solidarietà inter-generazionale³⁷.

Un impegno ancor più marcato è rintracciabile nella proclamazione del 2012 come "Anno europeo dell'invecchiamento attivo e della solidarietà fra generazioni". Nella decisione relativa a questa iniziativa è sottolineato che solo l'invecchiamento "attivo" potrà consentire alle persone di realizzare le loro potenzialità di benessere fisico, sociale e psichico durante l'intero arco della vita e di partecipare alla vita sociale³⁸.

Le strategie tramite cui l'Unione punta a consolidare questo approccio *age-friendly*, integrando le modalità d'azione all'interno delle altre politiche settoriali per raggiungere gli obiettivi individuati, sono ampie e generalizzate.

mico. Viene sollecitata, infatti, l'esigenza di creare norme specifiche per i contesti locali, onde evitare la generalizzazione di pratiche che per struttura e morfologia siano state pensate per contesti differenti e quindi difetterebbero non poco nell'applicazione a territori diversi. Cfr. Bifulco 2022, p. 583; Gardini 2020, p. 46; Lauri 2018, pp. 358-359.

36. Per un'analisi approfondita di questo approccio adottato a livello internazionale e sull'impatto concreto che ha avuto nella gestione sia degli spazi pubblici che di quelli privati, si veda la ricerca italo-cinese coordinata da: Savio *et al.* (2017).

37. Commissione Europea (2005), *Green paper: Confronting Demographic Changing: a New Solidarity between the Generations*.

38. Parlamento Europeo e Consiglio dell'Unione Europea, Decisione n. 940/2011/UE del Parlamento Europeo e del Consiglio, del 14 settembre 2011, sull'Anno europeo dell'invecchiamento attivo e della solidarietà tra le generazioni (2012).

Nel presente contributo, perciò, considerato proprio il ruolo centrale che la gestione degli spazi e dei luoghi sta assumendo nel quadro sovranazionale, ci si prefigge principalmente di vagliare gli strumenti di tipo urbanistico-territoriale che possano permettere di creare aree urbanizzate che, pur improntate a uno sguardo d'insieme, siano capaci di mettere a sistema le esigenze degli anziani, considerati utenti con bisogni specifici connessi alla loro età e allo stato del loro territorio³⁹.

Un esempio più specifico in questo senso, da collocare nella “cassetta degli attrezzi” da cui attingere, può essere individuato nella “Dichiarazione di Toledo” del 2010 sulla “rigenerazione urbana integrata e il suo potenziale strategico per uno sviluppo urbano più intelligente, sostenibile e inclusivo nelle città europee”, adottata sotto la presidenza spagnola del Consiglio.

Tramite questa iniziativa, i Ministri europei responsabili per lo sviluppo urbano degli Stati membri dell'Unione hanno provato a sistematizzare il tema emergente della “rigenerazione urbana”⁴⁰. Tale necessità è sfociata, perlomeno a livello europeo⁴¹, in una visione della rigenerazione quale processo pianificatorio “olistico” che, pertanto, deve trascendere i singoli settori⁴² e preferire azioni unitarie che esplichino i propri effetti su tutte le dimensioni della sostenibilità⁴³ e, al contempo, che tengano in debita considerazione le innumerevoli sfide sociali⁴⁴.

La strategia adottata a Toledo risulta interessante perché indica una serie di strumenti operativi (Di Giovanni 2023, p. 83), attraverso cui è possibile attuare la “rigenerazione urbana integrata”⁴⁵, in modo che le

39. Savio *et al.* 2017 p. 324. In questo senso si vedano anche le riflessioni di Dorato, in questo volume.

40. Per ciò che concerne il complesso inquadramento del tema “rigenerazione urbana” nell'ordinamento interno e per quanto riguarda il generale apparato normativo connesso all'argomento, senza pretesa di esaustività, si vedano: Cartei 2022; Di Lascio 2022; Boschetti 2022b; Amoroso 2020; Giusti 2018; Di Lascio, Giglioni 2017; Dipace 2017; Torelli 2017.

41. Si veda, in tal senso, il contributo di Di Giovanni 2023, ove l'Autore evidenzia chiaramente le differenze nella concezione di “rigenerazione urbana” tra l'ordinamento europeo e l'attuale apparato normativo vigente in Italia.

42. “Dichiarazione di Toledo sulla rigenerazione urbana integrata e il suo potenziale strategico per uno sviluppo urbano più intelligente, sostenibile e inclusivo nelle città europee”, punto A.2, p. 6.

43. *Ivi*, punto A.1.4, p. 4.

44. *Ivi*, punto A.1.1, p. 3; A.2.19, p. 7.

45. Tra questi sono ricompresi: a) piani e programmi che, considerando tanto la città nel suo insieme, quanto nei suoi singoli ambiti di intervento, individuano le azioni da intraprendere per superare i diversi problemi architettonici, urbanistici, ambientali ma

funzioni di “governo del territorio” siano affrontate necessariamente ad unisono con le questioni sociali, ambientali ed economiche ed elaborate in collaborazione con gli amministratori.

È interessante allora vedere se tale approccio ha avuto effettive ricadute nel nostro ordinamento. Ed invero, a livello statale si è faticato, non poco, ad adottare una completa disciplina sulla rigenerazione urbana così intesa⁴⁶ e sono stati gli enti territoriali a farsi carico delle azioni più rilevanti.

Da un lato, come noto, le Regioni hanno infatti promulgato innovative e diversificate leggi in materia, nonché intrapreso azioni amministrative di pianificazione e programmazione su temi evidentemente connessi quali il c.d. *social housing* e, più in generale, il recupero del patrimonio edilizio esistente anche in connessione con obiettivi di promozione e valorizzazione dell’invecchiamento attivo.

Proprio le Regioni hanno dunque iniziato a farsi promotrici in prima persona di quel “diritto all’abitare” come concepito e delineato nelle pagine precedenti, sostenendo “la diffusione sul territorio di spazi e luoghi di incontro, socializzazione, espressività, in un’ottica intergenerazionale e interculturale”⁴⁷ al fine di prevenire i fenomeni di esclusione ed isolamento sociale e limitare l’ospedalizzazione e l’inserimento in strutture assistenziali residenziali. Dall’altro, si è contemporaneamente assistito a una forte attenzione in alcune realtà verso esperienze ulteriormente diversificate e innovative di cura di interessi generali anche a beneficio dei soggetti più fragili e della popolazione anziana.

In quest’ultimo senso può essere riportata, come valido esempio, l’esperienza ferrarese del “*Cohousing San Giorgio*”, che su idea dell’associazione

anche sociali (punto A.3.24, p. 7); b) piani e programmi che definiscono delle misure indirizzate al recupero fisico degli edifici e degli spazi urbani, inserendoli in un contesto contraddistinto da altre azioni settoriali e con linee guida, che fissino “i criteri per gli interventi di rigenerazione fisica, per la gestione dei consumi, il miglioramento degli spazi pubblici e del contesto urbano” (punto A.3.25, p. 8); c) nuove e specifiche forme di partenariato pubblico-privato per la rigenerazione, al fine di stimolare la partecipazione del settore privato (punto A.3.28, p. 8); d) strumenti appropriati di monitoraggio e valutazione (valutazioni *ex ante*, di medio periodo ed *ex post*, set di criteri e indicatori, ecc.), al fine di verificare se gli obiettivi siano stati raggiunti e, se necessario, prendere in considerazione gli opportuni cambiamenti o correzioni (A.3.31, p. 9).

46. Sull’urgenza di un intervento legislativo in questo senso, v. Giglioni 2022.

47. Cfr. art. 5, l.r. Umbria 27 settembre 2012, n. 14 (Norme a tutela della promozione e della valorizzazione dell’invecchiamento attivo); art. 5, l.r. Liguria 3 novembre 2009, n. 48 (Promozione e valorizzazione dell’invecchiamento attivo); art. 5, l.r. Basilicata 20 novembre 2017, n. 29 (Promozione e valorizzazione dell’invecchiamento attivo e della solidarietà tra generazioni). Per approfondite analisi del ruolo delle Regioni in materia v. Caridà 2019, pp. 1 ss.; Dorato, Rospi 2021, pp. 118-120; Rospi 2018, pp. 17-22.

“*Cohousing Solidaria*”, dopo un vero e proprio processo di pianificazione urbana partecipata⁴⁸, dal 2015 rappresenta una realtà all’avanguardia sia nel campo edilizio che sociale.

Su un terreno cittadino tra la via Ravenna e le rive del Po di Primaro – zona patrimonio dell’Unesco e parte della Rete Natura 2000 –, è stato realizzato un complesso edilizio ove si è stabilito un gruppo spontaneo di famiglie che, attraverso un proprio statuto, si è proposto di vivere seguendo le “5 R” (Ridurre, Riciclare, Responsabilizzare, Rispettare, Rallentare) per risolvere i problemi derivanti dal crescente isolamento umano e sociale e dar vita a un modello sociale, economico e di valori che costituisca un patrimonio importante per tutta la comunità ivi stabilitasi.

C’è da segnalare che questa esperienza è stata “istituzionalizzata” anche tramite la sottoscrizione tra l’associazione *Cohousing Solidaria* e il Comune di Ferrara di un Protocollo d’intesa che riconosce la funzione sociale del *co-housing* e impegna l’amministrazione ad adottare pratiche di promozione e sostegno nei suoi confronti⁴⁹.

Come si nota, nonostante la carenza di azioni pregnanti da parte dello Stato, in questo nuovo contesto “urbanistico-territoriale” che va delineandosi a livello internazionale, stante proprio l’emersione di nuovi principi guida⁵⁰, pare aver dunque preso piede l’iniziativa degli enti territoriali e la sperimentazione di politiche abitative per gli anziani di tipo *bottom-up*⁵¹.

48. Tale processo trova la sua genesi in un incontro pubblico sul *co-housing* organizzato dallo “Sportello Eco” dalla Provincia di Ferrara nel novembre 2008, che ha dato il via alla formazione di un gruppo interessato (principalmente membri del “Gruppo ferrarese d’acquisto solidale GAS Cittanova”). In pochi mesi le famiglie interessate divennero 42 e ciò fece sì che, nel maggio 2009, nascesse l’Associazione “Cohousing Solidaria” (<http://www.cohousingsolidaria.org/>), che si proponeva, nel dialogo con le amministrazioni preposte, di dar vita a luoghi ove sviluppare uno stile di vita basato sui principi della solidarietà, condivisione, rispetto dell’ambiente, decrescita dei consumi.

49. Protocollo d’intesa “*Il cohousing*”, sottoscritto il 22 maggio 2014.

50. Primerano 2022, p. 221; Piperata 2017, *passim*.

51. Si richiamano anche ulteriori esperienze simili, che sicuramente richiedono analoga attenzione, come quella del quartiere Barco di Ferrara, che tra il 2021 e il 2022 è stato oggetto di una ricerca partecipata con l’obiettivo di definire linee strategiche e piccole proposte meta-progettuali capaci di meglio indirizzare gli interventi di trasformazione e adattamento degli spazi pubblici e collettivi verso le necessità reali della popolazione anziana (cfr., sul punto, il contributo di Dorato in questo volume), nonché le innumerevoli attività promosse da Labsus (“Laboratorio per la sussidiarietà”). Quest’ultimo, in particolare, si ripropone da ormai diversi anni di collaborare con le amministrazioni pubbliche al fine di dar vita a soluzioni innovative rispetto a problemi di interesse generale. Recentemente, proprio con riferimento alla tematica dell’invecchiamento della popolazione, il *focus* dell’esperienza, già consolidata, dell’“amministrazione condivisa” e dei “patti di

Ed esse potrebbero essere iscritte nel più ampio fenomeno del “diritto della e alla città”, che impatta direttamente sulle modalità di regolazione degli stessi spazi urbani⁵². Cosicché, com’è e stato riconosciuto, le città stanno divenendo effettivamente le protagoniste di un “diritto della rigenerazione” “più flessibile, più capace di adattamento dotato di strumenti che ammettono l’ibridazione e la contaminazione, aperto al contributo diretto di ciò che i soggetti privati possono garantire a una progettazione che si fa condivisa”⁵³.

Ciò detto e fermi tali profili innovativi, va comunque notato che solo una definitiva consacrazione anche a livello legislativo statale dell’approccio “olistico” richiesto negli impegni internazionali e rintracciabile anche in alcune pronunce del Consiglio di Stato in materia di *housing sociale*, permetterebbe di superare definitivamente su tutto il territorio nazionale quella che è forse la principale problematica relativa al contesto oggetto di studio, ossia la concettualizzazione del “tema anziani” nell’ambito di una dimensione principalmente privata e spazialmente riconducibile al tema casa.

Le nuove politiche urbanistiche dovrebbero invece puntare principalmente a migliorare la condizione di vita delle persone “favorendo la formazione di un contesto abitativo e sociale dignitoso all’interno del quale sia possibile non solo accedere ad un alloggio adeguato, ma anche a relazioni umane ricche e significative”⁵⁴ e, di conseguenza, spostando definitivamente l’angolo visuale da cui si guarda alla problematica in discussione verso il tema dell’“abitare gli spazi urbani”.

collaborazione” è stato spostato tanto su attività di socializzazione delle persone anziane, quanto, e soprattutto, sulla promozione di reti di relazioni che possano tradurre in concreto il principio dell’invecchiamento attivo nell’ambito della stessa rigenerazione urbana, rendendo così ogni persona coinvolta nel patto non un semplice beneficiario, ma una vera e propria risorsa per la comunità. Si veda, in questo senso, l’esperienza dell’elaborazione del nuovo patto di collaborazione del Comune di Forlì, il quale, tra l’altro, prevede esplicitamente che gli interventi di cura, rigenerazione e gestione in forma condivisa dei beni comuni urbani proposti dai c.d. “cittadini attivi” possono essere strumento per l’attuazione di politiche di *welfare* generativo e di comunità, ovvero per avviare percorsi mediante i quali gli utenti dei servizi possano trasformarsi in risorse per sé stessi e per la propria comunità, secondo modalità concordate (art. 4).

52. Bernardini 2021, pp. 121-124.

53. Cortese 2017, p. 51.

54. Cons. Stato, Ad. Plen., 30 gennaio 2014, n. 7, ove i giudici amministrativi hanno anche affermato che il fine per cui il cd. *housing sociale* è stato sviluppato fin dalla metà del secolo scorso nei Paesi dell’Europa settentrionale è quello di rispondere alla necessità di ripensare gli insediamenti di edilizia sociale sul territorio non solo sotto un profilo quantitativo, bensì anche e soprattutto sul versante qualitativo.

Alla luce dell'attuale quadro sovranazionale, per poter garantire e agevolare quell'invecchiamento "attivo" necessario e imprescindibile⁵⁵, i contesti urbani e la loro regolazione vanno allora ri-immaginati, in modo che la sfida demografica sia affrontata, anche dal punto di vista delle norme di diritto urbanistico, puntando su un attento "governo" dell'insieme dei luoghi, a partire da quelli accessibili al pubblico e situati al di fuori dell'abitazione privata, in cui avviene principalmente l'interazione e il contatto tra i cittadini.

Poste tali considerazioni, queste non sembrano comunque esaurire una tematica così ampia e altamente complessa.

Non può infatti essere ignorato che l'approccio integrato e "olistico" sin qui descritto, oltre che da un adeguato assetto normativo, per poter funzionare debba essere accompagnato da strategie che travalicano i singoli territori. Nonostante la città e le aree fortemente urbanizzate rappresentino oggi il luogo principale ove si svolge la vita della maggior parte della popolazione mondiale (con tutto ciò che ne discende a livello fattuale e giuridico), le frontiere delle nuove sfide che si pongono all'orizzonte non possono e non devono rimanere confinate all'interno di questi ambiti spaziali.

Del resto, non sembra pensabile che obiettivi così ampi, fortemente influenzati dai movimenti demografici già evidenziati e dettati a livello europeo e internazionale, possano essere perseguiti solo a livello locale. Pur potendo individuare molte *best practices* a livello territoriale, e in special modo nei contesti urbani, gli enti locali non possono essere né il primo né l'unico fronte di simili azioni.

In questo senso, il ruolo centrale della visione integrata dei territori nell'impalcatura del diritto internazionale contemporaneo emerge chiaramente dal documento *Transforming our world: The 2030 Agenda for Sustainable Development* adottato dai Capi di Stato e di Governo e Alti Rappresentanti, riuniti presso la sede delle Nazioni Unite a New York dal 25 al 27 settembre 2015. Tra i diciassette *Development goals* e centosessantanove *target* da raggiungere entro il 2030 "[to] shift the world onto a sustainable and resilient path"⁵⁶, l'undicesimo *Development goal* è completamente dedicato al ruolo svolto dalla pianificazione urbanistica e dalla regolazione del territorio con riferimenti rilevanti agli alloggi e ai servizi di base adeguati (11.1) e alla tutela dei bisogni di coloro che si trovano in situazioni vulnerabili, donne, bambini, persone con disabilità e – appunto – anziani (11.1).

55. Cfr. WHO 2002.

56. Preambolo della Dichiarazione "Transforming our world: The 2030 Agenda for Sustainable Development".

Queste tematiche, che una lettura parziale, che trascende anche il titolo dato al *goal*⁵⁷, parrebbe collegare alla “città”, in realtà vanno lette contestualmente all’obiettivo (che fa da collante a tutta la strategia) di “[to] support positive economic, social and environmental links between urban, peri-urban and rural areas by strengthening national and regional development planning”⁵⁸, in una chiave evidentemente ancora una volta ispirata al concetto di “coesione territoriale”.

D’altronde, come notava già tempo fa Giorgio Berti:

sia le funzioni che le procedure adottano gli spazi territoriali come ambiti di rilevamento degli interessi e dei bisogni. Questi interessi e bisogni però si congiungono naturalmente con quelli di altri ambiti territoriali, per il solo fatto che gli uomini sono uguali e, in aree vaste, adottano gli stessi parametri di misurazione di ciò che serve alla loro vita. Si comprende facilmente che lo spazio istituzionale si allarga a dismisura nel senso che perde ogni certezza dei propri confini. (Berti 2002, p. 17)

Risulta allora necessario verificare se attualmente sussista una “strategia nazionale” sulle condizioni abitative della popolazione anziana connessa a strumenti efficaci, e se del caso quanto questi ultimi incidano (o possano farlo) sul “governo del territorio”, usando il termine nella sua massima estensione possibile.

5. Esistono, a livello statale, una strategia e strumenti adeguati per “governare” l’invecchiamento della popolazione dal punto di vista urbanistico-territoriale?

Il tema della coesione territoriale, tramite cui cercare di riequilibrare i notevoli divari di sviluppo economico e di tenore di vita esistenti tra le diverse Regioni, quindi, all’interno di queste, tra le diverse aree urbane e rurali, e di qui tra le varie categorie sociali che vivono nel territorio europeo, è stato ritenuto obiettivo primario dalla Comunità prima e dall’Unione poi⁵⁹, tanto che alla fine degli anni ’80 fu dato avvio alla “politica di coesione”, promossa e sostenuta come noto, a partire dagli anni ‘90, con i “Fondi strutturali”.

57. Il quale, accanto alle città, include gli *human settlements*.

58. Ivi, *Development goal* 11.b.

59. Il concetto di coesione è stato previsto, inizialmente con mere finalità politiche, dall’Atto unico europeo del 1986 e, successivamente, ha assunto una dimensione economico-sociale con il Trattato di Maastricht del 1992 ed un’altra territoriale con il Trattato di Lisbona. In argomento si vedano anche: De Giorgi Cezzi, Portaluri 2016; Cimini, D’Orsogna 2011.

Sembra quindi rilevante rimarcare, specie per quanto si dirà oltre, quanto ormai, nel diritto dell'Unione, si sia affermata una concezione di coesione nei “termini di prevenzione degli squilibri territoriali e di riduzione degli svantaggi geografici tra le aree urbane e quelle rurali, sfruttando la *cooperazione* tra amministrazioni centrali e periferiche, nonché implementando il ruolo dei *diversi soggetti, pubblici e privati, operanti sui differenti livelli territoriali*”⁶⁰.

Ne discende l'esigenza di dar vita ad un sistema pluralista e policentrico di “governo del territorio”, il quale possa prendersi cura di un oggetto a carattere multidimensionale e complesso (il territorio appunto) su cui gravitano una pluralità di istanze, esigenze ed interessi (Stella Richter 2016, p. 470).

Tale constatazione può essere comprovata guardando, da ultimo, alla stessa redazione del PNRR e alle modalità in cui la sfida dell'invecchiamento della popolazione e le disparità territoriali sono qui coniugate.

Il PNRR, come noto, contiene una specifica Missione (la quinta), dedicata all'inclusione e alla coesione⁶¹, che prevedeva, almeno inizialmente, sia investimenti destinati ad aree sottosviluppate (3,3 miliardi di fondi indirizzati verso progetti di rigenerazione urbana da attuarsi nei Comuni con popolazione superiore a 15.000 abitanti, volti a ridurre situazioni di emarginazione e degrado sociale⁶²; 2,49 miliardi alle periferie delle Città

60. Di Giovanni, 2023, p. 84 (corsivi nel testo). Questa peraltro è la conclusione cui si è pervenuti anche affrontando il tema dell'organizzazione amministrativa in merito alle funzioni di “governo del territorio” da un'altra prospettiva (nello specifico la recente riforma costituzionale): De Donno 2023b.

61. Anche gli altri Piani nazionali di ripresa e resilienza contengono *mission* simili. Tre degli Stati più attenti a tale aspetto sono sicuramente: la Francia, la Spagna e la Grecia. Il piano francese “*France Relance*”, ad esempio, indirizza alla coesione territoriale e sociale circa 36 miliardi di euro, più anche di quanto indirizzato alla transizione ecologica (circa 30 miliardi di euro). Nel Piano spagnolo, invece, spicca come “politica” più finanziata proprio quella attinente alla coesione territoriale: all'agenda urbana e rurale, alla lotta allo spopolamento e allo sviluppo dell'agricoltura, andranno infatti ben il 16% delle risorse totali percepite. La Grecia, invece, indirizza alla politica di coesione 5,2 miliardi, somme molto consistenti se si considera che il totale dei fondi percepiti sarà pari a 31,4 miliardi di euro.

62. PNRR, M5C2 “Investimento 2.1”, p. 216. L'investimento può riguardare diverse tipologie di azione, quali: manutenzione per il riutilizzo e la ri-funzionalizzazione di aree pubbliche e strutture edilizie pubbliche esistenti a fini di pubblico interesse, compresa la demolizione di opere abusive eseguite da privati in assenza o totale difformità dal permesso di costruzione e la sistemazione delle aree di pertinenza; miglioramento della qualità del decoro urbano e del tessuto sociale e ambientale, anche attraverso la ristrutturazione edilizia di edifici pubblici, con particolare riferimento allo sviluppo di servizi sociali e culturali, educativi e didattici, o alla promozione di attività culturali e sportive; interventi per la mobilità sostenibile.

metropolitane, con l'obiettivo di trasformare, tramite una pianificazione urbanistica partecipata, territori vulnerabili in *città smart* e sostenibili, limitando il consumo di suolo edificabile⁶³; e, infine, 2,80 miliardi dedicati alla realizzazione di programmi innovativi della qualità dell'abitare⁶⁴), ma anche specifici finanziamenti destinati al rilancio e alla valorizzazione di quelle che sono ormai definite "aree interne" (0,63 miliardi per investimenti infrastrutturali che mirano ad assicurare un adeguato sviluppo dei collegamenti delle c.d. Zone Economiche Speciali⁶⁵ con la rete nazionale dei trasporti, ed in particolare con le reti Trans Europee (TEN-T)⁶⁶ e 0,83 miliardi destinati all'implementazione della SNAI, "Strategia Nazionale per le Aree Interne"⁶⁷).

Nel Piano sono poi previste ulteriori politiche direttamente rivolte alle fasce più deboli della popolazione, in cui rientrano chiaramente anche i cittadini con l'età più elevata. Tra questi si possono segnalare: l'investimento inserito nella Prima Missione su connessioni internet veloci (banda ultra-larga e 5G) in strutture pubbliche come quelle sanitarie per implementare la telemedicina, l'assistenza da remoto, la creazione di piattaforme elettroniche e cartelle cliniche elettroniche, etc.; ancora, i 500 milioni stanziati nell'ambito della Missione 5 per il sostegno alle persone fragili e anziane per rafforzare i servizi sociali territoriali e "di prossimità", una parte consistente dei quali (300 milioni) sarà destinata alla riconversione delle RSA e delle case di riposo per gli anziani in gruppi di appartamenti autonomi. Senza dimenticare, infine, i 7 miliardi complessivi dedicati dalla Sesta Missione all'istituzione di "Case di Comunità", in cui si intende prestare particolare attenzione ai malati cronici (in gran parte anziani), al potenziamento dell'assistenza domiciliare, con l'obiettivo di prendere in carico entro il 2026 il 10% della popolazione anziana (65+) e allo sviluppo delle cure intermedie, tramite la realizzazione di "Ospedali di Comunità".

63. PNRR, M5C2 "Investimento 2.2", p. 216. L'obiettivo primario è recuperare spazi urbani e aree già esistenti allo scopo di migliorare la qualità della vita promuovendo processi di partecipazione sociale e imprenditoriale. I progetti dovranno restituire alle comunità una identità attraverso la promozione di attività sociali, culturali ed economiche con particolare attenzione agli aspetti ambientali.

64. PNRR, M5C2 "Investimento 2.3", p. 217.

65. Previste e disciplinate dal d.l. 20 giugno 2017 n. 91, (convertito con modificazioni dalla legge 3 agosto 2017 n. 123) e dalle sue successive modificazioni, nell'ambito degli interventi urgenti per la crescita economica nel Mezzogiorno, costituiscono 8 specifiche aree del territorio italiano cui, tramite un "progetto complesso" sono indirizzate specifiche azioni di supporto. Cfr. <https://www.agenziacoesione.gov.it/zes-zone-economiche-speciali/>.

66. PNRR, M5C3 "Investimento 4", p. 221.

67. PNRR, M5C3 "Investimento 1", p. 220.

Tutte queste misure impatteranno sicuramente sulla conformazione degli interventi previsti nella Quinta Missione del PNRR e sul definitivo risultato delle azioni che da qui ai prossimi anni ridefiniranno l'assetto urbanistico-territoriale italiano e cercheranno di dare risposte efficaci anche all'invecchiamento della popolazione.

Così come un forte impatto potrà avere la recente l. 23 marzo n. 33, recante Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane, in cui vengono riconosciuti sia il diritto delle persone anziane alla continuità di vita e di cure presso il proprio domicilio, sia il principio di raccordo e coordinamento tra il piano sanitario e quello sociale, al fine della progressiva implementazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali per le persone anziane.

La stessa legge, nel cui preambolo viene richiamato proprio l'obiettivo di realizzare una parte considerevole degli impegni connessi ai finanziamenti derivanti dal *Next Generation EU*⁶⁸, individua inoltre sia una specifica *governance* nazionale delle politiche in favore della popolazione anziana (art. 2, comma 3), affidando al Comitato interministeriale per la popolazione anziana (CIPA)⁶⁹ il compito di coordinare le azioni, sia determinati interventi, tra cui, all'art. 2, comma 2, lett. m), viene direttamente inserita la promozione di nuove forme di coabitazione solidale per le persone anziane e di coabitazione intergenerazionale, anche nell'ambito di case-famiglia e condomini solidali, aperti ai familiari, ai volontari e ai prestatori di servizi sanitari, sociali e sociosanitari integrativi⁷⁰.

68. In particolare, la legge si propone di dare attuazione a quanto previsto nel PNRR, Missione 5, componente 2, investimento 1.1 per il sostegno alle persone vulnerabili e Missione, Componente 1, investimenti 1.1,1.2 e 1.3 per la realizzazione delle case di comunità e la presa in carico della persona per il potenziamento dei servizi domiciliari e della telemedicina, nonché per il rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture.

69. Presieduto dal Presidente del Consiglio dei Ministri o, su sua delega, dal Ministro del lavoro e delle politiche sociali, il Comitato è composto dai Ministri del lavoro e delle politiche sociali, della salute, per la famiglia, la natalità e le pari opportunità, per le disabilità, per lo sport e i giovani, per gli affari regionali e le autonomie e dell'economia e delle finanze o loro delegati. Ad esso partecipano, altresì, gli altri Ministri o loro delegati aventi competenza nelle materie oggetto dei provvedimenti e delle tematiche posti all'ordine del giorno del Comitato.

70. Con riguardo a questa specifica azione, il Capo II della legge prevede che il Governo, delegato ad adottare entro il 31 gennaio 2024 uno o più decreti legislativi, è tenuto al rispetto non solo dei principi e dei criteri direttivi generali indicati nel precedente art. 2, comma 2, ma anche della seguente direttiva: "promozione, anche attraverso meccanismi di rigenerazione urbana e riuso del patrimonio costruito, attuati sulla base di atti di pianificazione o programmazione regionale o comunale e di adeguata progettazione, di nuove

Proprio con riferimento ai finanziamenti PNRR utili a dar vita a questi propositi stanno però iniziando ad emergere forti criticità nella concretizzazione delle politiche pubbliche menzionate. Il Servizio Studi della Camera, l'estate scorsa, ha infatti pubblicato il Dossier, aggiornato al 14 luglio 2023, relativo al monitoraggio dell'attuazione del PNRR, con evidenza dei traguardi e degli obiettivi da conseguire entro il 30 giugno 2023. Nel Report sono avanzate delle richieste di modifica all'amministrazione titolare al fine di portare al termine le attività programmate e aver garantiti i pagamenti delle prossime rate da parte dell'Unione. A tal proposito, la Cabina di Regia PNRR, in data 11 luglio 2023, ha approvato una serie di proposte di modifica del Piano che, unitamente ad ulteriori modifiche successive, sono confluite in un intervento di modifica più ampio su cui la Commissione europea ha dato parere favorevole lo scorso 23 novembre. Questa revisione comporta una rimodulazione generale dell'impianto del PNRR e mette fortemente a rischio importanti finanziamenti relativi, per la maggior parte, proprio a quegli interventi essenziali per affrontare molte tematiche territoriali oggetto di analisi (vanno infatti ristrutturare le sovvenzioni attinenti a interventi di rigenerazione urbana per 3,3 miliardi e a 2,5 miliardi per i Piani Urbani Integrati). Tutto ciò perché, nell'opinione del Governo, interventi per un totale di 15,9 miliardi non risulterebbero realizzabili nelle modalità e nei tempi imposti dalla Commissione Europea, soprattutto in virtù di "circostanze oggettive che ostacolano la realizzazione di determinati investimenti [...] tra cui l'elevata inflazione registrata nel 2022 e nel 2023, le perturbazioni della catena di approvvigionamento causate dalla guerra di aggressione della Russia nei confronti dell'Ucraina e la disponibilità di alternative migliori per conseguire l'ambizione originaria di tali investimenti"⁷¹.

Questa azione ha sollevato inevitabilmente la reazione degli amministratori locali che, proprio sull'iniziale finanziamento di molti progetti stralciati dall'erogazione di fondi derivanti dal Programma *Nex Generation Eu*, avevano iniziato a costruire importanti strategie di riassetto territoriale⁷².

forme di domiciliarità e di coabitazione solidale domiciliare per le persone anziane (*senior cohousing*) e di coabitazione intergenerazionale, in particolare con i giovani in condizioni svantaggiate (*cohousing* intergenerazionale), da realizzare, secondo criteri di mobilità e accessibilità sostenibili, nell'ambito di case, case-famiglia, gruppi famiglia, gruppi appartamento e condomini solidali, aperti ai familiari, ai volontari e ai prestatori esterni di servizi sanitari, sociali e sociosanitari integrativi".

71. PNRR: Commissione UE approva il piano modificato dell'Italia, in www.politicheeu-ropce.gov.it. In proposito, si vedano anche le recenti dichiarazioni del Ministro Raffaele Fitto: <https://www.open.online/2023/08/01/governo-meloni-ministro-fitto-pnrr-video/>.

72. Si vedano le dichiarazioni di Antonio Decaro, presidente dell'Anci: <https://www.open.online/2023/07/28/pnrr-ue-terza-rata-sindaci-vs-governo-progetti-tagliati/>.

Tali incertezze e criticità rischiano di impattare direttamente su tutta una serie di processi in essere che puntano sempre più a creare relazioni, competenze, a valorizzare risorse già attive sul territorio e che, solo tramite finanziamenti adeguati possono essere messe a disposizione per rispondere alle esigenze abitative anche della stessa popolazione anziana.

È chiaro dunque che per istituzionalizzare definitivamente un approccio ottimale rispetto a simili esigenze i canali di finanziamento così come gli strumenti giuridici utilizzabili non dovrebbero rimanere legati a interventi saltuari, circoscritti e ridimensionabili, ma inseriti in un approccio generale e di tipo ordinamentale, improntato ad un'effettiva collaborazione tra istituzioni pubbliche, poste a più livelli, e tra queste e le comunità rappresentate.

Ed invero, un esempio di una simile azione strategica virtuosa agente sull'intero territorio nazionale e ispirata a questi principi è (o, meglio, avrebbe potuto essere) il programma PINQuA (programma Innovativo Nazionale per la Qualità dell'Abitare)⁷³, avviato già nel 2019 e che mira a coniugare i diversi temi che concorrono a definire la rigenerazione urbana: il tema dell'abitazione sociale, la qualità ambientale, la rigenerazione sociale, la cura dei beni e degli spazi pubblici, l'arresto al consumo di suolo, l'efficientamento energetico del patrimonio immobiliare pubblico etc.

Consultando, però, l'apposito "Report" predisposto dal Ministero⁷⁴ e guardando ai primi commenti al Programma, si scorge in realtà come gli obiettivi siano rimasti in parte disattesi. In particolare, il limite più grande di questo strumento al fine di farsi realmente propulsore della nascita di ambienti urbani innovativi (e quindi anche *age-friendly*), parrebbe rintrac-

73. Il Programma PINQuA, avviato ai sensi dell'art. 1, comma 437 ss. della legge 27 dicembre 2019, n. 160 e ulteriormente disciplinato dal d.l. 395 del 16 settembre 2020, è stato promosso congiuntamente da MIMS, MEF e MiBACT con l'obiettivo di "ridurre il disagio abitativo e insediativo, con particolare riferimento alle periferie". Il programma, a cui il d.m. 7 ottobre 2021, n. 383 del Ministro delle Infrastrutture e dei Trasporti ha assegnato 2,8 miliardi del PNRR e circa 20 milioni derivanti da residui 2019 e 2020, si prefigge di finanziare determinati progetti presentati sotto forma di "proposta", per una cifra massima di 15 milioni e, nel caso di "progetto pilota", per una cifra massima di 100 milioni. I progetti dovrebbero distinguersi per il potenziale impatto strategico sul territorio e per l'elevato orientamento all'attuazione del *Green Deal* Europeo e della *Digital Agenda*. All'analisi del programma, peraltro con uno specifico focus sul tema dell'invecchiamento medio della popolazione, è dedicato l'intero n. 2 (2022) della Rivista *Abitare e anziani informa*, consultabile al seguente link: https://www.abitareanziani.it/wp-content/uploads/2022/05/AeA_2_2022.pdf.

74. Report sul PINQuA presentato dal Ministero delle infrastrutture e dei trasporti, consultabile al seguente link: <https://www.mit.gov.it/nfsmitgov/files/media/notizia/2022-06/Report%20PINQuA.pdf>.

ciabile, anche in questo caso, nella mancanza di uno specifico pacchetto normativo che possa dotare gli interventi di una vera e propria “visione d’insieme”⁷⁵. Ancora una volta, dunque, emerge il peso dell’assenza di una visione generale dello Stato volta a definire gli obiettivi in materia, rispetto ai quali non resta, al momento in cui si scrive, che attendere le stesse direttrici che verranno adottate con il nuovo “Piano casa”, pure annunciato in questi mesi dal Governo.

Ed invero, allo stato, non può che osservarsi quanto proprio questa assenza di prospettiva si ripercuota direttamente sulla stessa coerenza degli strumenti di programmazione. Del resto, guardando agli interventi finanziati nell’ambito PINQuA, ora tramite lo stesso PNRR, e nonostante nel programma siano stati previsti nella valutazione delle proposte degli specifici indicatori di impatto, alcuni progetti (quelli finanziati nel Centro-Sud), prevedono unicamente interventi di recupero e di riconversione di edifici esistenti ed in stato di degrado, mentre altri (i progetti pilota delle Regioni settentrionali), pongono l’accento sugli interventi di nuova edificazione (70,04%), che seppur circoscritti nel contesto generale del programma (2% della superficie interessata, pari a 434.478,12 m²)⁷⁶, potrebbero creare innumerevoli problematiche “a valle” della pianificazione territoriale. Si pensi, fra l’altro, proprio alle esigenze settoriali connesse alla creazione di spazi rivolti al miglioramento della qualità della vita di particolari fasce della popolazione, che potrebbero risultare in netto contrasto con altre politiche parallele, come quelle legate al contenimento del consumo di nuovo suolo⁷⁷.

Ciò precisato, vale la pena mettere in evidenza anche che, al di là di un generico requisito quantitativo minimo dei progetti ubicati nel Mezzogiorno (40%), manca nel programma – con riferimento a questioni che più direttamente si avvicinano al tema demografico –, qualsiasi impostazione che ponga l’accento sulla distribuzione e sulla localizzazione delle sofferenze abitative, sulle particolari esigenze della popolazione, inclusa quella anziana, e quindi sulle disparità territoriali. I dati e le tendenze statistiche riportate in precedenza, infatti, non emergono nemmeno in maniera labile dal Programma e il territorio (demograficamente inteso)

75. Ombuen 2022, p. 5. Il termine non è scelto a caso, dato che proprio la “visione d’insieme” da dare agli interventi è individuata tra gli obiettivi principali del programma presentati con il Report del MIT già citato (pp. 34-35).

76. Report del MIT sul PINQuA, cit., p. 36.

77. Il programma PINQuA – Analisi del programma a cura della Redazione di AeA, consultabile al seguente link: https://www.abitareanziani.it/wp-content/uploads/2022/05/AeA_2_2022.pdf, pp. 11-13 e pp. 14 ss. per quanto riguarda gli specifici progetti finanziati.

sembra quasi un'entità piatta contraddistinta dalle medesime esigenze e caratteristiche. Ne risulta frustrata ogni possibilità di indirizzare i flussi di risorse secondo direzioni differenziate, in grado di affrontare le altrettanto diversificate esigenze sociali e le domande abitative nei territori⁷⁸. Il finanziamento è stato infatti rimesso generalmente alla capacità progettuale e prontezza delle singole amministrazioni ed è presumibile che siano state proprio quelle aree amministrare da enti più attivi e preparati a vedersi riconoscere un incentivo, a discapito di quei territori in cui invece la situazione territoriale è già compromessa e potrebbe esserlo maggiormente nei prossimi anni.

Si vedano, in questo senso, gli strettissimi requisiti richiesti per la presentazione dei “progetti pilota”, ove era presente la richiesta di un progetto “di livello definitivo/esecutivo” nel tempo massimo di 5 mesi, il che ha poi comportato la presentazione di sole 9 istanze di finanziamento.

L'analisi svolta su questo genere di politiche pubbliche dimostra quanto tutt'oggi, nonostante le molteplici sollecitazioni degli studiosi (Tanese, Di Filippo, Rennie, p. 25), si fatichi a sposare una concezione di territorio inteso come un costrutto dell'azione collettiva differenziata, anziché come una mera dotazione statica di risorse (abitanti, territorio, infrastrutture) su cui agire indipendentemente dalle ulteriori problematiche connesse che affliggono i territori.

Può dunque concludersi che solo una strategia urbanistico-territoriale improntata a un'alta conoscenza territoriale e ad azioni mirate (e coordinate), anzitutto da parte dello Stato, potrà rivelarsi fondamentale nella creazione, in aree in cui la concentrazione della popolazione anziana è forte o sono presenti specifiche criticità che la interessano, di quegli spazi adeguati in cui esplicitare a pieno la propria individualità, in un contesto finalmente contrassegnato da quella “*just transition*” (transizione giusta), teorizzata da molti anni e che si ripropone di conciliare, in quadro giuridico e fattuale in perenne mutamento, le differenti esigenze, impedendo che il peso delle transizioni in atto ricada su specifiche parti della popolazione.

Sulla base di queste problematiche sistemiche va allora osservato che, nell'affrontare la sfida data dal mutato quadro demografico e dall'invecchiamento della popolazione, a parte qualche “spiraglio di luce”, le strategie e gli strumenti predisposti a livello nazionale risultano ancora soltanto “abbozzati”.

78. Ombuen 2022, p. 5.

Bibliografia

- Alietti A. (2021), *Giustizia spaziale, periferie e vulnerabilità sociale: un nesso problematico?*, in M.G. Bernardini, O. Giolo, a cura di, *Abitare i diritti*, Pacini, pp. 17 ss.
- Amorosino S. (2020), *Realizzare le rigenerazioni urbane: spunti di riflessione*, in *Riv. Giur. Urb.*, 2020, pp. 42 ss.
- Annesi M. (1957), *Profilo storico della legislazione per il Mezzogiorno*, in *Svimez, Legislazione per il Mezzogiorno (1861-1957)*, Giuffrè, p. XIV.
- Bernardini M.G. (2021), *Per un diritto alla “age-friendly city”. Persone anziane, spazi, diritti*, in M.G. Bernardini, O. Giolo, a cura di, *Abitare i diritti. Per una critica dei rapporti tra giustizia e spazi urbani*, Pacini, pp. 121 ss.
- Berti G. (2002), *Governo tra Unione Europea e autonomie territoriali*, in *Le Regioni*, n. 1, 2002, pp. 9-20.
- Bifulco R. (2022), *Le regioni e la sfida della sostenibilità*, in *Un nuovo regionalismo per l'Italia di domani. Le regioni a 50 anni dalla loro istituzione: strategie per le riforme necessarie*, Presidenza del Consiglio dei Ministri.
- Boschetti B.L. (2022a), *Eco-design giuridico (trasformativo) per la “net-zero age” e la sua economia*, in *Idf*, n. 4, 2022, pp. 827-832.
- (2022b), *Rigenerazione e legislazione regionale: verso un diritto (del governo del territorio) rigenerativo?*, in *Riv. Quad. Dir. Amb.*, n. 2, 2022, pp. 63 ss.
- Caridà R. (2019), *Invecchiamento attivo e ruolo delle regioni*, in *dirittifondamentali.it*, n. 1, 2019, pp. 1 ss.
- Cartei C.F. (2022), *Note critiche a margine di un disegno di legge in materia di rigenerazione urbana*, in *Munus*, n. 1, 2022, pp. 133 ss.
- Cassese S. (1965), *Amministrazione speciale e amministrazione ordinaria per lo sviluppo del Mezzogiorno. Rassegna della legislazione*, Giuffrè.
- Cimini S., D’Orsogna M., a cura di (2011), *Le politiche comunitarie di coesione economica e sociale. Nuovi strumenti di sviluppo territoriale in un approccio multidimensionale*, Editoriale Scientifica, 2011, pp. 167 ss.
- Civitarese Matteucci S. (2010), *L’evoluzione della politica della casa in Italia*, in *Riv. trim. dir. pubbl.*, n. 1, 2010, pp. 163 ss.
- Cortese F. (2017), *Riuso e rigenerazione tra Stato, Regioni e autonomie locali*, in *Agenda Re-Cycle. Proposte per reinventare la città*, il Mulino.
- Crosetti A. (2017), *Il difficile governo dei territori montani in Italia: percorsi e sviluppi normativi*, in *Riv. Giur. Ed.*, n. 1, 2017, pp. 177 ss.
- Danani C. (2016), *Sulla giustizia spaziale*, in A. Hilt, H. Zaborowski, V. Cesarone, a cura di, *L’Europa e l’idea di Giustizia. Crisi e sfide, Itinerari. Annuario di scienze filosofiche*, Mimesis, pp. 127 ss.
- De Donno M., Tubertini C. (2020), *Frammentazione comunale e contrasto allo spopolamento: la prospettiva italiana*, in *IdF*, n. 2, 2020, pp. 297 ss.
- De Donno M., Di Lascio F., edited by (2023), *Public Authorities and Complexity. An Italian Overview*, Edizioni Scientifiche Italiane.

- De Donno M. (2023a), *Profili e conseguenze istituzionali del ruolo delle città: alla ricerca di nuovi paradigmi*, in M. Doria, F. Pizzolato, A. Vigneri, a cura di, *Il protagonismo delle città*, il Mulino.
- De Donno M. (2023b), *L'organizzazione dei poteri repubblicani di tutela dell'integrità ecologica del Paese: a margine della riforma degli articoli 9 e 41 della Costituzione*, in *Idf*, n. 1, 2023, pp. 917-930.
- De Giorgi Cezzi G., Portaluri P., a cura di (2016), *La coesione politico-territoriale*, vol. II de L. Ferrara, D. Sorace, a cura di, *A 150 anni dall'unificazione amministrativa italiana – Studi*, Firenze University Press.
- De Rossi A., a cura di (2018), *Riabitare l'Italia. Le aree interne tra abbandoni e riconquiste*, Donzelli.
- Di Giovanni L. (2023), *Rigenerazione integrata europea e rigenerazione urbana nazionale: due modi diversi di intendere la trasformazione del territorio?*, in *dpceonline.it*, n. 1, 2023, pp. 81 ss.
- Di Lascio F. (2022), *Governare la rigenerazione urbana*, in *Riv. Quad. Dir. Amb.*, n. 2, 2022, pp. 88 ss.
- Di Lascio F., Giglioni F., a cura di (2017), *La rigenerazione di beni e spazi urbani. Contributo al diritto delle città*, il Mulino.
- Dipace R. (2017), *Le politiche di rigenerazione dei territori tra interventi legislativi e pratiche locali*, in *Idf*, n. 3, 2017, pp. 625 ss.
- Dorato L., Rospì M. (2021), *Per un nuovo patto intergenerazionale: spunti per una proposta di legge-quadro per l'Invecchiamento attivo*, in *federalismi.it*, 18, pp. 86-133.
- Dussart V., Lérique F., sous le direction de (2022), *Justice spatiale et politiques publiques territoriales*, Mare & Martin.
- Falcone M. (2020), *Le politiche europee per le città: agenda urbana e "aree interne"*, in E. Carloni, F. Cortese, a cura di, *Diritto delle autonomie territoriali*, Cedam, pp. 239 ss.
- Falzea A. (2007), *Complessità giuridica*, in *Enc. dir., Annali*, 1, Giuffrè, p. 213.
- Favaro T. (2022), *Transizione sociale e sostenibilità dell'abitare. la "funzione pubblica della casa" tra regolazione e programmazione*, in *Riv. Trim. Dir. Ec.*, n. 4, 2022, pp. 481-525.
- Gardella Tedeschi B. (2022), *Anziano: un nuovo soggetto giuridico?*, in www.agingproject.uniupo.it.
- Gardini G. (2020), *Alla ricerca della "città giusta". La rigenerazione come metodo di pianificazione urbana*, in *federalismi.it*, . 24, 2020, pp. 44-95.
- Giannini M.S. (1962), *Problemi dell'amministrazione delle Regioni insufficientemente sviluppate*, in *Riv. Trim. Dir. Pub.*, n. 3, 1962, pp. 552 ss.
- Giannini M.S. (1985), *Lo sviluppo delle aree depresse*, in *Aa.Vv. Scritti sulle fonti normative e altri temi di vario diritto in onore di Vezio Crisafulli*, Cedam.
- Giglioni F. (2022), *Aspettando (ancora) la legge statale sulla rigenerazione urbana*, in *Riv. Quad. Dir. Amb.*, n. 2, 2022, pp. 3 ss.
- Giusti A., *La rigenerazione urbana. Temi, questioni e approcci nell'urbanistica di nuova generazione*, Editoriale Scientifica, 2018.
- Harvey D. (1973), *Social Justice and the City*, Blackwell Publisher.

- ISTAT (2021), *Prevenzione e fattori di rischio per la salute in Italia e in Europa anno 2019*, <https://www.istat.it/it/archivio/264755>.
- ISTAT (2023), *Indicatori demografici 2022*, <https://www.istat.it/it/archivio/283229>.
- Lauri C. (2018), *La valutazione di impatto ambientale come strumento giuridico per la realizzazione di uno smart environment*, in R. Dipace, A. Rallo, A. Scognamiglio, a cura di, *Impatto ambientale e bilanciamento degli interessi. La nuova disciplina della Valutazione di impatto ambientale*, Editoriale Scientifica, pp. 358-359.
- Lefebvre H. (1974), *La production de l'espace*, Editions Anthropos.
- Manganaro F. (2023), *Regionalismo differenziato e divari di cittadinanza nelle più recenti proposte di riforma*, in *Astrid Rassegna*, 3, 2023, pp. 1 ss.
- Marchetti M., Panunzi S., Pazzagli R., a cura di (2017), *Aree interne. Per una rinascita dei territori rurali e montani*, Rubbettino.
- Melis G., *Storia dell'amministrazione italiana, (1861-1993)*, il Mulino, 1996.
- Merloni F. (1990), *Montagna*, in *Enc. giur. Treccani*, p. XX.
- Merusi F. (1980), *Art. 47*, voce in G. Branca, a cura di, *Commentario alla Costituzione. Rapporti economici*, t. III, Zanichelli, pp. 153 ss.
- Nitrato Izzo V. (2017), *Gli spazi giuridici della città contemporanea. Rappresentazioni e pratiche*, Editoriale Scientifica.
- Olivito E. (2017), *Il diritto costituzionale dell'abitare. Spinte proprietarie, strumenti della rendita e trasformazioni sociali*, Jovene.
- Ombuen S. (2002), *Il programma PINQuA e la rigenerazione urbana sostenibile nel futuro dell'Italia*, in *Abitare e anziani informa*, n. 2, 2022, pp. 4-6.
- Paciullo G. (2008), *Il diritto all'abitazione nella prospettiva dell'housing sociale*, Edizioni Scientifiche Italiane.
- Passalacqua M., a cura di (2022), *Diritti e mercati nella transizione ecologica e digitale. Studi dedicati a Mauro Giusti*, Cedam.
- Piperata G. (2017), *Rigenerare i beni e gli spazi della città, attori regole e azioni*, in E. Fontanari, G. Piperata (a cura di), *Agenda Re-Cycle. Proposte per reinventare la città*, il Mulino.
- Pisaneschi A. (2016), *"Diritto all'abitazione" e housing sociale*, in *Scritti in onore di G. Silvestri*, vol. III, Giappichelli, p. 1795 ss.
- Ponzellini A.M., Rosina A. (2018), *Politiche istituzionali e pratiche manageriali per l'invecchiamento attivo*, in L. Cappellari, C. Lucifora, A. Rosina, a cura di, *Invecchiamento attivo, mercato del lavoro e benessere: analisi e politiche attive*, il Mulino, pp. 195 ss.
- Primerano G.A. (2022), *Il consumo di suolo e la rigenerazione urbana. La salvaguardia di una matrice ambientale mediante uno strumento di sviluppo sostenibile*, Editoriale Scientifica.
- Randazzo A. (2019), *Il "diritto all'abitare" al tempo delle migrazioni*, in *dirittifondamentali.it*, fasc. 1, 3 marzo 2019.
- Romeo A. (2020), *Sviluppo economico e disuguaglianze territoriali: il divario nord-sud nell'Italia del nuovo millennio*, in *Dir. Amm.*, n. 4, pp. 807 ss.

- Rospi M. (2018), *L'invecchiamento attivo della popolazione all'interno della coesione sociale tra generazioni*, in *Rivista AIC*, 3, <https://www.rivistaaic.it/it/rivista/ultimi-contributi-pubblicati/mimma-rospi/l-invecchiamento-attivo-della-popolazione-all-interno-della-coesione-sociale-tra-generazioni-gli-strumenti-della-multilevel-governance-per-nuovi-sistemi-di-welfare>.
- Savio L., Bosia D., Thiebat F., Zhang Y., a cura di (2017), *Age-friendly cities: spazio pubblico e spazio privato*, in *TECHNE*, n. 14, pp. 319-327.
- Scotti G. (2015), *Il diritto alla casa tra la Costituzione e le Corti*, in *forumcostituzionale.it*, 18 settembre.
- Soja E.W. (2010), *Seeking Spatial Justice*, University of Minnesota Press.
- Sorace D. (1977), *A proposito di "proprietà dell'abitazione". Diritto d'abitazione e "proprietà (civilistica) della casa"*, in *Riv. trim. di dir. e proc. civ.*, 3, 1977, pp. 1175 ss.
- Stella Richter P. (2016), *Il principio comunitario di coesione territoriale*, in G. De Giorgi Cezzi, P. Portaluri, a cura di, *La coesione politico-territoriale*, vol. II, de L. Ferrara, D. Sorace, a cura di, *A 150 anni dall'unificazione amministrativa italiana – Studi*, Firenze University Press.
- Tanese A., Di Filippo E., Rennie R., a cura di (2006), *La pianificazione strategica per lo sviluppo dei territori*, Soveria Mannelli.
- Torelli G. (2017), *La rigenerazione urbana nelle recenti leggi urbanistiche e del governo del territorio*, in *Idf*, n. 3, 2017, pp. 651 ss.
- Vipiana P. (2014), *La tutela del diritto all'abitazione a livello regionale*, in *federalismi.it*, 10, <https://www.federalismi.it/nv14/articolo-documento.cfm?artid=24990>.
- Violini L. (2022), *Il percorso a cascata del principio di sostenibilità: dal livello internazionale a quello locale, passando per l'amministrazione centrale*, in *Le Regioni*, n. 1-2, 2022, pp. 9-13.
- Visco I. (2008), *Invecchiamento della popolazione, immigrazione, crescita economica*, in *Rivista italiana degli economisti*, 2, 2008, pp. 209-244.
- World Health Organization (2002), *Active Ageing: a Policy Framework*, Geneva.
- World Health Organization (2007), *Global Age-Friendly Cities: A Guide*, Geneva.

PROFILI ORGANIZZATIVI E TENDENZE EVOLUTIVE NEI SERVIZI SOCIALI ALLA PERSONA

Edoardo Caruso

SOMMARIO: 1. La nozione di servizio sociale in senso stretto e i suoi riflessi sulle scelte regolatorie. - 2. Il riparto della potestà legislativa tra Stato e Regioni in materia di servizi sociali. - 2.1. Rilevanza economica dei servizi sociali e competenza statale in materia di “tutela della concorrenza”. - 3. Integrazione socio-sanitaria e riparto delle funzioni (legislative e amministrative). - 4. La “programmazione come metodo” quale caposaldo del sistema integrato. - 5. Le forme di gestione dei servizi sociali. - 5.1. Affidamento a terzi mediante contratto di appalto o concessione. - 5.2. Sistema delle tre A o di quasi mercato (autorizzazione, accreditamento, accordo). - 5.3. Ulteriori soluzioni organizzative (anche mediante ricorso a titoli di acquisto o *voucher* e contributi economici). - 6. I rapporti tra pubbliche amministrazioni e Terzo settore. Cenni evolutivi. - 7. Le più recenti tendenze in tema di assistenza agli anziani.

1. La nozione di servizio sociale in senso stretto e i suoi riflessi sulle scelte regolatorie

Secondo un orientamento prevalente e oramai consolidato, nell’ordinamento nazionale possono rintracciarsi due distinte nozioni di servizio sociale: una in senso lato e una in senso stretto.

Sono riconducibili accezione *in senso lato* di servizio sociale tutte quelle attività che compongono la nozione di *Welfare State* (sanità, scuola, formazione professionale, previdenza sociale, edilizia economico-popolare etc.). Vi rientrano, quindi, tutte le attività che davano attuazione ai diritti sociali, ovvero quelle “prestazioni sociali la cui previsione legislativa risponde agli obiettivi di fondo voluti dalla Carta costituzionale in tema di promozione del benessere fisico e psichico della persona”¹.

1. Tale definizione “formale” di servizio sociale in senso ampio è di Ferrari 1986, p. 273.

Attraverso l'elaborazione di tale nozione la dottrina ha offerto un importante contributo al percorso di "emancipazione" della categoria del *servizio sociale* da quella del *diritto sociale*². "In precedenza, infatti, venivano qualificati come servizi sociali tutte le attività che davano attuazione ai diritti sociali, ma in tal modo si finiva per 'scaricare' sui servizi sociali tutte le incertezze e la genericità che hanno caratterizzano la nozione di diritto sociale sin dal momento dell'entrata in vigore della Costituzione"³.

Queste evoluzioni hanno posto le basi per la successiva emersione della nozione di *servizio sociale in senso stretto*, maggiormente rilevante in una prospettiva di diritto positivo, oltre che ai fini del presente contributo. Infatti tale nozione – enucleata dapprima nell'art. 128 del d.lgs. 31 marzo 1998, n. 112⁴ e poi richiamata dall'art. 1, comma 2 della legge 8 novembre 2000, n. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" – ricomprende "tutte le attività relative alla predisposizione ed erogazione di servizi, gratuiti ed a pagamento, o di prestazioni economiche destinate a rimuovere e superare le situazioni di bisogno e di difficoltà che la persona umana incontra nel corso della sua vita, escluse soltanto quelle assicurate dal sistema previdenziale e da quello sanitario, nonché quelle assicurate in sede di amministrazione della giustizia". Vi rientrano, tra gli altri, l'assistenza agli anziani, ai minori in stato di bisogno, ai disabili, ai soggetti affetti da dipendenza, agli indigenti o ai soggetti emarginati dal mondo del lavoro, l'*housing* sociale, ecc.⁵.

È possibile rintracciare tre distinte caratteristiche che contraddistinguono la categoria dei servizi sociali in senso stretto (detti anche *servizi socio-assistenziali* o *servizi alla persona*) rispetto ad altre attività di servizio pubblico.

2. Per vero, è stato osservato come è solo a partire dall'elaborazione formale di servizio sociale di Ferrari che i diritti sociali "non esauriscono la nozione di servizi sociali, ma in quanto specificazione dei suddetti principi, ne definiscono le coordinate di fondo, integrate e sviluppate da scelte di diritto positivo" (così Molaschi 2004, in particolare p. 97). In tema di diritti sociali, cfr. Corso 1981, Baldassarre 1989.

3. Ferrari 1986, pp. 70 ss. A tali incertezze ha contribuito il tardivo affermarsi del servizio sociale quale categoria giuridica, conseguenza non solo della (risalente e dibattuta) distinzione tra assistenza sociale e beneficenza pubblica contenuta nella Costituzione del 1948, ma soprattutto del *ruolo marginale* che il legislatore statale ha a lungo riconosciuto a tali attività rispetto ad altri settore di pubblico servizio; l'approccio categoriale (non unitario) e caritativo alla materia sono solo alcuni tra i diversi riflessi di tale minor attenzione. È noto, invero, come nemmeno nel d.P.R. 24 luglio 1977, n. 616, che aveva originariamente introdotto l'espressione "servizio sociale" superando la distinzione fra assistenza e beneficenza, fosse presente una nozione sufficientemente caratterizzante i servizi in questione.

4. Si tratta del terzo decreto di trasferimento di funzioni dallo Stato alle regioni, adottato in attuazione del capo I della legge 15 marzo 1997, n. 59, cd. "Legge Bassanini".

5. *Amplius* sul tema Pioggia 2020, pp. 195 ss.

In primo luogo, il carattere personale e relazionale degli interventi, rivolti “al volto della persona” (Fracchia 2005, p. 63) e non genericamente e/o indifferenziatamente al cittadino nella dimensione di utente/consumatore⁶.

In secondo luogo, la necessaria presenza di una “situazione di bisogno o di difficoltà” che la prestazione va ad affrontare. Tale elemento caratterizzante i servizi socio-assistenziali – cui la giurisprudenza ha dato rilievo per escludere, ad esempio, la riconducibilità alla categoria del servizio di nido⁷ – va tuttavia correttamente inteso, per scongiurarne letture contrastanti con l’impostazione di fondo della legge quadro del 2000. Si fa riferimento, in particolare, al modello di *welfare universalistico* la cui affermazione (in luogo del precedente modello categoriale e residuale/minimale) ha rappresentato uno tra i principali meriti ascrivibili a tale intervento di riforma⁸.

Più precisamente, la situazione di bisogno che gli interventi socio-assistenziali mirano a contrastare non è (solo) quella riguardante gli appartenenti a una determinata categoria ovvero coloro che si trovano in una situazione di cronica marginalità (indigenza, emarginazione sociale, minorazione fisica, etc. disabilità dipendenza da sostante, malattie); diversamente, il sistema integrato di interventi e servizi sociali dovrebbe affrontare tutte le situazioni di bisogno o di difficoltà, anche transeunti, che chiunque può essere costretto ad affrontare nel corso della vita⁹.

Peraltro, va osservato come sia sempre più marcata, soprattutto a livello regionale, la tendenza a valorizzare la *funzione preventiva* del sistema di assistenza sociale, con la conseguenza che l’effettiva e attuale sussistenza di una situazione di bisogno sempre meno può essere intesa quale vera e propria pre-condizione per l’intervento assistenziale.

Il suddetto approccio universalistico consacrato, quantomeno a livello normativo, dalla legge quadro del 2000 costituisce, a ben vedere, attuazione del principio personalistico e di quello di eguaglianza sostanziale sanciti dalla Costituzione. Esso deve tuttavia confrontarsi con la natura finanziariamente condizionata di tutti i diritti sociali: da qui l’espressione “universalismo *selettivo*”, che riflette il un ruolo centrale oramai assunto dall’“Indicatore della situazione economica equivalente” (c.d. Isee) nella

6. Sul tema, fra i tanti, si vedano fra i tanti Berlingò 2012, Albanese 2007, Ferrari 2003, Pastori 2007. Più di recente, cfr. Delsignore 2018 e Parisi 2023.

7. Corte cost. n. 287/2004.

8. Cfr. Molaschi 2022, 21.

9. Cfr. art. 1, comma 1, legge quadro n. 328/2000.

definizione della compartecipazione degli utenti alle spese per le prestazioni sociali¹⁰.

In terzo luogo, i servizi sociali in senso stretto presentano – come emerge già dalla definizione sopra richiamata di cui all’art. 1, comma 2 della l. n. 328/2000 – un carattere *residuale*, dal momento che la categoria di cui si discute ricomprende tutte quelle prestazioni ulteriori agli altri settori di *Welfare* (i.e. tutto ciò che non rientra nella sanità, istruzione, previdenza, etc.); conseguenza di ciò è la marcata *eterogeneità* delle relative prestazioni, sia sotto il profilo della natura delle prestazioni (erogazione di servizi e/o di contributi economici), sia sotto il profilo della tipologia dei servizi e dei loro destinatari. D’altronde, riflettendo sull’art. 38 della Costituzione, da leggere sempre in combinato disposto con gli artt. 2 e 3.2, attenta dottrina ha osservato come all’assistenza sociale possa attribuirsi una *funzione di completamento* del progetto di eguaglianza sostanziale promosso dalla Costituzione (Pioggia 2020, pp. 151 ss.).

Tale rapido inquadramento delle principali caratteristiche della categoria dei servizi sociali alla persona, lungi dal presentare rilevanza meramente teorica, dovrebbe agevolare l’analisi e la comprensione di molti profili disciplinari della materia che saranno esaminati nel corso del lavoro. Ad esempio, dall’accentuata eterogeneità delle prestazioni rientranti nella nozione di servizio sociale consegue la rilevanza centrale – nell’ottica di una compiuta conoscenza della materia – della legislazione settoriale (disabili, minori, anziani, etc.), come pure la portata “alluvionale” di quest’ultima e dei relativi strumenti attuativi (Piani, programmi di finanziamento, etc.). Ma la suddetta eterogeneità si riflette su diversi profili regolatori, inclusa la disciplina generale dei modelli organizzativi e gestionali che è connotata da un elevato tasso di elasticità (se non proprio di genericità) proprio in conseguenza, si ritiene, dell’esigenza di rendere possibile la considerazione delle differenze tra i diversi servizi e i rispettivi destinatari.

2. Il riparto della potestà legislativa tra Stato e Regioni in materia di servizi sociali

Tra i numerosi meriti ascrivibili alla l. n. 328/2000 vi è anche quello di aver “anticipato” su diversi profili la riforma costituzionale del 2001:

10. Cfr. Molaschi 2022, 28, sulle vicissitudini, anche giurisprudenziali, che hanno investito le previsioni che, nell’ottica di favorire la permanenza dell’anziano presso il luogo di cura, hanno previsto la considerazione economica del solo assistito, non dell’intero nucleo familiare.

non solo la legge quadro è stata tra le prime misure normative ispirate al principio di sussidiarietà orizzontale, ma ha inoltre proceduto a una distribuzione delle competenze e funzioni amministrative tra i diversi livelli di governo in conformità ai principi di sussidiarietà, differenziazione e adeguatezza (poco dopo cristallizzati nell'art. 118 Cost.).

Tuttavia, proprio la riforma costituzionale di inizio millennio ha rischiato di depotenziare l'effettività di tale atteso intervento di riforma dell'assistenza sociale: il passaggio della materia "organizzazione dei servizi sociali" dalla competenza legislativa concorrente a quella residuale delle Regioni, conseguente alla nuova formulazione dell'art. 117 Cost., ha infatti messo in discussione ruolo e rilievo giuridico della legge quadro, dei suoi documenti attuativi (innanzitutto il d.P.C.M. 30 marzo 2001, *Atto di indirizzo e coordinamento sui sistemi di affidamento dei servizi alla persona*, previsto dall'art. 5 della legge quadro) e, più in generale, lo spazio di intervento del legislatore statale sulla materia.

Il grado di incertezza è stato senz'altro accentuato dalla sentenza n. 272 del 2004 con cui la Corte costituzionale ha dichiarato incostituzionale l'art. 113-*bis* del Testo unico degli enti locali (d.lgs. 18 agosto 2000, n. 267) contenente la disciplina sulle forme di gestione dei servizi pubblici locali privi di rilevanza economica: la potestà legislativa esclusiva dello Stato in materia di tutela della concorrenza, ha affermato la Corte, può giustificare un intervento statale volto a disciplinare le modalità di gestione dei servizi pubblici locali, ma solo con riguardo ai servizi pubblici di rilevanza economica.

A tali accadimenti ha inevitabilmente fatto seguito un maggior protagonismo della legislazione regionale la cui analisi risulta, allo stato attuale, imprescindibile per una disamina compiuta della regolamentazione del settore. Ciò non ha tuttavia comportato né una perdita di centralità della legge quadro (presa a riferimento da quasi tutte le successive legislazioni regionali)¹¹, né un arretramento degli interventi del legislatore statale sul settore dei servizi sociali.

In tal senso ha certamente rilevato l'intuizione della dottrina secondo cui la l. n. 328/2000 può essere configurata quale legge di attuazione di principi costituzionali, con la conseguenza che molte delle sue statuizioni non possono che continuare a indirizzare i legislatori regionali. Determinanti si sono peraltro rivelati le diverse competenze che, ex art. 117 Cost., tuttora legittimano l'intervento del legislatore statale in materia di servizi sociali.

11. Cfr. artt. 1 e 2 l.r. Emilia-Romagna 12 marzo 2003, n. 2, *Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali riprendere contenuti art. 1 e 2.*

Va innanzitutto richiamata in tal senso la potestà esclusiva in tema di “determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti sociali” (comma 2, lett. m) che, per soddisfare imprescindibili esigenze di uniformità territoriale e in conformità al principio di eguaglianza, rimette allo Stato la definizione del contenuto “essenziale” del diritto all’assistenza. A tal riguardo merita di essere puntualizzato come, ancor prima dei recenti progetti legislativi in tema di autonomia differenziata, la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni assistenziali fosse tornata al centro dei più recenti interventi in materia¹² (probabilmente in risposta alla presa d’atto dell’inidoneità delle politiche di settore rispetto all’obiettivo di assicurare l’omogeneità e l’uniformità delle prestazioni su tutto il territorio nazionale).

Sempre nella stessa direzione di legittimazione dell’intervento statale, vanno poi richiamate la competenza (esclusiva e) trasversale “tutela della concorrenza” (comma 2, lett. e) di cui si dirà al successivo par. e quella concorrente “tutela della salute” (comma 3) che sarà presa in considerazione al par. 3.

2.1. Rilevanza economica dei servizi sociali e competenza statale in materia di “tutela della concorrenza”

Con riguardo alla materia “tutela della concorrenza”, è da più parti sottolineata la condivisibile esigenza di rivedere, almeno in parte, le conclusioni della citata sent. n. 272 del 2004. E invero le più recenti evoluzioni che hanno caratterizzato il percorso di integrazione Ue non consentono (più) di considerare i servizi sociali *tout court* privi di rilevanza economica e, in quanto tali, avulsi dall’applicazione della disciplina pro-mercato di matrice sovranazionale¹³. D’altronde, già prima che la Comunità europea iniziasse a interessarsi di tale tipologia di servizi a spiccata valenza solidaristica, autorevole dottrina aveva chiarito che i servizi sociali presentano rilievo economico in senso relativo, se considerati cioè dal punto vista del soggetto pubblico o privato incaricato della loro gestione. È infatti la p.a. titolare del servizio che, ponendosi quale utente collettivo che garantisce la copertura dei costi, si fa carico della loro incapacità “vivere sul mercato” (Caia 2004).

Diverse conseguenze possono trarsi da quanto appena osservato.

12. Oltre al d.lgs. n. 147/2021 richiamato al par. 7, cfr. il Piano per la non autosufficienza 2019-21.

13. Cfr. Moliterni 2015.

Innanzitutto, nonostante la materia dei servizi sociali rientri tra le competenze residuali delle Regioni, risulta difficile escludere la legittimazione (e quindi l'eventuale legittimità costituzionale) di un intervento del legislatore statale volto a regolare le modalità di gestione dei servizi sociali.

Inoltre, il progressivo riconoscimento del carattere economico dei servizi sociali e, quindi, il loro progressivo accostamento alla categoria dei servizi di interesse economico generale (SIEG), pone la seguente questione interpretativa: trovano o no applicazione ai servizi sociali quelle normative e quei regimi giuridici il cui ambito operativo non è definito in modo specifico, bensì mediante rinvio alla categoria dei servizi pubblici di rilevanza economica?

Emblematico in tal senso è il recente d.lgs. 3 dicembre 2022, n. 201, *Riordino della disciplina dei servizi pubblici locali di rilevanza economica*, che peraltro contiene una espressa clausola di prevalenza sulla disciplina di settore (art. 4)¹⁴. Dall'applicazione o meno di tale recente intervento normativo ai servizi sociali discendono diverse conseguenze di rilievo. Ad esempio, in caso di risposta positiva, occorrerebbe affrontare il tema della compatibilità tra, da un lato, i modelli organizzativi attualmente individuati per il settore dei servizi sociali dalla legge quadro e dai legislatori regionali (*infra*) e, dall'altro, l'apertura alle logiche di liberalizzazione e sussidiarietà economica che caratterizzano il TU (cfr. art. 10 ss.). Occorrerebbe domandarsi, inoltre, se le forme di gestione individuate dal recente T.U. possono essere utilizzate dagli enti locali anche per l'organizzazione dei servizi sociali, senza necessita di un'apposita previsione regionale¹⁵.

Non è possibile in questa sede affrontare *funditus* la questione, ma si può fornire qualche indicazione “di metodo”.

Ad avviso di chi scrive, infatti, è necessario dar rilievo al fatto che la nozione di “attività di rilevanza economica” sviluppata dalle Istituzioni Ue, e in particolare dalla CGUE, non è sempre unica e/o sempre uguale a sé stessa; diversamente, essa assume contorni e contenuti distinti a seconda che vengano in rilievo le norme in materia di concorrenza (*antitrust* e aiuti di stato) o quelle sul cd. mercato interno (libertà di stabilimento, libera prestazione di servizi, contratti pubblici, etc.)¹⁶. Inoltre, si ritiene

14. Si pone tale interrogativo anche Borelli 2023. Questioni interpretative non dissimili si pongono, a ben vedere, rispetto al d.lgs. 19 agosto 2016, n. 175, *Testo unico in materia di società a partecipazione pubblica*.

15. In tal senso cfr. Morzenti Pellegrini 2022.

16. Sul tema sia consentito rinviare a Caruso 2017, pp. 1137 ss. La questione è stata recentemente affrontata, nei termini indicati nel testo, dai giudici europei; cfr. Corte giust., 11 giugno 2020, cause riunite da 262 e 272/18 riguardante il regime slovacco di assicurazione sanitaria; Tribunale di primo grado, 2 giugno 2021, T-223/18.

opportuno evitare approcci formalistici, rigidi (“tutto/niente”) e binari (“yes/no”), affrontando invece le situazioni di incertezza prendendo le mosse dalla *ratio* di una disciplina e/o istituto, per poi verificarne la compatibilità sostanziale con le caratteristiche e le peculiarità dei servizi alla persona.

Seguendo questa prospettiva, si può evidenziare che, per come attualmente configurato, il settore dei servizi sociali in Italia non dovrebbe configurare un vero e proprio mercato ai sensi del diritto UE della concorrenza (cfr. il Tribunale di primo grado della CGUE, sez. VII, T-223/18 del 2 giugno 2021 che ha escluso la natura economica del SSN); e quindi è possibile ritenere non applicabili ai servizi sociali quelle previsioni maggiormente ispirate alla liberalizzazione economica e alle logiche dell’economia di concorrenza.

3. Integrazione socio-sanitaria e riparto delle funzioni (legislative e amministrative)

Sull’effettiva portata della competenza regionale in materia di servizi sociali incide anche la potestà legislativa concorrente “tutela della salute” dal momento che il processo di integrazione socio-sanitaria finisce inevitabilmente per ampliare i confini di intervento del legislatore statale, legittimato a disciplinare i profili organizzativi dei servizi socio-sanitari.

Al riguardo vale osservare come tale processo di integrazione, senz’altro strumentale a esigenze di efficienza e di razionalizzazione delle strutture e dei servizi, dovrebbe contribuire ad inverare il principio personalistico attraverso modelli organizzativi che siano in grado di affrontare i bisogni della persona non separatamente, ma in modo complessivo e integrato, così da garantire quella tutela olistica della persona richiesta dalla Costituzione. In questa prospettiva, d’altronde appare del tutto convincente la posizione di quella dottrina che ha inquadrato il processo di integrazione tra il settore sanitario e quello sociale quale “risposta” a una nuova (e più estesa) concezione di salute, comprendente il benessere non solo fisico e psichico, ma anche sociale¹⁷.

Come è noto, l’integrazione socio-sanitaria ha avuto un forte impulso a seguito delle vicende legate alla pandemia da Covid-19, che hanno reso manifesta l’importanza di un’*assistenza territoriale* (sempre più) *integrata*, nell’ottica tanto di rispondere ai crescenti bisogni in materia di non auto-

17. Pioggia 2020, pp. 207 ss. cui si rinvia per un puntuale inquadramento del processo di integrazione socio-sanitaria.

sufficienza e cronicità, quanto di prevenire ulteriori e insostenibili “appeasamenti” delle strutture ospedaliere.

Non può pertanto stupire che, nella Componente 1 della Missione 6 del PNRR, *Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale* (M6C1), è stato dato particolare rilievo – tra le sfide principali che il servizio sanitario dovrà affrontare nei prossimi anni – al superamento dell’attuale impostazione marcatamente ospedalocentrica¹⁸, a favore di un modello organizzativo di assistenza sanitaria incentrato sulla territorialità; ciò attraverso una rimodulazione dei servizi e delle prestazioni offerte, affinché siano il più possibile prossimi all’utente e in grado di raggiungerlo fino al suo domicilio, che diviene il primo e fondamentale luogo di cura.

In questa prospettiva funzionale, diventa quasi naturale che il completamento del processo di integrazione socio-sanitaria venga considerato non più procrastinabile: come sottolineato nel d.m. 23 maggio 2022, n. 77¹⁹, adottato dal Ministero della salute proprio in attuazione della suddetta Missione 6 Componente 1 del PNRR, il superamento della settorializzazione degli interventi costituisce infatti una sorta di pre-condizione per l’affermarsi di un siffatto modello di assistenza territoriale.

In conclusione, può risultare di interesse osservare come il tema del rapporto tra i diversi livelli di governo rappresenti una costante in materia, forse una delle principali cause di complicazione (e quindi di rallentamento) del processo di integrazione tra assistenza sanitaria e sociale. Anche sul piano delle funzioni amministrative (non solo della potestà legislativa), infatti, i due servizi risultano diversamente conformati e disciplinati.

Ancorché ben noti, occorre illustrare le ragioni alla base di tale stato delle cose.

A seguito processo di regionalizzazione e aziendalizzazione realizzato dalle riforme degli anni ’90, il servizio sanitario presenta una dimensione “regionale”; e ciò a prescindere dalle scelte delle diverse Regioni circa l’individuazione e l’estensione delle singole circoscrizioni e circa l’effettiva dimensione delle singole aziende sanitarie territoriali, cui è attribuita la competenza a erogare le prestazioni come pure l’onere di sostenere e spese. Di contro, il servizio sociale ha mantenuto una dimensione locale, con la conseguenza che è il Comune il “fulcro” del sistema di servizi e interventi sociali, spettandogli la generalità delle funzioni amministrative concernenti gli interventi sociali svolti a livello locale.

18. Cfr. il parere del Cons. St., 19 maggio 2022, n. 881

19. Decreto 23 maggio 2022, n. 77 recante *Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale*.

Diversi sono quindi gli “sforzi regolativi” che si confrontano e tentano di risolvere questa situazione di complessità istituzionale.

In tal senso vanno rilevati i tentativi di “spostare” verso un livello più alto di quello comunale le funzioni in materia di servizi sociali (*infra*).

Nella medesima prospettiva vanno poi richiamate le definizioni e classificazioni normative delle diverse tipologie di prestazioni inquadrabili nell’assistenza socio-sanitaria (si pensi alla distinzione tra prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, prestazioni sociali a rilevanza sanitaria e prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione socio-sanitaria di cui all’art. 3-*septies* del d.lgs. n. 502/1992 e al d.P.C.M. 14 febbraio 2001). A ben vedere, esse presentano un rilievo che va oltre l’aspetto strettamente clinico, risultando invero funzionali sia a definire il diverso livello di intensità di cura, sia a individuare il soggetto pubblico competente e responsabile per l’erogazione e il finanziamento delle relative prestazioni²⁰.

4. La “programmazione come metodo” quale caposaldo del sistema integrato

Tra le principali novità della legge quadro del 2000 va richiamata l’importanza riconosciuta al momento programmatico, principale strumento per la “realizzazione degli interventi e dei servizi sociali, in forma unitaria ed integrata” (art. 3, comma 1). D’altronde, la consacrazione della “programmazione quale metodo” può considerarsi propedeutica, se non proprio strumentale, al raggiungimento di diversi obiettivi di *policy* alla base di tale riforma: l’effettività di un modello universalista di *welfare*; la valorizzazione del carattere eterogeneo e residuale della categoria nell’ottica della soddisfazione dei bisogni degli individui, come pure del coinvolgimento dei soggetti privati (principalmente, ma non solo, nella fase di gestione ed erogazione); il rafforzamento del principio di integrazione (sia l’integrazione “interna” al settore assistenziale, sia quella socio-assistenziale).

Proprio dalla disciplina della fase programmatica emerge con evidenza come il ruolo centrale che la legge quadro attribuisce al Comune nell’ambito del sistema integrato di servizi interventi sociali non escluda

20. E invero al livello regionale è allocata la funzione di programmazione e acquisto di servizi residenziali e ad alta composizione sanitaria (residenze sanitarie assistenziali, assistenza domiciliare integrata, centri diurni integrati), mentre a livello locale è assegnata la titolarità in materia di programmazione e acquisto di servizi semiresidenziali e domiciliari assistenziali sociali. Cfr. Di Lascio 2022, p. 252.

un coinvolgimento di tutti livelli di governo nell'organizzazione e gestione del sistema *integrato* (cfr. artt. 6 ss.).

Tuttavia, la ripartizione “multilivello” della funzione programmatica ha costituito uno dei profili più criticati della legge n. 328/2000: oltre ai dubbi circa l'effettiva legittimazione dell'intervento statale alla luce del riformato Titolo V della Costituzione, da più parti il coinvolgimento di diverse amministrazioni è stato considerato come un possibile ostacolo alla coerenza e all'omogeneità delle scelte pubbliche²¹. Non sono comunque mancate opinioni di diverso tenore che, a sostegno della scelta per una programmazione multilivello, hanno fatto notare come la “*tendenziale specializzazione dei diversi livelli di programmazione*”²² dovrebbe escludere la farraginosità e le sovrapposizioni tipiche della “programmazione a cascata”²³.

Quanto ai contenuti del Piano nazionale, la dottrina ha ricavato dall'art. 18 della legge quadro due “macro-funzioni”: una funzionale alla garanzia del diritto all'assistenza sociale (attraverso la definizione delle prestazioni e delle relative condizioni di accessibilità), e quindi riconducibile al compito statale di definizione del livello essenziale delle prestazioni assistenziali (c.d. *Liveas*); l'altra tesa a stabilire le linee fondamentali di indirizzo, attuazione e sviluppo del sistema socio-assistenziale²⁴.

Dopo la riforma costituzionale e, soprattutto, dopo che la definizione dei *Liveas* viene posta in essere al di fuori del Piano nazionale, si era parlato di un superamento nei fatti della pianificazione generale di livello statale; tali conclusioni trovavano supporto anche nel “silenzio” che ha caratterizzato gli anni successivi all'adozione Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001-2003²⁵.

Una rinnovata centralità della pianificazione di livello statale ha però contraddistinto gli anni più recenti, anche quelli immeditamente precedenti alla pandemia.

In tal senso va innanzitutto richiamato l'art. 21 del d.lgs. 15 settembre 2017, n. 147 che, “al fine di favorire una maggiore omogeneità territoriale nell'erogazione delle prestazioni e di definire linee guida per gli interventi”, ha istituito presso il Ministero del lavoro e delle Politiche sociali,

21. Police 2001.

22. Nello specifico, la programmazione statale attiene ai livelli essenziali, quella regionale alle strategie dell'integrazione e i comuni definiscono operativamente la rete dei servizi e degli interventi sul territorio

23. Sabbioni 2007.

24. Molaschi 2022, pp. 62-63.

25. *Ibidem*.

la “Rete della protezione e dell’inclusione sociale”, quale “organismo di coordinamento del sistema degli interventi e dei servizi sociali di cui alla legge n. 328 del 2000”.

L’istituzione della Rete, che presenta una composizione mista e multilivello (commi 2 e 3)²⁶, è volta a rafforzare una rinnovata progettualità programmatica: le è stata infatti rimessa l’adozione di diversi Piani di natura triennale, tra i cui contenuti rientra lo sviluppo di interventi a valere sulle risorse dei relativi fondi, l’individuazione delle priorità di finanziamento, dell’articolazione delle risorse dei fondi tra le diverse linee di intervento, etc. (comma 7). Il comma 6 richiama nello specifico:

- un *Piano sociale nazionale*, quale strumento programmatico per l’utilizzo delle risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali, di cui all’articolo 20 della legge n. 328 del 2000;
- un *Piano per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà*, quale strumento programmatico per l’utilizzo delle risorse della quota del Fondo Povertà di cui all’articolo 7, comma 2;
- un *Piano per la non autosufficienza*, quale strumento programmatico per l’utilizzo delle risorse del Fondo per le non autosufficienze, di cui all’articolo 1, comma 1264, della legge 27 dicembre 2006, n. 296.

Alla Rete, inoltre, è stata rimessa l’elaborazione di linee di indirizzo negli specifici campi d’intervento delle politiche afferenti al sistema degli interventi e dei servizi sociali (comma 8) ed è stato previsto che può formulare proposte e pareri in merito ad atti che producono effetti sul sistema degli interventi e dei servizi sociali (comma 9).

Con riguardo agli altri livelli di programmazione, se su quella regionale occorre confrontarsi con le leggi delle singole Regioni, risultando davvero scarse le indicazioni sul punto a livello di legislazione statale²⁷,

26. Della Rete, presieduta dal Ministro del lavoro e delle politiche sociali, fanno parte rappresentanti dell’autorità centrale (Ministero dell’economia e delle finanze, Ministero dell’istruzione, dell’università e della ricerca, Ministero della salute, Ministero delle infrastrutture e dei trasporti, Dipartimento per le politiche della famiglia della Presidenza del Consiglio dei Ministri), delle Regioni (un componente per ciascuna delle Giunte regionali e delle Province autonome, designato dal Presidente), dei Comuni (20 componenti designati dall’Associazione nazionale dei Comuni d’Italia - ANCI) e dell’INPS.

27. Ai sensi dell’art. 27 della l.r. Emilia-Romagna 12 marzo 2003, n. 2, il Piano regionale stabilisce gli indirizzi per la realizzazione e lo sviluppo del sistema integrato. In particolare il Piano definisce gli obiettivi di benessere sociale da perseguire ed i fattori di rischio sociale da contrastare; le caratteristiche quantitative e qualitative dei servizi e degli interventi; i criteri di incentivazione dei programmi per la realizzazione degli obiettivi

maggior rilievo presenta la disciplina dell'art. 19 della legge quadro sulla programmazione di livello comunale, cioè i c.d. Piani di Zona: trattasi del principale strumento di programmazione del settore, fondamentale per designare il sistema integrato di interventi e servizi sociali²⁸. E invero nel Piano vanno individuati gli obiettivi strategici e le priorità di intervento, nonché strumenti e mezzi per la relativa realizzazione; le modalità organizzative dei servizi, le risorse finanziarie, strutturali e professionali come pure i requisiti di qualità; le modalità per garantire l'integrazione tra servizi e prestazioni nonché la concertazione con le aziende sanitarie e con i soggetti del Terzo Settore di cui all'art. 1 co. 4.

I contenuti del Piano di Zona, così come delineati dalla legge quadro, riflettono quanto "avanguardistico" sia risultato tale intervento normativo del 2000, avendo introdotto diversi elementi di novità, poi ripresi e sviluppati dalle misure successive.

È stata infatti proprio la legge quadro, seguita da alcuni legislatori regionali che si sono posti in continuità con essa, ad anticipare l'istituto della co-programmazione, oggi consacrato dall'art. 55 del Codice del Terzo Settore (*infra* par. 6). Anche la de-municipalizzazione di taluni compiti e responsabilità relative al sistema integrato, ripreso e valorizzato dai più recenti interventi normativi (*infra*, par. 7), trova(va) già nella legge quadro diversi riscontri. Emblematica su tale ultimo profilo è la previsione che rimette alle Regioni la determinazione degli ambiti territoriali sociali (art. 8, comma 1, lett. a), ma va richiamato anche l'art. 19 nella parte in cui preve-

di promozione sociale, come pure i criteri generali per garantire l'accesso prioritario ai servizi ed agli interventi e quelli per la concessione e l'utilizzo dei titoli per la fruizione di prestazioni e servizi sociali e dei contributi per spese d'investimento di cui all'articolo 48; le modalità per il raccordo tra la pianificazione regionale e quella zonale, definendo in particolare linee di indirizzo e strumenti per la pianificazione di zona. Inoltre, il Piano regionale definisce i criteri per la sperimentazione, nell'ambito dei Piani di zona, di servizi ed interventi volti a rispondere a nuovi bisogni sociali e ad introdurre modelli organizzativi e gestionali innovativi.

28. Nello specifico, si sensi del comma 2 il Piano di zona è volto a: "a) favorire la formazione di sistemi locali di intervento fondati su servizi e prestazioni complementari e flessibili, stimolando in particolare le risorse locali di solidarietà e di auto-aiuto, nonché a responsabilizzare i cittadini nella programmazione e nella verifica dei servizi; b) qualificare la spesa, attivando risorse, anche finanziarie, derivate dalle forme di concertazione di cui al comma 1, lettera g); c) definire criteri di ripartizione della spesa a carico di ciascun comune, delle aziende unità sanitarie locali e degli altri soggetti firmatari dell'accordo, prevedendo anche risorse vincolate per il raggiungimento di particolari obiettivi; d) prevedere iniziative di formazione e di aggiornamento degli operatori finalizzate a realizzare progetti di sviluppo dei servizi".

de che il Piano di zona non è, almeno “di norma”, il piano di un Comune isolato, bensì il frutto dell’intesa di più Comuni associati, cristallizzata mediante accordo di programma cui “partecipano i soggetti pubblici di cui al comma 1 nonché i soggetti di cui all’articolo 1, comma 4, e all’articolo 10, che attraverso l’accreditamento o specifiche forme di concertazione concorrono, anche con proprie risorse, alla realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali previsto nel piano”.

5. Le forme di gestione dei servizi sociali

Coerentemente con l’importanza riconosciuta al principio di sussidiarietà (verticale ed orizzontale), la legge quadro del 2000 prevede un ampio coinvolgimento e intervento dei soggetti privati nelle diverse fasi che compongono il sistema integrato dei servizi e degli interventi sociali (seppur, ovviamente, con modalità e intensità differenti). Questo non mette in alcun modo in discussione il ruolo centrale delle pubbliche amministrazioni, trattandosi di un sistema che resta comunque conformato dall’intervento pubblico e incentrato sulla “responsabilità ultima” degli attori pubblici²⁹. Rimane invero in capo alle p.a. la funzione di regolazione (inclusa la fissazione dei requisiti per l’accesso di erogatori privati), quella di programmazione (anche nelle ipotesi di coinvolgimento dei privati), come pure la regia della delicata fase della c.d. “presa in carico”, comprendente la rilevazione dei bisogni e l’individuazione delle modalità per soddisfarli³⁰.

Fermo restando la libertà dell’assistenza privata espressamente tutelata dall’art. 38 Cost., l’intervento pubblico è imprescindibile anche nella fase strettamente gestionale, quella di erogazione delle prestazioni. D’altronde, nel settore dei servizi sociali la presenza di erogatori pubblici “imparziali” rappresenta una condizione imprescindibile: più ancora che il pluralismo degli operatori privati, essa garantisce che nessun destinatario delle prestazioni si trovi costretto ad aderire a determinate visioni etiche, ideali, religiose che non gli appartengono³¹.

Senza quindi metterne in alcun modo in discussione la rilevanza, questa analisi non si soffermerà sui modelli gestionali caratterizzati da un intervento pubblico diretto (es. mediante ricorso alle aziende di servizi alla persona³², alle aziende speciali), trattandosi di modelli maggiormente conosciuti;

29. Pioggia 2020, pp. 172-173.

30. *Ibidem*.

31. Albanese 2007

32. Sul tema cfr. Fabbro 2023.

appare invece preferibile concentrare l'attenzione su quelle forme di gestione caratterizzate dal coinvolgimento di operatori privati che, a ben vedere, sono quelle maggiormente interessate dai più recenti interventi normativi.

È opinione praticamente unanime che la disciplina sulla modalità di gestione dei servizi introdotta dalla legge quadro n. 328/2000 non brilla per tassatività, sistematicità e completezza, essendo per tale ragione risultato fondamentale il ruolo della dottrina nel (ri)costruire e sviluppare le scarse indicazioni organizzativa³³, colmandone le lacune e sciogliendone i principali nodi interpretativi³⁴. Centrale è stato anche il ruolo della legge regionale, soprattutto dopo la dichiarazione di incostituzionalità dell'art. 113-*bis* del T.u.e.l. sulla gestione dei servizi pubblici locali privi di rilevanza economica da parte della richiamata sent. n. 272 del 2004: come anticipato, queste vicende hanno infatti finito per attribuire maggior spazio ai legislatori regionali, facendo peraltro venir meno nel settore di cui si discute il principio di tipicità delle forme di gestione (Sciullo 2004).

Quanto appena osservato rende evidente come ci si trova a confrontarsi con una disciplina che, al di là di alcuni punti fermi, risulta ancora molto frammentaria, tanto per le differenze territoriali a livello regionale e/o comunale, quanto per le differenze legate alla tipologia del servizio (residenziale, semiresidenziale, domiciliare) e dei destinatari degli interventi (disabili, minori, anziani, etc.)³⁵.

In tale contesto, l'inquadramento dei moduli organizzativi per la gestione dei servizi sociali di seguito proposto non può che consistere in un mero tentativo di sistematizzazione delle principali soluzioni a disposizione dei legislatori regionali e delle amministrazioni locali, privo di qualunque pretesa di completezza.

5.1. Affidamento a terzi mediante contratto di appalto o concessione

La soluzione tradizionale è quella dell'*affidamento a terzi*, mediante gara, di un contratto di *appalto* o *concessione* di servizi sociali, ove la differenza tra queste due forme contrattuali va ravvisata nelle distinte moda-

33. Per tutti, Consito 2009; Molaschi 2008; Albanese 2007; Renna 2007; Maltoni 2005.

34. Si pensi, ad esempio, alla poco chiara distinzione tra *affidamento della gestione dei servizi* (art. 6) e *acquisto di servizi e prestazioni* (art. 5) introdotta dal d.P.C.M 30 marzo 2001.

35. Cfr. Giglioni 2007. L'Autore ha inoltre svolto il ruolo di Responsabile scientifico di un'interessante ricerca sulle soluzioni adottate a livello regionale per l'organizzazione e l'erogazione di servizi sociali. I risultati di tale ricerca – dal titolo i “*I modelli di affidamento dei servizi sociali e l'attuazione dei sistemi di accreditamento*” – finanziata nel 2005 dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali, sono stati pubblicati nel 2006.

lità di remunerazione dell'affidatario e, quindi, di ripartizione del rischio operativo ed economico dell'operazione tra amministrazione e privato³⁶.

Il processo di integrazione europea ha progressivamente precluso alle amministrazioni nazionali la possibilità di affidamenti non caratterizzati dal rispetto di procedure comparative nella scelta del contraente, in quanto ritenute necessarie per la garanzia dei principi di parità di trattamento, non discriminazione, pubblicità e trasparenza e, quindi, per l'effettività delle libertà di circolazione.

Tuttavia, a differenza di quanto sostenuto da parte della dottrina, ciò non ha comportato un completo assoggettamento di tali servizi alle logiche e alle regole di mercato. L'ordinamento Ue, infatti, ha mostrato una particolare attenzione per le peculiarità che contraddistinguono tali servizi rispetto ai tradizionali servizi pubblici di rilevanza economica.

Può richiamarsi in tal senso il *regime alleggerito* previsto per le procedure di affidamento delineato dagli artt. 74 ss. della direttiva 2014/24/Ue sugli appalti e dall'art. 19 della direttiva 2014/23/Ue sulle concessioni per specifici servizi, tra cui quelli servizi sociali e sanitari³⁷. Al netto delle differenze tra questi due testi normativi, si tratta in entrambi i casi di un *regime minimo* di evidenza pubblica – caratterizzato da soglie più elevate e dalla sola applicazione di limitati oneri di pubblicazione a livello europeo del bando e dell'aggiudicazione – volto ad assicurare il rispetto dei principi sopra richiamati e, al tempo stesso, a garantire agli Stati membri un maggior margine di discrezionalità nell'organizzazione dei servizi sociali. Una più ampia autonomia per il livello di governo nazionale è stata infatti ritenuta necessaria per consentirgli agli Stati membri di rispettare la componente identitaria e culturale di tali servizi, attraverso l'introduzione di discipline differenziate.

Al tempo stesso, le direttive Ue perseguono obiettivi di uniformità, che però non sono rivolti – come potrebbe immaginarsi stante la base giuridica delle stesse – al solo raggiungimento di finalità di mercato: si richiede invero agli Stati membri di introdurre, in sede di attuazione delle direttive, discipline che siano tali da consentire alle amministrazioni nazionali di tenere in considerazione le specificità dei servizi sociali e la necessità di garantire la

36. Il rischio è interamente in capo all'acquirente pubblico negli *appalti*, mentre nelle concessioni va trasferito al concessionario il "rischio operativo di natura economica che comporta la possibilità di non riuscire a recuperare gli investimenti fatti e i costi sostenuti", con la conseguenza che il corrispettivo consiste nel diritto per lo stesso il concessionario "di gestire i lavori o i servizi o in tale diritto accompagnato del prezzo" (cfr. la Direttiva concessioni 2014/23/Ue).

37. Si vedano pure i considerando nn. 114 della direttiva appalti 2014/24/Ue e 53 della direttiva concessioni.

qualità, la continuità, l'accessibilità, la completezza e le specificità di particolari categorie di utenti compresi i gruppi svantaggiati e vulnerabili.

Per concludere, può risultare di interesse rilevare che le modalità con cui il legislatore italiano ha sfruttato tale “spazio” che il diritto Ue rimette agli Stati membri appaiono non del tutto convincenti, sotto il profilo “quantitativo” ma soprattutto “qualitativo”.

Gli artt. 127 ss. del nuovo Codice dei contratti pubblici (d.lgs. 31 marzo 2023, n. 36), in perfetta continuità con gli artt. 142 della previgente disciplina (d.lgs. 18 aprile 2016, n. 50)³⁸, introducono infatti un regime ben più rigoroso e puntuale di quello ricavabile dalle direttive, tanto che si utilizza l'espressione regime “intermedio” (invece che alleggerito).

È stato peraltro confermato un approccio c.d. “negativo” (consistente nella non applicazione di una parte della disciplina “ordinaria” prevista per tutte le altre tipologie di affidamenti) che non sembra il più adeguato per consentire alle singole amministrazioni di prendere in considerazione le specificità di tali servizi. Per chiarire il concetto con un esempio, si pensi al carattere personale e relazionale delle prestazioni socio-assistenziali che, ad avviso di chi scrive, avrebbe richiesto un approccio “proattivo”, consistente in misure specifiche, ulteriori alle clausole sociali di riassorbimento, volte garantire la continuità dei lavoratori addetti all'erogazione delle prestazioni.

5.2. Sistema delle tre A o di quasi mercato (autorizzazione, accreditamento, accordo)

Si tratta di un modello organizzativo destinato probabilmente ad affermarsi quale principale strumento per l'erogazione dei servizi alla persona e sostanzialmente basato sulla presenza di più soggetti (pubblici e privati) che possono gestire ed erogare prestazioni assistenziali per conto del sistema pubblico, in un regime di *concorrenza amministrata*. L'Emilia-Romagna, ad esempio, ha previsto questo modello quale soluzione ordinaria, consentendo il ricorso all'affidamento a terzi solamente “fino all'avvio del sistema di accreditamento [...] nonché per le prestazioni escluse dall'ambito di applicazione di tale modello” (cfr. art. 41, l.r. 2/2023).

La legge n. 328/2000 lo ha ripreso da alcune esperienze regionali e, soprattutto, dal settore sanitario³⁹ introducendo, però, una disciplina più

38. In vigore del Codice del 2016, sul tema sono state approvate, con delibera n. 382 del 27 luglio 2022, le Linee guida ANAC n. 17, recanti *Indicazioni in materia di affidamenti di servizi sociali*.

39. Sul tema sia consentito rinviare a Caruso 2023.

scarna di quella contenuta nel d.lgs. 502/1992 ss. mm. ii.; di fatto, la legge quadro si è limitata a introdurre, anche per i servizi sociali, alcuni degli istituti costitutivi di tale sistema – come l’autorizzazione e l’accreditamento di cui all’art. 11 e i titoli di acquisto di cui all’art. 17 – senza però preoccuparsi della loro puntuale regolamentazione né di definire una disciplina organica e completa di tale modello organizzativo.

Il c.d. *sistema delle tre A* si basa sulla sequenza autorizzazione–accreditamento–accordo/contratto, nonché sul ruolo centrale rivestito dal metodo della programmazione dei bisogni e delle risorse.

L’*autorizzazione* viene concessa in seguito all’accertamento dell’esistenza di requisiti tecnici minimi richiesti dalla legge e non è collegata alle esigenze di programmazione (non svolge, pertanto, alcuna funzione selettiva o di contingentamento dell’offerta). Il suo rilascio è necessario per svolgere attività socio-assistenziale anche al di fuori del servizio pubblico: il momento autorizzatorio serve a garantire che nessun servizio alla persona si ponga al di sotto di quel livello qualitativo minimo che lo renderebbe potenzialmente pericoloso per la salute e l’integrità psico-fisica della persona.

L’*accreditamento*, provvedimento unilaterale conseguente a un procedimento a istanza di parte, è strumento necessario, ma non sufficiente, per l’ingresso nel sistema pubblico (*rectius*, per erogare prestazioni per conto e – in parte – a carico del servizio pubblico).

Le scarse disposizioni della legge n. 328/2000 sembrerebbero configurarlo come strumento scollegato dalla fase programmatica (cd. *accreditamento liberalizzato*), da concedere a chiunque in possesso di requisiti tecnici ulteriori rispetto a quelli richiesti per l’autorizzazione/SCIA. Nella prassi, alcune Regioni hanno in effetti seguito questa impostazione, mentre la maggior parte, inclusa l’Emilia-Romagna, hanno optato per un *accreditamento chiuso*, il cui rilascio avviene nell’ambito del fabbisogno di servizi indicato dalla programmazione regionale (cfr. art. 38 l.r. n. 2/2003, come modificato dalla l.r. 6 novembre 2019, n. 22).

La legge quadro statale non contiene alcun riferimento espresso alla *fase della contrattualizzazione* ma un momento convenzionale, ritenuto necessario in dottrina sin dai primi commenti, ha quasi sempre trovato espresso riconoscimento nelle normative regionali; ciò è avvenuto, tuttavia, con soluzioni regolative differenti che, incidendo sulle funzioni effettivamente svolte da tale contratto, hanno influito anche sulla fisionomia complessiva del modello di gestione in questione.

Per un verso, il momento contrattuale può svolgere una *funzione* esclusivamente *regolativa*, di disciplina convenzionale delle modalità operative

e delle condizioni di erogazione delle prestazioni; di guisa che al convenzionamento dovrebbero poter accedere tutti gli erogatori autorizzati e accreditati, salvo poi dipendere dalla scelta degli utenti chi effettivamente erogherà prestazioni per conto del servizio pubblico. In questi casi, e in particolare quando anche l'accreditamento è liberalizzato e il suo rilascio dipende dal solo possesso di requisiti tecnici, il rispetto dei *budget* di spesa individuati nella programmazione è garantito attraverso il controllo della domanda realizzato, di norma, con la distribuzione di titoli di acquisto di servizi (o *voucher*) agli utenti che accedono a un programma pubblico di assistenza, per consentire loro di usufruire delle prestazioni dei soggetti accreditati.

Per altro verso, al contratto potrebbe attribuirsi non soltanto una *funzione* regolativa, ma anche di *contingentamento dell'offerta* sulla base delle risorse stanziare in programmazione. In questi casi il momento contrattuale serve a individuare sia quali operatori, fra quelli accreditati, possano erogare prestazioni per conto del servizio pubblico, sia il volume massimo di tali servizi erogabili da ciascun operatore convenzionato; sarà, poi, la libera scelta degli utenti a determinare il *quantum* effettivo di tali prestazioni.

In entrambe le soluzioni dovrebbe permanere l'aspetto caratterizzante il modello organizzativo in questione, ossia la sussistenza di uno spazio per la libertà di scelta del fornitore da parte dell'utente e di forme di concorrenza "nel mercato" fra gli operatori, pubblici e privati. D'altronde, è proprio tale aspetto che, almeno sul piano torico, contraddistingue il *sistema delle tre A* o di *quasi mercato* dal più tradizionale modello di esternalizzazione, sopra analizzato.

Invero, nell'*affidamento a terzi* della gestione del servizio mediante appalto o concessione, la presenza di operatori privati non serve ad ampliare l'offerta e quindi la libertà di scelta degli utenti; questo perché il privato affidatario di pubblico servizio gestisce il servizio socio-assistenziale in vece dell'amministrazione, senza che i destinatari della prestazione abbiano, di norma, la possibilità di scegliere il soggetto che erogherà loro le prestazioni. Di contro, nel *sistema del tre A*, anche nei sistemi più chiusi o pubblicistici (ove il controllo della spesa viene realizzato anche mediante il controllo della domanda), dovrebbe essere mantenuto uno spazio – più o meno ampio – di scelta dell'utente fra i vari erogatori con cui l'Ente competente (di norma il Comune) ha stipulato tale contratto di servizio.

Diverso il caso, frequente nella prassi, in cui si utilizza l'accreditamento al di fuori di tale modello organizzativo, quale mero strumento per la

verifica dei requisiti qualitativi nelle procedure di affidamento a terzi, rimanendo comunque inalterata la differenza fra le due forme di gestione descritte.

5.3. *Ulteriori soluzioni organizzative (anche mediante ricorso a titoli di acquisto o voucher e contributi economici)*

Ai sensi dell'art. 17 della legge quadro, i Comuni possono prevedere la concessione di titoli validi per l'acquisto di servizi sociali dai soggetti accreditati oppure come sostitutivi di prestazioni economiche. Trattasi di due soluzioni organizzative che, ancorché entrambe implicanti l'utilizzo dei c.d. *voucher* o titoli di acquisto (*i.e.* un "importo, rappresentate un proporzionata quantità di un certo tipo di servizio, incorporato in modo cartolare in un documento cartolare amministrativo") presentano differenze significative⁴⁰: se nella prima ipotesi i *voucher* possono servire per acquisire prestazioni solamente da soggetti accreditati per l'erogazione di prestazioni socio-assistenziali⁴¹, nella seconda essi vengono utilizzati quali sostituti di prestazioni economiche, con la possibilità per l'utente di scegliere liberamente a chi rivolgersi per ottenere la prestazione.

Queste due differenti soluzioni organizzative sembrano trovar riscontro, al di là delle differenze definitorie, nella legislazione emiliana che disciplina sia gli "assegni di cura" (art. 12 della l.r. 2/2003) sia i "titoli per la fruizione di prestazioni e servizi sociali" (art. 40 della medesima legge regionale).

Questi ultimi, riconducibili alla prima delle due soluzioni considerate, devono contenere "l'indicazione delle prestazioni e dei servizi che devono essere erogati, delle caratteristiche degli stessi e delle modalità di fruizione", con la precisazione che la scelta dell'utente è circoscritta all'elenco dei soggetti accreditati (art. 40).

Diversamente, gli assegni di cura sono definiti quali "benefici di carattere economico finalizzati a favorire le opportunità di vita indipendente delle persone in condizione di non autosufficienza, anche sostenendo il necessario lavoro di cura" (art. 12)⁴². A testimonianza di come tale diversa

40. Di Lascio 2022, p. 263.

41. In questi casi può aversi una soluzione organizzativa molto simile a quella descritta nel paragrafo precedente a proposito dei sistemi ad accreditamento liberalizzato; oppure, una soluzione caratterizzata da una diversa modalità di presa in carico del paziente (non di competenza della struttura pubblica, ma basata sulla libera scelta diretta dell'utente).

42. Ai sensi del comma 2 dell'art. 12 della l.r. n. 2/2003, gli assegni di cura, sono pre-

soluzione organizzativa di norma implichi una maggior libertà di scelta all'utente, va richiamato l'art. 12, comma 5 della l.r. emiliana n. 2/2003 che si limita a rimettere alla Giunta regionale il compito di stabilire “le condizioni per la concessione degli assegni di cura, la loro entità, le procedure di concessione e le modalità di controllo dell'attuazione [...]”. Si tratta di quella modalità di assistenza c.d. indiretta, alternativa all'erogazione diretta di prestazioni, che si sostanzia nel “supporto alla persona non autosufficiente e alla sua famiglia eventualmente anche con trasferimenti monetari nella misura in cui gli stessi siano condizionati all'acquisto di servizi di cura e assistenza domiciliari nelle forme individuate dalle Regioni o alla fornitura diretta degli stessi da parte di familiari e vicinato sulla base del piano personalizzato”⁴³.

Di interesse osservare come, nelle intenzioni del legislatore emiliano, le prestazioni garantite mediante assegni di cura dovrebbe rientrare alla categoria del servizio pubblico (al comma 2 dell'art. 12 viene infatti precisato che tali prestazioni “integrano i servizi e le prestazioni compresi nei livelli essenziali sociali e socio-sanitari, previsti nel programma assistenziale individualizzato, garantiti dai Comuni e dalle Aziende unità sanitarie locali”), mentre differente pare la scelta compiuta dal legislatore statale nella recente riforma dei servizi pubblici di rilevanza economica, in relazione a una soluzione organizzativa sostanzialmente corrispondente⁴⁴. Tale profilo rende ancor più interessante e foriera di ricadute operative la questione in precedenza prospettata circa l'applicabilità d.lgs. n. 201/2022 al settore dei servizi sociali.

visti a favore di: “a) persone in condizione di non autosufficienza, in grado di procurarsi direttamente le prestazioni sociali e socio-sanitarie previste dal programma assistenziale individualizzato di cui all'articolo 7, comma 3; b) famiglie che garantiscono le prestazioni socio-sanitarie previste dal programma assistenziale individualizzato, per consentire la permanenza al domicilio di persone non autosufficienti; c) famiglie e persone singole che accolgono minori in affidamento familiare, secondo quanto previsto dalla legge n. 184 del 1983”. 3. Possono ottenere l'assegno di cura di cui al comma 2, lettera b) le famiglie presso cui vive la persona in condizione di non autosufficienza. Possono altresì ottenere l'assegno di cura i congiunti non conviventi o altre persone non legate da vincoli di parentela, purché abbiano relazioni significative con la persona da assistere e che assicurino un effettivo ed adeguato aiuto”.

43. Così il d.m. 26 settembre 2016 sul “Riparto delle risorse finanziarie del Fondo nazionale per le non autosufficienze, per l'anno 2016”.

44. L'art. 11 del TU *Promozione e sostegno degli utenti* prevede infatti che, nei casi in cui l'ente locale, a seguito di apposita valutazione, *ritenga non necessaria l'istituzione di un servizio pubblico*, lo stesso “può comunque promuovere iniziative per assicurare un adeguato soddisfacimento dei bisogni degli utenti, ferma restando la libertà di impresa degli operatori”.

6. I rapporti tra pubbliche amministrazioni e Terzo settore. Cenni evolutivi

Si è più volte ricordato come la l. n. 328/2000 sia stata tra le prime misure normative espressamente (ma anche sostanzialmente) ispirate al principio di sussidiarietà orizzontale. Da qui, il particolare rilievo attribuito, sin dalle previsioni relative ai principi generali e alle finalità del sistema integrato, al ruolo dei soggetti del Terzo settore e ai loro rapporti con le pubbliche amministrazioni⁴⁵.

L'art. 1, comma 5, senza escludere il privato *for profit*, riconosce il ruolo del privato sociale nella gestione ed erogazione dei servizi sociali, prevedendo a favore del Terzo settore modalità peculiari di affidamento del servizio. Sul tema va poi richiamato l'art. 5, comma 2, della stessa legge quadro che rimette agli enti pubblici il compito di promuovere azioni volte a favorire la trasparenza e la semplificazione amministrativa, nonché “il ricorso a forme di aggiudicazione o negoziali che consentano ai soggetti operanti nel terzo settore la piena espressione della propria progettualità”. Ai sensi del successivo comma 3, è stato adottato il d.P.C.M. 30 marzo 2001 recante “Atto di indirizzo e coordinamento sui sistemi di affidamento dei servizi alla persona previsti dall'art. 5 della l. n. 328/2000”, contenente indirizzi specifici rivolti alle Regioni per regolamentare i rapporti tra enti locali e Terzo settore.

L'articolo 1 di tale d.P.C.M. enuncia l'obiettivo di valorizzazione del ruolo del Terzo settore nelle attività di “programmazione e progettazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”; tuttavia, limitate nel numero e di scarso rilievo pratico risultano le previsioni volte a valorizzare il ruolo degli Enti del Terzo Settore (di seguito, ETS) nella mera fase programmatica.

Il successivo art. 7 del medesimo decreto⁴⁶ contiene uno dei primi espressi riferimenti normativi alla co-progettazione con gli ETS, ancorché a tale strumento organizzativo venga garantito un ambito operativo non

45. L'art. 1 comma 4, anticipando i contenuti dell'art. 118, comma 4 Cost. introdotto l'anno successivo, ha infatti previsto che “Gli enti locali, le regioni e lo Stato, nell'ambito delle rispettive competenze, riconoscono e agevolano il ruolo” di soggetti riconducibili al privato sociale (contenuto simile presenta l'art. 3 comma 1 della legge quadro).

46. Art. 7, *Istruttorie pubbliche per la co-progettazione con i soggetti del Terzo Settore*: “Al fine di affrontare specifiche problematiche sociali, valorizzando e coinvolgendo attivamente i soggetti del terzo settore, i comuni possono indire istruttorie pubbliche per la coprogettazione di interventi innovativi e sperimentali su cui i soggetti del terzo settore esprimono disponibilità a collaborare con il comune per la realizzazione degli obiettivi”.

particolarmente ampio, circoscritto solamente a specifici “interventi innovativi e sperimentali”.

Al di fuori di specifiche (e non numerose) esperienze regionali⁴⁷, queste previsioni della legge quadro sui rapporti amministrazioni pubbliche e ETS non sono state oggetto di particolare attenzione, rimanendo sostanzialmente inapplicate.

Solo con il Codice del Terzo settore (di seguito CTS), adottato con d.lgs. 3 luglio 2017, n. 117, gli istituti della co-programmazione e della co-progettazione hanno riacquisito centralità nel dibattito politico e accademico.

Invero, l'art. 55 del Codice, recante *Coinvolgimento degli enti del Terzo settore*, attribuisce *portata generale* a tali istituti, nel senso che le pubbliche amministrazioni possono farvi ricorso, senza il limite del carattere sperimentale e innovativo del progetto, per coinvolgere gli enti del Terzo settore (ETS) nell'esercizio delle proprie funzioni di programmazione e organizzazione a livello territoriale degli interventi e dei servizi nei settori di attività di interesse generale di cui all'articolo 5 del CTS (tra cui ovviamente rientrano gli interventi e i servizi sociali alla persona).

Con riguardo alla co-programmazione, l'art. 55, co. 2, si limita a delineare sommariamente la funzione (individuazione, da parte delle p.a., “dei bisogni da soddisfare, degli interventi a tal fine necessari, delle modalità di realizzazione degli stessi e delle risorse disponibili”), senza fornire alcuna indicazione sugli aspetti procedurali. Questi ultimi andranno quindi desunti dai principi richiamati dal comma 1, ossia da quell'insieme di principi a cui i particolari rapporti tra p.a. e ETS devono conformarsi e ai quali devono dare attuazione: sussidiarietà, cooperazione, efficacia, efficienza ed economicità, omogeneità, copertura finanziaria e patrimoniale, responsabilità ed unicità dell'amministrazione, autonomia organizzativa e regolamentare.

Leggermente più consistente risulta la disciplina sulla co-progettazione: oltre che del profilo funzionale (“la co-progettazione è finalizzata alla definizione ed eventualmente alla realizzazione di specifici progetti di servizio o di intervento finalizzati a soddisfare bisogni definiti, alla luce degli strumenti di programmazione di cui comma 2”), il legislatore si occupa degli aspetti procedurali, prevedendo che l'individuazione degli enti del Terzo settore con cui attivare il partenariato avvenga, anche mediante forme di accreditamento, “nel rispetto dei principi di trasparenza, imparzialità, partecipazione e parità di trattamento, previa definizione, da par-

47. Cfr. l. r. 12 marzo 2008, n. 3 della Regione Lombardia.

te della pubblica amministrazione procedente, degli obiettivi generali e specifici dell'intervento, della durata e delle caratteristiche essenziali dello stesso nonché dei criteri e delle modalità per l'individuazione degli enti partner" (art. 55, co. 3 e 4).

Il tentativo del legislatore di rilanciare questi strumenti non si è tradotto in un loro significativo utilizzo nella prassi delle pubbliche amministrazioni. Molteplici ragioni hanno contribuito all'iniziale limitata adesione al metodo della amministrazione condivisa. È indubbio tuttavia che una delle principali cause di ciò vada rintracciata nella posizione assunta dal Consiglio di Stato nel parere n. 2052 del 20 agosto 2018: dopo aver messo in evidenza le somiglianze tra gli istituti di cui all'art. 55 CTS (in particolare la co-progettazione) e quelli del diritto dei contratti pubblici, i giudici di Palazzo Spada hanno osservato che i primi "configurano, in ottica europea, appalti di servizi sociali" e non possono quindi essere sottratti all'applicazione della regolazione pro-concorrenziale. Alla luce di ciò, ha proseguito il Consiglio di Stato, la disciplina del Codice dei contratti pubblici "prevale in ogni caso sulle difformi previsioni del Codice del Terzo settore", trovando applicazione, in caso di contrasto non risolvibile in via interpretativa, l'istituto della disapplicazione a garanzia della *primauté* del diritto UE.

È evidente come tale parere abbia contribuito a rafforzare quelle posizioni favorevoli a una marginalizzazione degli istituti di cui al Titolo VII del CTS o, comunque, a un loro ruolo residuale rispetto ai tradizionali affidamenti pubblici mediante appalto o concessione.

Il quadro è tuttavia radicalmente mutato grazie alla nota sentenza n. 131 del 2020 con cui la Corte costituzionale ha ridato slancio agli istituti del CTS, ponendosi in evidente discontinuità con il parere del Consiglio di Stato 2018 (come del resto riconosciuto dallo stesso nel più recente parere n. 802/2022)⁴⁸.

La Corte costituzionale ha invero fatto riferimento a un "nuovo rapporto collaborativo" tra le pubbliche amministrazioni e gli ETS che, nel "procedimentalizzare l'azione sussidiaria di cui all'art. 118 co. 4", realizza "un canale di amministrazione condivisa, alternativo a quello del profitto e del mercato". Sempre secondo la Corte, nel prevedere forme di coinvolgimento attivo degli ETS attraverso co-programmazione, co-progettazione e successivo partenariato, l'art. 55 disciplina le varie fasi di "un procedimento complesso, espressione di un diverso rapporto tra il pubblico ed il privato sociale, non fondato semplicemente su un rapporto sinallagmatico".

48. Cfr. Cons. St., sez. cons. att. norm., 3 maggio 2022, n. 802.

Il modello configurato dall'art. 55 CTS, per cui la dottrina ha utilizzato l'espressione "accordi procedimentali collaborativi", non si basa infatti sulla corresponsione di prezzi e corrispettivi dalla parte pubblica a quella privata, ma "sulla convergenza di obiettivi e sull'aggregazione di risorse pubbliche e private per la programmazione e la progettazione, in comune, di servizi e interventi diretti a elevare i livelli di cittadinanza attiva, di coesione e protezione sociale, secondo una sfera relazionale che si colloca al di là del mero scambio utilitaristico".

Con la decisione n. 131/2020 la Corte costituzionale ha nella sostanza fatto proprie quelle posizioni, soprattutto dottrinali, che avevano già dato rilievo ai tratti caratterizzanti di questi accordi procedimentali collaborativi per metterne in evidenza le differenze rispetto alle tradizionali forme di esternalizzazione mediante i contratti pubblici.

Proprio alla luce di tali evoluzioni giurisprudenziali, cui hanno fatto seguito alcune modifiche normative al previgente Codice dei contratti pubblici, è stato adottato il decreto n. 72/2021 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali contenente le *Linee guida sul rapporto tra pubbliche amministrazioni ed enti del terzo settore negli artt. 55-57 del d.lgs. n. 117/2017 (Codice del Terzo settore)*. Di tali Linee guida ministeriali merita di essere segnalata la parte contenente le indicazioni operative e procedurali fornite con riguardo ai singoli procedimenti di co-programmazione e co-progettazione che svolgono un'utile funzione integrativa del (non particolarmente consistente) dato legislativo statale.

Allo stato attuale, si registra quindi un clima particolarmente favorevole al ricorso agli istituti di amministrazioni condivisa di cui all'art. 55 del CTS, come peraltro denotano l'ampia attenzione loro dedicata in dottrina⁴⁹, i recenti interventi di diversi legislatori regionali, incluso quello emiliano (l.r. 13 aprile 2023, n. 3 *Norme per la promozione ed il sostegno del Terzo settore, dell'amministrazione condivisa e della cittadinanza attiva*), anch'essi rivolti a integrare e specificare la normativa nazionale⁵⁰ e, soprattutto, l'attenzione riservata al ruolo del Terzo settore nel PNRR e nei provvedimenti successivi e ad esso riconducibili.

Ad avviso di chi scrive, tuttavia, non va trascurata l'esigenza di una particolare cautela nel ricorso agli strumenti di amministrazioni condivisa; essi

49. Limitando l'attenzione ai lavori monografici, cfr. Parisi 2023; Galli 2022; Palazzo 2022; Frediani 2021.

50. Si v. pure le esperienze delle Regioni Toscana (l.r. 22 luglio 2020, n. 65 *Norme di sostegno e promozione degli enti del Terzo settore toscano*); Molise (l.r. 7 ottobre 2022, n. 21 *Disciplina del Terzo settore*) e Umbria (l.r. 6 marzo 2023, n. 2 *Disposizioni in materia di amministrazione condivisa*).

– e in particolare la co-progettazione – vanno utilizzati per dar vita a rapporti non sinallagmatici e realmente collaborativi, effettivamente alternativi rispetto al tradizionale modello di dell’affidamento a terzi mediante appalto o concessione; d’altronde, come si evince dal richiamato parere del 2018 del Consiglio di Stato, vanno preferiti approcci gradualistici e non radicali nell’inquadramento del rapporto tra il diritto UE e gli strumenti previsti dall’art. 55 del CTS e, in particolare, nel ritenere la disciplina sovranazionale sul mercato interno non applicabile ai rapporti tra p.a. e ETS.

A ben vedere, nella medesima direzione muovono sia l’art. 18 del TU sui servizi pubblici locali recante *Rapporti di partenariato con gli enti del Terzo settore*, sia l’art. 6 del nuovo Codice dei contratti pubblici, recante *Principi di solidarietà e di sussidiarietà orizzontale. Rapporti con gli enti del Terzo settore*. Seppur con alcune differenze terminologiche, entrambe le disposizioni sembrano presentare una medesima *ratio* di fondo, ovvero precisare, e quindi meglio delineare, i confini di operatività dell’art. 55 CTS per smussare i profili di possibile frizione con il diritto Ue.

7. Le più recenti tendenze in tema di assistenza agli anziani

L’obiettivo, al centro delle più recente *policies* del settore, di ritardare nel tempo e ridurre nella misura il bisogno di assistenza residenziale mediante soluzioni volte a favorire la domiciliarità⁵¹ trova(va) già ampio riscontro nella legge quadro del 2000, il cui art. 15 (*Sostegno domiciliare per le persone anziane non autosufficienti*) prevede che una quota del Fondo nazionale sia riservata ai “i servizi a favore delle persone anziane non autosufficienti, per favorirne l’autonomia e sostenere il nucleo familiare nell’assistenza domiciliare alle persone anziane che ne fanno richiesta”⁵². Per il raggiungimento di tale obiettivo sono state previste misure volte a rafforzare l’integrazione tra assistenza e sanità (art. 15, comma 2), come pure a valorizzare e sostenere le responsabilità familiari, mediante interventi di aiuto e sostegno domiciliare per le famiglie che assumono compiti di assistenza e di cura degli anziani (art. 16).

51. Bin, Donati, Pitruzzella 2021, pp. 330 ss.

52. Cfr. pure l’art. 22 secondo cui costituiscono livelli essenziali di assistenza gli “interventi per le persone anziane e disabili per favorire la permanenza a domicilio, per l’inserimento presso famiglie, persone e strutture comunitarie di accoglienza di tipo familiare, nonché’ per l’accoglienza e la socializzazione presso strutture residenziali e semiresidenziali per coloro che, in ragione della elevata fragilità personale o di limitazione dell’autonomia, non siano assistibili a domicilio”.

La medesima prospettiva di *policy* è stata seguita dal legislatore regionale, come si ricava dall'art. 2 sui principi della l.r. n. 2/2003 dell'Emilia-Romagna secondo cui "(l)a presente legge riconosce, promuove e sostiene [...] l'autonomia e la vita indipendente, con particolare riferimento al sostegno alle scelte di permanenza al proprio domicilio delle persone in condizioni di non autosufficienza o con limitata autonomia" (cfr. pure l'art. 5, comma 4, lett. b della medesima legge).

Come noto, il PNRR ha dato un forte impulso alla transizione verso la domiciliarità, ponendo così le basi per l'avvio di una riforma organica degli interventi in favore degli anziani non autosufficienti. Il Piano di ripresa e resilienza contiene, infatti, diverse linee di intervento dedicate ai pazienti non autosufficienti, con rilevanti investimenti finalizzati alla prevenzione dell'istituzionalizzazione mediante soluzioni alloggiative e dotazioni strumentali innovative che permettano di conseguire e mantenere la massima autonomia e la continuità dell'assistenza (cfr. linea di intervento linea di intervento M5C2.1, strettamente collegata alla riforma dei servizi sanitari territoriali o di prossimità previsti dalla Missione 6).

Già prima del PNRR, il *favor* per la domiciliarità era emerso nel d.P.C.M. 12 gennaio 2017 (*Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*) che, nel capo relativo all'assistenza sociosanitaria, ha espresso chiaramente la preferenza per gli "interventi che favoriscono la permanenza delle persone assistite al proprio domicilio, attraverso l'attivazione delle risorse disponibili, formali e informali" (comma 4 dell'art. 21, recante *Percorsi assistenziali integrati*).

Di rilievo ai nostri fini è anche il successivo articolo 22 di tale d.P.C.M.: dopo la precisazione volta a definire i percorsi assistenziali a domicilio (costituiti "dall'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita"), tale disposizione ha introdotto una rinnovata articolazione delle cure domiciliari suddividendole in quattro livelli di intensità, complessità e durata.

A tal riguardo va premesso che i servizi erogati ove l'anziano abitualmente dimora sono l'*assistenza domiciliare integrata* (di competenza del SSR e comprendente diversi interventi destinati ad anziani fragili con necessità di assistenza sanitaria e/o assistenza socio-sanitaria) e l'*assistenza domiciliare* (o servizi di assistenza domiciliare), caratterizzata dalla sola erogazione di prestazioni di tipo sociale e assistenziale, di competenza quindi dell'ente locale⁵³.

53. Cfr. Di Lascio 2022.

Con riguardo alla prima categoria, l'art. 22 comma 3 del d.P.C.M. del 2017 sui LEA distingue tra: *i)* cure domiciliari di livello base⁵⁴; *ii)* cure domiciliari integrate (ADI) di I° livello⁵⁵; *iii)* cure domiciliari integrate (ADI) di II° livello⁵⁶ e *iv)* cure domiciliari integrate (ADI) di III° livello⁵⁷.

Con riguardo invece all'assistenza domiciliare, va richiamata la legge di bilancio 2022 (l. 30 dicembre 2021, n. 234), e in particolare i relativi commi da 159 a 171 che hanno introdotto importanti innovazioni, elaborate anche al contributo del gruppo di lavoro "Interventi sociali e politiche per la non autosufficienza", istituito nel marzo 2021 presso il Ministero del Lavoro e Politiche sociali e presieduto dall'ex ministro Livia Turco.

In particolare, il comma 162 della finanziaria 2022 ripartisce in tre aree i servizi socio-assistenziali volti a promuovere la continuità e la qualità di vita a domicilio e nel contesto sociali di appartenenza delle persone anziane non autosufficienti. In particolare, *i)* l'assistenza domiciliare sociale e assistenza sociale integrata con i servizi sanitari⁵⁸; *ii)* i servizi sociali di sollievo per le persone anziane non autosufficienti e le loro famiglie⁵⁹; *iii)*

54. "Costituite da prestazioni professionali in risposta a bisogni sanitari di bassa complessità di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo, anche ripetuti nel tempo".

55. "Costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico-infermieristico-assistenziale ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo-assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA compreso tra 0,14 e 0,30 in relazione alla criticità e complessità del caso".

56. "Costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico-infermieristico-assistenziale ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo-assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA compreso tra 0,31 e 0,50, in relazione alla criticità e complessità del caso".

57. "Costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, accertamenti diagnostici, fornitura dei farmaci di cui all'art. 9 e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, nonché dei preparati per nutrizione artificiale a favore di persone con patologie che, presentando elevato livello di complessità, instabilità clinica e sintomi di difficile controllo, richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA maggiore di 0,50, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al care-giver".

58. "Quale servizio rivolto a persone anziane non autosufficienti o a persone anziane con ridotta autonomia o a rischio di emarginazione, che richiedono supporto nello svolgimento delle attività fondamentali della vita quotidiana caratterizzato dalla prevalenza degli interventi di cura della persona e di sostegno psico-socio-educativo anche ad integrazione di interventi di natura sociosanitaria".

59. "Il pronto intervento per le emergenze temporanee, diurne e notturne, gestito da personale qualificato; un servizio di sostituzione temporanea degli assistenti familiari in occasione di ferie, malattia e maternità; l'attivazione e l'organizzazione mirata dell'aiuto alle famiglie valorizzando la collaborazione volontaria delle risorse informali di prossimità e quella degli enti del Terzo settore [...]".

i servizi sociali di supporto per le persone anziane non autosufficienti e le loro famiglie⁶⁰.

La legge di bilancio 2022 si occupa tanto di aspetti riguardanti il contenuto del diritto all'assistenza (cfr. anche il comma 159 che definisce i "livelli essenziali delle prestazioni sociali" o LEPS), quanto di profili di carattere organizzativo che, tuttavia, sono così strettamente connessi e funzionali alla garanzia di un determinato livello di assistenza che viene utilizzata l'espressione "LEPS di Processo"⁶¹.

In questa prospettiva, ai sensi del comma 163 i "Punti unici di accesso" (PUA) – mediante cui viene garantito l'accesso ai servizi sociali e sociosanitari – hanno sede operativa presso le "Case della comunità" e presso di essi operano *equipe integrate composte da personale del sistema sociale e di quello sanitario*; ad esse spetta definire il "progetto di assistenza individuale integrata" (PAI), tenendo conto dell'esigenza di permanenza della persona in condizioni di non autosufficienza nel proprio contesto di vita in condizioni di dignità, sicurezza e comfort, riducendo il rischio di isolamento sociale e il ricorso ad ospedalizzazioni non strettamente necessarie.

Di assoluto rilievo sono anche i commi 164 e 160 della medesima legge di bilancio 2022.

Il primo è finalizzato a invertire la tendenza, marcata nell'ambito degli interventi di contrasto alla non autosufficienza, a preferire contributi economici e trasferimenti monetari, cui la disposizione in questione riconosce un ruolo "integrativo", così da avviare un graduale passaggio verso l'erogazione di servizi diretti o indiretti.

Il comma 160, invece, rafforza quel processo di "spostamento verso l'alto" delle funzioni in materia secondo: spetta agli *ambiti territoriali sociali* (ATS) di cui all'art. 8 della legge quadro garantire, per conto degli enti locali titolari del servizio, lo svolgimento omogeneo sul territorio di riferimento delle funzioni di programmazione, gestione, erogazione e monitoraggio degli interventi e dei servizi sociali, nonché di concorrere alla piena attuazione degli interventi previsti dal PNRR nell'ambito delle politiche per l'inclusione e la coesione sociale. In tale direzione, peraltro, muoveva già l'art. 23, comma 2 del d.lgs. n. 147/2017, che aveva rimesso

60. "Quali la messa a disposizione di strumenti qualificati per favorire l'incontro tra la domanda e l'offerta di lavoro degli assistenti familiari, in collaborazione con i Centri per l'impiego del territorio, e l'assistenza gestionale, legale e amministrativa alle famiglie per l'espletamento di adempimenti".

61. Cfr. Piano per la non autosufficienza 2022-2024 secondo cui tali LEPS integrati di processo sono "tesi a garantire la costituzione di sistemi di servizi integrati negli ambiti territoriali secondo il quadro complesso dei bisogni espressi dagli individui e dalle comunità e per sviluppare e consolidare il necessario Percorso assistenziale integrato".

alle Regioni e alle Province autonome l'adozione di "ambiti territoriali di programmazione omogenei per il comparto sociale, sanitario e delle politiche per il lavoro", con l'importante precisazione che tali ATS devono coincidere, per le attività di programmazione ed erogazione integrata degli interventi, "con le delimitazioni territoriali dei distretti sanitari e dei centri per l'impiego".

Da tale previsione emerge, per un verso, che la "de-municipalizzazione" dei servizi sociali risponde a ragioni solo in parte coincidenti con quelle che hanno giustificato il medesimo processo per quasi tutti i servizi pubblici di livello locale: all'esigenze di efficienza gestionale e di rafforzamento di economie di scala, nel settore in questione viene in rilievo – come già anticipato – anche la necessità di agevolare, attenuando le differenze organizzative, l'integrazione tra servizi sociali e servizi sanitari.

Per altro verso, la disposizione in questione riflette una tendenza ben sottolineata in altri contributi del presente volume, ovvero il *favor* per politiche di integrazione che vanno ben oltre la componente sanitaria-assistenziale; ancor più significativo in tale senso il precedente comma 1 dell'art. 23 del d.lgs. n. 147/2017 che invita Regioni e Province autonome a promuovere "accordi territoriali tra i servizi sociali e gli altri enti od organismi competenti per l'inserimento lavorativo, l'istruzione e la formazione, le politiche abitative e la salute finalizzati alla realizzazione di un'offerta integrata di interventi e di servizi". In questa dimensione va quindi inquadrata la scelta dei membri della Rete della protezione e dell'inclusione sociale che, nella redazione del Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023, hanno dedicato un intero paragrafo ai rapporti tra il settore sociale e altri ambiti, ulteriori a quello sanitario (politiche del lavoro e abitative, istruzione, giudiziario)⁶². Molte delle tendenze richiamate nel presente paragrafo (*favor* per la domiciliarità e per gli interventi diretti e indiretti, rafforzamento dell'uniformità e omogeneità territoriale delle prestazioni, de-municipalizzazione dei servizi sociali, integrazione tra il settore sociale e altre politiche) e, in più in generale, in questo lavoro (es. valorizzazione del ruolo del Terzo settore) trovano riscontro e vengono sviluppati nei più recenti interventi sul settore, quale il "Piano per la non autosufficienza 2022-2024" e, soprattutto, la legge 23 marzo 2023, n. 33, recante "Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane". A ben vedere, tuttavia, nessuno di questi obiettivi di *policy* può dirsi de tutto estraneo alla legge quadro n. 328 del 2000, confermo quanto di buono è stato detto su questa riforma che, a più di vent'anni dalla sua adozione, presenta ancora una innegabile attualità.

62. Per analisi di tale Piano, cfr. Borrelli 2023.

Bibliografia

- Albanese A. (2007), *Diritto all'assistenza e servizi sociali. Intervento pubblico e attività dei privati*, Giuffrè.
- Baldassarre A. (1989), *Diritti sociali*, in *Enc. giur.*, XI, pp. 1-7.
- Berlingò V. (2012), *La rilevanza dei fatti di sentimento nel diritto amministrativo: i fattori relazionali nella tutela dei diritti sociali*, in *Dir. amm.*, pp. 143 ss.
- Bin R., Pitruzzella G., Donati D. (2021), *Lineamenti di diritto pubblici per i servizi sociali*, Giappichelli.
- Borelli S. (2023), *L'interregno dei servizi di assistenza per le persone non autosufficienti. Spunti di riflessione nella prospettiva giuslavoristica*, in S. Buoso, A. Passaro, a cura di, *Organizzazione e lavoro in sanità. Una ricerca interdisciplinare*, Giappichelli, pp. 55 ss.
- Caia G. (2004), *I servizi sociali degli enti locali e la loro gestione con affidamento a terzi. Premesse di inquadramento*, in *San. pubbl. priv.*, 4, 2004, pp. 355 ss.
- Caruso E. (2023), *Il rapporto pubblico e privato nel servizio sanitario: tra oscillazioni e fibrillazioni*, in S. Buoso, A. Passaro, a cura di, *Organizzazione e lavoro in sanità. Una ricerca interdisciplinare*, Giappichelli, pp. 9 ss.
- Caruso E. (2017), *L'evoluzione dei servizi sociali e socio sanitari nell'ordinamento interno ed europeo*, in *Rivista italiana di diritto pubblico comunitario*, 5, 2017, pp. 1113 ss.
- Consito M. (2009), *Accreditamento e terzo settore*, Jovene.
- Corso G. (1981), *I diritti sociali nella Costituzione italiana*, in *Riv. trim. dir. pubbl.*, 1981, pp. 757 ss.
- Delsignore M. (2018), *I servizi sociali nella crisi economica*, in *Dir. amm.*, 2018, pp. 587 ss.
- Di Lascio A. (2022), *Le strutture e i servizi a tutela degli anziani*, in F. Manganaro, R. Morzenti Pellegrini, V. Molaschi, D. Siclari, a cura di, *Manuale di legislazione dei servizi sociali*, Giappichelli, pp. 1 ss.
- Fabbro A. (2023), *Come "funzionano" le Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona in Emilia-Romagna? Una ricerca esplorativa a 20 anni dall'implementazione della riforma dei servizi sociali*, in *Riv. trim. sc. amm.*, 1, 2023, pp. 1 ss.
- Ferrari E. (1986), *I servizi sociali*, Giuffrè.
- Ferrari E. (2003), *I servizi sociali*, in S. Cassese, a cura di, *Trattato di diritto amministrativo - Diritto amministrativo Speciale*, I, Giuffrè, pp. 598 ss.
- Fracchia F. (2004), *Combattere povertà ed esclusione: ruolo, strategie e strumenti per i soggetti pubblici*, in *Dir. econ.*, 1, 2004, pp. 41 ss.
- Frediani E. (2021), *La co-progettazione dei servizi sociali*, Giappichelli.
- Galli L. (2022), *La co-programmazione e la coprogettazione dei servizi di integrazione dei migranti. Paradigmi di coinvolgimento della società civile nei percorsi di inclusione sociale*, Giappichelli.
- Gigliani F. (2008), *L'accesso al mercato nei servizi di interesse generale. Una prospettiva per considerare liberalizzazioni e servizi pubblici*, Giuffrè.

- Maltoni A. (2005), *I sistemi regionali integrati di interventi e servizi sociali*, in *Le Reg.*, 5, 2005, pp. 894 ss.
- Molaschi V. (2022), *I servizi sociali e il modello di welfare delineato dalla L. n. 328/2000*, in F. Manganaro, R. Morzenti Pellegrini, V. Molaschi, D. Siclari, a cura di, *Manuale di legislazione dei servizi sociali*, Giappichelli, pp. 1 ss.
- Molaschi V. (2008), *I servizi sociali*, in S. Mangiameli, a cura di, *I servizi pubblici locali*, Giappichelli, pp. 373 ss.
- Molaschi V. (2004), *Sulla nozione di servizi sociali: nuove coordinate costituzionali*, in *Dir. eco.*, pp. 95 ss.
- Moliterni A. (2015), *Solidarietà e concorrenza nella disciplina dei servizi sociali*, in *Riv. trim. dir. pubbl.*, pp. 89 ss.
- Morzenti Pellegrini R. (2022), *Le modalità di gestione dei servizi asociali nell'ambito dei servizi pubblici locali*, in F. Manganaro, R. Morzenti Pellegrini, V. Molaschi, D. Siclari, a cura di, *Manuale di legislazione dei servizi sociali*, Giappichelli, p. 103 ss.
- Palazzo D. (2022), *Pubblico e privato nelle attività di interesse generale. Terzo settore e amministrazione condivisa*, Giappichelli.
- Parisi R. (2023), *Il sistema dei servizi sociali tra Stato, mercato e terzo settore*, Editoriale Scientifica.
- Pastori G. (2007), *Pubblico e privato nei servizi sociali*, in E. Balboni, B. Baroni, A. Mattioni (a cura di), G. Pastori, *Il sistema integrato dei servizi sociali. Commento alla legge n. 328 del 2000 e ai provvedimenti attuativi dopo la riforma del Titolo V della Costituzione*, Giuffrè, pp. 75 ss.
- Pioggia A. (2020), *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, Giappichelli.
- Police A. (2001), *Regioni ed enti locali nell'assunzione e gestione dei servizi sociali: prove di sussidiarietà*, in *Rapporto sulla situazione del Servizio sociale*, EISS.
- Renna M. (2007), *Commento all'art. 11*, in E. Balboni, B. Baroni, A. Mattioni, a cura di, G. Pastori, *Il sistema integrato dei servizi sociali. Commento alla legge n. 328 del 2000 e ai provvedimenti attuativi dopo la riforma del Titolo V della Costituzione*, Giuffrè, pp. 300 ss.
- Sabbioni P. (2007), *Art. 5 Principi per la programmazione degli interventi e delle risorse del sistema integrato di interventi e servizi sociali*, in E. Balboni, B. Baroni, A. Mattioni, a cura di, G. Pastori, *Il sistema integrato dei servizi sociali. Commento alla legge n. 328 del 2000 e ai provvedimenti attuativi dopo la riforma del Titolo V della Costituzione*, Giuffrè, pp. 140 ss.
- Sciullo G. (2004), *Stato, regioni e servizi pubblici locali nella pronuncia n. 272/04 della Consulta*, in *Lexitalia.it*, n. 7-8.

L'ASSISTENZA DOMICILIARE AGLI ANZIANI TRA SERVIZIO PUBBLICO E TERZO SETTORE: IL CASO DELL'EMILIA-ROMAGNA E DI FERRARA

*Viviana Asara e Lorenzo Betti**

SOMMARIO: 1. Introduzione. - 2. Le politiche LTC e il ruolo del terzo settore. - 2.1. LTC e New Public Management. - 2.2. Le politiche LTC in Italia e domiciliarità. - 2.3. Esternalizzazioni, terzo settore e co-progettazione. - 3. Il caso studio. - 3.1. Il contesto dell'Emilia-Romagna e di Ferrara. - 3.2. L'assistenza domiciliare agli anziani a Ferrara. - 4. Conclusioni

1. Introduzione

Nel paradigma Long Term Care (LTC) e in quello più ampio sui “regimi di cura” (Simonazzi 2009; Kofman, Raghuram, 2009; Piperno 2010), il concetto di cura riguarda tutte le fasi della vita della persona e mette al centro la salute della stessa. In diversi paesi europei, il LTC è divenuto un campo di azione delle politiche pubbliche a partire dalla stratificazione di politiche che andavano sotto il nome di assistenza e cura degli anziani o *social care* (Da Roit, 2017). Mentre alcuni paesi del Nord Europa hanno cominciato a sviluppare politiche e servizi per gli anziani a partire dagli anni '60, negli anni '90, con la nuova centralità assunta nel dibattito pubblico dal problema anagrafico, è stata la volta dei paesi dell'Europa continentale ad intervenire con una riforma complessiva che ha riorganizzato il sistema di LTC. L'Italia, contraddistinta da un *welfare* di tipo mediterraneo (Ferrerà 1996; Arrigoni *et al.* 2022; Ascoli, Pavolini 2015 in Caselli *et al.* 2019), nonostante le novità introdotte a partire dagli anni '70, in linea con altri paesi dell'Europa del sud – con la parziale eccezione della Spagna – ha invece mantenuto un insieme frammentato e non coordinato di interventi, in cui le cure informali costituiscono la pietra miliare del LTC, in un contesto di forte residualità del sistema dei servizi, specialmente quelli domiciliari (Da Roit 2020 e 1997; Arlotti, Hendrickson 2016).

* Pur essendo questo capitolo il frutto di un lavoro comune tra i due autori, le sezioni 2.1, 2.3, e 3.2 sono da attribuire per intero a Viviana Asara, la sezione 1 è da attribuire per intero a Lorenzo Betti, e le sezioni 3.1, 2.2 e 4 sono il frutto di scrittura condivisa.

La recente legge delega denominata sulla “Non Autosufficienza” (33/2023) approvata dal parlamento italiano nel marzo del 2023 si inserisce in questo dibattito e per la prima volta nella storia italiana dà una cornice alle politiche LTC. All’interno di questa legge delega, grande rilevanza assume la riforma dell’intervento domiciliare che, in un’ottica di prossimità, si pone come uno degli interventi più significativi di promozione della salute. Infatti, come definito da ormai più di mezzo secolo dall’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS 1948) la salute non è semplicemente assenza di malattia, ma “uno stato di completo benessere fisico, sociale e mentale”. Le politiche LTC hanno quindi l’obiettivo di sostenere al meglio le condizioni di salute delle persone anziane per lungo tempo, supportandole nelle loro condizioni fisiche, sociali e mentali. Lo sviluppo delle condizioni di salute e di malattia nella vita delle persone è strettamente collegato alle determinanti socioeconomiche, culturali e di sviluppo del territorio (Whitehead 1992; Marmot, Wilkinson 2005; Krieger 2011; OMS 2008). Il lavoro di prossimità e, quindi, quello domiciliare, risulta essere tra gli interventi più efficaci nella produzione di condizioni di salute migliori che vadano a supportare le condizioni di vita della persona. In questa prospettiva di cura nei contesti di vita delle persone si colloca il paradigma della *Primary Health Care* (PHC) proposto durante la conferenza dell’OMS di Alma Ata (OMS 1978), che mette in luce l’importanza di un sistema di cura orientato alla salute e non limitato al trattamento delle malattie, centrato quindi sulle persone e sui contesti di vita e atto a favorire pratiche che riconoscano il “diritto alla città della cura” (Bernardini, Dorato 2021). L’OMS, ispiratrice dell’approccio PHC, ha recentemente dimostrato l’efficacia delle politiche preventive e partecipative in salute, efficacia che ha come conseguenza una forte riduzione di accessi ospedalieri e quindi un risparmio in prestazioni sanitarie costose e spesso poco efficaci nella produzione di salute (OMS 2018).

Tornando ai modelli di *welfare* e andando verso il contesto territoriale di questo libro e di questo capitolo, è rilevante ricordare che durante gli anni Novanta e nei primi anni Duemila, l’Emilia-Romagna veniva spesso definita la “Svezia d’Italia”, poiché vantava un *welfare* più socialdemocratico di quello familista prevalente in Italia (Pavolini 2015). Secondo alcuni aveva dimostrato una “capacità di lettura dei bisogni sociali e di innovazione da parte di una comunità composta di tanti attori pubblici a vari livelli e di Terzo settore” (*ibid.*, p. 125). Il contesto emiliano-romagnolo rappresenta inoltre un interessante campo di ricerca anche perché, per quel che riguarda la produzione dei servizi di assistenza domiciliare e residenziale verso gli anziani, grazie alla legge regionale 772/2007 e Delibe-

ra 514 del 2009, nel campo dell'assistenza domiciliare agli anziani è stata "superata" la logica dell'esternalizzazione del servizio tramite l'appalto in favore di un'esternalizzazione tramite il dispositivo giuridico dell'accreditamento; come vedremo nel capitolo, ciò ha influito in maniera rilevante nell'erogazione dei servizi domiciliari. La Regione Emilia-Romagna (RER) costituisce inoltre un caso di sviluppo rilevante rispetto alle politiche LTC in chiave domiciliare (Bergamaschi 2018) e all'implementazione dei Piani di Zona (Arrigoni, Bifulco *et al.* 2023). I Piani di Zona (PdZ), come vedremo anche dal caso empirico analizzato in questo capitolo, hanno rappresentato quindi un rilevante dispositivo di programmazione congiunta tra le politiche sociali e le politiche sanitarie (Polizzi, Tajani, Vitale 2013). La difficile integrazione tra sociale e sanitario rappresenta però una strutturale criticità delle politiche di *welfare* italiane, che viene riprodotta, come vedremo, anche nell'implementazione delle politiche domiciliari, spesso separate tra interventi di carattere sanitario (ADI) e interventi di carattere sociale.

Questo capitolo si focalizzerà sul Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) svolto nel Comune di Ferrara verso le persone anziane in condizione di non autosufficienza, e sui dispositivi istituzionali che regolano i rapporti tra il pubblico e il terzo settore. Quali sono le possibilità e i limiti delle politiche domiciliari LTC nell'interrelazione tra istituzioni pubbliche, territorio e terzo settore è stata quindi la domanda che ha guidato la nostra ricerca, che ha avuto come oggetto di analisi privilegiato l'implementazione del SAD gestito dall'Azienda ai Servizi alla Persona (ASP)¹ di Ferrara e svolto da un'importante cooperativa sociale del territorio attraverso la procedura di accreditamento. Il SAD non è l'unico servizio pubblico che propone un'assistenza domiciliare alle persone anziane con problemi di autosufficienza, ma si affianca al servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) fornito in gran parte direttamente dall'Azienda USL di Ferrara attraverso il suo personale sanitario. Il capitolo andrà quindi ad indagare anche la possibilità di integrazione sociosanitaria, facendo luce sul rapporto tra SAD e ADI.

La ricerca, di carattere prevalentemente qualitativo, è stata svolta attraverso lo svolgimento di 11 interviste approfondite a 14 attori privilegiati attivi nel terzo settore ferrarese – operatori con ruoli dirigenziali, di coordinamento e operativi – e a 2 dirigenti medici dell'AUSL di Ferrara. Purtroppo, per motivi amministrativi di ASP, non ci è stato possibile inter-

1. Ente pubblico che si occupa di fornire i servizi sociali e socio-sanitari per il Comune di Ferrara.

vistare nessun operatore di ASP; l'unica interlocuzione che siamo riusciti ad avere ci ha permesso di ricevere un documento redatto da parte di una dirigente, che ha offerto un breve resoconto di risposta ad alcune nostre domande. L'analisi della ricerca si è inoltre avvalsa di dati statistici su ADI e SAD a Ferrara e in Emilia-Romagna, estratti da banche dati della regione Emilia-Romagna e da noi elaborati.

Nella prossima sezione esamineremo l'evoluzione delle politiche LTC in Italia e in Europa, e il ruolo del terzo settore nella (co)produzione ed erogazione di politiche, soprattutto con particolare riferimento alla legge 328 del 2000, che ha istituzionalizzato i Piani di Zona. Nella sezione 3 analizzeremo il caso studio dell'Emilia-Romagna e di Ferrara, su cui poi rifletteremo con alcune considerazioni finali.

2. Le politiche LTC e il ruolo del terzo settore

2.1. LTC e New Public Management

A partire dagli anni '90, nel contesto del dibattito europeo sulla crisi di finanziamento e della sostenibilità del welfare state e della dominanza culturale del paradigma del *New Public Management* (NPM), in tutti i paesi europei le riforme LTC sono state improntate alla riduzione o contenimento dei costi e all'esternalizzazione attraverso l'affidamento dei servizi a privati sulla base di procedure competitive, e l'introduzione di quasi-mercati². La teoria del NPM (Ferlie *et al.* 1996) ha inciso profondamente sull'assetto organizzativo della sanità e dei servizi sociali in diversi paesi europei, attraverso processi di decentramento, aziendalizzazione, esternalizzazione, privatizzazione e mercatizzazione (Farris e Marchetti 2017; Arrigoni *et al.* 2022; Bifulco *et al.* 2022; Compagnoni 2005). Nell'ottica della teoria NPM, queste ristrutturazioni si proponevano di ottenere uno Stato "che funzioni meglio e costi meno" attraverso "l'implementazione di idee manageriali dal settore pubblico ai servizi pubblici" (Lapueute, Van de Walle 2020, p. 470): istituzioni più leggere, efficienti e plurali attraverso l'interazione tra il pubblico e privato nel cosiddetto *welfare mix*, l'introduzione di elementi di libera scelta degli utenti e segnali di mercato, e l'individuazione quantitativa degli obiettivi e la misurazione dei

2. Un quasi mercato può definirsi come "un modello di erogazione di servizi caratterizzato dalla presenza di diversi fornitori e di utenti finali, il cui potere di acquisto dipende in ultima istanza dall'ente pubblico" (Busso e Dagnes 2016, p. 124).

risultati (Borioni 2017, p. 65; Moini 2017). Tuttavia, la letteratura critica ne ha evidenziato diversi limiti, quali una depoliticizzazione dell'azione pubblica, la diffusione di una logica prestazionale e uniformatrice del lavoro, con impatti sulla precarizzazione del lavoro degli operatori sociali, una focalizzazione sempre più ingente delle amministrazioni pubbliche sulla rendicontazione delle quantità, il diffondersi di logiche di commercializzazione (*marketisation*) all'interno dell'amministrazione pubblica e di *corporatization* all'interno del terzo settore, aumento di disuguaglianze nell'accesso ai diritti sociali e l'acutizzarsi dei problemi di marginalità e insicurezza (Borioni 2017; Da Roi 2022; Moini 2017; Arrigoni *et al.* 2022, Farris e Marchetti 2017; Busso, Dagnes 2022). Inoltre, secondo alcuni autori (Fazzi 2008; Busso, Dagnes 2022) specialmente con l'intensificazione delle politiche di austerità in coincidenza con la "grande recessione", l'esternalizzazione e privatizzazione dei servizi sociali e sanitari ha portato ad alcune conseguenze anche sulla struttura del terzo settore, come spiegato nel prossimo paragrafo. Ma in primis, come sottolineato dallo studio empirico di Hood e Dixon (2015) la letteratura critica ne ha evidenziato il mancato raggiungimento degli stessi obiettivi preposti: il quasi-quarantennio di dominanza culturale del NPM ha condotto ad una situazione in cui le amministrazioni pubbliche "costano di più e lavorano peggio" (Hood, Dixon 2015).

Le teorie NPM hanno avuto un'importanza cardinale per le riforme della LTC in diversi paesi europei, portando ad un allontanamento dalla fornitura diretta di servizi da parte dell'amministrazione pubblica e ad una convergenza, in gran parte come conseguenza dell'imperativo di riduzione dei costi, verso due trend contemporanei: da una parte, politiche per la domiciliarità e di sostegno al *caregiving* familiare informale attraverso processi di (ri)familiarizzazione (Saraceno, Keck 2010; Saraceno 2010 e 2016, Simonazzi 2008), e dall'altra il ricorso al privato attraverso esternalizzazioni alle organizzazioni del terzo settore o a scopo di lucro (Simonazzi 2008), e/o attraverso misure che sostengono la libertà del ricorso al mercato per i bisogni di cura per mezzo di trasferimenti monetari di tipo cash-for-care. In questo senso, il termine coniato da Le Bihan *et al.* (2019) di "familismo opzionale attraverso il mercato" è pregnante (cfr. anche Da Roit 2020, Simonazzi 2008). Il caso italiano include queste diverse varianti nell'articolazione regionale di un welfare frammentato (Kazepov, Barberis 2013) ed è paradigmatico di come trasferimenti monetari quali l'assegnazione di voucher e assegni di cura abbiano affiancato e in alcuni casi sostituito l'erogazione diretta di servizi da parte dell'ente pubblico (Busso, Dagnes 2016).

2.2. *Le politiche LTC in Italia e domiciliarità*

In Italia, il sistema LTC risulta polarizzato su due estremi: in un estremo, ben più debole e considerevolmente al di sotto delle coperture offerte da altri paesi OCSE (meno del 2% degli anziani over 65), troviamo l'istituzionalizzazione completa in centri residenziali, mentre nell'altro estremo troviamo soluzioni di assistenza domiciliare su base familiare e informale, in parte sussidiata (Madama 2020). Sono carenti le soluzioni intermedie, presenti in altri paesi, quali ad esempio i centri diurni, o i servizi di assistenza domiciliare agli anziani, che in Italia copre solo circa il 4% degli anziani sopra i 65 anni, con un'intensità di servizio molto contenuta, un dato che ci rende il fanalino di coda nel gruppo OCSE. Inoltre, esaminando la ripartizione di questo 4%, si nota che la maggior parte – seppur comunque non sufficiente a coprire il bisogno di assistenza domiciliare stimata, che risulta in aumento graduale negli ultimi anni (NNA 2021; Da Roit e Ranci 2021) – riguarda la componente sanitaria erogata dalle Asl, ossia l'ADI, prevalentemente di tipo infermieristico e riabilitativo e spesso erogata per un arco di tempo molto breve. Nel 2022, l'ADI ha coperto il 3.27% degli anziani sopra i 65 anni e il 5.36% per la fascia di età superiore ai 75 anni (Italia Longeva, 2023) con un trend di crescita moderato ma costante negli ultimi anni – nel 2014 la quota per la fascia degli anziani sopra i 65 anni era 1.91%. All'altro estremo, la componente socio-assistenziale, il SAD, di titolarità comunale e legata alle funzioni vitali quali l'alzata, l'igiene e la cura della persona e della casa, la vestizione, sostegno alla mobilità e consegna pasti, riveste un ruolo residuale e presenta un trend di graduale decremento negli ultimi anni, passando da 1.85% negli anziani al di sopra dei 65 anni nel 2006 a 1% nel 2017, l'ultimo anno per cui abbiamo riscontrato dati (Noli 2021).

La parte del leone della cura delle persone anziane non autosufficienti è quindi a carico delle famiglie (NNA 2021): si tratta di circa 1'426'000 persone. In questa cornice, la principale misura LTC a livello nazionale, ossia dotata di un'ampia copertura – 13% degli anziani sopra i 65 anni – e in grado di assorbire quasi la metà del bilancio per il LTC, è ricoperta dall'Indennità di Accompagnamento (IdA) (Da Roit 2020), ossia un trasferimento monetario indistinto, privo di condizionalità e senza vincolo di finalizzazione. Questa misura di tipo cash for care 'incondizionato', che ha contraddistinto il regime di cura nostrano in modo simile a quello di altri paesi mediterranei, è stata spesso il veicolo – assieme ad altre misure quali la leva fiscale, le sanatorie delle politiche migratorie, e la struttura del mercato del lavoro di cura – che ha foraggiato in modo crescente un sistema

di cura informale sorretto da lavoro spesso di tipo irregolare e proveniente in gran parte da lavoratrici immigrate, ossia le assistenti familiari, facendo “leva su questo mercato per rispondere ai crescenti bisogni di cura della popolazione” (Da Roit 2020, p. 40; Simonazzi 2009). In Italia, più di un anziano su tre con problemi di autosufficienza si avvale di un’assistente familiare; le cosiddette badanti regolarmente occupate risultano essere 407’000 alla fine del 2019, di cui 92% donne e per tre quarti straniere (Pasquinelli, Rosmini 2019). Il cosiddetto “aging in place” enfatizzato nel PNRR è già quindi un dato di fatto ma avviene in larga misura grazie al ‘fai da te’ delle famiglie (Da Roit, Ranci 2021), un approccio di delega verso la persona anziana e la sua famiglia che può sovraccaricare il nucleo di riferimento della persona con autonomia ridotta nel suo luogo di vita (Arrigoni, Bifulco, et. al, 2023; NNA 2021). In questa cornice, in linea con la letteratura che sostiene l’importanza del lavoro domiciliare e di prossimità nelle politiche di welfare (De Leonardis, Monteleone 2007; Bifulco, Monteleone, Bricoccoli 2008; Polizzi, Tajani, Vitale 2013; Marocchi, 2017; Dorato, Bernardini 2021; Betti *et. al.* 2022) riteniamo che il SAD costituisca una politica LTC che meriti un’analisi approfondita per il suo ruolo di supporto all’autonomia delle persone anziane e delle loro famiglie all’interno dei contesti di vita delle stesse in interazione strutturata con il sistema dei servizi sociali pubblici.

Come accennato nell’introduzione e come riporteremo nella discussione più avanti in questo capitolo, rilevanti politiche LTC domiciliari sono sviluppate dal sistema sanitario locale, in particolare l’ADI sviluppata dalle AUSL rappresenta un particolare supporto medico, infermieristico e riabilitativo alle persone anziane che lo necessitano. Sempre legato alle politiche sanitarie una rilevante innovazione che va nella direzione di rafforzare l’assistenza domiciliare e di prossimità in una prospettiva di PHC è la strutturazione, a livello nazionale, della figura degli Infermieri di Famiglia e Comunità (IFeC). Questa figura è stata definita inizialmente dal “Decreto Rilancio” del 2020, il quale dava indicazioni di strutturare questa figura professionale su tutto il territorio nazionale con 8 IFeC ogni 50’000 abitanti. Successivamente, il PNRR ha stimolato la redazione del Decreto Ministeriale 77 del 2022 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”, che struttura e riorganizza a livello nazionale il sistema dell’assistenza territoriale, andando a rafforzare le risorse per gli IFeC che, conseguentemente a questo decreto dovranno arrivare ad essere una/uno ogni 3.000 abitanti. Inoltre, sempre all’interno del PNRR, nella missione 6 è indicato l’obiettivo di raggiungere, entro il 2026, il

10% di ADI per gli over 65 a livello nazionale, concentrando quindi il rafforzamento delle politiche LTC per la domiciliarità sulla componente sanitaria piuttosto che socio-assistenziale (Da Roit, Ranci 2021). Infine, la legge delega 33/2023 sulla “Non autosufficienza” sembra dare un nuovo inquadramento delle politiche LTC e, per quel che riguarda il campo di ricerca di questo lavoro, ha l’obiettivo di unificare l’assistenza domiciliare integrando quella di carattere sanitario con quella di carattere socioassistenziale. In attesa dei decreti attuativi della legge delega che dovranno essere redatti nei prossimi mesi dal governo, nel momento in cui scriviamo, ci sembra essenziale citare questi cambiamenti di prospettiva epocale dopo più di vent’anni di dibattito attorno ad una riforma delle politiche Ltc italiane.

2.3. Esternalizzazioni, terzo settore e co-progettazione

Nell’ottica di intervento di prossimità e domiciliare, l’integrazione sociosanitaria e quella con le risorse locali del territorio si pongono come questioni dirimenti su cui riflettere. Se l’integrazione sociosanitaria viene nominata per la prima volta nella legge 833 del 1978 che istituisce il SSN, è a partire dal 2000 con la legge 328 che prendono vita i principali dispositivi di programmazione congiunta tra politiche sociali e politiche sanitarie, dando altresì un forte impulso alle politiche sociali di carattere territoriale e di prossimità. La 328, salutata come “la” riforma delle politiche sociali in Italia, costituisce la nascita dei Piani di Zona (PdZ), i quali devono essere redatti in ogni distretto sociosanitario e devono coinvolgere sia gli enti che si occupano delle politiche sociali – principalmente i Comuni – che gli enti che si occupano di pianificazione delle politiche sanitarie – le ASL – oltre che il terzo settore locale. Il coordinamento delle attività di coprogrammazione e le attività di redazione dei PdZ sono in capo agli Uffici di Piano dei Comuni capoluogo.

Le maggiori novità introdotte dalla riforma sono rappresentate dall’estensione di un sistema di *Welfare Mix*, che separa il finanziamento (pubblico) dai processi di produzione ed erogazione dei servizi (di responsabilità del settore privato, prevalentemente no profit, attraverso appalti e accreditamento), istituendo un fondo speciale aggiuntivo per le politiche sociali (il FNPS), e un sistema di programmazione partecipata a livello locale attraverso i PdZ. Sebbene l’esternalizzazione (o outsourcing) di servizi sociali al terzo settore era già consolidata in diversi territori negli anni ’90 (Fazzi 2008), con i PdZ si legittimava e istituzionalizzava un rinnovato

ruolo del terzo settore, cercando di aprire l'amministrazione ad una logica partenariale dove i territori avevano ampi margini di azione, all'interno di un quadro regolativo delineato dalle Regioni (Caselli *et al.* 2019; Polizzi *et al.* 2013; Centemeri *et al.* 2006), prevedendo un'uniformazione dell'offerta rispetto ad una serie di parametri di garanzia delle qualità dei servizi attraverso procedure di accreditamento (Fazzi 2008). I PdZ apparivano come lo strumento in grado di far contemporaneamente fronte alle esigenze di razionalizzazione della produzione e finanziamento, e ai nuovi rischi sociali attraverso l'azione collettiva. Attraverso la definizione di livelli essenziali di assistenza in tutto il territorio nazionale (LIVEAS) e la capacità di rilevamento dei bisogni insita nel radicamento territoriale della programmazione partecipata, promettevano maggiore qualità e quantità dei servizi, una maggiore integrazione attraverso un coinvolgimento trasversale di tutti i soggetti attivi nel welfare di un territorio, e maggiore democrazia attraverso una sussidiarietà orizzontale e verticale, strumenti di coprogettazione e coprogrammazione³ (Polizzi *et al.* 2013; Fazzi 2021). Tuttavia, le aspettative si sono rivelate solo in parte soddisfatte.

A seguito di questa riforma e della spinta da essa stimolata, nella prima decade di questo secolo, sono andate sviluppandosi politiche sociosanitarie di prossimità, esito di un sempre più rilevante dialogo tra terzo settore e istituzioni sociosanitarie locali. Questo impulso al welfare locale e alla coproduzione di politiche, se da una parte è stato in grado di generare, in molti casi, innovazioni nei servizi, un'infrastruttura organizzativa atta a facilitare il contributo degli attori sociali, e un buon coordinamento intermunicipale, ha non sempre coinvolto in modo organico il terzo settore, mentre le politiche sociali si sono sviluppate a macchia di leopardo sul territorio nazionale, portando ad un'accresciuta differenziazione territoriale dei sistemi di offerta e a disuguaglianze nell'accesso ai servizi e diritti sociali – accresciuta da un'incertezza regolativa alimentata dalla mancata definizione dei LIVEAS – e in alcuni casi frammentazione del welfare locale all'interno di uno stesso territorio (Bifulco 2016 e 2015; Kazepov, Barberis 2013; Polizzi *et al.* 2013). Inoltre, il criterio di programmazione della spesa è rimasto ancorato alla remunerazione di prestazioni – definendo *ex ante* una quantità di prestazioni a disposizione degli operatori del territorio (Polizzi *et al.* 2013). La logica prestazionale, derivata dal *New Public Management*,

3. Come spiegato da Fazzi (2021, p. 30), “la coprogettazione riguarda la costruzione di progetti specifici da parte di più attori che si interfacciano secondo una logica di condivisione di risorse e obiettivi. La coprogrammazione si riferisce invece alla medesima logica, ma con il focus delle politiche”.

ha significato oggettivare e tradurre i processi di servizio “in prodotti computabili, monetizzabili, comparabili, cioè in una base informativa utile a effettuare scelte allocative di tipo premiale (o punitivo)” (Arrigoni *et al.* 2022, p. 151), conducendo, come evidenziato in uno studio sull’assistenza domiciliare a Bologna, ad “una frammentazione prestazionale”, in cui le ore nell’arco della giornata e della settimana vengono suddivise eccessivamente, e “rallentando il processo di accesso ed erogazione dell’assistenza e lasciando al cittadino il compito di ricomporre l’insieme degli interventi” (Bergamaschi 2018, p. 29). Infine, se, da una parte, ai fini di un’effettiva partecipazione, è risultato cruciale il ruolo delle pubbliche amministrazioni operanti ai diversi livelli – le Regioni, i Comuni e ASL –, c’è a monte un problema di rappresentanza delle organizzazioni del terzo settore nei confronti dell’intero comparto (la partecipazione è fortemente mediata dalle organizzazioni del privato sociale), e nei confronti della più ampia cittadinanza, che non viene coinvolta (Colombo, Gargiulo 2013), con il rischio che le arene decisionali “si trasformino in *policy communities* ristrette ed esclusive” (Bifulco, Centemeri 2007, p. 228).

Durante la prima decade del duemila i PdZ hanno avuto il loro periodo più promettente durante il quale hanno sviluppato progettualità che hanno permesso un lavoro congiunto tra sociale, sanitario e terzo settore. Questo processo è andato di pari passo con la crescita costante del peso del terzo settore e del privato for profit tra gli occupati del settore del welfare socioassistenziale, rispetto agli impiegati pubblici. Questa proattività delle politiche sociosanitarie e dei PdZ sono andati però sempre più riducendosi a partire dalla crisi economica e finanziaria del 2008/2010, la quale, attraverso i forti tagli alla spesa sociosanitaria e al fondo FNPS, ha reso sempre più marginale la programmazione congiunta tra sociale, sanitario e territorio (Arrigoni, Bifulco *et al.* 2023). Le politiche di austerità hanno colpito particolarmente gli enti locali, portando ad un “‘ricentraggio’ sulla lotta alla povertà, a una ricentralizzazione della spesa” (Arrigoni *et al.* 2022, p. 156), e ad un prioritizzazione della spesa sui trasferimenti monetari – che costituiscono più della metà di tutta la spesa sociale (cfr. Busso, Dagnes 2021) – terminando la stagione espansiva dei PdZ, e portando ad una instabilità all’interno del terzo settore locale (Arrigoni *et al.* 2022; Caselli *et al.* 2019; Busso, Dagnes 2021). La crescita progressiva del terzo settore era infatti stata assicurata dalla cosiddetta “sussidiarietà subordinata” (Revelli 1997, cit. in Busso, Dagnes 2020, p. 80), caratterizzata da una forte dipendenza dai fondi pubblici, che hanno visto una diminuzione del 35% da parte delle

amministrazioni locali nel periodo 2008-2016 (Busso, Dagnes 2020, p. 82), e un parallelo aumento della quota relativa dei finanziamenti a progetto, esacerbando l'incertezza e instabilità finanziaria (Busso, Dagnes 2020, 2016; De Ambrogio 2016). In un contesto di contrazione e discontinuità delle risorse, il terzo settore, il cui costo contenuto e flessibilità erano stati tra i principali fattori per le strategie di esternalizzazione, ai fini di una sopravvivenza organizzativa, ha conseguentemente contenuto ulteriormente i costi, in particolar modo attraverso la flessibilizzazione della forza lavoro e l'intensificazione dei ritmi lavorativi, o stringendo collaborazioni 'di interesse' con altre organizzazioni del terzo settore, o attuando fusioni tra organizzazioni che hanno talvolta aumentato l'operatività extraregionale (Busso, Lannunziata 2016; Busso, Dagnes 2020; Fazzi 2008; Pierucci, Serio 2007). A queste tendenze si sono aggiunti l'aumento della burocratizzazione e standardizzazione dei processi (Cataldi 2017, Fazzi 2008), spesso legati alle procedure di accreditamento implementate in diverse regioni con le leggi regionali di attuazione della 328, che hanno agito sui modelli di governance, portando, in alcuni casi, ad uno "snaturamento profondo nei modelli organizzativi del terzo settore" (Fazzi 2008, p. 97). La logica prestazionale ed efficientista, prodotta dalle dinamiche estrattive del valore del lavoro sociale, può incidere negativamente sugli aspetti relazionali con l'utenza (*caring*), e sulla qualità del servizio erogato da parte dell'operatore, la cui percezione è a sua volta determinante nella costruzione della soddisfazione professionale da parte dell'operatore stesso (Busso, Lannunziata 2016; Alietti *et al.*, 2013; Pierucci, Serio 2007).

3. Il caso studio

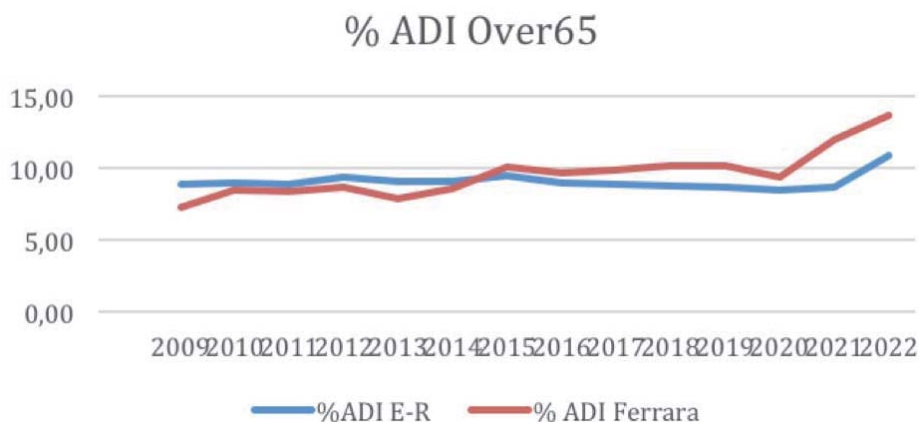
3.1. Il contesto dell'Emilia-Romagna e di Ferrara

Le politiche di assistenza domiciliare agli anziani, in modo simile al resto delle politiche sociali in Italia, offrono un quadro di un welfare frammentato su base regionale (Kazepov, Barberis 2013). L'Emilia-Romagna è stata recentemente classificata, assieme alla Toscana, come "modello dell'assistenza sanitaria domiciliare", con il tasso di anziani beneficiari ADI più elevato in Italia, e uno sviluppo basso di SAD e indennità di accompagnamento (Barbabella *et al.* 2017; Pelliccia 2017). Se si prende in considerazione la Banca Dati Emilia-Romagna, come evidenziato dalla figura 1, la copertura ADI riguarda infatti il 10.89% della popolazione over 65 nel 2022, dopo una ge-

nerale oscillazione tra valori dell'8-9% nella decade precedente⁴. Sebbene questi aumenti siano piuttosto contenuti, nascondono il generale aumento della popolazione anziana nella decade in esame (cfr. figura 2), per cui, considerando i valori assoluti dell'utenza ADI, si può discernere un aumento del +36% nel periodo 2009-2022, da 86,613 a 118,138 assistiti.

Per quanto riguarda l'ADI nella provincia di Ferrara (cfr. figura 1), a partire dal 2009 la copertura è andata progressivamente aumentando da 6,6% a 13,69% degli over 65 nel 2022, con un lieve calo nel 2020 (da 10,19% nel 2019 a 9,35% nel 2020). Il dato ferrarese si presenta quindi al di sopra delle media della copertura regionale ADI di ben tre punti percentuali. La copertura dell'ADI ferrarese è tanto più significativa se si considera che la provincia di Ferrara, che vanta una popolazione di circa 342,000 abitanti, è la provincia in Emilia Romagna con maggior incidenza di persone anziane rispetto alla popolazione (cfr. figura 2), con un 27,9%, quattro punti percentuali più alto rispetto alla media regionale del 23,9% e, di cinque punti rispetto alla media nazionale del 22,9% (database dell'I-STAT). La tendenza all'aumento percentuale della popolazione è costante, a livello nazionale, regionale, e della provincia di Ferrara, come si può vedere dalla figura 2.

Fig. 1 – Copertura dell'ADI (in percentuale) rispetto alla popolazione anziana (over 65)

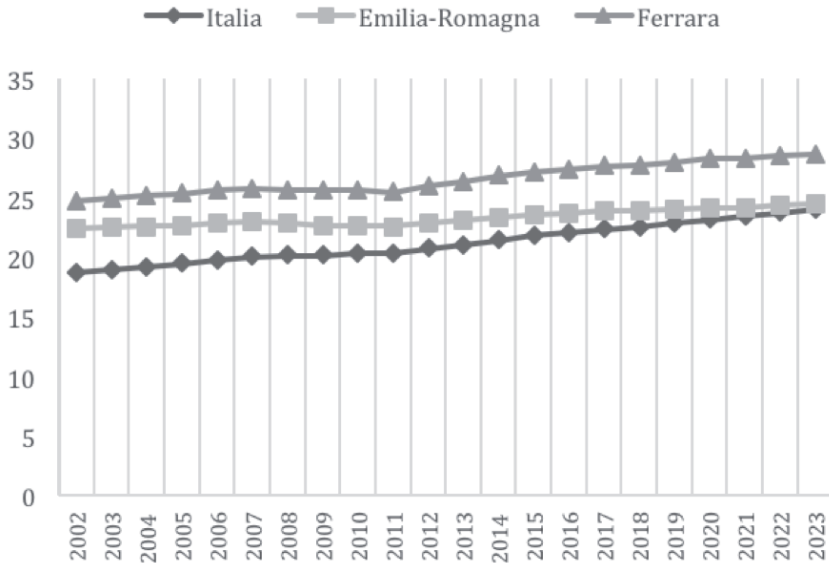


Fonte: Banca Dati Emilia-Romagna.

Relativamente al SAD, la quota di anziani beneficiari in Emilia-Romagna si discosta invece molto poco dalla media nazionale del 1% (nel 2017, cfr. Noli, 2020). Come delineato nella figura 3, secondo calcoli di nostra estra-

4. In generale, si riscontra un problema di comparabilità dei dati, tra banche dati diverse quali OECD Health Statistics, Istat, Italia Longeva, e le banche dati regionali.

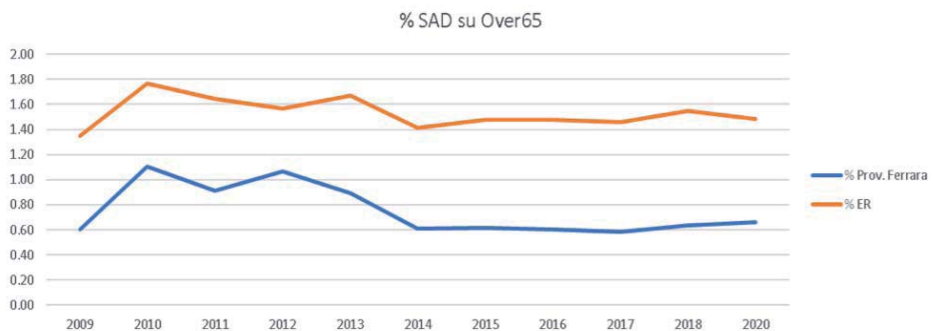
Fig. 2 – Percentuale di anziani (over 65) sulla popolazione anziana



Fonte: Istat.

popolazione sulla base dei dati delle Relazioni del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (FRNA) e della Banca Statistica Emilia-Romagna, sebbene il numero di anziani a cui si è rivolto il SAD sia andato lentamente crescendo a partire dal 2009, da 13,164 a 15,966 anziani sopra i 65 anni nel 2020, essendo cresciuto in modo più che proporzionale il numero di anziani in regione, la percentuale di anziani over 65 a cui si è rivolta il SAD a partire dal 2009-2010 si è mantenuta su livelli generalmente stagnanti o in leggero calo, dopo il picco di 1.76% nel 2010, fino a raggiungere la percentuale di 1.48% over 65 nel 2020.

Fig. 3 – Copertura del SAD rispetto alla popolazione anziana (al di sopra dei 65 anni) in RER e nella provincia di Ferrara



La copertura per gli over 65 sulla provincia di Ferrara si colloca, al contrario dell'ADI, su valori più bassi della media regionale, secondo un trend in declino a partire dal 2010 (1.11%), che si attesta attorno allo 0.6% circa tra il 2018 e il 2020, ultimo anno per cui si hanno dati (i dati del 2019 non sono disponibili)⁵ (cfr. *figura 3* e *tabella 1*). La tipologia di dati non ci consente di valutare l'andamento del numero di accessi per utente né l'andamento delle risorse destinate al SAD, ma solo la diminuzione della percentuale di assistiti rispetto alla popolazione anziana, nonostante il leggero aumento – del 16% – per quanto riguarda il numero – assoluto – di anziani raggiunti rispetto al 2009, come evidenziato nella tabella 1. Tuttavia, come discusso di seguito, un risultato rilevato dalle interviste concerne la percezione, da parte delle cooperative erogatrici del SAD, della diminuzione dei fondi SAD. Questo dato si sposa inoltre con l'andamento, riscontrato dalle relazioni del FRNA, di diminuzione della quota dei fondi per la domiciliarità all'interno della spesa per la non autosufficienza (cfr. sotto), nell'intervallo di tempo 2008-2020, a livello regionale.

Tab. 1 – Numero di Anziani over 65 assistiti dal SAD nella provincia di Ferrara

<i>Anno</i>	<i>Over 65</i>	<i>Anziani assistiti con SAD</i>	<i>%</i>
2009	91,200	552	0.61
2010	91,543	1012	1.11
2011	91,021	828	0.91
2012	92,648	985	1.06
2013	93,859	839	0.89
2014	95,106	578	0.61
2015	95,789	591	0.62
2016	96,061	580	0.60
2017	96,321	561	0.58
2018	96,318	613	0.64
2019	96,695	-	-
2020	97,218	644	0.66

Visto che un'analisi dettagliata della normativa regionale in tema di Long Term Care esula dagli obiettivi di questo contributo, accenniamo a qualche coordinata principale. La legge regionale n. 2 del 2003 ha ridisegnato il sistema del welfare locale, richiamando l'importanza dei soggetti privati nella realizzazione del sistema integrato, ed i PdZ sono partiti con

5. I dati forniti sono di nostra estrapolazione sulla base delle relazioni del FRNA e della Banca Dati Emilia-Romagna.

la delibera G.R. 329 del 2002, diventando uno strumento ordinario di programmazione dal 2005, dopo un triennio di sperimentazione. A seguito della trasformazione delle Ipab (Istituto Pubblico di Assistenza e Beneficenza), le ASP sono operative in tutta la regione sulla base della riforma impostata con la delibera Consiglio Regionale 623 del 2004. La regione Emilia-Romagna è stata anche una delle prime regioni ad istituire un fondo regionale per la non autosufficienza (FRNA), avviato nel 2007, che affianca il Fondo Nazionale per le non Autosufficienze (FNA), dotandolo di risorse aggiuntive significative – con fondi derivanti dalla fiscalità regionale, trasferimenti nazionali e finanziamenti comunitari (Costa 2013, RER 2019a e 2019b). Nel 2020, ultimo anno per cui ci sono dati dalla regione sull'utilizzo del FRNA (RER 2021), il FRNA è stato dotato di 436,3 milioni di euro, risorse che si sono sommate ai 55,5 milioni ripartiti dal FNA. Nello stesso anno la spesa per la non autosufficienza, comprendente gli interventi finanziati con entrambi i fondi, è stata di 486,6 milioni, di cui 312,8 (64,3%) per l'area anziani. Il 14,8% della spesa per la non autosufficienza, equivalente a 72,07 milioni, è stata spesa nell'ambito della domiciliarità per gli anziani, una quota che, esaminando le relazioni annuali dal 2008, è tuttavia andata gradualmente calando nel corso degli anni da 27,8% nel 2008 (90,4 milioni di euro)⁶. Lo stesso dicasi per la voce domiciliarità come quota del FRNA, che fino al 2012 si attestava su percentuali del 18%-23%, per poi gradualmente calare dal 2012-2013 fino alla quota del 11% nel 2020.

Dal 1994 è inoltre in vigore l'assegno di cura, erogabile ad anziani il cui indicatore ISEE non superi i 25,000 euro l'annui. L'assegno può essere integrato da un'ulteriore misura economica (160 euro) rivolta alle famiglie ed anziani che impiegano un'assistente familiare, promuovendo quindi la regolarizzazione del lavoro di cura. Nel corso del 2020, 7,707 persone hanno usufruito dell'assegno di cura – un numero in costante flessione negli ultimi anni – e di queste circa un terzo ha ricevuto il contributo aggiuntivo per l'assistente familiare (RER 2021).

Gli interventi domiciliari socio-assistenziali possono essere erogati direttamente dai Comuni e ASP, e/o questi possono affidarli a soggetti esterni attraverso l'accreditamento, che regola la produzione di servizi di assistenza domiciliare e residenziale e dei centri diurni per gli anziani e disabili a seguito della legge 772/2007 e Delibera 514 del 2009. L'esternalizzazione di servizi si è sempre più diffusa negli ultimi anni, per cui i Co-

6. La quota di spesa per la domiciliarità anziani nei vari anni risulta essere la seguente: nel 2019, 16,78%; nel 2018, 16,4%; nel 2016, 16,9%; nel 2015, 17,6%; nel 2013, 19,2%; nel 2012, 19,3%; nel 2011, 20,9%; nel 2010, 22,2%; nel 2009, 23,1%.

muni si dedicano nella stragrande maggioranza dei casi solamente a finanziare, regolare, pianificare e coordinare le prestazioni erogate da un ente fornitore esterno. L'istituzione dell'accreditamento ambiva ad essere uno "strumento fondamentale di regolazione dell'efficacia e dell'efficienza del sistema locale dei servizi e di promozione di forme di solidarietà comunitaria e di cittadinanza attiva" (Terenziani 2010, p. 158). La logica sottostante riguardava il superamento delle gare di appalto, che non consente "una programmazione pluriennale degli interventi e dunque l'implementazione delle economie di gestione e della qualità esperienziale" (Terenziani 2010, p. 159), costituendo un atto di natura concessoria per l'erogazione dei servizi, in coerenza con la programmazione regionale e zonale, e condizionata al rispetto di alcuni requisiti tecnici predeterminati relativi alle condizioni strutturali, organizzative e di funzionamento che si ritiene collegati con la qualità dell'assistenza (Alietti *et al.* 2013). Questo implica, differentemente dal modello dell'appalto, un modello di partnership fra enti locali e terzo settore, in cui i soggetti finanziatori giocano un ruolo di cabina di regia e selezionano gli aventi diritto, e il terzo settore gioca un ruolo sia nella gestione che nell'impostazione degli interventi (Lucianetti, Saruis 2013). Tuttavia, se da una parte il processo di accreditamento si configura come una procedura di valutazione indirizzata a migliorare il complesso delle prestazioni, stabilendo criteri, requisiti e tariffe su base regionale, i requisiti si concentrano principalmente su temi di natura tecnico-organizzativa, piuttosto che sulle modalità di assistenza e su configurazioni processuali (Alietti *et al.* 2013), rischiando di aumentare l'onere burocratico che grava sull'ente gestore (Terenziani 2010), e di comporre una logica efficientista-prestazionale tale da ledere alla dimensione del *caring*. Questa problematica verrà analizzata nella prossima sezione.

3.2. L'assistenza domiciliare agli anziani a Ferrara

La provincia di Ferrara è articolata in 3 distretti socio-sanitari: il distretto centro-nord, che include il Comune di Ferrara come capofila, il distretto ovest – capofila Cento – e il distretto sud-est – capofila Codigoro –. Il distretto centro-nord, su cui si è prevalentemente focalizzata la ricerca, è quello più popoloso per la presenza del comune di Ferrara, ma dall'altra parte include anche "una coda piuttosto lunga dove c'è una dispersione di popolazione" che comprende comuni quali Copparo, Riva del Po, Tresignana, Jolanda di Savoia, che presentano "alcune caratteristiche che le fanno somigliare all'area est del sud-est, cioè le aree interne" (intervista 7).

Questa sezione analizza l'assistenza domiciliare agli anziani, approfondendo in particolar modo il SAD, l'ADI e il ruolo del terzo settore in questo campo, nella loro interrelazione con le istituzioni pubbliche.

II SAD

Il distretto centro-nord include due ASP: una più grande di cui il socio prevalente è il Comune di Ferrara, assieme ai comuni limitrofi di Masi Torello, Voghiera e Jolanda di Savoia, e la ASP "Unione Terre e Fiumi", con Copparo come centro di riferimento (assieme ai Comuni di Berra, Formignana, Jolanda di Savoia, Ro e Tresigallo). Per entrambe le ASP, il SAD è erogato dalla Cooperativa CIDAS dal 2016, una grande cooperativa di servizi alla persona con circa 1600 dipendenti – di cui 35 OSS per l'ASP Ferrara e 26 OSS per l'ASP di Copparo –, che gestisce anche alcuni altri SAD del distretto Ovest – Poggio Renatico e Vigarano Mainarda – e in Veneto, insieme alla maggior parte delle strutture (semi) residenziali nella provincia di Ferrara, a Medicina (BO) e in Veneto. Nel gennaio 2022, l'ASP ferrarese ha esternalizzato completamente alla cooperativa l'erogazione del SAD, che fino ad allora invece gestiva, anche se in piccola parte, assieme a CIDAS. L'ASP svolge ora solo la funzione di attivazione e programmazione dei servizi di assistenza domiciliare, attraverso il ruolo degli assistenti sociali che rilevano il bisogno di supporto domiciliare concordando con la famiglia la tipologia degli interventi, anche in base alla situazione familiare e all'eventuale presenza di caregivers e assistenti familiari, predisponendo il Piano Assistenziale Personalizzato (PAI) attraverso un raccordo con l'ASL – spesso attraverso le Unità di Valutazione Multidimensionale, nel caso di assenza di certificazione di non-autosufficienza. Il PAI può includere altri interventi oltre al SAD, quali interventi congiunti di ADI o presso centri diurni. L'erogazione del servizio prevede una compartecipazione con un unico costo al di sopra della soglia minima di ISEE (8,000 euro), attualmente pari a 10.90 euro per ogni ora di prestazione con un singolo OSS (22.80 euro con due OSS). Il SAD include prevalentemente servizi di igiene personale e ambientale, l'alzata, la vestizione, sostegno alla mobilità, consegna pasti e, in misura molto minore, accompagnamenti sociali. L'accesso al SAD può avvenire, oltre che direttamente attraverso l'ASP – che segnala circa un 70% di tutta l'utenza del CIDAS –, anche attraverso la Centrale di Dimissione e Continuità Assistenziale presso l'Ospedale – per un'assistenza post-dimissioni, che rappresenta circa un 20% di tutte le attivazioni –, che valuta in reparto i pazienti prossimi alle dimissioni e può considerare la necessità di

un'assistenza gratuita di 40 ore da utilizzare in 30 giorni (decreto LEA). Inoltre, CIDAS eroga servizi equipollenti al SAD anche in forma privata, per circa un 10% di tutti i servizi erogati.

Dopo un lungo periodo transitorio di accreditamento a seguito della delibera 514 del 2009, che ha consentito agli operatori di uniformarsi alle nuove disposizioni, requisiti, procedure e standard qualitativi, il sistema dell'accREDITamento è entrato in vigore dal 2014. Se da un lato il sistema dell'accREDITamento vuole "superare la battaglia costante delle gare d'appalto, che vanno al ribasso", dall'altra, in termini di gestori eroganti, riproduce il vigente status quo, "fotografandone" la situazione "delle precedenti autorizzazioni al funzionamento" (Intervista 1), richiedendo al contempo ai gestori di accreditarsi e uniformarsi ai nuovi requisiti.

Prima del 2016, nel Comune di Ferrara un'altra cooperativa di servizi alla persona, la Coop Serena, nata sul territorio ferrarese, ha precedentemente gestito l'appalto dell'erogazione dell'assistenza domiciliare su Ferrara da circa metà anni '90 e, per il settore anziani, tuttora gestisce diverse strutture residenziali nella provincia. Dopo un periodo di erogazione SAD di circa due anni con il nuovo regime accreditato, nel 2016 Coop Serena ha deciso di comunicare il recesso del contratto, perché non più sostenibile economicamente. Come messo in rilievo dalle interviste, da una parte il sistema dell'accREDITamento introduceva una "logica prestazionale", a cui la cooperativa ha faticato ad adattarsi: le cure dell'anziano vengono convertite in prestazioni quantificate in spazi temporali standardizzati (un'unità di mezz'ora include normalmente 1-2 prestazioni, a seconda della tipologia) che "poi compongono via via, praticamente, il turno di lavoro unendo diverse prestazioni" discostandosi dal precedente sistema in cui "si lavorava pari al pubblico e quindi si scimmiettavano le stesse caratteristiche organizzative del pubblico", "concependo il tempo vuoto in attesa o di una chiamata o di un compito che mi viene affidato" senza "l'impellenza di rispettare un tempo", con una "mescolanza anche tra operatori del pubblico, del privato sociale" (intervista 4 e 6). Nel sistema precedente, differentemente da quello dell'accREDITamento, "c'erano questi progetti che si facevano con gli assistenti sociali, che tu potevi, anche in un caso in cui uno era molto solo, mandare un operatore che faceva il bagno ma nel contempo faceva socializzazione, faceva qualche altra cosa, aiutava in casa, eccetera", oppure "potevi andare ad aiutarlo a vedere se aveva in frigo la roba scaduta, i farmaci, cioè un tempo X che ti permetteva anche di monitorare situazioni in cui una persona era da sola e dunque non era più la mezz'ora della prestazione pura che oggi eroghiamo. Ma c'era anche un guardare un contesto che ti permetteva di tenere sotto

controllo delle situazioni, eventualmente, che potevano scoppiare, perché potevano essere non gestite. Questo passaggio con l'accreditamento è venuto a mancare, perché invece è quantificata a mezz'ora, un'ora. E dunque tu non puoi stare lì 5 minuti per andare a vedere se nel frigo non c'è più niente" (intervista 4 e 6).

Questa logica prestazionale si applica anche ai trasferimenti degli operatori socio-sanitari (OSS) per recarsi ai domicili degli assistiti: mentre precedentemente i tempi di spostamento erano valorizzati rispetto all'effettivo tempo di spostamento, nel sistema dell'accreditamento per il calcolo della sua remunerazione vige la logica di percentuale fissa rispetto all'unità temporale di prestazione. Nel vasto territorio ferrarese, in cui i tempi di spostamento sono relativamente elevati e tali da superare quasi sempre questo tempo percentuale, la remunerazione dei tempi di trasferimento ha quindi contribuito notevolmente alle criticità in termini di perdita economica.

Inoltre, la nuova logica prestazionale avrebbe significato per Coop Serena una trasformazione di contratti di lavoro a tempo pieno in part-time, per la quale non si è raggiunto un accordo sindacale. Dopo la recessione del contratto, CIDAS è subentrata a Coop Serena come unico ente gestore candidatosi per il SAD dell'ASP di Ferrara. Come rilevato dalle interviste ai diversi attori, CIDAS, che aveva vissuto la "durissima" transizione dell'accreditamento sui Comuni di Poggio e Vigarano, ha deciso di assumere e mantenere l'erogazione del SAD ferrarese nonostante fosse un "servizio in perdita" (intervista 4). Da una parte, tale decisione era motivata dalla volontà di "stare nel territorio [...] soddisfare le esigenze nella speranza che l'accreditamento cambi" (intervista 4), "altrimenti il rischio era che non ci fosse nessuno a gestire il servizio pubblico e quindi, quello sarebbe stato un grosso problema" (intervista 1). Dall'altra, per CIDAS, che ha incrementato la propria presenza nelle strutture residenziali, l'erogazione del SAD permette di puntare a "mantenere la filiera" (intervista 4) fino alle strutture residenziali, facendo perno sulla fiducia costruita con gli utenti durante il corso degli anni, come spiegato chiaramente da un intervistato che ha vissuto il passaggio dell'accreditamento:

L'assistenza domiciliare spesso funziona molto bene come testa diciamo di ponte, no, un ponte tra casa e struttura, per cui ti permette di avere nella maggior parte dei casi le strutture praticamente piene perché segue la persona lungo tutto l'arco della propria vita, tenendo conto che nella maggior parte dei casi, dopo alcuni anni di assistenza domiciliare, la persona, è molto complicato, anche costoso, poterla seguire costantemente a casa, per cui c'è un passaggio quasi inevitabile o che comunque avviene in una, diciamo, ampia fascia di casi in struttura protetta. Per

cui è chiaro che io posso permettermi – questo è nella logica pre-Covid eh, perché adesso con il post-Covid secondo me è assolutamente insostenibile tutto [...] Però una volta mi potevo anche permettere di perdere qualcosa nell’assistenza domiciliare, ma per avere le strutture protette, che poi economicamente sono un polmone molto importante per le cooperative, sempre piene. Perché non c’è cosa peggiore di avere strutture protette, mezze vuote o mezze piene. Invece in quel modo lì... Quindi, da un lato la filiera è completa [...] Perché la famiglia a quel punto ha una fiducia quasi cieca con te, proprio per il fatto che sono anni che segui non solo la persona, ma nella maggior parte dei casi segui anche la famiglia, sia da un punto di vista psicologico che di supporto amministrativo e del fatto, anche, banalmente che sanno che ti possono chiamare e diciamo avere comunque un supporto (intervista 1).

Un altro fattore di criticità riscontrato con il passaggio al nuovo sistema di accreditamento ha corrisposto con l’aumento del carico burocratico-amministrativo dovuto a diversi fattori. Da una parte, al “grandissimo lavoro di logistica, di coordinamento” legato alle tempistiche prestazionali e di spostamento, che richiede anche “una rigidità rispetto al tempo di lavoro per poter far quadrare quello che tu ricevi come compenso della prestazione a quello che tu paghi l’operatore” (intervista 6). Dall’altra, l’accresciuto “onere burocratico” è legato ai nuovi requisiti tecnici, e alle relative richieste di “maggiori evidenze” e di “reportistica” che producono “paradossalmente un po’ l’effetto contrario, perché ti devi preoccupare molto della carta e ti affatica su quella che è invece l’elaborazione del servizio”, “nel senso che poi mettiamo insieme le attività di coordinamento, di reportistiche che sono aumentate, ovviamente devi cercare equilibri in altri elementi produttivi” (intervista 6, intervista 4). Un terzo fattore di aumento del carico burocratico è collegato al nuovo regime di fatturazione, che va ora svolto sia al committente che ai singoli utenti (precedentemente in carico all’ASP), implicando un maggiore costo gestionale e amministrativo nonché problematiche derivanti dalle eventuali morosità. Infine, la complessità e dimensione organizzativa delle cooperative (e del fatturato) è cresciuta come conseguenza dell’obbligo, subentrato con l’accreditamento, di avere un unico gestore per le strutture residenziali (le cosiddette Casa Residenza per Anziani, CRA), rispetto alla situazione precedente che si presentava con “un pot-pourri di tanti gestori”: “c’era il coordinatore del comune, l’OSS che è stato appaltato, dunque andava a ore, l’infermiere che arrivava dall’ASL, cioè dovevi far parlare nella stessa struttura, tante realtà istituzionali e il servizio veniva assolutamente seghettato. Cioè, non era centrato sulla persona” (intervista 4). Il nuovo sistema di CRA con un unico gestore presenta quindi il vantaggio operativo di un servizio che

“ha interesse a lavorare insieme perché tutti devono marciare dalla stessa parte ed è a pro dell’ospite” (intervista 4). In generale, per questi diversi fattori, il nuovo sistema ha però provocato un “irrigidimento” delle cooperative, che si sono dovute “strutturare per rispondere a quello che la regione chiedeva, e quindi standard molto elevati, costi anche proprio di struttura organizzativa molto elevati, quindi costi anche generali”: le sedi di queste cooperative “assomigliano più diciamo al Comune di Ferrara che a una piccola cooperativa, CIDAS ha oggi 1600 dipendenti di cui almeno 150 sono amministrativi, progettisti, paghe, contabilità, eccetera” (intervista 1).

Tra gli altri elementi virtuosi e di innovazione dell’accreditamento, da una parte troviamo la costruzione di “una vera e propria rete di servizi alla persona [su base distrettuale] che hanno iniziato a parlare tra loro” attraverso un “sistema di interscambio” tra i vari attori e strutture (ospedale, SAD, strutture residenziali) (intervista 4 e intervista 1). Dall’altra, l’allungamento del periodo di concessione del servizio, di durata quinquennale e rinnovabile (rispetto ai tre anni, nel precedente sistema dell’appalto), che ha permesso di investire nella formazione del personale, nel servizio all’utente e nella strumentazione utilizzata: costruendo “dei percorsi anche dentro la qualità di vita di queste persone e anche progetti sul personale [...] migliorando molto di più l’equipe, il confronto, il crescere insieme, che prima era un po’ più un informare come deve essere dato un servizio secondo appalto, e invece qui, avendo noi in gestione il servizio, cioè possiamo fare delle migliorie rispetto al servizio” (intervista 4). Inoltre, l’accreditamento ha previsto un’espansione della disponibilità oraria del SAD anche nella fascia pomeridiana fino a sera, 7/7 giorni alla settimana, inclusi i festivi.

Il maggior limite del SAD, riscontrato in molte interviste, permane la logica prestazionale accennata all’inizio di questo paragrafo e approfondita nella sezione 2, e la relativa compressione dei tempi di cura per cui “scatta la mezz’ora e dobbiamo andar via, e non possiamo stare neanche 5 minuti in più perché se no l’utente paga di più” (intervista 4). CIDAS condivide con Coop Serena che il precedente sistema era “migliore” su questo aspetto, poiché il prezzo della prestazione non includeva una tempistica rigida: “il tempo veniva quantificato dall’assistente sociale, ma l’utente pagava sempre come se fosse stato lì per mezz’ora o per due ore, si pagava sempre la stessa quota, era a seconda del progetto, non a seconda della quantificazione oraria del percorso” (intervista 4). Ora “si lavora un po’ a cottimo”, penalizzando “la parte relazionale” che “è il vero supporto domiciliare”: “la professionalità non si fa col tempo”, e “andare a casa di

una persona e guardare l'orologio [...]non è domiciliarietà, questa è una prestazione data a domicilio”, la cui logica “non ci aiuta e non ci gratifica nel dare un lavoro più incentrato sulla persona” (intervista 4 e 6). Un'OSS ha spiegato bene l'importanza di tempi più lenti nella relazione delicata che dovrebbe instaurarsi con l'anziano nell'assistenza domiciliare, che coinvolge “un rapporto molto particolare, perché si entra proprio in intimità con l'utente” (intervista 10):

I tempi sì, sono stressanti. I tempi sì, sono stretti, sempre [...] Perché è vero che se io arrivo a casa tua, ti lavo, ti dò una passata con la spugna e ti metto la prima maglietta che trovo e ti alzo, e vado via, ok, io in mezz'ora ci sto. Però se arrivo a casa tua e ti chiedo come stai e comunque ti parlo perché sei una persona anche tu, e decidiamo insieme che cosa mettere, e ti lavo come si deve, perché comunque è mio obbligo lavorativo fare un'igiene accurata, perché se no ti faccio venire le più disparate malattie, io ho sempre visto che se fai le cose con calma i tempi sono sempre stretti. Ma perché non hai il tempo, magari vorresti relazionarti di più, magari anche la persona da cui sei vorrebbe che rimanessi di più a parlare, perché magari sei l'unica persona che vede durante la giornata. E quindi dice: “Quella mezz'ora che ci sei tu, mi dai una botta di vita. E io poi fino alla mattina dopo non parlo più con nessuno”. Solo che io per lavoro sono obbligata a star lì mezz'ora. E non posso starci di più. Questa è sempre una cosa che, anche quando lavoravo in struttura, avevamo calcolato un quarto d'ora a utente. Un quarto d'ora è veramente poco. È veramente poco, per qualsiasi cosa. Questa, ecco, è una delle pecche che andrebbe rivista, ecco, dal punto di vista lavorativo bisognerebbe dare più tempo agli operatori. Dopo è vero, in mezz'ora io ti facevo un bagno completo, ben venga, però non riesco neanche a parlare con te, perché il tempo era stretto, quindi magari lo facevo di fretta, magari ti faccio anche male, perché devo andare di fretta. Magari siccome vado di fretta, tu ti irrigidisci e quindi io faccio fatica, è tutto un insieme di cose che, se uno lavora con calma, e più si relaziona con un utente e più ne beneficiamo tutti. Io, questa era una cosa che sì, io darei più tempo alle relazioni (intervista 10).

La maggior parte degli accessi sono di mezz'ora, con il limite massimo di tre volte al giorno per i casi più problematici, e massimo 2 ore consecutive per ogni accesso, che è tuttavia molto raro, e tale comunque da non aver mai superato le 3 ore complessive in un giorno – sommando i tre accessi. Secondo gli operatori, con il nuovo sistema di accreditamento le risorse a disposizione sono diminuite, mentre al contempo si raggiungono più persone, producendo quindi una riduzione dei tempi di accesso e di cura e la maggiore compartecipazione economica da parte dell'utente. Le minori risorse si sono anche tradotte in una maggiore necessità di richiedere “la collaborazione continua” dei caregivers e assistenti familiari

“nell’aiutare, nella gestione, perché due operatori, nessuno se li riesce a permettere”, con la conseguente necessità di “fare formazione” e “adattarsi ad una persona che non è a conoscenza del lavoro” (intervista 4). Il PAI viene all’occorrenza modificato in base ai cambiamenti dello stato dell’anziano e alle nuove necessità che emergono, tramite un raccordo periodico (3-4 volte all’anno) con gli assistenti sociali dell’ASP, con cui si hanno però contatti quotidiani per la gestione dei casi. Uno strumento di monitoraggio dell’evoluzione dello stato dell’utente è il cosiddetto diario, su cui viene appuntato “quello che succede durante la giornata”, e segnalate eventuali nuove problematiche dell’anziano/a che possano giustificare la richiesta di un’espansione del PAI. Il diario rappresenta anche lo strumento di trasmissione di informazioni agli operatori ADI. Sebbene, infatti, tra i requisiti di accreditamento ci sia l’obbligo di integrazione socio-sanitaria con l’ADI, non sono definite le modalità di quest’ultima, lasciando quindi il compito all’“abilità dei professionisti di riuscire ad integrare” (intervista 7), attraverso il ruolo di snodo del caregiver o dell’utente stesso (per es. rispetto al coordinamento tempistico degli interventi ADI e SAD) o attraverso il diario, dove possono essere appuntate eventuali medicazioni o altre informazioni di cui l’OSS dovrebbe tener conto.

ADI

Nella provincia di Ferrara sono presenti 5 ADI, di cui due nel distretto centro-nord a Ferrara e Copparo, che impiegano complessivamente circa 80 profili sanitari, di cui circa sessanta infermieri. L’attivazione dell’ADI, che è garantito dal Servizio Sanitario Nazionale e quindi non soggetto a tariffazione e la cui responsabilità del servizio è in capo all’AUSL, spetta al medico di medicina generale oppure al medico specialista all’atto della dimissione ospedaliera attraverso la Centrale di Continuità Assistenziale presso gli ospedali. Questa si fa carico delle cosiddette “dimissioni difficili”, ossia le dimissioni che necessitano un trasferimento in setting transitori quali le strutture residenziali o l’hospice oppure che devono essere coadiuvate di ADI o SAD. Le ADI prevedono tre livelli, connotati da una caratteristica di complessità clinico-assistenziale crescente, che si traduce progressivamente nella presenza nel domicilio, oltre a quella dell’infermiere, del medico di medicina generale, fino ad arrivare al terzo livello che corrisponde alle cure palliative grazie alla recente istituzione dell’unità operativa di cure palliative territoriali. Ai tre livelli si aggiunge un ADI esclusivamente infermieristico, l’ADI – P, dove l’infermiere svolge in modo autonomo l’attività al domicilio e in cui non si necessita l’attivazione

del medico di medicina generale, potendo essere attivato anche dalla rete della territorialità (Infermiere *case manager* o IFeC). Oltre al requisito di non deambulazione, l'ADI richiede la presenza di un caregiver che diventa l'interlocutore prioritario nel progetto assistenziale, che si fa carico di parte dell'assistenza e del monitoraggio, e del progetto educativo, essendo richiesto "tutto un corollario educativo, informativo, di addestramento", collegato ad esempio all'insegnamento dell'uso dei dispositivi medici (intervista 8). Ciò lo differenzia rispetto all'altra figura di supporto alla domiciliarità, l'IFeC, che gestisce spesso pazienti soli. Il DM 77 conferma le necessità di rinforzare l'ADI, sviluppandola sulle 12 ore 7 giorni su 7, ed è stato accompagnato da un obiettivo regionale di attivare oltre il 60% degli ADI over 65 con patologie croniche o con requisito di attivazione ADI.

Differentemente dal SAD, l'ADI ha una piccola componente di esternalizzazione di servizi, svolta ad esempio dalla Fondazione ADO per i pazienti oncologici, e dalla cooperativa Riabilitare – affiancata da CIDAS come associazione di impresa per il suo know-how amministrativo –, che ha gestito alcuni piccoli appalti annuali per interventi di fisioterapia domiciliare per pazienti over 65 dedicati in special modo alle fratture di femore e ictus, sclerosi laterale amiotrofica e ai malati SLA.

Tuttavia, a partire dal 2023, l'AUSL ha creato una nuova unità operativa di riabilitazione territoriale che si occupa soprattutto di interventi riabilitativi a domicilio, espandendo le attività dell'azienda – attualmente con un team di 8 nuovi fisioterapisti nella provincia – in un'ottica di eventuale sostituzione del servizio di esternalizzazione e completa internalizzazione della riabilitazione domiciliare.

Il ruolo del terzo settore nell'assistenza domiciliare oltre il SAD e l'ADI

Una parte rilevante dell'associazionismo ferrarese di supporto alla domiciliarità per gli anziani si compone di un sottobosco di associazioni di volontariato che "nascono da un bisogno molto specifico", ossia senza una "logica universalistica" (intervista 1), quali ad esempio associazioni che si occupano di malati di Parkinson, di Alzheimer, o oncologici, svolgendo attività a domicilio o in strutture ospedaliere, e un ruolo di promozione dell'educazione su temi sanitari particolari. Queste associazioni fanno capo al Centro Servizi per il Volontariato Terre Estensi, che recentemente include anche la provincia di Modena, e svolgono attività in forma privata, a volte con il supporto di finanziamenti pubblici da ASP o AUSL, come appoggio all'attività complessiva. Uno di questi progetti, il cui bando è indetto dalle ASP da diversi anni sui vari distretti (su

Ferrara è attualmente gestito da Coop Serena) è il Caffè Alzheimer, che contempla incontri per le persone affette da Alzheimer e i loro familiari, “che hanno lo scopo di supportare i familiari, di informarli, e per la persona ammalata di avere un momento di distrazione, creativo ecc.” (intervista 4). Un'altra forma di volontariato è legata alle due associazioni per l'invecchiamento attivo collegate ai due sindacati CGIL e CISL, rispettivamente AUSER e ANTEAS, che nel campo della domiciliarità si occupano in particolare di accompagnamento sociale, servendo al contempo “da sentinella del territorio” (intervista 1). Ad esempio, AUSER, oltre a svolgere una funzione di compagnia telefonica per gli anziani soli, accompagna gratuitamente anziani relativamente autonomi – ossia in grado di deambulare, anche con la carrozzina – prevalentemente all'ospedale e a visite mediche, o anche, in minor misura, ad altre commissioni quali il supermercato o il cimitero, avendo in dotazione tre macchine e una dozzina di volontari che usano anche veicoli propri. Il servizio, che si regge sulle sole donazioni, riesce a compiere 35-50 accompagnamenti individuali settimanali, dando anche supporto ad alcuni accompagnamenti sociali “commissionati” informalmente e in forma gratuita da ASP di Ferrara attraverso il contatto diretto delle assistenti sociali, mentre è in vigore una convenzione per gli accompagnamenti sociali con l'ASP Terre e Fiumi e con l'AUSL per i pazienti del reparto servizi psichiatrici. Il servizio di accompagnamento sociale dell'AUSER è principalmente rivolto ad anziani nella fascia di età tra i 65 e i 75 anni, poiché un altro progetto, con il nome “Muoversi Giuseppina”, che coinvolge una quindicina di associazioni di volontariato partner, si occupa di accompagnamenti sociali di gruppo per gli over 75 a partire dal 2007. Il progetto, che mira a favorire la possibilità per le persone anziane di “uscire dal proprio domicilio per recarsi a visite, terapie, socializzazione attraverso una rete capillare di pulmini” (intervista 1) è nato a seguito di una coprogettazione legata ai Piani di Zona nel 2005-2006, che ha inizialmente visto coinvolte più di 30 associazioni di volontariato con il fine di affrontare la problematica della solitudine degli anziani nel territorio ferrarese, organizzando attività dentro e fuori le abitazioni. Iniziato grazie ad un programma finalizzato della Regione Emilia Romagna e continuato grazie ad una dotazione del Comune di Ferrara che permette di mantenere delle quote calmierate, è coordinato da molti anni dalla cooperativa Integrazione Lavoro all'interno di una rete di associazioni che contribuiscono con un pulmino e/o un volontario, razionalizzando i percorsi attraverso un unico punto di raccolta delle domande, e stabilendo un ordine di priorità delle richieste in base alla tipologia di commissioni, servendo circa 300-350 persone al mese.

Infine, una parte importante di supporto alla domiciliarità è quello offerto dalle cooperative di varie dimensioni che offrono una gamma di servizi legati alla riabilitazione – per es. Cooperativa Riabilitare –, scienze motorie – per es. la Cooperativa Esercizio Vita – o di animazione e socializzazione a domicilio con il fine di riattivare le capacità cognitive e relazionali – Progetto Sostene della Coop Serena –, che in diversi casi collaborano con ASP o AUSL attraverso piccoli appalti, in un’ottica di complementarità con i servizi SAD e ADI, oppure ancora, forniscono forme di servizio equivalenti in forma integralmente privata.

Ma qual è il ruolo del terzo settore nella co-produzione dei servizi?

Le interviste condotte mettono in luce che “a Ferrara tutto ha funzionato in una logica, veramente di coprogrammazione e coprogettazione fino intorno sostanzialmente al Covid” (intervista 2), o ancora, secondo alcuni, per il distretto centro-nord, lo spartiacque è stato poco prima del covid, con il cambio della nuova amministrazione nel 2019: “dipende anche molto dalla sensibilità del distretto, per esempio ci sono distretti assolutamente virtuosi come il distretto ovest, che ci tiene alla coprogettazione”, dove i PdZ, “pur essendoci il Covid [...] hanno ripreso l’anno scorso, tra l’altro a fare continuamente i tavoli, ma tanti tavoli proprio, cioè strutturati a seconda dei temi” (intervista 4). Alcuni mettono quindi in risalto che i PdZ sono stati trascurati “per una scelta politica” della corrente amministrazione collegata alla volontà di passare da una “logica di rete” e di co-programmazione, ad una logica di distribuire finanziamenti “goccia a goccia”:

l’amministrazione comunale ha fatto la scelta di lavorare maggiormente in modo capillare, quindi goccia a goccia, ‘do un poco a tanti piuttosto che dare tanto a pochi’, cioè si è passati da una logica di rete, quindi: ‘vi mettete tutti insieme, io do una buona quantità di denaro in vista di quell’obiettivo’ – ma in questo modo non tutti hanno 10,000, 10,000, 10,000 euro eccetera – si è andati in una logica nella quale accontento tutti ma non faccio rete perché non obbligo a lavorare insieme, per cui ognuno lavora, diciamo, a casa sua. Quindi, secondo me questo è antitetico al fatto di avere delle aree alle quali tu devi andare a dire, da lì devono uscire dei progetti di rete, com’era nella logica pregressa (intervista 1).

Secondo due intervistati, nonostante lo spartiacque situato a cavallo del 2019-2020, una prima involuzione e calo della spinta coprogettuale era iniziata già qualche anno dopo la crisi economica del 2008-2009, in cui si erano annunciati dei problemi “di come tu utilizzi gli strumenti della democrazia”: prima i PdZ “funzionavano, erano davvero più partecipati e più partecipativi, adesso sono semplici”. A tale cambiamento ha in parte ha contribuito la “stretta delle risorse” (intervista 5):

le cose sono molto scemate, un po' per la crisi anche dei fondi che erano attivati, non solo il Fondo Sociale e non solo il Fondo della Autosufficienza, ma c'erano proprio fondi del Ministero dello Sport che noi utilizzavamo e che sono sostanzialmente stati quasi cancellati. Un anno addirittura avevamo utilizzato dei fondi del Ministero della Famiglia (intervista 1).

Nelle interlocuzioni su questo tema, abbiamo notato un'atmosfera malinconica verso gli 'anni felici' dei PdZ: "i PdZ hanno aperto un mare di strade [...] è stato veramente una bellissima opportunità" (intervista 2), "c'è stata in tutti i territori un'attività di costruzione il più possibile condivisa dei PdZ" (intervista 7): "si facevano delle sperimentazioni, dei servizi innovativi, che poi sono diventati dei servizi che ad oggi, se vai a dire ai cittadini di Ferrara, li togliamo, è probabile che succeda quello che sta succedendo in Francia con le pensioni, ecco, cioè sono molto sentiti" (intervista 1). Nei tavoli suddivisi per aree di intervento (era presente l'Area domiciliarità) che avevano luogo ogni anno per il piano attuativo annuale

partecipava il terzo settore, le associazioni di volontariato rispetto alle diverse materie e insieme si ragionava per lavorare insieme, 3-4 associazioni che lavorano sullo stesso tema [...] mentre l'obiettivo era anche un obiettivo unico, che veniva definito a livello regionale. La regione definiva che cosa voleva fare nel triennio e poi chiedeva alle singole province e ai distretti (intervista 2).

D'altra parte, se i PdZ hanno generato "molte innovazioni fuori dall'accreditamento" quali nel campo della povertà, dell'abitare, disabilità, lavoro, trasporti sociali e sportelli informativi, i servizi accreditati "quasi non si potevano discutere, perché non si potevano in qualche modo modificare, o al massimo si potevano andare a fare delle attività collaterali molto spesso da parte di associazioni all'interno di quelle strutture" (intervista 1). Inoltre, una criticità dei PdZ era relazionata con la grande incertezza collegata ai finanziamenti:

Se la regione dichiara di poter spendere determinate risorse, però la sicurezza tu non ce l'hai all'inizio dell'anno, [ma] ce l'hai alla fine, è evidente che questo produce una grande prudenza in chi deve gestire economicamente quelle risorse [...] questo ha prodotto a volte progetti sottodimensionati, a volte ha prodotto avanzi di gestione e ha prodotto un bel po' di difficoltà (intervista 3).

In generale, nonostante queste criticità, nel loro "periodo d'oro", i tavoli e riunioni dei PdZ, che avevano luogo ogni anno per il piano attuativo

annuale, come riconosciuto anche dal Direttore delle attività socio-sanitarie, “hanno portato anche all’ascolto di alcune situazioni che venivano segnalate nel singolo territorio, per cui la definizione del PdZ ha tenuto conto anche delle peculiarità del territorio” (intervista 7).

Da qualche anno, i PdZ proseguono solo formalmente, snaturati di ciò che li caratterizzava: i processi partecipativi e “il percorso di coinvolgimento, che non si ritiene [più] necessario” (intervista 2). Come spiegato da un intervistato,

in conferenza socio-sanitaria va l’approvazione del PdZ di tutti gli anni, perché il PdZ comunque lo stanno facendo. Non fanno il confronto, loro redigono un piano che mandano, perché sono obbligati, ai sindacati e al forum del terzo settore, che nella maggior parte dei casi, negli ultimi tre anni, stanno rispondendo: ‘non avendo avuto la possibilità di confrontarci nelle aree, esprimiamo apprezzamento per il lavoro svolto, ma non possiamo dare un parere perché non ci avete mai coinvolti’. E quindi loro portano poi il documento dei tre distretti, perché i PdZ, appunto sono tre all’interno della conferenza (intervista 1).

Se è vero che le ultime coprogettazioni sono riprese nel 2022, specialmente nel contesto della “costruzione dei progetti da presentare al Ministero per il PNRR”, che includeva un’azione di coprogettazione di sostegno alla domiciliarità, portando a “degli embrioni di incontri nei quali si faceva un po’ il quadro”, in assenza dei processi partecipativi che dovrebbero caratterizzare i PdZ, si tratta in realtà di “coprogettazioni di servizi che già erano in coprogettazione prima”, facendo un semplice “copia incolla di un bando praticamente identico a quello di tre anni prima”, emesso sulla base delle ultime coprogettazioni del 2019 (intervista 1, 4). Questo implica che le coprogettazioni odierne non siano “calzanti rispetto alla realtà” poiché non si è sviluppato “un percorso di ascolto, di lavoro anche condiviso per arrivare a definire se quello che scrivo nel bando è ancora attuale. Potrebbe anche succedere che in realtà non sia esattamente quello che servirebbe a quel territorio” (intervista 1, intervista 11).

4. Conclusioni

Le politiche LTC, come altre tipologie di politiche sociali, hanno fortemente subito l’influenza del New Public Management, orientando il focus delle politiche verso trasferimenti monetari, processi di “familiarismo opzionale attraverso il mercato” (Da Roit 2020) a discapito dell’e-

rogazione di servizi pubblici, e verso una loro esternalizzazione nei confronti del terzo settore. La Regione Emilia-Romagna, considerata fino a poco meno di due decenni fa la “Svezia d’Italia” (Pavolini 2015), può ancora vantare una infrastruttura più solida della media nazionale per quanto riguarda i servizi di domiciliarità sanitaria, ed è riuscita a contenere, rispetto ad altre regioni quali la Lombardia, il ricorso al mercato attraverso vouchers che lasciano all’utente un’ampia possibilità di scelta nell’acquisto di servizi. Tuttavia, questa infrastruttura ha fortemente prediletto l’ADI a discapito del SAD, che ha invece visto la propria copertura sugli over 65 stagnare o leggermente diminuire a partire dal 2009. Questi trend sono ancora più evidenti per la provincia di Ferrara, che vanta una copertura ADI al di sopra della media regionale, ma sotto di essa per quanto riguarda il SAD, che ricopre una posizione nettamente marginale. Inoltre, la quota di spesa dedicata alla domiciliarità per anziani come totale delle risorse per la non autosufficienza è andata lentamente calando dal 2008 al giorno d’oggi. Questi dati si sposano bene con le percezioni degli attori della cooperazione sociale protagonisti del SAD di una generale riduzione delle risorse, e del contemporaneo raggiungimento di un maggiore bacino di utenti, a fronte di una maggiore partecipazione dell’utente e di una riduzione dell’intensità di servizio. Secondo questi attori, il SAD, soprattutto con il passaggio al sistema dell’accreditamento, è addirittura un “servizio in perdita”, che può essere erogato solo in previsione del “mantenimento della filiera”, ossia come “testa di ponte” per seguire poi gli utenti nel percorso verso le Case Residenze per Anziani.

Il nuovo sistema dell’accreditamento, che si proponeva di superare la logica al ribasso dell’appalto, ha il merito di aver posto alcuni requisiti, standard di servizio e tariffe uniformi a livello regionale, così come l’obbligatorietà di personale qualificato, e la realizzazione di verifiche. Secondo alcuni, ciò potrebbe aver alzato il livello di qualità rispetto al sistema precedente dell’appalto, come dichiarato dal breve resoconto di risposta scritta alle nostre domande da parte di ASP. Sicuramente, la durata pluriennale della concessione ha permesso di ridurre la precarietà e l’incertezza della gestione dei servizi, permettendo di investire nella formazione del personale, nel servizio all’utente e nella strumentazione utilizzata, mentre il sistema dell’accreditamento ha contribuito alla costruzione di “una vera e propria rete di servizi alla persona [su base distrettuale] che hanno iniziato a parlare tra loro” (intervista 4).

Tuttavia, questo studio ha anche messo in rilievo alcune criticità di questo sistema. Da una parte, l’onere burocratico-amministrativo e di

coordinamento a cui corrisponde il rispetto dei requisiti e della nuova reportistica, così come del nuovo regime di fatturazione e delle tempistiche prestazionali e di spostamento. Le interviste sul campo confermano inoltre la pervasività della sua logica prestazionale ed efficientista, e il modo in cui il *caring*, che dovrebbe essere “criterio costitutivo della qualità assistenziale” (Alietti *et al.* 2013, p. 248) e al centro del concetto di domiciliarità, si ritrova ad essere sacrificato per la compressione dei tempi di cura, generando frustrazione e insoddisfazione da parte degli operatori socio-sanitari, che si sentono di “lavorare un po’ a cottimo”, correndo tra un domicilio e l’altro, di non riuscire a monitorare i contesti familiari e abitativi come dovrebbero, o di consumare interamente il tempo a disposizione solo per l’esplicazione delle attività di base del mansionario, sacrificando le relazioni, o persino la qualità di alcune delle prestazioni, quali l’igiene personale, a causa dei tempi stretti.

Inoltre, questo caso studio ha avvalorato, aggiungendovi ulteriore dettaglio empirico, quanto in parte già emerso nella sezione 2, ossia il trend di generale devitalizzazione dei processi partecipativi dei PdZ, iniziato in parte come conseguenza dei tagli alla spesa sociosanitaria e del fondo FNPS, a cui si è aggiunto successivamente il contesto penalizzante della pandemia, due fattori che tuttavia non bastano a spiegare le differenze territoriali che si protraggono fino al giorno d’oggi. Ragioni che rilevano al ruolo e alle decisioni politiche delle amministrazioni pubbliche ai diversi livelli, e nel caso specifico a livello comunale, contribuiscono a spiegare contesti, come quello del distretto centro-nord (comune di Ferrara), in cui i PdZ procedono come un contenitore vuoto, privi del processo di coinvolgimento e partecipazione che aveva caratterizzato ciò che gli intervistati ricordano come “gli anni felici” della coprogettazione e coprogrammazione.

L’unificazione del SAD con l’ADI e il rafforzamento di questo futuro servizio pubblico di supporto alla domiciliarità previsto dalla riforma sulla “Non Autosufficienza” (L. 33/2023) apre a prospettive di sviluppo rilevanti, la cui implementazione merita di essere seguita ed approfondita in studi ulteriori. Ci si chiede inoltre quale ruolo potranno avere i PdZ e quale sarà il dialogo tra istituzioni pubbliche locali e terzo settore nel futuro delle politiche socio-sanitarie.

Bibliografia

- Alietti A., Peccenini M., Pierucci P. (2013), *Valutazione e innovazione dei servizi socio-sanitari: verso un possibile “modello” regionale co-costruito partendo dal basso. Uno studio di caso*, in *Rassegna Italiana di Valutazione*, pp. 228-253.
- Arlotti M., Hendrickson M.A. (2016), *Le politiche per gli anziani non autosufficienti in Italia e Spagna: assetti ed evoluzioni nel corso del periodo più recente*, in *Economia & lavoro, Rivista di politica sindacale, sociologia e relazioni industriali*, 3.
- Arrigoni P., Bifulco L., Busso S., Caselli D., Ficcadenti C., Giullari B., Mozzana C., Polizzi E. (2022), *Welfare socio-assistenziale: Diritti fragili tra mercificazione e depolitizzazione*, in J. Dagnes, A. Salento, a cura di, *Prima i fondamentali. L'economia della vita quotidiana tra profitto e benessere*, Fondazione G. Feltrinelli.
- Ascoli U., Pavolini E., edited by (2015), *The Italian Welfare State in a European Perspective: A comparative Analysis*, Policy Press.
- Barbabella F., Poli A., Chiatti C., Pelliccia L., Pesaresi F. (2017), *La bussola di NNA: lo stato dell'arte basato sui dati*, in NNA, a cura di, *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia – 6° Rapporto 2017/2018 Il tempo delle risposte*, Maggioli.
- Bergamaschi M., a cura di (2018), *Pratiche di innovazione e valutazione nel servizio sociale. Una ricerca sul Sistema di servizi a sostegno della domiciliarità a Bologna*. FrancoAngeli.
- Betti L., Bodini C., Galera G., Pisani G. (2022), *Prossimità e salute: un quadro introduttivo*, in *Euricse Working Paper Series*, 119.
- Bifulco L. (2016), *Citizenship and Governance at a Time of Territorialization: The Italian Local Welfare between Innovation and Fragmentation*, in *European Urban and Regional Studies*, 23(4), pp. 628-644.
- Bifulco L. (2015), *Il welfare locale. Processi e prospettive*, Carocci.
- Bifulco L., Neri S., Polizzi E. (2022), *Sanità. Diritti frammentati, aziendalizzazione e declino del territorio*, in J. Dagnes, A. Salento, a cura di, *Prima i fondamentali: L'economia della vita quotidiana tra profitto e benessere*, Fondazione G. Feltrinelli.
- Bifulco L., Bricocoli M., Monteleone R. (2008), *Welfare locale e innovazioni istituzionali*, in *La rivista delle politiche sociali*, 3, pp. 367-385.
- Bifulco L., Centemeri L. (2007), *La partecipazione nei Piani sociali di zona: geometrie variabili di governance locale*, in *Stato e mercato*, 2, pp. 221-244.
- Borioni P. (2017), *Limiti e contraddizioni del New Public Management: una ricerca di Hood e Dixon*, in *Economia & Lavoro*, 2, pp. 65-70.
- Busso S., Dagnes J. (2020), *The Non-profit Paradox After the 2008 Financial Crisis: How to Survive within a changing scenario*, in F. Barbera, I. Jones (edited by) *The Foundational Economy and Citizenship: Comparative Perspectives on Civil Repair*, Policy Press Scholarship Online.

- Busso S., Lanunziata S. (2016), *Il valore del lavoro sociale. Meccanismi estrattivi e rappresentazioni del non profit*, in *Sociologia del Lavoro*, 142, 2016, pp. 62-79.
- Caselli D., Giullari B., Whitfield D. (2019), *A Job Like Any Other? Working in the Social Sector between Transformations of Work and the Crisis of Welfare*, in *Sociologia del Lavoro*, 155, 2019, pp. 33-53.
- Centemeri L., De Leonardis O., Monteleone R. (2006), *Amministrazioni pubbliche e Terzo Settore nel welfare locale. La territorializzazione delle politiche sociali tra delega e cos gestione*, in *Studi organizzativi*, 1, 2006, pp. 1-25.
- Colombo D., Gargiulo E. (2016), *Participation and Privatisation in Neoliberal Policies: The Case of Italian 'Piani di Zona'*, in *Partecipazione & Conflitto*, 9, 2, 2016.
- Colombo D., Gargiulo E. (2013), *Tra partecipazione e privatizzazione: i discorsi della programmazione sociale in quattro grandi città italiane*, in *Sociologia e Ricerca Sociale*, 101, 2, 2013, pp. 111-132.
- Compagnoni V., *Modelli di concorrenza e riforme sanitarie*, in *Economia Pubblica*, 5, 2005.
- Costa G., *L'Italia del patchwork: le politiche regionali per gli anziani*, in Y. Kazepov E. Barberis, a cura di, *Il welfare frammentato. Le articolazioni regionali delle politiche sociali italiane*, Carocci, pp. 113-134.
- Da Roit B., *Quarant'anni di politiche di Long-Term Care in Italia e in Europa*, in *Autonomie locali e servizi sociali*, 40, 2017.
- Da Roit B., *Traiettorie delle politiche di long-term care in Europa: protezione, familizzazione e lavoro di cura*, in *Salute e Società*, 3, 2020, pp. 32-48.
- Da Roit B., Ranci C., *La riforma del Long-term care e il PNRR*, in *welforum.it: Osservatorio nazionale sulle politiche sociali*, 2021, Testo disponibile al sito: <https://www.welforum.it/il-punto/verso-un-welfare-piu-forte-ma-davvero-coeso-e-comunitario/la-riforma-del-long-term-care-e-il-pnrr/> (05/09/2023).
- Dagnes J., Salento A., *Prima i fondamentali. L'economia della vita quotidiana tra profitto e benessere*, Fondazione Giangiacomo Feltrinelli, 2022.
- De Ambrogio U., Guidetti C., *"La coprogettazione". La partnership tra pubblico e terzo settore*, Carocci, 2016.
- De Leonardis O., Monteleone R., *Dai luoghi di cura alla cura dei luoghi a Trieste e dintorni*, in R. Monteleone, a cura di, *La contrattualizzazione nelle politiche sociali: forme ed effetti*, Officina, 2007.
- Dorato E., Bernardini M.G., *Il diritto alla città della cura. La condizione anziana in tempi di pandemia*, in *Contesti. Città, Territori, Progetti*, (2), 2021, pp 131-148.
- Farris S.R., Marchetti S., *From the Commodification to the Corporatization of Care: European Perspectives and Debates, Social Politics*, in *International Studies in Gender, State & Society*, 24, 2, 2017, pp. 109-131.
- Fazzi L., *Coprogettare e coprogrammare: i vecchi dilemmi di una nuova stagione del welfare locale*, in *Impresa Sociale*, 3, 2021, p. 30-38.
- Fazzi L., *L'evoluzione dei rapporti tra enti pubblici e non profit nel settore dell'assistenza in Italia: nodi e prospettive*, in *Economia Pubblica*, 5-6, 2008, pp. 77-103.

- Ferlie E., Ashburner L., Fitzgerald L., Pettigrew A., *The New Public Management in Action*, Oxford University Press, 1996.
- Ferrera M., *The Southern Model of Welfare in Social Europe*, in *Journal of European Social Policy*, 6, 1, 1996, pp. 17-37.
- Hood C., Dixon R., *What We Have to Show for 30 Years of New Public Management: Higher Costs, More Complaints*, in *Governance: An International Journal of Policy, Administration, and Institutions*, 28, 3, 2015, pp. 265-267.
- Italia Longeva, *Trend di fragilità e long-term care in Italia: Indagine 2023*, testo disponibile al sito: <https://www.italialongeva.it/wp-content/uploads/2023/07/Indagine-Italia-Longeva-2023.pdf>.
- Kazepov Y., Barberis E., *Il Welfare frammentato: Le articolazioni regionali delle politiche sociali italiane*, Carocci, Roma, 2013.
- Kofman E., Raghuram P., *The implications of migration for gender and care regimes in the South*, in *Social Policy and Development Programme Paper*, United Nations, 2009.
- Krieger N., *Epidemiology and the People's Health: Theory and Context*, Oxford University Press, 2011.
- Lapuente V., Van de Walle S., *The effects of new public management on the quality of public services*, in *Governance: An International Journal of Policy, Administration, and Institutions*, 33, 3, 2020, pp. 461-475.
- Le Bihan B., De Roit B., Sopadzhyan A., *The turn to optional familialism through the market: Long-term care, cash-for-care, and caregiving policies in Europe*, in *Social & Policy Administration: An International Journal of Policy and Research*, 53, 4, 2019, pp. 579-595.
- Lucianetti L.F., Saruis T., *I servizi per gli anziani non autosufficienti: caratteristiche dell'offerta e sistema di governance* in Y. Kazepov, E. Barberis, a cura di, *Il welfare frammentato. Le articolazioni regionali delle politiche sociali italiane*, Carocci, pp. 135-160.
- Madama, I., *Innovazione sociale e politiche di LTC: una concettualizzazione place-based a partire dal caso italiano*, in *InnovaCAre. Enhancing Innovation in Elderly Care*, 55, 2020, pp. 47-66.
- Marmot M.G., Wilkinson R., edited by, *Social determinants of health*, Oxford University Press, 2005.
- Marocchi G., *La prossimità farà evolvere il nostro welfare?*, in *Welfare oggi*, 5, 2017, pp. 7-12.
- Moini G., *New Public management e neoliberalismo. Un intreccio storico*, in *Economia & Lavoro*, 2, 2017, pp. 71-80.
- Network Non Autosufficienza, *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 7° Rapporto. 2020/2021. Punto di non ritorno*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna, 2021, testo disponibile al sito: https://www.luoghicura.it/wp-content/uploads/2020/12/NNA_2020_7%C2%B0_Rapporto.pdf (05/09/2022).
- Noli M., *I Servizi domiciliari*, in Network Non Autosufficienza, *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, 7° Rapporto. 2020/2021. Punto di non ritorno*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna, 2021, testo disponibile al sito: https://www.luoghicura.it/wp-content/uploads/2020/12/NNA_2020_7%C2%B0_Rapporto.pdf, (05/09/2022).

- Organizzazione Mondiale della Sanità, *Closing the Gap in a Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health*, Commission on Social Determinants of Health Final Report, OMS 2008. Testo disponibile al sito: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/9789241563703_eng.pdf (05/09/2023).
- Organizzazione Mondiale della Sanità, *Constitution of the World Health Organization*, OMS 1948. Testo disponibile al sito: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf> (05/09/2023).
- Organizzazione Mondiale della Sanità, *Declaration of Alma Ata. International Conference on Primary Health Care*, Alma-Ata, URSS, September 6-12, 1978, OMS. Testo disponibile al sito: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/almaata-declaration-en.pdf?sfvrsn=7b3c2167_2 (05/09/2023).
- Organizzazione Mondiale della Sanità, *Building the economic case for primary health care: a scoping review*, OMS 2018. Testo disponibile al sito: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.48> (05/09/2023).
- Pasquinelli, S., Rusimini G., *Il lavoro di cura in Lombardia*, in *Economia & Lavoro*, 3, 2016, pp. 97-114.
- Pavolini E., *Welfare all'emiliana (la famiglia e i servizi)*, in *il Mulino*, 1, 2015. pp. 124-130.
- Pelliccia L., *Alcuni profili di assistenza nelle Regioni*, in NNA, a cura di, *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia – 6° Rapporto 2017/2018 Il tempo delle risposte*, Maggioli, 2017.
- Pierucci P., Serio M., *La valutazione dei Servizi di assistenza domiciliare anziani. Una valutazione comparativa*, in *Rassegna Italiana di Valutazione*, 37, 2007.
- Piperno F., *Dalla catena della cura al welfare globale: l'impatto delle migrazioni sui regimi di cura nei contesti di origine e le nuove sfide per una politica di sviluppo sociale*, in *Mondi migranti: rivista di studi e ricerche sulle migrazioni internazionali*, 3, 2010, pp. 47-61.
- Polizzi E., Tajani C., Vitale T., a cura di, *Programmare i territori del welfare*, Carrocci, 2013.
- Regione Emilia Romagna, Utilizzo del FRNA e Fondi Nazionali per la non autosufficienza 2020, RER 2021, testo disponibile al sito: <https://sociale.regione.emilia-romagna.it/disabili/temi/assistenza/fondo-regionale-per-la-non-autosufficienza> (05/09/2023)
- Regione Emilia-Romagna, Piano Sociale Sanitario della Regione Emilia-Romagna 2017/2019, RER 2019a, testo disponibile al sito: <https://salute.regione.emilia-romagna.it/ssr/organizzazione/piano-sociale-e-sanitario> (05/09/2023)
- Regione Emilia-Romagna, Rapporto Sociale Anziani ER, RER 2019b, testo disponibile al sito: https://sociale.regione.emilia-romagna.it/anziani/par/materiali-delle-conferenze/bilancio-sociale-par_anziani_2019_web.pdf (05/09/2023)
- Saraceno C., *Social inequalities in facing old-age dependency: a bi-generational perspective*, in *Journal of European Social Policy*, 20, 1, 2010, pp. 32-44.

- Saraceno C., *Varieties of familialism: Comparing four southern European and East Asian welfare regimes*, in *Journal of European Social Policy*, 26, 4, 2016, pp. 314-326.
- Saraceno C., Keck W., *Can we identify intergenerational policy regimes in Europe?*, in *European Societies*, 12, 5, 2010, pp. 675-696.
- Simonazzi A., *Care regimes and national employment models*, in *Cambridge Journal of Economics*, vol. 33, Is. 2, 2009, pp. 211-232.
- Terenziani D., *L'accreditamento in Emilia Romagna: un percorso di rinnovamento del welfare*, in *Autonomie locali e servizi sociali*, 1, 2010.
- Whitehead M., *The concepts and principles of equity and health*, in *International Journal of Health Service*, 22, 3, 1992, pp. 429-445.

IL BENESSERE DEGLI ANZIANI IN UN'OTTICA MULTIDIMENSIONALE: FRAGILITÀ E GENERE

*Valeria Raparelli, Maria Leonardo, Pier Federico Scaroni, Dario Falcone,
Andrea Grandieri, Giulia Barrile, Lisa Marzano, Caterina Trevisan*

SOMMARIO: 1. Invecchiamento, sesso e genere. - 2. Epidemiologia dell'invecchiamento. - 3. Longevità e disabilità. - 4. Accudimento degli anziani e diritto all'abitare. - 5. Il Progetto ADA - Anziani e Diritto all'Abitare: studio interdisciplinare sulle condizioni volte a promuovere l'*healthy & active aging*. - 6. Conclusioni.

1. Invecchiamento, sesso e genere

L'invecchiamento è un fenomeno di tipo multifattoriale che consiste nel progressivo deterioramento morfo-funzionale di cellule, organi e apparati e da un crescente accumulo di morbidità proporzionale all'avanzamento dell'età e alla progressiva alterazione dei processi di omeostasi. Esso è uno dei fenomeni più significativi nel nostro secolo per l'impatto mondiale che ne deriva. Infatti, l'invecchiamento è dovuto sia alla diminuzione della mortalità degli anziani che alla riduzione della natalità e della diffusione delle malattie infettive, e questi cambiamenti influenzano la struttura delle popolazioni con conseguenze sia a livello individuale che socioeconomico. Tale processo è, inoltre, influenzato da fattori sesso- e genere-specifici; infatti, sia caratteristiche biologiche che aspetti psico-socioculturali (ovvero, l'identità percepita, le norme sociali, i ruoli e le relazioni che donne e uomini ricoprono nel loro contesto sociale) sono cruciali determinanti dello stato di salute e di malattia delle persone in tutte le fasi della vita come anche dichiarato nel 2009 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

In tale contesto è importante sottolineare come i termini sesso e genere in ambito sanitario vengano spesso utilizzati come sinonimi quando di fatto non lo sono. Il sesso di un individuo è definito da "un insieme di caratteristiche biologiche con le quali una persona nasce, per esempio i

cromosomi sessuali (XY per i maschi e XX per le femmine), le gonadi (testicoli per i maschi e ovaie per le femmine), i genitali esterni, gli ormoni sessuali. Una persona può nascere con caratteristiche sessuali maschili, femminili o più raramente intersessuali (condizioni intersessuali)”¹.

Il genere rappresenta, invece, un costrutto sociale, caratterizzato da aspetti comportamentali, culturali, ambientali e socioeconomici. Come riportato nel recente documento dell’Osservatorio Nazionale sulla Medicina di Genere dell’Istituto Superiore di Sanità il termine genere “si riferisce alle caratteristiche, definite socialmente, che distinguono il maschile dal femminile, vale a dire norme, ruoli e relazioni tra individui definiti come uomini e donne. Come costrutto sociale il genere varia da società a società e può cambiare nel tempo”. Sebbene in ambito sanitario si faccia spesso riferimento ad un concetto binario di genere, in realtà le caratteristiche degli individui esistono su un *continuum*. Pertanto, considerare il genere unicamente nelle due forme maschile e femminile può risultare riduttivo, dato che non spiega tutta l’ampiezza e la varietà delle persone.

In una visione multidimensionale del genere, per un’implementazione della sua integrazione in ambito di ricerca clinica, il genere può essere ricondotto a quattro diverse dimensioni, ognuna delle quali può essere espressa da caratteristiche (variabili). La valutazione di tali caratteristiche negli studi clinici rappresenta un primo passo al fine di agevolare una miglior comprensione e consentire lo studio degli effetti del genere sugli esiti clinici delle persone, arruolate in progetti di ricerca². Una variabile di genere (genere-relata) può infatti essere definita come una “caratteristica non biologica che differisce in termini di prevalenza, grandezza ed impatto nelle persone di generi, maschile, femminile e generi non binari”. Nella valutazione di una domanda di ricerca clinica, ricercatori e ricercatrici dovrebbero interrogarsi sulla possibilità di un effetto del sesso biologico o dei vari aspetti di genere che possono essere declinati come segue³.

1. Istituto Superiore di Sanità, Osservatorio Nazionale della Medicina di Genere “Glossario della Medicina di Genere” disponibile al sito: <https://www.epicentro.iss.it/medicina-di-genere/pdf/Glossario%20di%20Medicina%20di%20Genere.pdf> (Ultima consultazione maggio 2023).

2. Johnson J.L., Greaves L., Repta R., «*Better Science with Sex and Gender: Facilitating the Use of a Sex and Gender-based Analysis in Health Research*». *Int. J. Equity Health*, vol. 8, May 2009, p. 14, doi: 10.1186/1475-9276-8-14.

3. Canadian Institute of Health and Research, Government of Canada, Pilote L., Raparelli V., Norris C.M., *Meet the Methods Series: Methods for Prospectively and Retrospectively Incorporating Gender-related Variables in Clinical Research – CIH*», July 28, 2021, testo disponibile al sito: <https://cihr-irsc.gc.ca/e/52608.html> (Ultima consultazione 22 aprile 2023).

L' *identità di genere* è il modo in cui un individuo si autoidentifica, compreso il modo in cui si comporta ed esprime il proprio genere e come viene percepito da altre persone. Alcune delle variabili genere-correlate per identificare questa dimensione sono: i tratti della personalità, il livello di stress, l'ansia e la depressione, l'identità di genere dichiarata (ovvero donna, uomo, non-binario).

Le *relazioni di genere* sono il modo in cui un individuo interagisce ed è trattato dagli altri in base all'identità di genere percepita e/o espressa. Alcune delle variabili genere-relate per valutare questo dominio sono: lo stato civile o di relazione, il supporto sociale, la famiglia o la rete locale, l'aver vissuto violenze di genere, l'esperienza con gli operatori sanitari (ad esempio l'uso di un linguaggio di genere inclusivo).

Il *ruolo di genere* è descritto dalle norme comportamentali sociali ed aspettative della società nei confronti di maschi e femmine, le quali condizionano le loro azioni quotidiane, aspettative ed esperienze (es.: situazione lavorativa, essere la principale fonte di reddito all'interno del proprio nucleo familiare, responsabilità nell'assistenza, responsabilità nelle faccende domestiche, etc.).

Infine, il *genere istituzionalizzato* è il modo in cui il potere, le risorse e le opportunità sono distribuiti in campo politico, educativo, religioso, medico, culturale e sociale in base al proprio genere (ad esempio, guadagno personale, divario salariale, livello d'istruzione, valore e qualità del lavoro, diritto alla pensione, posizione sociale).

Chiarire le definizioni di sesso e genere nel contesto clinico-sanitario è importante per comprendere come il loro effetto possa essere studiato come modulatore dello stato di salute e dello sviluppo/andamento delle malattie. Quindi, risulta fondamentale utilizzare un approccio basato sulla *medicina di genere*, cioè su una medicina che prenda in considerazione le differenze legate a sesso (biologico) e genere (socio-culturale), anche nello studio del processo di invecchiamento, in particolare nell'identificazione dei determinanti del cosiddetto *healthy ageing* e dell'invecchiamento attivo e sano.

2. Epidemiologia dell'invecchiamento

Nell'ultimo secolo si è assistito a grandi cambiamenti nel numero e nelle caratteristiche della popolazione anziana a livello mondiale. I principali fattori responsabili di tale processo sono due. Il primo è *l'allungamento della speranza di vita media*, e questo dipende dal miglioramento

della sopravvivenza sia delle persone in giovane età che di quelle in età più avanzata. Tuttavia, ciò varia in base al tipo di paese che consideriamo; infatti, nei paesi a più basso reddito il fattore determinante è la maggiore sopravvivenza in età infantile, mentre, nei contesti a più alto reddito, dopo una prima fase di riduzione della mortalità infantile e giovanile, oggi ha assunto un peso maggiore l'aumento della sopravvivenza in età avanzata. In particolare, un aumento più marcato della speranza di vita è stato osservato nei paesi ad alto reddito.

Il secondo fattore che incide sull'invecchiamento è *la riduzione del tasso di fecondità* che è anche, in parte, la conseguenza di una modificazione del ruolo femminile nella società. Questo declino si sta evidenziando a livello globale, anche se risulta essere meno marcato nel continente africano.

In questo contesto, studi nell'ambito dell'*epidemiologia dell'invecchiamento* sono quindi essenziali al fine di comprendere i fattori relativi sia allo stato di salute che a quello funzionale che influenzano il fenomeno dell'invecchiamento. Inquadriamo innanzitutto l'evoluzione della quota di anziani nella popolazione considerando *l'indice di vecchiaia* che misura il rapporto tra la popolazione di 65 anni e oltre e quella con meno di 15 anni. A livello europeo, l'Italia presenta un indice di vecchiaia pari a 182.6%, cui segue il Portogallo (167%). L'Austria, invece, è il paese col minor numero di anziani per 100 giovani (62.3%)⁴. Un altro indice demografico utile per analizzare il fenomeno dell'invecchiamento è *l'età mediana*, cioè l'età che divide una popolazione in due gruppi numericamente uguali, e possiamo osservare come essa risulti in progressivo aumento nelle ultime decadi nella popolazione europea (44.4 anni il 1° gennaio 2022) e pari a 48 anni in Italia (al 1° gennaio 2022)⁵. Si può dunque affermare che, nel contesto europeo, l'Italia sia il paese più vecchio e si prevede che l'indice di vecchiaia nel nostro paese continuerà ad aumentare anche nei prossimi decenni, raggiungendo quota 293 nel 2042.

Osservando la situazione a livello regionale, è il centro Italia ad avere la popolazione più anziana (indice di vecchiaia uguale a 198.4%) contrapponendosi al Sud (indice di vecchiaia pari a 170.3%). Nello specifico, in Emilia-Romagna l'indice di vecchiaia al 1° gennaio 2022 è pari a 193.7%, in aumento rispetto all'anno precedente (189.7%) e tra le città della regio-

4. Istat, *Una popolazione che invecchia*, testo disponibile al sito: [https://www.istat.it/demografiadelleuropa/bloc-1c.html#:~:text=Tra%20gli%20Stati%20membri%20dell,e%20Malta%20\(entrambi%2040\)](https://www.istat.it/demografiadelleuropa/bloc-1c.html#:~:text=Tra%20gli%20Stati%20membri%20dell,e%20Malta%20(entrambi%2040)) (Ultima consultazione maggio 2023).

5. Istat, *Popolazione e famiglia*, p 7-8. 2022, testo disponibile al sito: <https://www.istat.it/storage/ASI/2022/capitoli/C03.pdf> (Ultima consultazione maggio 2023).

ne emiliana, quella con il più alto indice risulta essere Ferrara (269.1%)⁶. Considerando il rapporto maschi/femmine, in Italia le donne rappresentano il 58% della popolazione di ultrasessantacinquenni ed il 70% degli ultra-ottantacinquenni e in media vivono circa 6-8 anni più degli uomini. La speranza di vita delle donne è pari a 84.6 anni (rispetto al 79,1 degli uomini), ma esse invecchiano con un maggior tasso di disabilità⁷.

Fig. 1 – Piramidi dell'età riferite al 1960, 2020 e 2050 in Italia⁸



6. Eurostat – *Regional Demographic Statistics*, testo disponibile al sito: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/regions/data/database> (Ultima consultazione maggio 2023).

7. Quaderni del ministero della salute. *Il genere come determinante di salute – Lo sviluppo della medicina di genere per garantire equità e appropriatezza della cura*, testo disponibile al sito: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2490_allegato.pdf (Ultima consultazione maggio 2023).

8. Piramide della popolazione Mondiale dal 1950 al 2100. Tabelle consultabili al sito <https://www.populationpyramid.net/it/italia/2021/> (Ultima consultazione giugno 2023).

Al fine di comprendere al meglio le suddette variazioni demografiche nel nostro paese, utile è fare riferimento alla *piramide dell'età*. Essa negli anni '60 era indicativa di una crescita demografica, e aveva in effetti la forma di una piramide (la base larga rappresentava l'alto numero di persone giovani). Oggi, invece, la forma del grafico, data da una base più ristretta in confronto alla parte centrale ed un vertice più espanso rispetto al passato, indica una maggiore prevalenza di persone appartenenti alle classi di età intermedie. Più si andrà avanti negli anni, più la situazione cambierà; infatti, si stima che nel 2050, a causa soprattutto della diminuzione della popolazione giovane e dell'elevato numero di persone anziane, la nostra piramide dell'età raggiungerà una cosiddetta forma "a goccia" (Figura 1).

3. Longevità e disabilità

A differenza di altri cambiamenti della società, la tendenza demografica all'invecchiamento è in buona parte prevedibile, per cui risulta essenziale attuare dei piani per affrontarla al meglio. Infatti, se da un lato l'aumento della longevità rappresenta indubbiamente una conquista, dall'altro non sembra decorrere in parallelo all'aumento degli anni liberi da disabilità. Dai dati ISTAT emerge che attualmente in Italia 3 milioni di persone vivono in condizione di grave disabilità, e tra queste quasi la metà ha un'età superiore a 75 anni⁹.

In ambito medico, per disabilità si intende l'incapacità o l'impossibilità di svolgere un'attività e/o di interagire con il mondo circostante a causa di una limitazione di tipo fisico e/o cognitivo¹⁰. La disabilità nell'anziano non è in genere la conseguenza di una singola patologia, ma di una serie di eventi, deficit e condizioni croniche (ma non fatali) che si accumulano progressivamente. Diversi sono i fattori di rischio di disabilità, ed essi comprendono sia *fattori predisponenti* come, ad esempio, caratteristiche socio-demografiche, biologiche, psicologiche ed ambientali, che *fattori aggravanti* come ostacoli posti dalla società o effetti avversi degli interventi attuati. Per semplificare e misurare il grado di disabilità nell'ambito clinico, si utilizzano sia delle *scale* (*Basic Activities of Daily Living* [BADL] e

9. ISTAT, *La disabilità in cifre*, testo disponibile al sito: <https://disabilitaincifre.istat.it/> (Ultima consultazione maggio 2023).

10. Centers for Disease Control and Prevention. *Disability and Health Overview – Impairments, Activity Limitations, and Participation Restrictions*, testo disponibile al sito: <https://www.cdc.gov/ncbddd/disabilityandhealth/disability.html> (Ultima consultazione giugno 2023).

Instrumental Activities of Daily Living [IADL]) che degli strumenti di valutazione della *performance fisica* (come *Short Physical Performance Battery* o il *Physical Performance Test*), che risultano essere inclusi nella valutazione multidimensionale geriatrica. La disabilità può essere, inoltre, vista come un processo dinamico in quanto presenta un'estrema variabilità sia nella presentazione che nel decorso, potendo essere di tipo *catastrofico* (ad insorgenza improvvisa) e di tipo *progressivo* (lento declino funzionale)¹¹.

La crescente prevalenza di disabilità, il suo importante impatto sulla qualità di vita dell'individuo e la necessità di supporto assistenziale hanno portato a rivedere il concetto di salute nell'anziano, in linea con la definizione di salute della OMS. Come precedentemente accennato, nell'inquadramento dell'invecchiamento sano o attivo, il focus si è dunque spostato dalla presenza/assenza di malattia al mantenimento del benessere psicofisico e relazionale, nonostante la presenza di patologie. Uno degli indicatori più usati per misurare tale benessere è *l'aspettativa di vita libera da disabilità*, che combina informazioni su mortalità e disabilità quantificando quanti degli anni vissuti siano realmente vissuti senza limitazioni nelle attività quotidiane¹².

Osservando i dati ISTAT, possiamo notare un aspetto interessante relativo a longevità e disabilità. Come precedentemente accennato, in Italia le donne in media vivono 6-8 anni più degli uomini, ma convivono con un grado di disabilità maggiore. Questo fenomeno è noto come *paradosso donna*. Alla base del paradosso ci sono varie cause, ancora non del tutto chiarite. Si pensa infatti che nella maggiore longevità intervengano alcuni fattori biologici intrinseci del sesso femminile, come l'effetto degli estrogeni e di un sistema immunitario più efficace, e fattori dipendenti dall'ambiente circostante e dallo stile di vita condotto.

Tuttavia, non solo gli stessi fattori sembrerebbero determinare le condizioni di vita peggiori nelle donne, ma anche la pratica medica che ha sempre considerato l'uomo come paradigma scientifico di riferimento; infatti, sappiamo ancora poco rispetto alla cura e alla prevenzione delle malattie specificamente nel sesso femminile. Basti pensare ad esempio alle malattie cardio e cerebrovascolari, la cui mortalità negli ultimi 40 anni è diminuita fortemente nell'uomo ed in modo poco significativo nelle donne, nelle quali ad esempio l'infarto può presentare sintomi differenti rispetto ai soggetti di sesso maschile. Molte differenze di sesso sono state descritte

11. Gill T.M., *Assessment of Function and Disability in Longitudinal Studies*, in *Journal of American Geriatric Society*, 2010, 58(Suppl2): S308-12.

12. World Health Organization, *World Health Day 2012 – Ageing and Health – Toolkit for Event Organizers*.

anche in campo oncologico, dove la presenza delle donne nei trial clinici sembrerebbe essere ancora bassa. Un ultimo esempio riguarda le demenze, che presentano un'epidemiologia significativa nel sesso femminile. Tali differenze emergono nelle sintomatologie di esordio, nel decorso della malattia e nella risposta al trattamento farmacologico. Per non parlare del ruolo di caregiver del paziente affetto da demenza che spesso si identifica in soggetti di sesso femminile in base a costrutti sociali e culturali.

Quindi, in considerazione del grande impatto dell'invecchiamento e della conseguente disabilità sullo sviluppo economico, sanitario e lavorativo, è fondamentale intervenire non solo programmando opportuni interventi di politica sanitaria che investano la ricerca e l'assistenza degli anziani, ma anche indirizzando la ricerca verso approcci più inclusivi che tengano conto sia delle differenze socioculturali che di genere mediante un approccio interdisciplinare¹³.

4. Accudimento degli anziani e diritto all'abitare

I profondi cambiamenti nell'aspettativa di vita influiscono anche sulle strutture familiari e quindi sulle possibilità di accudimento della persona anziana. Come abbiamo detto precedentemente, l'invecchiamento delle famiglie è legato sia all'allungamento della vita media che alla riduzione delle nascite e ciò porterà quindi ad una maggiore permanenza in vita delle generazioni più vecchie e alla minore rappresentazione delle fasce di età più giovani. Possiamo quindi intuire come la struttura familiare da orizzontale, stia diventando verticale, con un conseguente inadeguato ricambio generazionale.

Anche in termini di genere, osserviamo l'importante influenza del ruolo della donna nella società su questo fenomeno. Infatti, se fino a qualche tempo fa le donne rappresentavano le principali caregiver degli anziani presenti in famiglia, oggi esse, avendo un livello di istruzione più alto e avendo una vita attiva nell'ambito lavorativo, non riescono più a prendersene carico in modo esclusivo.

Stiamo assistendo quindi ad una crisi del sistema di solidarietà e di cura familiare. La famiglia italiana continua attualmente a svolgere un ruolo centrale nell'accudimento dei propri familiari anziani, ma i profondi cambiamenti demografici andranno ad influire anche su questo. Infatti, la riduzione del rapporto figli-genitori condurrà inesorabilmente ad un

13. Baggio G., Basili S., Lenzi A. (2014), *Medicina di genere. Una nuova sfida per la formazione del medico*, n. 62, pp. 2778-2782.

aumento della richiesta di aiuto esterno, sia in termini di assistenza domestica che di necessità di istituzionalizzazione¹⁴.

Stiamo andando incontro ad uno scenario in cui vi sarà un crescente numero di anziani bisognosi di cura a fronte di un decrescente numero di caregiver familiari di cui, soprattutto, donne. Ciò comporta una grave minaccia a quello che è il *diritto all'abitare*, inteso come diritto a vivere in un contesto significativo per la persona che comprende la casa e l'intero habitat che la circonda. Sono poi altre le criticità che vanno tenute in considerazione oltre al mutato ruolo della famiglia e al cambiamento demografico, cioè la qualità e la quantità dei servizi, le disuguaglianze di reddito, gli standard urbanistici e le condizioni abitative. Basti pensare che, un modello di assistenza basato sulla domiciliarità con assistenza extra-familiare (es. caregiver formali o assistenza infermieristica) richiede un certo impegno economico¹⁵. Tuttavia, secondo i dati ISTAT, nel 2021 poco più di 1.9 milioni di famiglie e circa 5.6 milioni di individui singoli erano in condizione di povertà assoluta¹⁶.

Inoltre, non pochi sono i problemi di efficienza, sia sul piano qualitativo che quantitativo, dei servizi domiciliari, di cui i due principali su cui si fonda la *Long Term Care* sono Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD). Da un'indagine condotta da Italia Longeva (Rete Nazionale di Ricerca sull'invecchiamento e la Longevità Attiva) nel 2021 è emerso che il numero degli anziani riceventi ADI ha subito nel tempo un progressivo ma graduale incremento. A partire dal 2014, infatti, si registra un trend in ascesa con una battuta d'arresto nel 2020, anno della pandemia. In termini relativi, nel 2019 gli assistiti in ADI rappresentavano il 2.83% degli over 65 e il 4.68% degli over 75. Nel 2020, invece, vi è un numero totale di anziani over 65 riceventi cure domiciliari pari a circa il 2.81% di cui 4.62% over 75. L'offerta di cure domiciliari ha quindi subito una progressiva crescita dei volumi di attività durante il corso del tempo. Tuttavia, si è osservato come in Italia vi sia una certa difformità nella distribuzione di tale offerta. Le regioni che nel 2021 hanno riportato un più alto tasso di anziani assistiti in ADI sono l'Abruzzo (4.71% degli over 65 e 7.72% degli over 75), il Veneto (4.34% e 7.12%),

14. World Health Organization. *Gender and Health*, testo disponibile al sito: https://www.who.int/health-topics/gender#tab=tab_1 (Ultima consultazione maggio 2023).

15. AEA, *Il diritto di invecchiare a casa propria*, 2018, testo disponibile al sito: https://www.abitareanziani.it/wp-content/uploads/2018/07/AeA_Magazine_02-2018.pdf (Ultima consultazione maggio 2023).

16. ISTAT Report, *Le statistiche dell'ISTAT sulla povertà 2021*, testo disponibile al sito: https://www.istat.it/it/files/2022/06/Report_Povert%C3%A0_2021_14-06.pdf (Ultima consultazione maggio 2023).

la Basilicata (3.92% e 6.63%), le Marche (3.72% e 5.96%) e l'Emilia-Romagna (3.72% e 6.08%)¹⁷.

Un'altra importante criticità è quella legata alla propria condizione abitativa, che non è sempre garanzia di qualità e sicurezza (mancanza di ascensore, di sistemi di riscaldamento e presenza di importanti barriere architettoniche). Infatti, secondo i dati ISTAT, si verificano circa 4 milioni di incidenti all'anno nelle abitazioni italiane, di cui 8 mila sono quelli mortali. Il fenomeno è connotato per sesso ed età; infatti, le categorie più coinvolte sono le persone over 65 e le donne.

Infine, un'altra questione critica riguarda la sempre maggiore concentrazione della vita più che nei piccoli centri rurali, nelle realtà urbane, dove tuttavia persistono non solo barriere architettoniche (mancanza di punti di ritrovo o di panchine) ma anche, spesso, scarsa efficienza dei servizi (come, ad esempio, il trasporto pubblico). Tutto ciò comporta, quindi, la necessità di agire in modo sistemico su un insieme di fattori determinanti la qualità della vita delle persone anziane.

5. Il Progetto ADA - Anziani e Diritto all'Abitare: studio interdisciplinare sulle condizioni volte a promuovere l'*healthy & active aging*

Dalle considerazioni sopra riportate, si evidenzia l'attuale lacuna di evidenze rispetto alle necessità, priorità e barriere degli anziani con particolare riferimento al diritto all'abitare. Nell'ambito del progetto ADA, questi aspetti sono stati esaminati attraverso un'indagine sulla popolazione anziana afferente ad ambulatori od ospedalizzata in Emilia-Romagna, in particolare nell'area di Ferrara.

Metodologia del lavoro. Lo studio osservazionale trasversale in modalità survey parte del progetto ADA ha coinvolto soggetti anziani (≥ 65 anni) afferenti ad ambulatori e/o ricoverati nelle U.O. di Geriatria ed Ortogeriatria e Medicina Interna Universitaria dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara. Nel processo di arruolamento non sono stati coinvolti pazienti con deficit cognitivi di grado moderato-severo o diagnosi di disturbo neurocognitivo maggiore che potessero influire sull'attendibilità delle risposte. Per i soggetti senza deficit cognitivi ma con ipovisione o difficoltà di autocompilazione, il questionario è stato somministrato dal caregiver o

17. Italia Longeva, Rete Nazionale di Ricerca sull'invecchiamento e la Longevità Attiva, indagine 2022, testo disponibile al sito: https://www.italialongeva.it/wp-content/uploads/2022/04/indagine-2022_italialongeva.pdf (Ultima consultazione giugno 2023).

dai medici coinvolti nel progetto. Il protocollo di studio è stato approvato dal Comitato Etico di Area Vasta Emilia Centro della Regione Emilia-Romagna (CE-AVEC) nella seduta del 15/11/2022 (codice 830/2022/Oss/AOUFe), e la raccolta dati è stata intrapresa a gennaio 2023.

Dopo aver raccolto il consenso a partecipare, ogni soggetto è stato invitato a compilare un questionario finalizzato ad identificare le priorità e necessità su cui agire per tutelare il diritto all'abitare dell'anziano.

Il questionario (Appendice 1) è stato creato *ad hoc* utilizzando le competenze specifiche di un gruppo di lavoro multidisciplinare con esperti in psicologia, medicina di genere, geriatria, architettura e urbanistica, e giurisprudenza, permettendo di esplorare domini biologici (sesso-specifici), psico-socio-culturali (genere-specifici e sociologici, stereotipi e discriminazione verso le persone anziane), funzionali (disabilità e fragilità), ambientali e strutturali (urbanistici, giuridici, architettonici). Le informazioni raccolte dall'indagine sono state le seguenti: dati sociodemografici ed occupazionali, condizioni abitative, aspetti di genere (i.e., variabili inerenti ai 4 domini che definiscono il genere: identità, ruolo, relazioni e genere istituzionalizzato), soddisfazione rispetto ai servizi offerti dal territorio che condizionano il diritto all'abitare, percezione di atteggiamenti ageisti, stato funzionale e di fragilità.

Rispetto agli aspetti statistici, le risposte dei partecipanti alle domande del questionario sono state espresse come numerosità e frequenze relative. Le caratteristiche del campione di tipo quantitativo sono state espresse con media e deviazione standard (DS). Il confronto di tali risposte per caratteristiche funzionali e sociodemografiche è stato effettuato mediante i test non parametrici di Kruskal-Wallis e di Mann-Whitney. Un valore $p < 0.05$ è stato considerato come statisticamente significativo.

Le variabili di genere sono state utilizzate per costruire un indice composito di genere, in cui valori più alti indicano caratteristiche che la società ascrive tradizionalmente alle donne mentre valori minori indicano caratteristiche attribuite agli uomini, seguendo la metodologia del GENE-SIS-PRAXY¹⁸. In particolare, le variabili utilizzate per la costruzione del gender score sono state: stato civile, stato di convivenza, scolarità, tipo di occupazione svolta, fascia di reddito, livello di guadagno rispetto al partner, avere ruolo prevalente nello svolgimento delle faccende domestiche, numero di ore dedicate alle faccende domestiche, ricevere aiuto nelle faccende domestiche, livello di stress, prestare assistenza a qualcuno all'interno del nucleo familiare, e avere qualcuno a cui dimostrare amore e affetto.

18. Pelletier R., Ditto B., Pilote L. (2015), *A Composite Measure of Gender and its Association with Risk Factors in Patients with Premature Acute Coronary Syndrome*, in *Psychosomatic Medicine*, 77, pp. 517-526.

Risultati dell'indagine: caratteristiche del campione. Il campione coinvolto (estrazione: 2 Maggio 2023) ha incluso 213 soggetti, di cui 120 (56.3%) di sesso femminile, con un'età media di 81.8 anni (DS 7.1, min-max 65-103 anni). Le caratteristiche sociodemografiche del campione totale e distinto per sesso sono riportate in *tabella 1*.

Tab. 1 – Caratteristiche sociodemografiche del campione

	<i>Totale</i>	<i>Maschi</i>	<i>Femmine</i>	<i>p</i>
N	213	93	120	
Età	81.8 (7.1)	82.9 (6.7)	81.0 (7.4)	0.057
Vive in ambiente urbano	145 (69.7)	61 (67.8)	84 (71.2)	0.706
Stato civile				<0.001
Coniugato/a - con partner	105 (49.3)	68 (73.1)	37 (30.8)	
Nubile/Celibe	7 (3.3)	0 (0.0)	7 (5.8)	
Separato/a - Divorziato/a	11 (5.2)	4 (4.3)	7 (5.8)	
Vedovo/a	90 (42.3)	21 (22.6)	69 (57.5)	
Licenza scolastica				0.028
Nessuna o elementare	107 (50.2)	37 (39.8)	70 (58.3)	
Media inferiori	41 (19.2)	24 (25.8)	17 (14.2)	
Media superiori	52 (24.4)	24 (25.8)	28 (23.3)	
Laurea o post-laurea	13 (6.1)	8 (8.6)	5 (4.2)	
Attuale occupazione				0.163
Disoccupato/a	3 (1.4)	0 (0.0)	3 (2.5)	
Occupato/a	1 (0.5)	1 (1.1)	0 (0.0)	
Pensionato/a	209 (98.1)	92 (98.9)	117 (97.5)	
Se pensionato, pregressa occupazione				<0.001
Casalingo/a	23 (10.8)	1 (1.1)	22 (18.3)	
Commerciante	16 (7.5)	4 (4.3)	12 (10.0)	
Imprenditore/imprenditrice	6 (2.8)	5 (5.4)	1 (0.8)	
Libero/a professionista	14 (6.6)	9 (9.7)	5 (4.2)	
Operaio/a	57 (26.8)	29 (31.2)	28 (23.3)	
Altro	95 (44.6)	44 (47.3)	51 (42.5)	
Dato mancante	2 (0.9)	1 (1.1)	1 (0.8)	
Convivenza				<0.001
Con altri familiari	30 (14.1)	11 (11.8)	19 (15.8)	
Con assistente (es. badante)	8 (3.8)	4 (4.3)	4 (3.3)	
Con partner	101 (47.4)	66 (71.0)	35 (29.2)	
Solo	74 (34.7)	12 (12.9)	62 (51.7)	
Fascia di reddito mensile				0.002
<1000 euro/mese	64 (30.0)	20 (21.5)	44 (36.7)	
1000-2000 euro	79 (37.1)	44 (47.3)	35 (29.2)	
>2000 euro	9 (4.2)	7 (7.5)	2 (1.7)	
Non vuole rispondere	61 (28.6)	22 (23.7)	39 (32.5)	

Dal punto di vista clinico e funzionale (*Tabella 2*), i partecipanti erano autosufficienti in media in 4 su 5 BADL, tra mangiare, lavarsi, vestirsi, recarsi alla toilette, ed alzarsi da letto o sedia. Le attività sulle quali si rilevavano maggiori difficoltà riguardavano l'igiene personale (lavarsi e vestirsi). Complessivamente, più di uno su tre anziani (37.6%) non era autosufficiente in almeno una BADL. La maggior parte dei rispondenti deambulava senza (62%) o con ausili (34.7%). Più della metà del campione (56.8%) conviveva con cinque o più patologie croniche, e il 66.7% assumeva cinque o più farmaci. Secondo la scala FRAIL, inoltre, nel 61.7% emergeva una condizione di fragilità. Complessivamente, oltre i due terzi del campione (76.8%) presentava disabilità (non autosufficienza in almeno una BADL) o fragilità.

Tab. 2 – Caratteristiche clinico-funzionali del campione

	<i>Totale</i>	<i>Maschi</i>	<i>Femmine</i>	<i>p</i>
N	213	93	120	
N. totale BADL conservate	4.0 (1.5)	4.1 (1.5)	3.9 (1.6)	0.464
Disabilità	80 (37.6)	33 (35.5)	47 (39.2)	0.683
Deambulazione			0.083	
Senza necessità di ausili	132 (62.0)	66 (71.0)	66 (55.0)	
Con bastone/deambulatore	74 (34.7)	25 (26.9)	49 (40.8)	
Si muove con carrozzina	5 (2.3)	2 (2.2)	3 (2.5)	
Non esce di casa, allettato/a	2 (0.9)	0 (0.0)	2 (1.7)	
Affaticabilità	128 (60.1)	51 (54.8)	77 (64.2)	0.216
Difficoltà nel salire una rampa di scale	130 (61.0)	66 (71.0)	64 (53.3)	0.013
Difficoltà nel percorrere 80 m	133 (62.4)	70 (75.3)	63 (52.5)	0.001
Peso corporeo (kg)	71.6 (14.8)	76.4 (13.8)	67.9 (14.5)	<0.001
Perdita di peso				0.138
No	95 (44.6)	40 (43.0)	55 (45.8)	
Si	78 (36.6)	40 (43.0)	38 (31.7)	
Non sa	40 (18.8)	13 (14.0)	27 (22.5)	
5+ condizioni croniche	121 (56.8)	55 (59.1)	66 (55.0)	0.642
Polifarmacoterapia	142 (66.7)	63 (67.7)	79 (65.8)	0.884
Fragilità	121 (61.7)	62 (69.7)	59 (55.1)	0.053

Abbreviazioni: BADL, basic activities of daily living.

Nella *tabella 3* è riportata la distribuzione delle variabili di genere degli intervistati. Come emerge, la maggior parte dei partecipanti con partner dichiaravano di essere le principali fonti di reddito. I partecipanti dichiaravano prevalentemente di non assistere a domicilio alcun familiare, di

possedere un buon supporto emotivo, e di percepire mediamente livelli intermedi di stress. Un terzo degli intervistati riferiva di essere responsabile della gestione domestica, in prevalenza donne e con un carico di lavoro domestico in termini di ore dedicate maggiore per le donne rispetto agli uomini. Non si riscontravano differenze sesso-specifiche significative tra reddito personale, ruolo di caregiver per componente del nucleo familiare, supporto emotivo e livello di stress percepito.

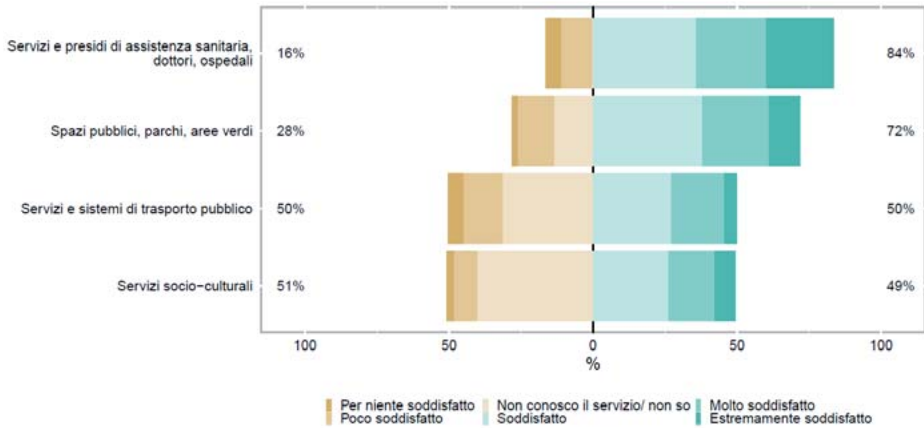
Rispetto all'indice composito di genere la percentuale di donne con caratteristiche maschili, neutre e femminili era 5.8%, 41.7% e 52.5%, rispettivamente; mentre per gli uomini 67.7%, 22.6% e 9.7%.

Tab. 3 – Distribuzione delle variabili di genere nel campione

	Totale	Maschi	Femmine	p
N	213	93	120	
Guadagna più del partner	156 (73.2)	74 (79.6)	82 (68.3)	0.093
Si occupa prevalentemente delle faccende domestiche	71 (33.3)	12 (12.9)	59 (49.2)	<0.001
N. ore dedicate a faccende domestiche	4.92 (7.37)	2.49 (5.30)	6.80 (8.19)	<0.001
Presta assistenza a qualcuno all'interno del nucleo familiare				0.493
No	186 (87.3)	84 (90.3)	102 (85.0)	
Non ho familiari	10 (4.7)	3 (3.2)	7 (5.8)	
Sì	17 (8.0)	6 (6.5)	11 (9.2)	
Quanto spesso ha avuto qualcuno a cui manifestare amore o affetto				0.598
Mai	5 (2.3)	2 (2.2)	3 (2.5)	
Una volta ogni tanto	8 (3.8)	2 (2.2)	6 (5.0)	
A volte	40 (18.8)	21 (22.6)	19 (15.8)	
La maggior parte delle volte	60 (28.2)	27 (29.0)	33 (27.5)	
Sempre	100 (46.9)	41 (44.1)	59 (49.2)	
Livello di stress (da 1 a 10)	5.62 (2.50)	5.39 (2.36)	5.80 (2.59)	0.232

Risultati dell'indagine: soddisfazione ed importanza percepita rispetto ai servizi del territorio. Come illustrato nella Figura 2, la maggior parte degli intervistati ha dichiarato di essere soddisfatto dei servizi sanitari (84%) e degli spazi pubblici, inclusi parchi ed aree verdi (72%). Il grado di soddisfazione si riduce per i servizi e sistemi di trasporto pubblico e i servizi socio-culturali offerti, arrivando a circa il 50%, con un aumento in parallelo della frequenza di persone che non sono a conoscenza del servizio in oggetto o non si esprimono a riguardo.

Fig. 2 – Grado di soddisfazione espresso dal campione rispetto ai servizi del territorio



Valutando possibili differenze nel grado di soddisfazione in base alle caratteristiche dei partecipanti, è emerso che soggetti con disabilità o fragilità erano più soddisfatti delle loro controparti senza disabilità e fragilità per quanto riguarda l’aspetto relativo ai trasporti (53% vs 40%, $p = 0.04$). Inoltre, le donne risultavano meno soddisfatte per tutti i servizi del territorio rispetto alla controparte maschile, in particolare per gli spazi verdi (36% vs 18%, $p < 0.001$).

Quando il grado di soddisfazione per i servizi territoriali veniva invece valutato sulla base delle caratteristiche genere-relate, indipendentemente dal sesso biologico degli intervistati, il grado di soddisfazione rispetto agli spazi pubblici, parchi ed aree verdi risultava scarso nei soggetti con caratteristiche di genere femminile e neutre rispetto a quelle maschili (36% vs 34% vs 14%, $p < 0.001$).

Rispetto al livello di importanza dei servizi offerti dal territorio (Figura 3), il campione intervistato ha dichiarato di ritenere importanti, molto o estremamente importanti tutti i servizi proposti, con livelli decrescenti dai servizi sanitari (99%), agli spazi pubblici e aree verdi (94%), servizi e sistemi di trasporto pubblico (89%), e servizi socioculturali (82%).

Analizzando la presenza di possibili differenze tra gruppi di soggetti, è emerso che persone con disabilità attribuivano maggiore importanza ai servizi sanitari ($p = 0.002$) e alle iniziative socioculturali ($p = 0.04$) rispetto a coloro che erano completamente autosufficienti. Inoltre, gli uomini risultavano dare maggior importanza ai servizi di trasporto (92% vs 86%) e ai servizi socioculturali (87% vs 78%) rispetto alla loro controparte femminile.

Fig. 3 – Livello di importanza dei servizi territoriali

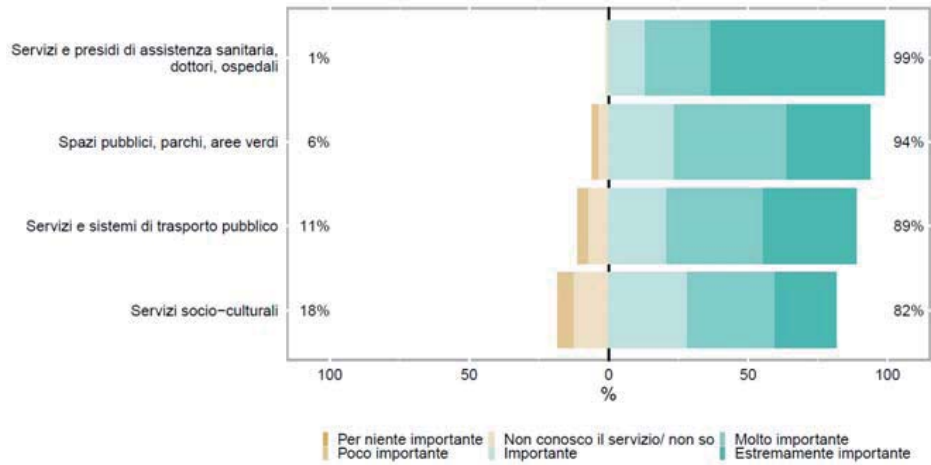
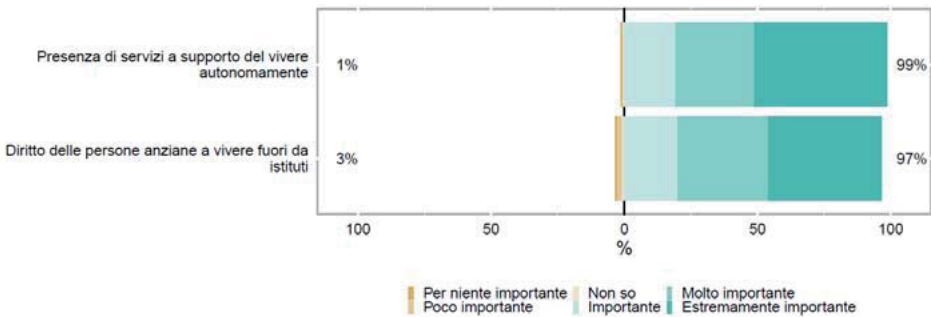


Fig. 4 – Importanza percepita del diritto all'abitare



In relazione invece al genere, gli intervistati con caratteristiche femminili o neutre davano meno importanza ai servizi di trasporto (15% vs 11% vs 7%) e socioculturali (21% vs 21% vs 13%) rispetto a quelli con caratteristiche maschili. Rispetto alla presenza di servizi a sostegno della possibilità delle persone anziane di vivere autonomamente e al loro diritto a vivere fuori da istituti (Figura 4), è emerso che il 99% e 97% ritenevano importanti questi aspetti. Il diritto all'abitare in autonomia e fuori da istituti era percepito come ugualmente importante indipendentemente dal sesso e dal genere dei partecipanti. Gli intervistati che non presentavano condizioni di disabilità e fragilità, rispetto alle relative controparti, sembravano percepire maggiormente sia l'importanza dei servizi a supporto della vita in autonomia (100% vs 96% per i non-disabili vs disabili, $p = 0.046$; 100% vs 98% per i non-fragili vs fragili,

$p = 0.004$), sia del diritto a vivere fuori da istituti (98% vs 94% per i non-disabili vs disabili, $p = 0.02$; 99% vs 96% per i non-fragili vs fragili, $p = 0.01$).

6. Conclusioni

I risultati dell'indagine mostrano come il diritto delle persone anziane a vivere fuori da istituti e ad usufruire di servizi che possano preservarne l'autosufficienza sia percepito come prioritario dalla popolazione ultrasessantacinquenne, indipendentemente dal sesso biologico e dal genere socioculturale. Ciò suggerisce che progetti ed iniziative volte a favorire questi aspetti siano di attuale rilevanza. Valutare caratteristiche individuali come il grado di autonomia, la fragilità, il sesso ed il genere, rappresenta un'opportunità per identificare modalità personalizzate che tengano conto dell'effetto prevalente di alcune di queste caratteristiche sul benessere degli anziani nella comunità.

Rispetto ai servizi presi in esame, la maggior parte degli intervistati si ritiene soddisfatta dei servizi sanitari e degli spazi pubblici, inclusi parchi ed aree verdi, mentre sembrano esserci margini di miglioramento per i servizi e sistemi di trasporto pubblico e i servizi socioculturali offerti. La necessità di ottimizzare questi ultimi servizi sembra emergere soprattutto per soggetti senza disabilità o fragilità, forse per un maggiore potenziale percepito di partecipare ad attività o muoversi in autonomia.

Rispetto ai servizi sopracitati, è emersa una minore soddisfazione delle donne relativamente ai servizi del territorio, con riferimento in particolare ad aree pubbliche e spazi verdi. Alla luce di queste differenze, sarebbe importante approfondire quali siano i determinanti specifici dell'insoddisfazione nelle donne, partendo dalla criticità degli spazi verdi per proporre iniziative sesso-specifiche ai cittadini e cittadine volte ad aumentarne il livello di soddisfazione. Inoltre, indipendentemente dal sesso assegnato alla nascita, persone con caratteristiche femminili (definite nel nostro campione dal ruolo di responsabile del carico domestico e dal tempo destinato a tale carico) percepiscono come ugualmente importanti gli spazi verdi rispetto alle loro controparti, ma ne sono meno soddisfatte; andrebbero pertanto valutati eventuali problemi di accessibilità alle aree e la fattibilità di strategie che favoriscano la possibilità di dedicare tempo ad attività all'aperto in questo contesto.

Appendice 1. Questionario ADA

Progetto ADA: Anziani e Diritto all’Abitare: studio interdisciplinare sulle condizioni volte a promuovere l’healthy & active aging
(Versione 1, 11/10/2022)

Grazie per la partecipazione.

Per rispondere alle seguenti domande, segni con una croce o una spunta gli appositi spazi accanto alla risposta che vuole dare.

Chi sta compilando il questionario?

- Anziano (*in questo caso consegnare versione full*)
 Caregiver di anziano

Quanto si ritiene soddisfatto relativamente all’offerta del suo territorio sui seguenti servizi in una scala da 1 (per niente soddisfatto) a 5 (estremamente soddisfatto):

	1 Per niente soddisfatto	2 Poco soddisfatto	3 Soddisfatto	4 Molto soddisfatto	5 Estremamente soddisfatto	Non conosco il servizio/ non so
Servizi e presidi di assistenza sanitaria, dottori, ospedali						
Servizi e sistemi di trasporto pubblico						
Servizi socio-culturali (es. centri sociali, teatri, musei, etc.)						
Spazi pubblici, parchi, aree verdi						

Quanto ritiene importante la presenza dei seguenti servizi nel suo territorio in una scala da 1 (per niente importante) a 5 (estremamente importante):

	1 Per niente importante	2 Poco importante	3 Importante	4 Molto importante	5 Estremamente importante	Non conosco il servizio/ non so
Servizi e presidi di assistenza sanitaria, dottori, ospedali						
Servizi e sistemi di trasporto pubblico						
Servizi socio-culturali (come centri sociali, teatri, musei, etc.) Spazi pubblici, parchi, aree verdi						

Quanto ritiene importante la presenza di servizi a sostegno della possibilità delle persone anziane di vivere autonomamente?

1 Per niente importante	2 Poco importante	3 Importante	4 Molto importante	5 Estremamente importante	Non so

Quanto ritiene importante il diritto delle persone anziane a vivere fuori da istituti?

1 Per niente importante	2 Poco importante	3 Importante	4 Molto importante	5 Estremamente importante	Non so

Le chiediamo ora di indicare il suo accordo o disaccordo con le seguenti affermazioni, su una scala da 1 (completamente in disaccordo) a 5 (completamente d'accordo).

	1 Completamente in disaccordo	2 Moderatamente in disaccordo	3 Né d'accordo né in disaccordo	4 Moderatamente d'accordo	5 Completamente d'accordo
Sono discriminato a causa della mia età					
Le persone anziane sono competenti e capaci					
Le persone anziane sono calorose e affettuose					
Le persone anziane sono autonome					
Nella società le persone anziane sono discriminate a causa dell'età					
Nella società le persone anziane sono viste come competenti e capaci					
Nella società le persone anziane sono viste come calorose e affettuose					
Nella società le persone anziane sono viste come autonome					

Secondo lei, qual è l'atteggiamento diffuso nella società verso le persone anziane? Risponda usando la seguente scala da 1 (estremamente sfavorevole) a 7 (estremamente favorevole).

1 Estremamente sfavorevole	2	3	4	5	6	7 Estremamente favorevole
----------------------------------	---	---	---	---	---	---------------------------------

Ora le chiederemo alcune informazioni rispetto alla sua persona e alle attività di vita quotidiana:

Età: _____ anni

Sesso: MASCHIO FEMMINA ALTRO

Dove vive? CAP di domicilio _____ (se sconosciuto, comune _____)

STATO CIVILE:

Nubile/Celibe Coniugato/a – Vive con compagno/a Separato/a – Divorziato/a Vedovo/a

LIVELLO DI ISTRUZIONE/SCOLARITÀ:

Nessuno Licenza Elementare Licenza scuola media inferiore Diploma scuola media superiore di 2-3 anni
 Diploma di scuola media superiore di 4-5 anni
 Laurea Titolo post-Laurea

ATTUALE OCCUPAZIONE:

Pensionato/a Disoccupato/a Occupato/a

Se pensionato, pregressa occupazione:

Casalingo/a
 Operaio/a
 Libero/a professionista
 Commerciante
 Imprenditore/imprenditrice
 Altro:

Con chi vive?

Da solo Con mio marito/moglie
 Con altri familiari Con assistente (es. badante)

Autonomia nelle attività di vita quotidiana:

A tavola, deve essere aiutato per mangiare? Sì No

Necessita di aiuto per lavare più di una parte del corpo (es. fare il bagno o la doccia)? Sì No

Necessita di aiuto per andare alla toilette? Sì No

Necessita di aiuto per prendere i vestiti e vestirsi? Sì No

Necessita dell'aiuto di una persona per alzarsi dal letto o dalla poltrona/sedia?
 Sì No

Se sì ad almeno una delle domande precedenti: è aiutato da qualcuno nelle attività di tutti i giorni:

dal coniuge o partner da un familiare da un'assistente (es. badante) per qualche ora al giorno

da un'assistente (es. badante) per tutto il giorno

Utilizza un ausilio alla deambulazione?

No Cammino con un bastone o deambulatore Mi muovo su una sedia a rotelle Non esco di casa, sono per lo più allettato/a

Nell'ultimo mese, si è sentito/a stanco/a sempre o per la maggior parte del tempo? Sì No

Riesce a salire una rampa di scale senza aiuto? Sì No

Riesce a camminare per circa 80 metri senza ausili (bastone/deambulatore) o aiuto? Sì No

Quanto pesa? _____ kg

Ha perso più di 4,5 kg nell'ultimo anno? Sì No Non so

Soffre o ha sofferto di più di 5 malattie (es. ipertensione, diabete, tumore, asma, bronchite cronica/BPCO, infarto miocardico, angina/problemi alle coronarie, scompenso cardiaco, ictus, fibrillazione atriale, insufficienza renale cronica, artrosi, osteoporosi)?

Sì No

Assume 5 o più farmaci al giorno? Sì No

All'interno del nucleo familiare, guadagna più del/della partner? Sì No
 Non ho partner

Qual è la sua fascia di reddito mensile?

<1000€/mese 1000-2000€ >2000€ Non voglio rispondere

A casa è lei che si occupa prevalentemente delle faccende domestiche? Sì No

Quante ore a settimana dedica alle faccende domestiche? _____ore/
settimana

Nell'anno passato, quanto spesso ha avuto qualcuno che l'ha sostenuta nelle faccende domestiche quotidiane?

- Mai
- Una volta ogni tanto
- A volte
- La maggior parte delle volte
- Sempre

Presta assistenza a qualche persona all'interno del suo nucleo familiare (ad es. familiare malato, figli, nipoti, ecc.)

- SÌ
- NO
- NON APPLICABILE (non ho familiari)

Nell'anno passato, quanto spesso ha avuto qualcuno a cui dimostrare amore e affetto?

- Mai
- Una volta ogni tanto
- A volte
- La maggior parte delle volte
- Sempre

In una scala da 1 (no stress) a 10 (massimo stress), come quantificherebbe il suo STRESS GENERALE?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
---	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------

L'AGEISMO COME BARRIERA AL DIRITTO ALL'ABITARE

Emilio Paolo Visintin

SOMMARIO: 1. Premessa. - 2. Categorizzazione sociale ed età. - 3. Ageismo: stereotipi, pregiudizi e discriminazioni verso le persone anziane. - 4. Stigmatizzazione delle persone anziane. - 5. Il presente contributo. - 6. Studio 1. - 7. Studio 2. - 8. Conclusioni.

1. Premessa

Il presente capitolo ha l'obiettivo di definire e descrivere l'ageismo, ovvero stereotipi, pregiudizi e discriminazioni basati sull'età, e di illustrare come stereotipi negativi, pregiudizi e discriminazioni verso le persone anziane possano costituire barriere al diritto all'abitare delle persone anziane.

Per questo obiettivo, si partirà dalla letteratura psicosociale sull'età come criterio di categorizzazione sociale, e sulla natura di stereotipi, pregiudizi e discriminazioni verso le persone anziane. Si approfondirà anche il punto di vista di chi è bersaglio di stereotipi negativi, pregiudizi e discriminazioni, ovvero si analizzeranno gli effetti della stigmatizzazione tra le persone anziane. In seguito, si spiegherà come l'ageismo potrebbe essere associato all'importanza percepita dei diritti delle persone anziane, tra cui il diritto all'abitare. Infine, verranno presentati i risultati di due ricerche a sostegno delle ipotesi, che saranno discussi enfatizzando come stereotipi, pregiudizi e discriminazioni ageisti possano costituire barriere al diritto all'abitare delle persone anziane.

2. Categorizzazione sociale ed età

La categorizzazione consiste nella percezione che oggetti o persone appartengano a determinate categorie. Ad esempio, una semplice penna

nera, una penna rosa profumata ed una costosa penna stilografica sono tutte categorizzabili come penne. La categorizzazione permette di semplificare la complessità del mondo esterno, e fornisce indicazioni sulle funzioni degli oggetti (ad esempio, tutte le penne precedentemente descritte permettono di scrivere). La categorizzazione sociale è il processo percettivo tramite il quale persone che condividono determinate caratteristiche vengono percepite come appartenenti ad un determinato gruppo sociale. Quando si incontra una persona sconosciuta per la prima volta, o quando si pensa ad una persona, si tende a categorizzarla in base a vari criteri. Ad esempio, attraverso diversi contesti culturali, le persone vengono categorizzate in base al gruppo etnico, al genere o all'orientamento sessuale. È importante notare che per alcune categorizzazioni c'è un elevato grado di accuratezza (ad esempio, per la categorizzazione in base al genere), mentre altre categorizzazioni possono avvenire in base ad appartenenze di gruppo presunte da indizi (ad esempio, quando ci si fa un'idea dell'orientamento sessuale altrui senza che questo ci sia comunicato). La categorizzazione sociale è funzionale agli esseri umani, in quanto permette di risparmiare energie cognitive, di avere indicazioni su caratteristiche dei gruppi d'appartenenza. È però anche alla base di due fenomeni percettivi chiamati assimilazione intracategoriale e differenziazione intercategoriale (Tajfel & Wilkes, 1963), e di stereotipi, pregiudizi e discriminazioni che saranno approfonditi nel prossimo paragrafo. L'assimilazione intracategoriale consiste nella sovrastima delle somiglianze tra membri dello stesso gruppo. A livello di gruppi sociali, questo avviene principalmente per gruppi a cui non si appartiene (chiamati anche gruppi esterni o outgroup) piuttosto che per gruppi di cui si è membri (chiamati anche ingroup). Ad esempio, è possibile percepire come le persone immigrate provenienti da una determinata nazione come più simili tra di loro per quanto riguarda l'aspetto fisico, i valori, gli usi e i costumi rispetto a quanto siano simili in realtà. La differenziazione intercategoriale consiste invece nella sovrastima delle differenze tra membri di categorie diverse. Ad esempio, si potrebbero sovrastimare le differenze in valori, usi e costumi tra persone di nazionalità italiana e persone immigrate (Sacchi & Brambilla, 2022).

Attraverso diversi contesti culturali, la categorizzazione sociale avviene anche in base all'età. Quando si incontra una persona sconosciuta, si stima la fascia d'età della persona. A meno che l'età non sia esplicitata, si tratta però di una stima che potrebbe essere inaccurata. La categorizzazione sociale basata sull'età presenta inoltre tre peculiarità rispetto alle categorizzazioni sociali finora descritte ovvero quelle su base etnica, di genere o di orientamento sessuale (Mucchi Faina, 2013). Innanzitutto,

mentre il gruppo etnico, il genere o l'orientamento sessuale possono rimanere stabili nel corso della vita¹, l'età naturalmente cambia nel corso della vita di ogni individuo, e il passaggio da un'età alla successiva è insito nella natura umana. Infatti, tutte le persone, se vivono sufficientemente a lungo, passeranno dall'infanzia, all'adolescenza, all'età adulta ed infine all'età anziana. Secondo, pur riconoscendo la complessità e le sfumature di categorie sociali basate su gruppo etnico, di genere, di orientamento sessuale, si tratta di gruppi discreti in cui è possibile stabilire dei confini; ad esempio, è possibile considerare che una persona che ha provato nel corso della vita attrazione solo per persone del proprio stesso genere abbia un orientamento omosessuale. L'età è invece una variabile continua, senza confini precisi tra una fascia d'età e l'altra. Ad esempio, una persona di 25 anni potrebbe da alcuni essere considerata giovane, mentre da altri adulta; similmente, una persona di 65 anni potrebbe da alcuni essere considerata adulta mentre da altri anziana. La terza peculiarità, strettamente legata alla seconda appena presentata, riguarda la natura culturalmente specifica della categorizzazione basata sull'età, che varia in diverse epoche storiche e in diversi paesi e contesti (Mucchi Faina, 2013).

3. Ageismo: stereotipi, pregiudizi e discriminazioni verso le persone anziane

Prima di focalizzarci sulle persone anziane, è bene fornire alcune definizioni psicosociali di termini chiave per chiarire la distinzione tra costrutti.

Gli stereotipi sono definiti come credenze culturalmente condivise verso un gruppo sociale, o come immagini generalizzate di un gruppo sociale applicate indistintamente a tutti i suoi membri (vedere Sacchi & Brambilla, 2022). Queste definizioni sottolineano quindi che gli stereotipi non sono credenze individuali verso un gruppo, ma hanno una base culturalmente condivisa, e che la credenza verso il gruppo viene applicata a tutti i suoi membri. Le credenze stereotipiche possono avere contenuto positivo oppure negativo. Ad esempio, ritenere gli uomini come fisicamente aggressivi è uno stereotipo negativo, mentre ritenere le donne come calorose e benintenzionate è uno stereotipo positivo. Gli stereotipi non sono necessariamente inaccurati; è infatti possibile che le credenze stereotipiche

1. Si sottolinea che anche le appartenenze di gruppo appena menzionate possono cambiare nel corso della vita. Ad esempio, è possibile cambiare genere o preferenze sessuali. A differenza della categorizzazione basata sull'età, però, tali gruppi non necessariamente cambiano.

culturalmente condivise rappresentino reali differenze tra gruppi quando considerati nell'insieme. Ad esempio, alcune evidenze empiriche suggeriscono che gli uomini siano più spesso coinvolti in aggressioni e violenze rispetto alle donne, supportando lo stereotipo negativo degli uomini come fisicamente aggressivi. È però scorretto applicare lo stereotipo indistintamente a tutti i membri del gruppo. Tornando all'esempio precedentemente illustrato, moltissimi uomini non sono fisicamente aggressivi e non sono mai stati coinvolti in situazioni aggressive e violente.

I pregiudizi sono definiti come atteggiamenti negativi verso i membri di un gruppo sociale (<https://dictionary.apa.org/prejudice>). È quindi necessario fornire la definizione psicosociale di atteggiamento, ovvero un orientamento generale verso un oggetto, una persona, un'entità, un comportamento, che comprende tre dimensioni, ovvero affettiva (emozioni), cognitiva (pensieri e conoscenze) e comportamentale (intenzioni d'azione) (vedere Trifletti *et al.*, 2019). Un pregiudizio è quindi costituito da emozioni negative verso i membri di un gruppo sociale, quali ad esempio ansia, paura, rabbia (componente affettiva), stereotipi negativi (componente cognitiva) e intenzioni comportamentali negative, ad esempio di evitare membri di un gruppo, danneggiarli (componente comportamentale).

Infine, la discriminazione è il comportamento negativo basato sull'appartenenza di gruppo (<https://dictionary.apa.org/discrimination>). La discriminazione può avvenire a livello istituzionale, quando le istituzioni trattano in modo differenziale membri di un gruppo, o a livello interpersonale, quando individui sono trattati negativamente sulla base dell'appartenenza di gruppo da altri individui.

Stereotipi, pregiudizi e discriminazioni sono stati ampiamente studiati considerando le persone anziane come gruppo target. Il termine ageismo è stato inizialmente coniato da Butler (1969) per riferirsi a stereotipi, pregiudizi e discriminazioni verso le persone anziane, ed in seguito esteso a qualsiasi forma di stereotipi, pregiudizi e discriminazioni basati sull'età, includendo quindi come target anche ad esempio bambini e adolescenti (Mucchi Faina, 2013). Le ricerche psicosociali però si sono concentrate principalmente sulle persone anziane come target di ageismo, in quanto queste sono considerate la categoria sociale più colpita, e in quanto per le persone anziane l'appartenenza al gruppo stigmatizzato durerà per il resto della vita, mentre la condizione è transitoria per bambini, adolescenti, giovani adulti, in quanto questi transiteranno attraverso altre fasi della vita (Mucchi Faina, 2013).

Per comprendere gli stereotipi diffusi e condivisi verso le persone anziane e i pregiudizi verso le persone anziane, è necessario introdurre il modello

del contenuto dello stereotipo (Fiske *et al.*, 2002). Tale modello ha proposto che la prima impressione e i giudizi verso le altre persone e verso i gruppi siano basati su due dimensioni, ovvero calore e competenza. Ci si forma quindi impressioni su tratti quali caloroso, degno di fiducia, benintenzionato (attribuzioni di calore) e competente, capace, efficace (attribuzioni di competenza). A livello di percezioni di gruppi, dall'incrocio delle dimensioni di calore e competenza derivano stereotipi, risposte emotive, pregiudizi, e tendenze comportamentali. Attraverso varie società, le persone anziane sono percepite come calorose ma poco competenti (Cuddy *et al.*, 2005). Dall'incrocio di alto calore e bassa competenza derivano emozioni quali simpatia, pietà, compassione, e pregiudizio paternalistico, ovvero una forma di pregiudizio basata su un atteggiamento apparentemente positivo ma caratterizzato da credenze e comportamenti paternalistici volti a mantenere lo status subordinato del gruppo. Le tendenze comportamentali associate all'incrocio di percezioni di alto calore e bassa competenza sono risposte di aiuto orientato alla dipendenza ed esclusione sociale. Riguardo alle persone anziane come target, si parla di ageismo benevolo, caratterizzato da una visione delle persone anziane come un gruppo omogeneo, caloroso ma poco competente e poco autonomo, e da atteggiamenti e trattamenti paternalistici come fornire aiuto non richiesto (Cary *et al.*, 2017).

North e Fiske (2012) hanno inoltre riscontrato che gli stereotipi verso le persone anziane hanno un carattere fortemente prescrittivo, ovvero, prescrivono come i membri di un gruppo dovrebbero comportarsi secondo la visione condivisa nella società, con conseguenze, quali ad esempio valutazioni negative o discriminazione, per chi non si conforma a tali stereotipi. Nello specifico, North e Fiske (2012) hanno identificato aspettative che le persone anziane si comportino in linea con quello che ci si attende da persone anziane per quanto riguarda ad esempio le attività e i luoghi da frequentare (es. non andare in discoteca, non usare i *social network*; stereotipo di identità), che riducano i consumi e che accettino di cedere il controllo delle risorse.

Altri stereotipi largamente diffusi riguardano il deterioramento delle abilità fisiche e cognitive e la perdita di autonomia (es. Becker, 1994). Se l'avanzare dell'età può essere associato in alcune persone, ad esempio, ad alcune disabilità fisiche o a peggioramento di memoria o di attenzione, ciò non riguarda tutte le persone anziane.

In linea con il modello del contenuto dello stereotipo e con il concetto di ageismo benevolo, i pregiudizi più diffusi verso le persone anziane non sono pregiudizi espliciti e diretti basati su una valutazione negativa delle persone anziane e su forti emozioni negative, ma sono piuttosto pregiudizi

indiretti, sottili e ambivalenti. Infatti, nelle società contemporanee che enfatizzano valori quali tolleranza e uguaglianza, forme esplicite e dirette di pregiudizio e di discriminazione non sono considerate socialmente accettabili (vedere Voci & Pagotto, 2010). Verso le persone anziane, in particolare, si riscontrano spesso forme socialmente accettabili di pregiudizio, come l'ageismo benevolo sopra menzionato, che risulta socialmente accettabile in quanto basato su una valutazione delle persone anziane ambivalente, che include anche attributi positivi (calore). Inoltre, sono ancora diffusi pregiudizi impliciti verso le persone anziane, ovvero associazioni mentali automatiche, spesso inconsapevoli, tra una determinata categoria sociale e concetti negativi. Tali pregiudizi impliciti vengono misurati tramite compiti di categorizzazione e associazione di stimoli al computer (es. *Implicit Association Test*; Greenwald *et al.*, 1998). La ricerca scientifica ha quindi trovato che partecipanti sono più veloci ed accurati a categorizzare con un tasto (es. a) stimoli che rappresentano la categoria giovani e concetti positivi e con un altro tasto (es. l) stimoli che rappresentano la categoria persone anziane e concetti negativi, piuttosto che categorizzare con un tasto (es. a) stimoli che rappresentano la categoria giovani e concetti negativi e con un altro tasto (es. l) stimoli che rappresentano la categoria persone anziane e concetti positivi. Questo indica che le persone anziane sono più associate a concetti negativi rispetto ai giovani. Di particolare interesse per questo contributo, tale pregiudizio implicito verso le persone anziane risulta maggiore rispetto al pregiudizio verso altri target (es. persone di colore), e risulta diffuso tra persone di varie fasce d'età, ovvero, persone giovani, persone adulte e persone anziane hanno generalmente livelli simili di pregiudizio implicito verso le persone anziane (Nosek *et al.*, 2002).

Infine, le discriminazioni verso le persone anziane possono spaziare da discriminazione interpersonale, ovvero trattamenti differenziali sulla base dell'età di singoli individui anziani, a discriminazione istituzionale, ovvero leggi e normative che sfavoriscono persone di determinate fasce d'età. Per quanto riguarda le discriminazioni interpersonali, ci possono essere forme esplicite e manifeste, come ad esempio insulti a causa dell'età. Tali forme di discriminazione esplicita sono relativamente poco comuni. Più ricorrenti sono invece forme di discriminazione più sottili, socialmente accettate e ambivalenti. Ad esempio, le persone anziane sono spesso target di sovra-aiuto o aiuto non richiesto, oppure di aiuto orientato alla dipendenza, ad esempio quando il personale di strutture socio-sanitarie si occupa completamente della cura dell'igiene e dell'abbigliamento di persone anziane (Sperbeck & Whitbourne, 1981). Inoltre, è diffuso anche il baby talk, ovvero parlare alle persone anziane con un linguaggio molto sempli-

ficato e con termini più adatti a bambini che a adulti (Nelson, 2005). Tali discriminazioni sono forme di ageismo benevolo, e possono avere conseguenze sulle prestazioni cognitive per chi le subisce, come sarà approfondito nel prossimo paragrafo.

Da notare anche che le persone anziane spesso subiscono discriminazione anche in contesti lavorativi, a partire dalla selezione del personale, in cui le persone anziane possono avere minori probabilità di essere selezionate rispetto a persone più giovani pur a parità di competenze, alla diminuzione progressiva di responsabilità, e all'esclusione da percorsi formativi e di aggiornamento professionale (Mucchi Faina, 2013).

Esempi di discriminazione istituzionale verso le persone anziane sono il pensionamento obbligatorio ad una determinata età per chi potrebbe e vorrebbe continuare a lavorare, o l'esclusione di persone anziane da *trial* clinici. Anche casi in cui le istituzioni non tutelano i diritti di persone di determinate fasce d'età, come ad esempio quando il diritto all'abitare delle persone anziane non è tutelato, possono essere considerati forme di discriminazione istituzionale ageista.

4. Stigmatizzazione delle persone anziane

La ricerca psicosociale ha anche studiato il punto di vista di chi subisce stereotipi negativi, pregiudizi e discriminazioni. Il termine stigma fa riferimento a caratteristiche personali, come l'appartenenza ad un determinato gruppo sociale, che discreditano chi possiede tali caratteristiche. Quindi, l'appartenenza ad un gruppo che è bersaglio di stereotipi negativi, pregiudizi e discriminazioni costituisce uno stigma, ed ha varie conseguenze negative per il benessere fisico e psicologico (es. aumentato rischio di ansia e depressione) (Galdi & Tomasetto, 2022).

Tra le conseguenze psicologiche dell'appartenenza ad un gruppo stigmatizzato, cruciale per il presente contributo è il fenomeno della minaccia dello stereotipo (Steele & Aronson, 1995), secondo cui la consapevolezza di essere, a causa dell'appartenenza di gruppo, target di stereotipi negativi, come ad esempio poco intelligenti o poco autonomi, può creare uno stato di minaccia che influisce negativamente sulle funzioni cognitive ed intellettive. Quindi, la minaccia dello stereotipo avviene quando un individuo, temendo di confermare uno stereotipo negativo riguardo il proprio gruppo, ha una performance negativa in linea con lo stereotipo. Ciò avviene a causa di risposte fisiologiche di stress, degli sforzi per monitorare costantemente la performance e per controllare e gestire emozioni negative; tutti questi meccanismi distraggono e sottraggono energie dal compito.

Il fenomeno della minaccia dello stereotipo richiama anche il concetto di profezia che si autoavvera, ovvero il meccanismo per cui si tende a comportarsi in linea con le aspettative altrui e con le aspettative della società (Merton, 1948). Quindi, se durante interazioni sociali una persona anziana percepisce che gli altri si aspettano che questa persona sia poco autonoma, la persona anziana potrà comportarsi in linea con le aspettative altrui, quindi con poca autonomia.

Altre conseguenze dell'appartenenza ad un gruppo stigmatizzato sono l'interiorizzazione dell'inferiorità del proprio gruppo, ovvero introiettare l'immagine negativa che la società ha del proprio gruppo, portando ad una visione negativa del gruppo d'appartenenza, e l'autostereotipizzazione, ovvero percepire sé stessi come effettivamente caratterizzati dagli stereotipi verso il proprio gruppo (vedere Galdi & Tomasetto, 2022).

Tali fenomeni sono stati analizzati considerando il punto di vista delle persone anziane. Lamont *et al.* (2015) hanno condotto una revisione e meta-analisi della letteratura su minaccia dello stereotipo tra persone anziane, e concluso che l'esposizione a stereotipi ageisti influenza negativamente le performance cognitive e la memoria di persone anziane. Inoltre, l'esposizione a stereotipi negativi verso l'età anziana può ridurre la salute percepita e l'indipendenza e aumentare la solitudine di persone anziane (Coudin & Alexopoulos, 2010). Per quanto riguarda la profezia che si autoavvera, Sperbeck e Whitbourne (1981) hanno riscontrato che il sovra-aiuto da parte del personale socio-sanitario, ad esempio provvedendo alla completa cura dell'igiene e dell'abbigliamento, riduceva l'indipendenza di persone anziane istituzionalizzate, che diventavano sempre meno in grado di svolgere queste attività autonomamente.

Riguardo l'autostereotipizzazione, Levy (2009) ha proposto che le persone anziane possano internalizzare gli stereotipi quando il contesto culturale favorisce la definizione di sé in base agli stereotipi, con conseguenze per il funzionamento fisico, cognitivo ed emotivo. Ad esempio, Emile *et al.* (2014) hanno riscontrato, analizzando il punto di vista di persone anziane in Francia, che credenze stereotipiche riguardo l'importanza dello sport tra le persone anziane sono associate ad una visione più positiva di sé stessi e a maggiore soddisfazione per le proprie capacità fisiche, e conseguentemente a maggiore esercizio fisico. Introiettare stereotipi negativi verso il proprio gruppo potrebbe invece avere conseguenze negative.

5. Il presente contributo

Sulla base della letteratura sintetizzata, si può ipotizzare che stereotipi che descrivono le persone anziane come poco competenti e poco auto-

nome, pregiudizi e discriminazioni verso le persone anziane potrebbero giocare un ruolo nell'importanza percepita del diritto all'abitare delle persone anziane.

Dal punto di vista delle persone anziane, infatti, stereotipi di bassa competenza e bassa autonomia potrebbero essere internalizzati, attivare minaccia dello stereotipo e funzionare da profezie che si autoavverano, portando quindi a minore importanza percepita dei servizi a sostegno dell'abitare. Anche la percezione che il proprio gruppo sia valutato negativamente nella società (stigma), a causa dell'internalizzazione di tale visione, potrebbe essere associata a minore importanza percepita dei servizi a sostegno dell'abitare. Inoltre, stereotipi e atteggiamenti negativi verso il proprio gruppo ed esperienze di discriminazione potrebbero giocare un ruolo anche nella soddisfazione verso i servizi esistenti a sostegno del diritto all'abitare. Percepire stereotipi negativi (come bassa competenza e bassa autonomia) e pregiudizi verso il proprio gruppo ed esperienze di discriminazione potrebbero infatti essere associati a minore soddisfazione verso i servizi.

Oltre a considerare il punto di vista delle persone anziane (Studio 1), è importante anche analizzare la prospettiva di persone non anziane, in quanto sono coloro che spesso hanno stereotipi e pregiudizi ageisti e che potrebbero discriminare persone anziane. Inoltre, molte delle politiche a sostegno dell'abitare sono proposte, approvate ed implementate da persone non anziane. In questa ricerca si è quindi considerato anche il punto di vista di persone non anziane (Studio 2). Nello specifico, si è analizzato se, tra persone non anziane, stereotipi (es. bassa competenza e bassa autonomia) e pregiudizi verso le persone anziane costituiscano una barriera all'importanza percepita di politiche a favore del diritto all'abitare delle persone anziane².

Partendo da queste considerazioni, si presentano quindi due studi volti a rilevare la presenza di stereotipi, pregiudizi e discriminazioni ageisti, e testare se tali stereotipi, pregiudizi e discriminazioni verso le persone anziane siano associati all'importanza percepita dei servizi a favore del diritto all'abitare delle persone anziane e alla soddisfazione per tali servizi.

I partecipanti alla prima ricerca sono persone anziane residenti nella provincia di Ferrara che hanno compilato un questionario su stereotipi di competenza, calore e autonomia verso il proprio ingroup delle perso-

2. Nei due studi, viene analizzato anche il ruolo delle percezioni delle persone anziane come calorose, senza però ipotesi specifiche riguardo le associazioni tra calore attribuito alle persone anziane e soddisfazione verso e importanza attribuita a servizi a sostegno del diritto all'abitare.

ne anziane, stigma, discriminazioni percepite, e importanza percepita di e soddisfazione verso servizi a favore del diritto all'abitare.

I partecipanti alla seconda ricerca sono studenti frequentanti due insegnamenti di psicologia sociale proposti durante il percorso di laurea triennale in scienze filosofiche e dell'educazione e di laurea magistrale in formazione, comunicazione e cittadinanza digitale dell'Università di Ferrara. Gli sbocchi lavorativi di tali corsi di laurea sono direttamente rilevanti per educazione e cura delle persone anziane, in quanto con la laurea triennale si ha accesso alla professione di educatore, anche delle persone anziane, e con la laurea magistrale si ha accesso alla professione di pedagogo, con possibili ruoli di progettazione e gestione di servizi educativi rivolti alle persone anziane. I partecipanti hanno compilato misure volte ad indagare i loro stereotipi e i loro pregiudizi verso le persone anziane, e l'importanza percepita del diritto all'abitare delle persone anziane e di servizi a favore del diritto all'abitare.

6. Studio 1

Partecipanti e procedura. I partecipanti e la procedura di somministrazione del questionario sono descritti dettagliatamente nel capitolo precedente.

Misure nel questionario. Oltre alle misure di soddisfazione verso e importanza percepita dei servizi a favore del diritto all'abitare autonomo, descritte nel capitolo precedente, i partecipanti hanno compilato le seguenti misure (vedere capitolo a cura di Raparelli *et al.* per il questionario completo):

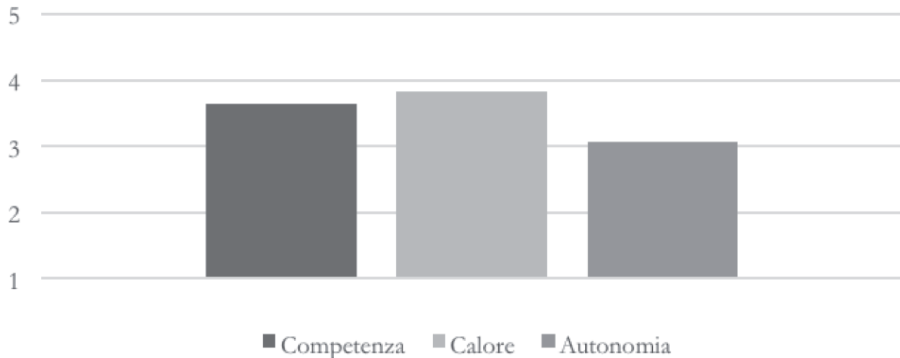
Stereotipi ageisti. Ai partecipanti era chiesto di indicare il loro grado di accordo, su una scala di risposta da 1 (*completamente in disaccordo*) a 5 (*completamente d'accordo*), con 3 affermazioni volte a rilevare gli stereotipi di competenza, calore e autonomia verso le persone anziane.

Discriminazione personale e di gruppo. I partecipanti erano invitati a riportare, su una scala di risposta da 1 (*completamente in disaccordo*) a 5 (*completamente d'accordo*), la discriminazione personale a causa della loro età, e la discriminazione delle persone anziane in generale a causa dell'età.

Stigma percepito. Lo stigma percepito è stato operazionalizzato come la percezione di pregiudizio nella società. I partecipanti hanno quindi riportato, su una scala di risposta da 1 (*estremamente sfavorevole*) a 7 (*estremamente favorevole*), quello che, secondo loro, è l'atteggiamento diffuso nella società verso le persone anziane. Le risposte sono state ricodificate in modo che a valori più alti corrisponda maggiore stigma percepito.

Risultati. Le attribuzioni di calore, competenza e autonomia alle persone anziane differivano tra le tre dimensioni considerate, $F(1, 212) = 62.26$, $p < .001$. La *Figura 1* riporta i punteggi medi degli stereotipi rilevati. Nello specifico, le persone anziane erano percepite dai partecipanti anziani come competenti e calorose, anche se leggermente più calorose che competenti, $p = .002$, in linea con il modello del contenuto dello stereotipo. Le persone anziane erano percepite come mediamente autonome, con i punteggi di autonomia significativamente più bassi dei punteggi di competenza e calore, $ps < .001$. La percezione di atteggiamenti negativi verso le persone anziane nella società (stigma) era relativamente bassa (media $[M] = 3.61$, deviazione standard $[DS] = 1.33$); infatti, il punteggio medio era significativamente più basso rispetto al punto centrale e neutrale della scala di risposta, $t(212) = 4.28$, $p < .001$. I partecipanti hanno riportato livelli relativamente bassi di discriminazione personale ($M = 2.22$, $DS = 1.32$), mentre la discriminazione percepita delle persone anziane in generale è più frequente ($M = 2.98$, $DS = 1.30$) di quella personale, $t(212) = 7.12$, $p < .001$.

Fig. 1 – Attribuzioni di competenza, calore e autonomia alle persone anziane. Studio 1



La *tabella 1* riporta le correlazioni bivariate tra stereotipi verso le persone anziane, stigma, discriminazione percepita e soddisfazione verso servizi a sostegno dell’abitare e importanza percepita di tali servizi. Le percezioni delle persone anziane come competenti e come calorose sono associate a maggiore soddisfazione per i servizi socio-culturali. Quindi, più i partecipanti anziani percepivano le persone anziane come competenti e come calorose, maggiore la loro soddisfazione per i servizi socio-culturali. Invece, lo stigma percepito, ovvero la percezione che nella società siano diffusi atteggiamenti negativi verso le persone anziane, è associato a insoddisfazione per tutti i servizi qui analizzati. Quindi, più i partecipanti

anziani percepivano un atteggiamento negativo verso le persone anziane nella società, minore la soddisfazione verso tutti i servizi. La percezione di essere discriminati a causa della propria età è associata a insoddisfazione verso servizi e presidi di assistenza sanitaria e verso servizi pubblici, parchi e aree verdi, mentre la percezione che le persone anziane siano discriminate a causa della propria età è associata a insoddisfazione verso i servizi e sistemi di trasporto pubblico.

Per quanto riguarda l'importanza percepita dei servizi a sostegno del diritto all'abitare, ci sono correlazioni positive e significative tra percezioni delle persone anziane come competenti, come calorose e come autonome e importanza percepita dei servizi a sostegno del diritto all'abitare. Nello specifico, le percezioni delle persone anziane come calorose sono associate ad importanza di servizi e sistemi di trasporto pubblico, servizi socio-culturali e servizi pubblici, parchi e aree verdi; le percezioni delle persone anziane come competenti e come autonome sono associate all'importanza percepita di servizi pubblici, parchi e aree verdi. Quindi, più i partecipanti anziani percepivano le persone anziane come competenti, come calorose e come autonome, maggiore la percezione che i servizi a sostegno del diritto all'abitare siano importanti. La percezione di essere discriminati a causa della propria età invece è associata a minore importanza percepita dei servizi e presidi di assistenza sanitaria.

Sintesi e commento. I partecipanti alla ricerca, persone anziane residenti nella provincia di Ferrara, hanno riportato percezioni e atteggiamenti generalmente positivi verso le persone anziane in generale, ovvero verso il gruppo d'età di cui fanno parte. Infatti, le persone anziane sono percepite come calorose e competenti. Supportando la proposta del modello del contenuto dello stereotipo (Fiske *et al.*, 2002), però, le percezioni di competenza sono più elevate di quelle di calore. Invece, le attribuzioni di autonomia, pur non essendo particolarmente basse, sono ben inferiori rispetto a quelle di competenza e di calore. Lo stigma percepito è relativamente basso. I partecipanti anziani, quindi, percepiscono che nella società siano diffusi atteggiamenti positivi verso le persone anziane. Tale risultato è in linea con ricerche e teorie che suggeriscono che il pregiudizio verso le persone anziane è spesso ambivalente e indiretto, e quindi difficile da riconoscere. La discriminazione personale a causa della propria età è relativamente infrequente, mentre i partecipanti riportano discriminazione delle persone anziane in generale. Questo risultato replica quanto ritrovato in altri contesti

Tab. 1 – Correlazioni bivariate tra stereotipi verso le persone anziane, stigma, discriminazione percepita e soddisfazione verso e importanza percepita di servizi a sostegno del diritto all'abitare

	Soddisfazione				Importanza percepita			
	Servizi e presidi di assistenza sanitaria	Servizi e sistemi di trasporto pubblico	Servizi socio-culturali	Servizi pubblici, parchi, aree verdi	Servizi e presidi di assistenza sanitaria	Servizi e sistemi di trasporto pubblico	Servizi socio-culturali	Servizi pubblici, parchi, aree verdi
Competenza	.06	.06	.20*	.11	-.03	.11	.11	.18*
Calore	.10	.03	.18*	.05	.10	.17*	.18*	.16*
Autonomia	.11	.03	.02	.07	-.01	.08	-.02	.15*
Stigma	-.30***	-.36***	-.27**	-.18*	-.05	.01	-.04	-.07
Discriminazione personale	-.32***	-.10	-.14	-.24**	-.28***	-.07	.08	-.04
Discriminazione di gruppo	-.11	-.28***	-.08	-.10	.02	.06	.01	.06

Note. A punteggi più elevati corrispondono percezioni delle persone anziane come più competenti, calorose e autonome, maggiore stigma percepito, maggiori percezioni di discriminazione personale e di gruppo, maggiore soddisfazione verso e maggiore importanza percepita dei servizi.
*** $p \leq .001$. ** $p < .01$. * $p < .05$.

intergruppi, ad esempio analizzando le esperienze di persone immigrate in Canada (Taylor *et al.*, 1990), e potrebbe riflettere un processo cognitivo per cui i partecipanti, nel rispondere riguardo la discriminazione di gruppo, sommano le esperienze di discriminazione proprie e dei conoscenti anziani, ma potrebbe anche essere interpretato come una minimizzazione e una negazione della discriminazione personale, al fine di difendere l'immagine di sé.

A sostegno delle ipotesi della ricerca, si è riscontrato che le percezioni positive del proprio gruppo come caloroso, competente e autonomo sono associate all'importanza percepita di servizi a sostegno del diritto all'abitare, e anche alla soddisfazione per i servizi socio-culturali. Lo stigma, seppur relativamente basso, gioca un ruolo importante nella soddisfazione per i servizi: infatti, i partecipanti anziani che percepiscono atteggiamenti negativi verso le persone anziane nella società riportano minore soddisfazione per i servizi. Anche le esperienze di discriminazione personale e le percezioni che le persone anziane siano discriminate sono associate ad insoddisfazione per servizi a sostegno del diritto all'abitare.

Il primo studio suggerisce quindi che stereotipi, discriminazioni e stigma ageisti rappresentino una barriera alla soddisfazione verso e all'importanza percepita dei servizi a sostegno del diritto all'abitare. Nel secondo studio si indagherà se stereotipi e pregiudizi ageisti possono rappresentare una barriera all'importanza percepita di diritti e servizi anche tra persone non anziane.

7. Studio 2

Partecipanti e procedura. I partecipanti alla ricerca sono stati 154 studenti, di cui 96 frequentanti un corso proposto in un percorso di laurea triennale e 58 frequentanti un corso proposto in un percorso di laurea magistrale. Dei partecipanti, 140 sono di genere femminile e 14 di genere maschile. L'età media è 24 anni ($DS = 5.5$; età minima = 20, età massima = 50). I partecipanti hanno compilato un questionario online proposto tra le attività didattiche. Ai partecipanti è stato garantito l'anonimato, e la ricerca è stata condotta seguendo le linee guida dell'*American Psychological Association* e dell'Associazione Italiana di Psicologia.

Misure nel questionario. Il questionario includeva le seguenti misure.

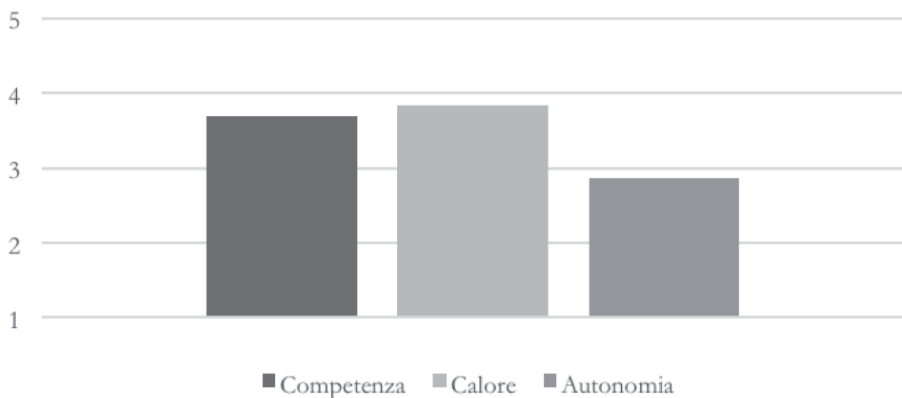
Stereotipi ageisti. Ai partecipanti era chiesto di indicare il loro grado di accordo, su una scala di risposta da 1 (*completamente in disaccordo*) a 5

(*completamente d'accordo*), con 3 affermazioni volte a rilevare gli stereotipi di competenza, calore e autonomia verso le persone anziane (“Secondo me, le persone anziane sono competenti e capaci”; “Secondo me, le persone anziane sono calorose e affettuose”; “Secondo me, le persone anziane sono autonome”).

Pregiudizio ageista. Ai partecipanti era chiesto di indicare il loro atteggiamento verso le persone anziane, su una scala di risposta da 0 (*estremamente sfavorevole*) a 10 (*estremamente favorevole*). Le risposte sono state ricodificate, in modo che a valori più elevati corrisponda maggiore pregiudizio verso le persone anziane.

Importanza percepita del diritto delle persone anziane all’abitare e dei servizi a sostegno del diritto all’abitare. Ai partecipanti erano poste due domande volte ad indagare l’importanza percepita (1) della presenza di servizi a sostegno della possibilità delle persone anziane di vivere autonomamente e (2) del diritto delle persone anziane a vivere fuori da istituti. La scala di risposta era tra 1 (*per niente importante*) a 5 (*estremamente importante*).

Fig. 2 – Attribuzioni di competenza, calore e autonomia alle persone anziane. Studio 2



Risultati. Le percezioni delle persone anziane differivano tra le dimensioni considerate di competenza, calore e autonomia, $F(2, 304) = 111.93$, $p < .001$. La *figura 2* riporta i punteggi medi degli stereotipi rilevati. Le persone anziane erano percepite come piuttosto competenti e calorose, anche se leggermente più calorose che competenti, $p = .046$, in linea con il modello del contenuto dello stereotipo. Le persone anziane erano percepite come poco autonome, con i punteggi di autonomia significativamente più bassi dei punteggi di competenza e calore, $ps < .001$. Il pregiudizio verso le persone anziane era basso ($M = 1.43$, $DS = 1.53$, su una scala di

risposta da 0 a 10) e significativamente inferiore al punto centrale della scala di risposta, $t(151) = 28.88, p < .001$. Il diritto delle persone anziane a vivere fuori da istituti ($M = 4.27, DS = 0.77$) ed i servizi a sostegno del diritto all'abitare autonomamente ($M = 4.42, DS = 0.71$) erano percepiti come importanti, con entrambi i punteggi superiori al punto centrale della scala di risposta, $ts(153) > 20.53, ps < .001$.

La *tabella 2* riporta le correlazioni bivariate tra stereotipi verso le persone anziane, pregiudizio ageista e importanza percepita del diritto all'abitare fuori da istituti e dei servizi a supporto di tale diritto. Ci sono correlazioni positive e significative tra percezioni delle persone anziane come competenti e come calorose e importanza percepita dei servizi a sostegno della possibilità delle persone anziane di vivere autonomamente. Quindi, maggiore la percezione dei partecipanti delle persone anziane come competenti e come calorose, maggiore la percezione che i servizi a sostegno della possibilità delle persone anziane di vivere autonomamente siano importanti. Ci sono invece correlazioni negative e significative tra pregiudizi ageisti e importanza percepita del diritto delle persone anziane a vivere fuori da istituti e tra pregiudizi ageisti e importanza percepita dei servizi a sostegno della possibilità delle persone anziane a vivere autonomamente. Quindi, più i partecipanti hanno pregiudizi verso le persone anziane, meno ritengono importanti il diritto all'abitare delle persone anziane e i servizi a sostegno di tale diritto.

Tab. 2 – Correlazioni bivariate tra stereotipi verso le persone anziane, pregiudizio ageista e importanza percepita del diritto all'abitare fuori da istituti e dei servizi a supporto di tale diritto

	<i>Importanza diritto abitare fuori da istituti</i>	<i>Importanza servizi a supporto di diritto abitare</i>
Percezioni di competenza	.08	.18*
Percezioni di calore	.06	.17*
Percezioni di autonomia	.13	.07
Pregiudizio ageista	-.26***	-.25**

Note. A punteggi più elevati corrispondono percezioni delle persone anziane come più competenti, calorose e autonome, maggiore ageismo, maggiore importanza percepita del diritto all'abitare fuori da istituti e dei servizi a supporto di tale diritto. *** $p \leq .001$. ** $p < .01$. * $p < .05$.

Sintesi e commento. Replicando i risultati dello Studio 1, i partecipanti alla ricerca, studenti di corsi di laurea triennale e magistrale dell'Università di Ferrara, percepiscono le persone anziane come più calorose che competenti, a sostegno del modello del contenuto dello stereotipo (Fiske *et al.*,

2002). Nuovamente replicando lo Studio 1, le attribuzioni di autonomia alle persone anziane sono più basse rispetto alle percezioni di competenza e calore. Ancora in linea con lo Studio 1, e con la concezione del pregiudizio verso le persone anziane come ambivalente, indiretto e inconsapevole piuttosto che manifesto, l'atteggiamento esplicito verso le persone anziane era favorevole (ovvero, il livello di pregiudizio era basso). Inoltre, i partecipanti alla ricerca ritenevano importanti il diritto all'abitare fuori da istituti e i servizi a supporto di tale diritto.

Cruciale per l'argomentazione di questo capitolo, percepire le persone anziane come competenti e come calorose era associato a maggiore importanza percepita dei servizi a sostegno del diritto all'abitare, mentre il pregiudizio verso le persone anziane era associato a minore importanza percepita del diritto all'abitare fuori da istituti e dei servizi. I risultati quindi suggeriscono che, anche considerando il punto di vista di persone non anziane, stereotipi e pregiudizi ageisti costituiscono barriere al diritto all'abitare delle persone anziane.

È importante notare che i risultati dello Studio 2 vanno interpretati con cautela e non sono generalizzabili all'intera popolazione italiana o ferrarese, in quanto il campione è costituito da persone impegnate in percorsi di istruzione terziaria volti al lavoro in servizi educativi, e gli stereotipi e i pregiudizi del campione potrebbero quindi essere più bassi di stereotipi e pregiudizi nella popolazione generale.

8. Conclusioni

Il presente contributo ha l'obiettivo di illustrare forme di stereotipi, pregiudizi e discriminazioni ageisti, che potrebbero costituire barriere al diritto all'abitare delle persone anziane. Due studi osservazionali forniscono sostegno empirico a quest'idea. Infatti, analizzando il punto di vista di persone anziane (Studio 1), attribuzioni di competenza, calore e autonomia al proprio gruppo d'età sono associate a maggiore importanza percepita di servizi a sostegno al diritto all'abitare, mentre la percezione che il proprio gruppo sia svalutato nella società (stigma) ed esperienze di discriminazione personale e di gruppo sono associate ad insoddisfazione verso i servizi. Analizzando invece il punto di vista di persone non anziane, e nello specifico di studenti universitari (Studio 2), attribuzioni di competenza e di calore alle persone anziane sono associate a maggiore importanza percepita dei servizi a sostegno del diritto all'abitare, mentre il pregiudizio verso le persone anziane è associato a minore importanza percepita del

diritto all'abitare e dei servizi a sostegno di tale diritto. Quindi, l'idea che stereotipi, pregiudizi e discriminazioni ageisti costituiscano una barriera al diritto all'abitare è supportata sia considerando il punto di vista di persone anziane sia il punto di vista di persone non anziane.

Si riflette quindi su strategie per contrastare l'ageismo e le sue conseguenze. Innanzitutto, in linea con l'approccio interdisciplinare di questo volume, l'ambito giuridico potrebbe fornire un contributo. Infatti, esiste una relazione tra politiche sociali e atteggiamenti intergruppi. Ad esempio, analizzando l'associazione tra politiche migratorie e pregiudizi verso persone immigrate, molte ricerche hanno rilevato che ci sono minori pregiudizi verso le persone immigrate in paesi con politiche a sostegno dell'integrazione delle persone immigrate piuttosto che in paesi con politiche intolleranti (es. Schlueter *et al.*, 2013; Visintin *et al.*, 2018). Le politiche, le leggi e le norme trasmettono infatti informazioni riguardo gli atteggiamenti e i comportamenti attesi dalla popolazione. Quindi, politiche, leggi e norme a sostegno dei diritti delle persone anziane, ed in particolare a sostegno del diritto all'abitare, e contro la discriminazione basata sull'età potrebbero contribuire alla riduzione dell'ageismo.

All'aspetto giuridico, potrebbero essere affiancate strategie psicosociali di riduzione dei pregiudizi. Ad esempio, strategie basate sull'induzione di empatia verso un membro di un gruppo esterno, ovvero incoraggiare ad immaginare sentimenti ed emozioni del membro del gruppo esterno oppure immaginare sé stessi al posto del membro del gruppo esterno, sono risultate efficaci nella riduzione di stereotipi e pregiudizi (Voci & Pagotto, 2010), anche verso le persone anziane. In un esperimento Galinski e Moskowitz (2000) avevano infatti dimostrato, analizzando un campione di studenti universitari, che immaginare sé stessi al posto di una persona anziana riduceva le descrizioni stereotipiche e l'attivazione mentale degli stereotipi.

La strategia psicosociale di riduzione dei pregiudizi maggiormente studiata e validata dalla ricerca scientifica è il contatto intergruppi, ovvero l'interazione tra membri di gruppi diversi (Allport, 1954; Vezzali & Stathi, 2021). Infatti, conoscere persone appartenenti a gruppi esterni può disconfermare stereotipi negativi, ridurre le emozioni negative verso il gruppo esterno, e ridurre varie forme di pregiudizio. Applicando il contatto intergruppi a rapporti tra persone di diverse fasce d'età, la ricerca psicosociale ha evidenziato come i contatti con persone anziane sono associati a riduzione dell'ageismo (ad esempio, Tam *et al.*, 2006; Visintin, 2021). Come evidenziato da sviluppi recenti della teoria del contatto intergruppi, esistono anche forme di contatto che non richiedono incontri faccia a fac-

cia tra membri di gruppi diversi. Ad esempio, il contatto intergenerazionale può avvenire attraverso i nuovi media (Visintin & Tasso, 2022), anche se è indispensabile prestare attenzione al possibile *digital divide*, a causa del quale le persone anziane potrebbero avere maggiore probabilità di essere escluse dal pieno uso delle tecnologie digitali (Elena-Bucea *et al.*, 2021). Anche la semplice immaginazione di un contatto con una persona anziana può contribuire alla riduzione dell'ageismo (Turner & Crisp, 2010). Inoltre, Abrams *et al.* (2008) hanno riscontrato che il contatto intergenerazionale può contrastare il fenomeno della minaccia dello stereotipo: tra i partecipanti anziani, chi aveva contatti positivi con i nipoti, e chi aveva immaginato un contatto positivo con una persona giovane, non aveva performance peggiori in un compito matematico in seguito all'esposizione a stereotipi sul declino cognitivo nell'età anziana. Il contatto intergenerazionale risulta quindi una strategia particolarmente efficace per contrastare l'ageismo e gli effetti negativi dell'esposizione a stereotipi ageisti.

In conclusione, questo contributo evidenzia come stereotipi, pregiudizi e discriminazioni ageisti costituiscono barriere al diritto all'abitare. Si sottolinea quindi come le istituzioni dovrebbero impegnarsi a contrastare l'ageismo, combinando politiche, leggi e norme a sostegno dei diritti delle persone anziane e a contrasto delle discriminazioni, con strategie psicosociali quali ad esempio l'induzione di empatia e il contatto intergruppi.

Bibliografia

- Abrams D., Crisp R.J., Marques S., Fagg E., Bedford L., Provias D. (2008), *Threat Inoculation: Experienced and Imagined Intergenerational Contact Prevents Stereotype Threat Effects on Older People's Math Performance*, in *Psychology and Aging*, 23(4), pp. 934-939.
- Allport G.W. (1954), *The Nature of Prejudice*, Addison-Wesley.
- Becker G. (1994), *The Oldest Old: Autonomy in the Face of Frailty*, in *Journal of Aging Studies*, 8(1), pp. 59-76.
- Butler R.N. (1969), *Age-ism: Another Form of Bigotry*, in *The Gerontologist*, 9(4_Part_1), pp. 243-246.
- Cary L.A., Chasteen A.L., Remedios J. (2017), *The Ambivalent Ageism Scale: Developing and Validating a Scale to Measure Benevolent and Hostile Ageism*, in *The Gerontologist*, 57(2), pp. e27-e36.
- Coudin G., Alexopoulos T. (2010), *Help Me! I'm Old! How Negative Aging Stereotypes Create Dependency among Older Adults*, in *Aging & Mental Health*, 14(5), pp. 516-523.

- Cuddy A.J., Norton M.I., Fiske S.T. (2005), *This Old Stereotype: The Pervasiveness and Persistence of the Elderly Stereotype*, in *Journal of Social Issues*, 61(2), pp. 267-285.
- Elena-Bucea A., Cruz-Jesus F., Oliveira T., Coelho P.S. (2021), *Assessing the Role of Age, Education, Gender and Income on the Digital Divide: Evidence for the European Union*, in *Information Systems Frontiers*, 23, pp. 1007-1021.
- Emile M., Chalabaev A., Stephan Y., Corrion K., d'Arripe-Longueville F. (2014), *Aging Stereotypes and Active Lifestyle: Personal Correlates of Stereotype Internalization and Relationships with Level of Physical Activity among Older Adults*, in *Psychology of Sport and Exercise*, 15(2), pp. 198-204.
- Fiske S.T., Cuddy A.J., Glick P., Xu J. (2002), *A Model of (often Mixed) Stereotype Content: Competence and Warmth Respectively Follow from Perceived Status and Competition*, in *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, pp. 878-902.
- Galdi S., Tomasetto C. (2022), *Subire gli stereotipi*, in M. Brambilla, S. Sacchi, a cura di, *Psicologia sociale del pregiudizio*, Raffaello Cortina Editore, pp. 251-272.
- Galinsky A.D., Moskowitz G.B. (2000), *Perspective-taking: Decreasing Stereotype Expression, Stereotype Accessibility, and In-Group Favoritism*, in *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(4), pp. 708-724.
- Greenwald A.G., McGhee D.E., Schwartz J.L. (1998), *Measuring Individual Differences in Implicit Cognition: The Implicit Association Test*, in *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(6), pp. 1464-1480.
- Lamont R.A., Swift H.J., Abrams D. (2015), *A Review and Meta-Analysis of Age-Based Stereotype Threat: Negative Stereotypes, not Facts, Do the Damage*, in *Psychology and Aging*, 30(1), pp. 180-193.
- Levy B. (2009), *Stereotype Embodiment: A Psychosocial Approach to Aging*, in *Current Directions in Psychological Science*, 18(6), pp. 332-336.
- Merton R.K. (1948), *The Self-Fulfilling Prophecy*, in *The Antioch Review*, 8(2), pp. 193-210.
- Mucchi Faina A. (2013), *Troppo giovani, troppo vecchi. Il pregiudizio sull'età*, Laterza.
- Nelson T.D. (2005), *Ageism: Prejudice Against Our Feared Future Self*, in *Journal of Social Issues*, 61(2), pp. 207-221.
- North M.S., Fiske S.T. (2012), *An Inconvenienced Youth? Ageism and Its Potential Intergenerational Roots*, in *Psychological Bulletin*, 138(5), pp. 982-997.
- Nosek B.A., Banaji M.R., Greenwald A.G. (2002), *Harvesting Implicit Group Attitudes and Beliefs from a Demonstration Web Site*, in *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 6(1), pp. 101-115.
- Sacchi S., Brambilla M. (2022), *Le basi cognitive del pregiudizio: categorizzazione e stereotipi*, in M. Brambilla, S. Sacchi, a cura di, *Psicologia sociale del pregiudizio*, Raffaello Cortina Editore, pp. 75-103.
- Schlueter E., Meuleman B., Davidov E. (2013), *Immigrant Integration Policies and Perceived Group Threat: A Multilevel Study of 27 Western and Eastern European Countries*, in *Social Science Research*, 42, pp. 670-682.

- Sperbeck D.J., Whitbourne S.K. (1981), *Dependency in the Institutional Setting: A Behavioral Training Program for Geriatric Staff*, in *The Gerontologist*, 21(3), pp. 268-275.
- Steele C.M., Aronson J. (1995), *Stereotype Threat and the Intellectual Test Performance of African Americans*, in *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(5), pp. 797-811.
- Tajfel H., Wilkes A.L. (1963), *Classification and Quantitative Judgement*, in *British Journal of Psychology* 54(2), pp. 101-114.
- Tam T., Hewstone M., Harwood J., Voci A., Kenworthy J. (2006), *Intergroup Contact and Grandparent-Grandchild Communication: The Effects of Self-Disclosure on Implicit and Explicit Biases against Older People*, in *Group Processes & Intergroup Relations*, 9, pp. 413-429.
- Taylor D.M., Wright S.C., Moghaddam F.M., Lalonde R.N. (1990), *The Personal/Group Discrimination Discrepancy: Perceiving My Group, but Not Myself, to Be a Target for Discrimination*, in *Personality and Social Psychology Bulletin*, 16(2), pp. 254-262.
- Trifiletti E., Di Bernardo G.A., Visintin E.P. (2019), *Gli atteggiamenti*, in L. Andrighetto, P. Riva, a cura di, *Psicologia sociale. Fondamenti teorici ed empirici*, il Mulino, pp. 131-151.
- Turner R.N., Crisp R.J. (2010), *Imagining Intergroup Contact Reduces Implicit Prejudice*, in *British Journal of Social Psychology*, 49(1), pp. 129-142.
- Vezzali L., Stathi S. (2021), *Using Intergroup Contact to Fight Prejudice and Negative Attitudes: Psychological Perspectives*. *European Monographs in Social Psychology Series*, Routledge.
- Visintin E.P. (2021), *Contact with Older People, Ageism, and Containment Behaviours During the Covid-19 Pandemic*, in *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 31(3), pp. 314-325.
- Visintin E.P., Green E.G., Sarrasin O. (2018), *Inclusive Normative Climates Strengthen the Relationship between Identification with Europe and Tolerant Immigration Attitudes: Evidence from 22 Countries*, in *Journal of Cross-cultural Psychology*, 49(6), pp. 908-923.
- Visintin E.P., Tasso A. (2022), *Are You Willing to Protect the Health of Older People? Intergenerational Contact and Ageism as Predictors of Attitudes toward the COVID-19 Vaccination Passport*, in *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(17), 11061.
- Voci A., Pagotto L. (2010), *Il pregiudizio: che cosa è, come si riduce*, Laterza.

ABITARE CITTÀ A MISURA DI ANZIANO

Elena Dorato

SOMMARIO: 1. Riflessioni introduttive. La policrisi della longevità e le potenzialità dell'Urbanistica. - 2. Abitare la città. Spazio pubblico, residenzialità, socialità e salute. - 3. Un'esperienza di ricerca *per e con* gli anziani al quartiere Barco di Ferrara.

1. Riflessioni introduttive. La policrisi della longevità e le potenzialità dell'Urbanistica

La condizione di “crisi demografica” descritta dall'ISTAT a partire dall'anno 2019 ci impone un necessario ripensamento di alcune questioni strutturali del nostro vivere urbano. Il progressivo invecchiamento della popolazione rappresenta indubbiamente un traguardo senza precedenti per l'umanità che, tuttavia, può facilmente generare situazioni di disequilibrio sociale, economico e urbano. Infatti, come ormai noto e come già discusso in questo volume, tra le conseguenze di una crescente longevità vi è anche l'aumento della pressione sul sistema sanitario (sia come sovraccarico dei servizi, chiamati a far fronte alle esigenze di una popolazione che è più esposta a traumi, malattie e ai rischi di non autosufficienza, che in termini economici), l'entrata in crisi del modello di welfare consolidato durante il secolo scorso (principalmente in relazione allo squilibrio generazionale tra la popolazione lavorativamente attiva e coloro che, invece, hanno accesso a un reddito quasi esclusivamente attraverso i meccanismi redistributivi dei sistemi pensionistici) e inedite condizioni di vulnerabilità, cui si aggiungono “nuove povertà” (Sarpellon 1993; Badiali 2013) non solo economiche, ma anche socio-relazionali e psico-affettive.

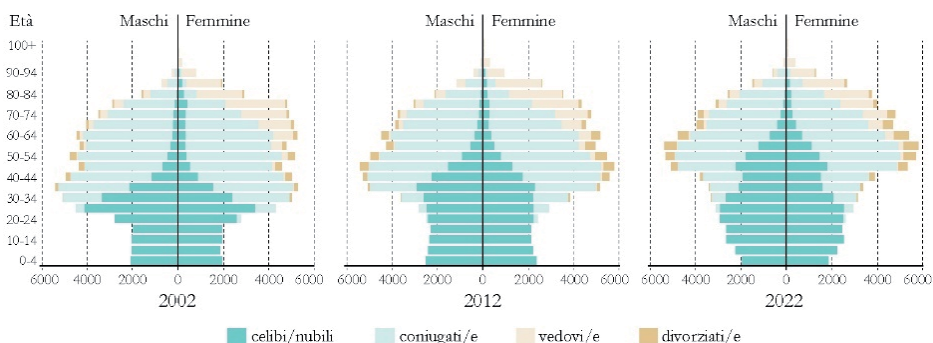
A livello locale, sono i singoli territori e soprattutto le città a dover rispondere alle esigenze quotidiane di una popolazione anziana eterogenea

e in costante crescita, che cerca risposte ai propri bisogni più immediati nelle strutture sanitarie e nei percorsi terapeutici, nell'offerta di alloggi fisicamente ed economicamente accessibili, nei sistemi di mobilità pubblica e attiva, nei servizi di assistenza domiciliare, nei luoghi dedicati a una socialità protetta e dedicata come sono, ad esempio, i "centri anziani" e certamente negli spazi pubblici. "I diversi bisogni espressi dal numero crescente di soggetti anziani finiscono per intersecare il piano nazionale con quello locale, e rappresentano una sfida importante con cui le città italiane sono e saranno chiamate a confrontarsi" (Carrera, 2020, p. 204). Mettere in atto politiche e azioni per garantire spazi pubblici, servizi e infrastrutture cittadine "a misura di anziano" e supportare così un invecchiamento attivo e in salute della popolazione rappresenta, oggi, una necessità e non un lusso.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha stimato che se la percentuale di popolazione Europea definita come anziana è aumentata dal 13,7% nel 1990 al 17,4% nel 2010, entro il 2060 circa il 30% avrà più di 65 anni, con una crescita esponenziale dei cosiddetti "grandi anziani" (gli over80). L'Italia è già il Paese più vecchio d'Europa con il 21,4% di anziani a fronte di una media europea del 18,5%. Per quanto riguarda il contesto regionale Emiliano-Romagnolo, secondo le ultime stime della *Sorveglianza Passi d'Argento*¹, quasi una persona su quattro ha più di 64 anni (pari a circa un milione di persone) di cui un terzo ha più di 80 anni, e le previsioni demografiche per il prossimo decennio indicano un aumento ulteriore della componente anziana fino al 28,4% nel 2035. Un tale fenomeno di "onda d'urto" sulle dimensioni e caratteristiche della piramide delle età a livello nazionale e locale viene, prevalentemente, dall'entrata nella seconda fase dell'età adulta della generazione dei cosiddetti *baby boomers*, ovvero le coorti nate tra il 1946 e il 1965 circa. Oggi, la speranza di vita a 65 anni è pari a 18,9 anni per gli uomini e 21,8 per le donne, con un guadagno rispettivamente di 2 e 0,9 anni rispetto a 20 anni fa. La speranza di vita libera da disabilità (ovvero l'indicatore che valuta anche la qualità degli anni di vita attesi) nel 2021 in Emilia-Romagna è di 9,8 anni per gli uomini e 9,9 anni per le donne (che, con un'aspettativa di vita più lunga, soffrono un carico di disabilità maggiore), in linea con i valori nazionali.

1. Tutti i dati statistici regionali sulla popolazione anziana riportati in questo capitolo fanno riferimento all'ultima rilevazione "Sorveglianza Passi d'Argento 2018-2021", consultabile sul portale della Regione Emilia-Romagna al link: <https://salute.regione.emilia-romagna.it/sanita-pubblica/sorveglianza/passi-dargento> (27/05/2023).

Evoluzione della popolazione della provincia di Ferrara per età, sesso e stato civile al 2002, 2012 e 2022 [rielaborazione su dati ISTAT]



È rilevante sottolineare che, all'interno del contesto regionale, la provincia di Ferrara è quella in cui il processo di invecchiamento della popolazione è in fase più avanzata, con un'età media pari a 48,9 anni, un indice di vecchiaia di 265 (un valore elevatissimo rispetto alla media nazionale di 182,6 che rappresenta il grado di invecchiamento della popolazione attraverso il numero di anziani presenti ogni 100 giovani), l'indice di dipendenza pari a 64 (un indicatore di rilevanza economica e sociale che descrive il numero di individui non autonomi per ragioni demografiche – bambini e anziani – ogni 100 individui potenzialmente indipendenti), l'indice di dipendenza anziani di 47 (rapporto tra popolazione di 65anni e più e popolazione in età attiva) e un indice di struttura della popolazione attiva di 177 (ISTAT, 2022). Alla luce di queste prospettive, L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha lanciato un messaggio importante relativo alla salute degli anziani: “Invecchiare è un privilegio e una meta della società. È anche una sfida, che ha un impatto su tutti gli aspetti della società del XXI secolo”.

La gestione di una popolazione sempre più longeva e potenzialmente bisognosa di sostegno si profila, infatti, come un'importante sfida non più solo sanitaria, sociale e politica, ma anche e soprattutto *urbana*: per gli effetti che i modelli consolidati di strutturazione e diffusione insediativa quali abitabilità, connettività e trasporti, delocalizzazione dei servizi, hanno e avranno specialmente sugli anziani e sui gradi di “abitabilità anziana” del territorio. Per gli sforzi necessari in termini di buona progettualità, con particolare riferimento ai nuovi modelli di residenzialità (anche fondati sul recupero e sulla rifunzionalizzazione del patrimonio edilizio esistente) e alle qualità fondamentali dello spazio pubblico, aggregativo e connettivo delle nostre città quali accessibilità, inclusività e sicurezza, considerando al contempo gli effetti che l'invecchiamento stesso, insieme alle dinamiche

migratorie e ad altri cambiamenti socio-geo-politici in atto, sta avendo e avrà sull'uso di questi spazi (Dorato, 2019). Una sfida per le ulteriori implicazioni che situazioni di emergenza sanitaria come quella vissuta con la pandemia e relative strategie di gestione hanno e potenzialmente avranno sulle condizioni di salute e qualità della vita delle persone anziane, oltre che sui loro diritti (Dorato, Bernardini, 2021). Come efficacemente descritto da Ruggieri (2011, p. 186), “La sfida posta dalla complessità della città del prossimo futuro è già iniziata. Sta nella ricerca e nel mantenimento di un soddisfacente equilibrio dialogico fra bisogni emergenti e necessità di vecchie, nuove e durevoli ‘accessibilità’ per tutto l’arco temporale dell’esistenza della sua, sempre più anziana, cittadinanza urbana”.

Lavorare in una simile direzione implica una duplice riflessione. Innanzitutto, l’esigenza di un cambio di prospettiva radicale, che non può che partire dal piano culturale. Una volta definite le domande fondamentali di quale sia l’immagine che abbiamo delle persone anziane e quale spazio siamo disposti a riconoscere loro all’interno delle nostre società, dalle risposte che saremo in grado di dare dipenderanno le scelte urbanistiche nonché politico-istituzionali del nostro futuro prossimo. In secondo luogo, appare necessario individuare e modificare quei fattori che, nella quotidianità, minacciano o influiscono negativamente sulla salute e sull’invecchiamento autonomo della popolazione, valorizzando soluzioni efficaci e innovative che permettano a tutti di rimanere il più a lungo possibile autonomi e in buona salute, lavorando anche sul mantenimento delle capacità motorie, intellettive e sociali, ovvero sull’articolato sistema delle relazioni sociali, affettive e “urbane” cui prendiamo parte ogni giorno. Attualizzando le parole di Ruggieri (2013, p. 62),

La complessità della realtà che si sta auto-organizzando sotto i nostri occhi non può non catturare l’attenzione dei medici e quella di pianificatori e urbanisti. Al pari di altre discipline fondamentali sembra giunto il tempo, anche per l’Urbanistica, di rettificare la sua missione. La transizione demografica ed epidemiologica la sta interpellando e il risultato di questa conversione dipenderà dal senso che attribuirà al costruito antropologico e medico-sociale della vecchiaia.

In linea con le sfide e i principi dell’invecchiamento attivo, definito dall’OMS (2002) come quel processo di ottimizzazione delle opportunità relative a salute, partecipazione e sicurezza teso al miglioramento della qualità di vita delle persone – ovvero un processo che interessa il nostro intero ciclo di vita ed è influenzato da numerosi fattori tra cui la partecipazione sociale, la salute e il mantenimento dell’autonomia – una città a misura di anziano dovrebbe dotarsi di politiche, servizi, spazi e strutture

in grado di supportare al meglio la popolazione over65, garantendo il diritto alla casa e offrendo opportunità per mantenersi attivi, partecipare alla vita comunitaria e sentirsi sicuri. Come sta ampiamente dimostrando la letteratura scientifica, traguardando la riduttiva associazione “anziano – disabilità – superamento delle barriere architettoniche”, i vantaggi diretti e indiretti di ripensare in questi termini i nostri contesti urbani sono molteplici e le ricadute positive su qualità urbana, ambiente, salute pubblica, economia, socialità, sicurezza e accessibilità sono a potenziale beneficio non solo delle persone anziane, ma di tutta la popolazione. Come scrisse Giovanni Michelucci (1985, p. 125),

La giusta soluzione per una categoria di cittadini, se espressivamente adeguata, equivarrebbe ad un vantaggio per tutti, non solo estetico, ma anche economico. Il passaggio a cui l'architettura deve giungere, per motivi estetici e non solo etici, è quello di studiare uno spazio che possa parlare ed essere pienamente vissuto a vari livelli, dalle più svariate condizioni dell'uomo.

Proprio a questo si riferisce lo slogan lanciato dall'OMS nel 2007 “Una città a misura di anziano è una città a misura di tutti”, investendo governi, amministratori, studiosi, professionisti e intere comunità della responsabilità di ripensare i contesti urbani come veri e propri dispositivi socio-spaziali in grado di garantire migliori condizioni di vita (*abitabilità*) per la crescente popolazione *senior*, così come per tutta la cittadinanza.

I problemi e le sfide legate ai temi dell'invecchiamento, oggi, emergono in maniera sempre più evidente, come evidente è anche la relativa inefficacia di politiche e sforzi mono-settoriali (sanitari, socio-assistenziali, economici) concepiti indipendentemente uno dall'altro. A questo proposito è necessario sottolineare come anche la ricerca scientifica si sia focalizzata prevalentemente sui “grandi anziani” (over 80), sugli anziani non autosufficienti o bisognosi di particolari cure e su quelli in condizioni abitative precarie o in evidenti ristrettezze economiche (Bosman, 2012). Il *focus* sugli anziani più fragili e sui gruppi più poveri e socialmente esclusi è particolarmente comune nelle scienze sociali ed epidemiologiche, così come anche negli studi relativi al mercato immobiliare e nelle discipline architettoniche.

Specie in quest'ultimo campo, la ricerca teorica e applicata si è concentrata sulle condizioni abitative dell'anziano intese nel senso più stringente dell'alloggio, confinando spesso le riflessioni sull'invecchiamento della popolazione all'interno di studi più facilmente misurabili e quantificabili, indagando gli aspetti tecnologici, domotici, quasi “curativi” dell'involucro edilizio e delle sue componenti sia mobili che fisse, al fine di assicurare

maggiori condizioni di comfort e sicurezza all'interno della dimensione prettamente privata di ognuno, specie in soggetti affetti da determinate patologie. Ne sono un esempio significativo i tanti studi e ricerche a supporto di un invecchiamento sempre più "controllato", che si concentrano su arredi, attrezzature, materiali per migliori condizioni di accessibilità e sicurezza dell'unità abitativa (Baratta *et al.*, 2018; Engineer *et al.*, 2018), i progetti per nuove forme di residenzialità assistita e strutture di cura per anziani affetti da particolari patologie e le sperimentazioni tecnologiche e applicazioni in domotica, sensoristica, *Internet of Things* (IoT) e *ambient assisted living* (Scataglini *et al.*, 2022; Arbizzani *et al.*, 2022; Borelli *et al.*, 2019).

Il tema è indubbiamente fondamentale: i circa tre milioni di incidenti domestici rilevati ogni anno in Italia che coinvolgono principalmente anziani, oltre che donne e bambini, sono la rappresentazione più diretta degli scarsi livelli di fruibilità e adeguatezza di molti ambienti abitativi. Scale ripide e mancanza di ascensori, arredi ingombranti e pericolosi, impianti vetusti e non a norma, pavimentazioni sconnesse o scivolose sono solo alcune delle insidie che si annidano tra le mura di casa e che minacciano quotidianamente la vita di molti anziani. Ma non è solo l'ambiente domestico ad aver bisogno di attenzione e interventi, quanto la dimensione pubblica rappresentata da tutto ciò che esiste e avviene *al di fuori* dell'uscio di casa: nel quartiere, negli spazi della città. La città rappresenta lo scenario che quotidianamente accoglie e permette – oppure nega – lo svolgersi e l'intrecciarsi di tutte le nostre attività e, pertanto, anch'essa necessita delle medesime attenzioni rivolte al miglioramento delle condizioni di vivibilità dell'abitazione.

Una lettura critica di questa tendenza permette di osservare come, da un punto di vista socio-culturale e di radicamento di un'idea collettiva di anzianità, questa sia grandemente relegata a una dimensione "privata": spazialmente (la casa), così come socialmente e giuridicamente. L'identificazione delle persone *senior* con la dimensione più privata del vivere quotidiano non ha solo un carattere tecnico, ma assume un preciso significato politico, poiché lo spazio pubblico è storicamente abitato dai cosiddetti "soggetti paradigmatici", ovvero socialmente dominanti, mentre l'assegnazione di soggettività "altre" alla sfera privata ha contribuito a rinsaldare la percezione di un'umanità non piena di chi vi è ospitato (Bernardini, Giolo 2017). Da questa impostazione culturale è derivata la superfluità o, nella migliore delle ipotesi, la settorialità delle riflessioni incentrate sui soggetti "non paradigmatici" tra cui, indubbiamente, ritroviamo le persone anziane.

A tali riflessioni si aggiunge un'altra criticità da superare, ovvero la scarsa considerazione di bisogni, preferenze ed esperienze quotidiane dei cosiddetti “giovani anziani” a favore dei gruppi sopra elencati. Come già teorizzato dalla gerontologa americana Bernice Neugarten, madrina del concetto di *young-old* che ha poi dato il titolo al bel volume di Simpson (2015), gli stereotipi di ciò che eravamo abituati a definire vecchiaia sono ormai cambiati, specie per la crescente fetta di popolazione compresa tra i 55 e i 75 anni: persone in transizione verso un'età matura, per lo più autosufficienti e in salute, con livelli sempre maggiori di educazione e partecipazione alla vita comunitaria. Secondo la Neugarten, questo gruppo sociale ha sviluppato una serie di “nuovi bisogni” relativamente all'uso del proprio tempo e alla massimizzazione delle opportunità di miglioramento personale come condizioni di salute, estetiche e socio-culturali, acquisendo di fatto il ruolo di nuovi “agenti di cambiamento sociale” capaci di creare una “società in cui l'età diviene irrilevante” (Neugarten, 1974). Gli anziani di oggi, ci dice Amendola (2011), sono diventati un “soggetto sociale cruciale”: “In bilico tra capacità fisiche decrescenti e aspirazioni crescenti, gli anziani sono oggi portatori di una domanda complessa e solvibile” (p. 97). Finché l'invecchiamento non verrà realmente inteso come un processo complesso che ci accompagna in tutte le fasi della vita, direttamente collegato al benessere delle popolazioni (fisico, sociale, ambientale, economico, emotivo), l'approccio “curativo” continuerà a prevalere su quello “preventivo”, sminuendo le enormi potenzialità che la disciplina Urbanistica offre (Dorato, 2020).

2. Abitare la città. Spazio pubblico, residenzialità, socialità e salute

“Abitare la città” significa – anche – trovare e stabilire un (nuovo) *habitus*, nella concezione sociologica di Bourdieu (1995; 2005), e un nuovo *habitat*. Questi due termini, di analoga etimologia, si rifanno a condizioni di interrelazione e influenza tra le persone, gli spazi che vivono (abitano) e i comportamenti che qui si sviluppano, collocando necessariamente gli esseri umani all'interno della città come sistema complesso. Sposando la tesi della psicologia ambientale, “La città è luogo di realtà multiple e contrastanti” (Krupat, 1985, p. 14), nonché il “contesto comportamentale” fisico e sociale che produce e influenza il nostro essere, crescere, invecchiare. Come ci insegna l'evidenza scientifica e come verrà successivamente discusso in questo contributo, la città rappresenta, oggi, uno dei principali

“determinanti sociali di salute”² e, per estensione, di invecchiamento attivo.

La necessaria attenzione multidimensionale, oltre che multidisciplinare, al tema dell’abitare è intrinseca al significato stesso del termine: *abitare* non è un oggetto, bensì un processo complesso e multi-livello che si sviluppa e possibilmente muta, nel tempo e nello spazio, in parallelo al processo di invecchiamento che caratterizza gli esseri umani. Questa visione si oppone a quella più radicata, specie in epoca recente, che intende l’abitare in maniera oggettuale e tecnicista, arrivando quasi a una convergenza tra abitare e abitazione (Tosi, 1994). L’abitare è “situato”, poiché “Abitare implica sempre una relazione ricca e significativa con i luoghi. Il territorio è una componente essenziale nei processi abitativi. Esso dà forma alle pratiche quotidiane degli abitanti e a sua volta ne viene plasmato [...]”; il territorio influenza le pratiche quotidiane degli abitanti e contribuisce a definirli socialmente” (Palvarini, 2010, p. 32). Infatti, secondo la letteratura ormai florida degli *housing studies*, le “dimensioni” principali della qualità dell’abitare sono cinque³, strettamente intrecciate tra loro.

La prima dimensione è chiaramente la qualità fisica dell’alloggio, le caratteristiche strutturali dell’abitazione e le dotazioni di servizi. La disponibilità di spazio abitativo è la seconda dimensione, che indica l’adeguatezza dell’alloggio rispetto alle esigenze di spazio dei suoi abitanti e risulta particolarmente importante per la popolazione anziana in ragione delle esigenze dinamiche e mutevoli proprie del processo di invecchiamento. La cosiddetta sicurezza di godimento, terzo indicatore, si basa sull’assunto che la casa rappresenti un punto di riferimento cognitivo per le persone, una “fonte di sicurezza ontologica” (Dovey, 1985) derivante principalmente dal disporre di- e controllare uno spazio abitativo. Questa dimensione è rilevante per la popolazione *senior* poiché legata alle modalità di occupazione dell’alloggio e alla relativa soddisfazione di chi lo abita (ad esempio, la stabilità garantita da un titolo di godimento legittimo in opposizione a condizioni di precarietà abitativa). La sostenibilità economica è il quarto criterio fondamentale da tenere in considerazione, evidenziando come la

2. I determinanti sociali della salute (*Social Determinants of Health*) rappresentano quei fattori non medici che influenzano gli *outcome* di salute della popolazione. Questi includono le politiche e i sistemi economici, i programmi di sviluppo, l’educazione, le norme socio-comportamentali e, non da ultimo, le caratteristiche degli ambienti fisici in cui nasciamo, cresciamo e diventiamo vecchi. Per una trattazione estensiva del ruolo della città come determinante di salute si veda: Dorato E. *Preventive Urbanism. The role of health in designing active cities*, Quodlibet 2020 – cap. 3 “Toward a Preventive Urbanism”.

3. Per una trattazione ampia sul tema, si veda Palvarini P. “Qualità abitativa e vivibilità urbana”, in *Quaderni di Sociologia*, n. 52, 2010, pp. 31-51.

qualità dell'abitare passi anche dalla sua onerosità (la cosiddetta *affordability*). Infine, la quinta dimensione è rappresentata dalla qualità territoriale (del quartiere, del paese, o della città): l'aspetto più significativo dal punto di vista urbanistico, che insiste sulla rilevanza dell'armatura urbana e relative caratteristiche nella capacità di garantire e mantenere nel tempo il benessere (fisico, sociale, psicologico) della popolazione.

Sperimentazioni virtuose e studi teorici e applicati stanno dimostrando come alla diade sistema sanitario e del welfare – politiche per la casa si debba oggi necessariamente aggiungere un terzo elemento di pari rilevanza, ovvero la piattaforma degli spazi pubblici urbani. Questi tre ambiti rappresentano i pilastri su cui basare e costruire le politiche e gli interventi a supporto dell'invecchiamento attivo e, più in generale, della popolazione anziana, contrastando in maniera concomitante le condizioni di declino o degrado in cui versano oggi numerose città (Martinoni, Sassi, 2011) o parti di esse. Questo è vero, generalizzando, specialmente per i centri storici e le periferie, contesti che molto spesso ospitano un elevato numero di residenti anziani e che, seppur per differenti ragioni, si trovano di frequente in condizioni di emergenza o *deficit* rispetto alla domanda di dotazioni e servizi, così come a quella di residenze dagli standard adeguati. All'interno dei centri storici, ad esempio, i processi di espulsione della popolazione anziana sono spesso dovuti ai vincoli urbanistici e architettonici (basti pensare all'impossibilità di dotare la maggior parte dei palazzi storici di ascensori) o legati alla *gentrificazione*, che "sostituisce" ai vecchi abitanti nuovi e più benestanti residenti, portatori di bisogni e pratiche urbane diverse e spesso incompatibili con quelle degli anziani. Le periferie, invece, presentano spesso strutture di "prossimità socio-spaziale" troppo deboli e disperse, con quartieri funzionalmente zonizzati costruiti attorno a grandi infrastrutture per il traffico veicolare privato, con conseguenze importanti in termini di sicurezza, isolamento e, più in generale, qualità urbana e, quindi, della vita.

A differenza all'approccio prevalente e consolidato di organizzazione spaziale e sociale della popolazione "fondato o sull'adattamento dell'anziano all'esistente, o sulla sua esclusione" (Amendola, 2011), è necessario conformare l'*habitat* urbano – dall'abitazione, al quartiere alla città – ai bisogni speciali e mutevoli dei cittadini *senior*. Sono gli spazi della città a doversi adeguare e modificare per favorire l'invecchiamento attivo e agevolare il più possibile l'esperienza urbana quotidiana (fisica e sociale), rispondendo quindi a politiche e programmi mirati al rilevamento di debolezze, carenze e difetti dei sistemi insediativi esistenti e, di conseguenza, lavorando al loro miglioramento. A tale scopo, oltre che sperimentare

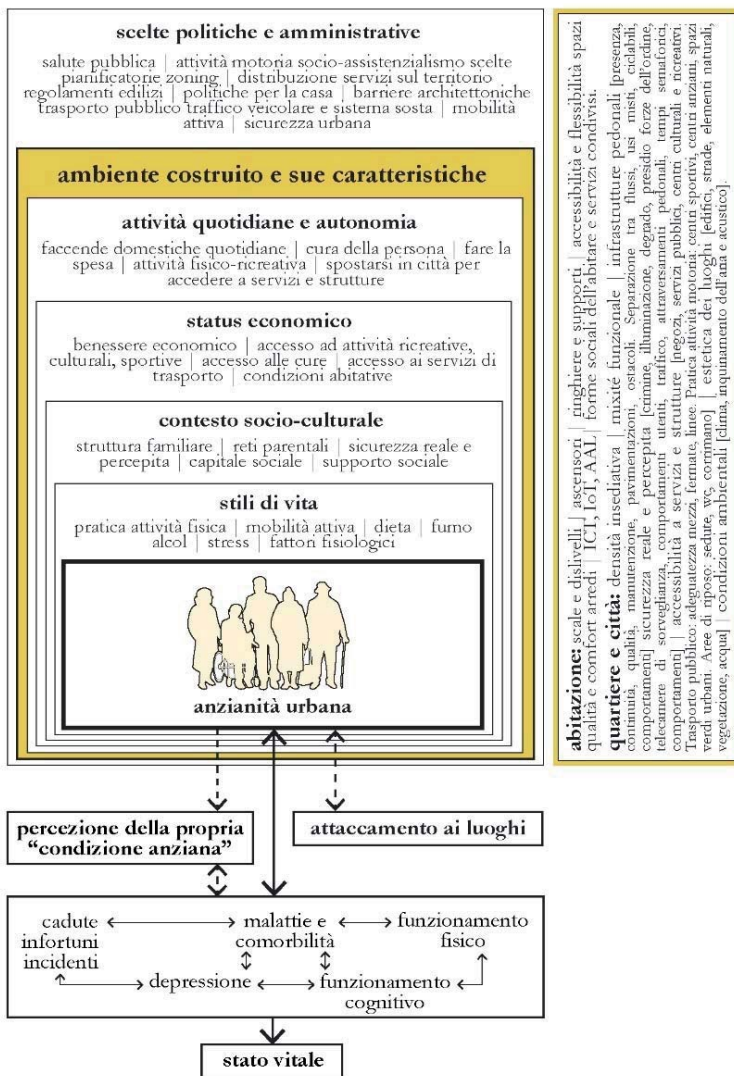
nuovi approcci interdisciplinari per lo studio delle relazioni di influenza tra la popolazione anziana e le caratteristiche del contesto urbano in cui questa vive, risulta fondamentale concentrarsi su nuovi strumenti esigenziali e prestazionali anziché prescrittivi (Ghirardelli, 1996).

Riprendendo e contestualizzando il “modello ecologico di invecchiamento” (Dorato, 2019) già sviluppato per una precedente esperienza di ricerca su popolazione anziana e città, si possono meglio comprendere le dimensioni fondamentali, le cause, le relazioni e gli impatti diretti e indiretti che i contesti di vita possono avere sulla qualità dell’invecchiamento della popolazione. Per definizione, un modello ecologico si basa sull’assunto che i comportamenti di salute dei singoli siano influenzati dall’interazione dinamica tra fattori biologici, comportamentali e ambientali e che questa reciprocità si sviluppi e manifesti durante l’intero ciclo di vita delle persone (Smedley, Syme, 2000). L’eterogeneità della popolazione è messa in valore dall’approccio antropocentrico che, attorno a questa, sviluppa in maniera integrata dei macro-fattori di incidenza che si manifestano anche in fasi di vita “non anziana”, incoraggiando prassi il più possibile multidisciplinari e multi-livello che colleghino tra loro dimensioni normative, di ricerca e operative (McLeroy *et al.*, 1988; Stokols, 1996).

Ciò che distingue questo modello da altre teorie comportamentali socio-cognitive è proprio il *luogo*, l’introduzione del determinante ambientale (King *et al.*, 2002; Sallis *et al.*, 2008). Includere l’ambiente fisico, architettonico e urbano in cui viviamo, cresciamo e nel quale invecchiamo, tra i principali determinanti di salute e di invecchiamento attivo ci permette di ripensare le forme e le funzioni dello spazio pubblico come un costruito capace di abilitare o dis-abilitare ogni cittadino, specie se anziano e con bisogni in dinamico cambiamento, alle attività quotidiane. La città diviene, dunque, “elemento contestuale essenziale” (Maus, Satariano, 2017) rispetto ai processi di invecchiamento della popolazione, facendo emergere sempre più forte la necessità di lavorare in maniera integrata tra le politiche pubbliche di promozione della salute, l’architettura e l’urbanistica per creare ambienti urbani “a misura di anziano”.

Il modello che segue, seppur in forma semplificata, vuole rappresentare le relazioni tra i principali fattori incidenti sul processo di invecchiamento delle persone, con un’attenzione particolare al ruolo della *città*. La prima parte, infatti, schematizza i determinanti di salute a livello urbano che, oltre alle caratteristiche congenite dei singoli individui, comprendono gli stili di vita, l’ambiente sociale e comunitario, le condizioni socio-economiche, i livelli di autonomia nello svolgimento delle attività quotidiane, l’ambiente costruito e le sue caratteristiche (dall’abitazione alla città) e la dimensione politico-amministrativa.

Modello ecologico di invecchiamento che evidenzia le principali caratteristiche urbane e dell'abitazione capaci di influenzare gli stili di vita e la salute della popolazione anziana urbana [Dorato, 2019; adattato e rielaborato da Barton, Grant, 2006; Satariano, 2006; Sallis et al., 2006]



Seppure la ricerca scientifica in materia sia ancora relativamente frammentata, con uno scarso contributo dalle discipline urbanistiche, la quasi totale assenza di studi longitudinali e una concentrazione considerevole di lavori condotti in contesti extra-europei, si sta consolidando il ruolo di determinati fattori urbani specie in relazione alle abitudini di pratica di atti-

vità motoria⁴, con ricadute dirette su salute e qualità dell'invecchiamento. I principali componenti ambientali che influiscono, a diversi livelli, sull'invecchiamento in salute e il mantenimento dell'autonomia psico-fisica degli anziani in ambito urbano sono aggregabili in cinque macro-categorie (Moran *et al.*, 2014): infrastrutture pedonali, sicurezza reale e percepita, accesso a servizi e strutture, estetica dei luoghi e condizioni ambientali. A loro volta, ognuna di queste è suddivisibile in sotto-fattori ambientali, come indicato nel modello. Specie per quanto concerne il favorire gli spostamenti attivi e lo svolgimento in autonomia delle attività quotidiane, la densità insediativa, la *mixité* funzionale e un'alta connettività stradale appaiono essere le caratteristiche urbane più rilevanti (ex multis, Saelens *et al.*, 2003; Frank *et al.*, 2005; Saelens e Handy, 2008; Thornton *et al.*, 2017).

Oltre ai determinanti socio-ambientali di salute e al loro nesso causale con il processo di invecchiamento, sociologi e gerontologi ambientali sostengono ormai che l'anzianità proceda di pari passo con un crescente "attaccamento ai luoghi", un concetto multidimensionale che si basa sui sentimenti del singolo verso persone, luoghi e legami (Arani *et al.*, 2022), rafforzando l'importanza delle componenti e caratteristiche fisiche del contesto urbano, specialmente in termini di percorribilità, sicurezza, accessibilità a spazi pubblici e servizi locali. È infatti dinamica frequente che, invecchiando, le persone tendano a essere più stanziali, radicandosi ulteriormente nei propri ambienti fisici e sociali (Gilleard *et al.*, 2007; Sun *et al.*, 2021). Ciò implica il mantenimento della capacità di scelta rispetto alle proprie condizioni abitative, la garanzia di un buon accesso ai servizi locali e connessioni sociali alla scala del quartiere, il sentirsi sicuri all'interno della comunità e l'essere indipendenti e autonomi (Wiles *et al.* 2011). Sulla scia del consolidamento internazionale della politica dell'*Aging in Place*, strategia che consente agli anziani di invecchiare e mantenere autonomia il più a lungo possibile nel proprio contesto di vita, il "luogo" non rappresenta più solo una dimensione *fisica* (Lewis, Buffel, 2020) come l'abitazione o il quartiere di residenza. Luogo è anche una dimensione *sociale* riguardante il mantenimento delle relazioni con le altre persone, *psico-emozionale* in riferimento al senso di appartenenza e attaccamen-

4. Per attività motoria (o attività fisica) si fa riferimento alla definizione data dall'OMS (2010) come qualsiasi movimento corporeo prodotto dai muscoli scheletrici che richiede un dispendio energetico, assumendo il concetto di HEPA *health-enhancing physical activity*. Questa comprende l'attività fisica ricreativa o di svago, il trasporto attivo (ad esempio camminare o andare in bicicletta), l'attività occupazionale (cioè il lavoro), lo svolgimento delle faccende domestiche, il gioco, lo sport e l'esercizio pianificato, nel contesto delle attività quotidiane, familiari e comunitarie.

to, *culturale* legata ai valori, al credo, all'etnicità, alle esperienze di vita delle persone anziane. A supporto di ciò, la ricerca scientifica ha ormai ampiamente dimostrato come invecchiare “a casa propria”, circondati da amicizie e affetti, rappresenti la speranza di ognuno (Costanzi, Gazzola, 2001; Rantz *et al.*, 2005; AARP, 2011), oltre che un risparmio in termini di cure e servizi quando fornite all'anziano all'interno della sua comunità di riferimento anziché in strutture dedicate (Chappell *et al.*, 2004; Curioni *et al.*, 2023).

Sempre trasversalmente rispetto alla prima parte del modello si colloca la percezione di ognuno rispetto alla propria “condizione anziana”. La letteratura multi-disciplinare ci insegna che buona parte delle persone – soprattutto i già citati *baby boomers* – vive con timore il progredire dell'età, sviluppando una percezione di sé che spesso non risponde agli anni anagrafici o alle effettive capacità e possibilità (Bosman, 2012). Come scrive Marc Augé (2014, p. 29) “Conosco la mia età, posso dichiararla, ma non ci credo”. L'interpretazione personale dell'età e, conseguentemente, della propria salute, delle proprie abilità, delle condizioni abitative e delle relazioni sociali, condiziona in maniera relativamente consapevole gli stili di vita e le scelte quotidiane delle persone. Ad esempio, credersi più giovani di quello che si è rispecchia, generalmente, un maggior livello di soddisfazione rispetto alle proprie condizioni (Westerhof, Barrett, 2005).

L'ultima parte del diagramma schematizza gli standard di salute e le relative conseguenze funzionali nell'anziano, come già discusso da Satariano (2006). È importante sottolineare che le variabili sono strettamente interconnesse tra di loro e, analogamente, le condizioni di salute esplicitate nell'insieme possono influire, con il passare del tempo, sia sui determinanti di salute che sulla percezione del singolo della propria “condizione anziana”. In conclusione, l'interazione di tutte le condizioni e i fattori esplicitati nel modello concorrono alla definizione dello stato vitale della persona.

Il contesto fisico urbano appare, quindi, un determinante complesso di particolare rilievo specialmente per la popolazione anziana. Gli spazi pubblici e di connessione della città rappresentano il punto di partenza su cui è necessario intervenire per prevenire l'aumento progressivo delle limitazioni funzionali legate all'età e il conseguente timore di muoversi al di fuori dell'ambito domestico, a loro volta cause scatenanti difficoltà nel superare barriere fisiche e psicologiche, prima tra tutte l'isolamento dell'anziano. L'Urbanistica può giocare un ruolo fondamentale nel miglioramento delle condizioni di vita urbane degli anziani, promuovendo stili di vita attivi attraverso l'organizzazione del sistema viario e dei trasporti, incoraggiando la mobilità attiva e l'uso dei mezzi pubblici, assicurando

sicurezza, accessibilità e autonomia nella fruizione degli spazi pubblici urbani, progettando strade, piazze, parchi, giardini in grado di rispondere alle esigenze di tutti, supportando attività ricreative, l'interazione sociale e il benessere della popolazione (Dorato, 2019).

Il diritto a una piena cittadinanza urbana passa, quindi, per la qualità degli spazi della città che si offrono in modo gratuito, indifferenziato ma al tempo stesso specifico quando ci si riferisce ai soggetti anziani. Il diritto alla città per questi soggetti, infatti, prende forma sia in una serie di interventi aspecifici sul piano della qualità degli spazi pubblici in termini di sicurezza, mobilità, occasioni di socialità, sia anche di interventi specifici per questi cittadini più deboli. (Carrera, 2020, p. 208)

3. Un'esperienza di ricerca *per e con* gli anziani al quartiere Barco di Ferrara⁵

Come già introdotto, i modi in cui la popolazione urbana vive, utilizza e interagisce con- e all'interno degli spazi pubblici di una città influenza (o dovrebbe influenzare) le scelte della progettazione urbanistica, così come le attenzioni e relative politiche di sanità pubblica, welfare, abitare pubblico e sociale, ponendo nuove condizioni ed esigenze per ripensare la struttura urbana.

A questo proposito, Vlahov e colleghi (2007, p. i17) scrivono che “L'urbanizzazione è stata tradizionalmente associata allo sviluppo e lo sviluppo alla salute, [*ma oggi*] riconciliare la crescente porzione di popolazione mondiale che vive nei centri urbani con l'obiettivo di creare città più sane per tutti rappresenta la principale sfida sanitaria del 21° secolo”, così come una sfida urbana. Sfida acuita e rilanciata dalla recente pandemia di Sars-Cov-2 poiché, come emerso chiaramente da

5. Questo capitolo presenta gli esiti della ricerca “Per una città attiva e amica degli anziani”, svolta con il CFR sotto la direzione scientifica dei Professori di UniFE Elena Dorato e Romeo Farinella (2021-22) per l'Azienda Casa Emilia-Romagna / ACER Ferrara. Ai fini di questa pubblicazione, viene illustrato solo il percorso svolto con un gruppo di anziani del quartiere Barco a Ferrara. Un ringraziamento speciale ad ACER per il supporto e la disponibilità: alla Dott.ssa Angela Molossi, alla Dott.ssa Barbara Chiolle del portierato sociale del Barco, alla Dott.ssa Caterina Barbierato ed Elisabetta Ferraina rispettivamente a Codigoro e Cento. Un grazie ai giovani collaboratori alla ricerca Giovanni Alberto Giotta, Caterina Rondina e Doroty Brancaccio; al Presidente e ai volontari del Centro Sociale autogestito dagli anziani “Il Barco” per l'ospitalità dimostrata e a tutte le persone che hanno generosamente partecipato a questo lavoro dedicandoci il loro tempo, le loro idee e le loro esperienze.

numerossissimi studi scientifici sulle correlazioni tra condizioni urbane e sviluppo del contagio (*ex multis*, Fang, Wahba, 2020; Hawkins *et al.*, 2020; Little *et al.*, 2021), si è osservato un innegabile nesso causale tra il benessere socio-economico della popolazione residente nei diversi quartieri o aree analizzate e la diffusione e aggressività del virus. Una tragica constatazione che porta l'attenzione al tema fondamentale delle disuguaglianze socio-economiche e della segregazione socio-spaziale rispetto alle disuguaglianze di salute e, per estensione, ai diversi percorsi possibili di invecchiamento attivo e in salute.

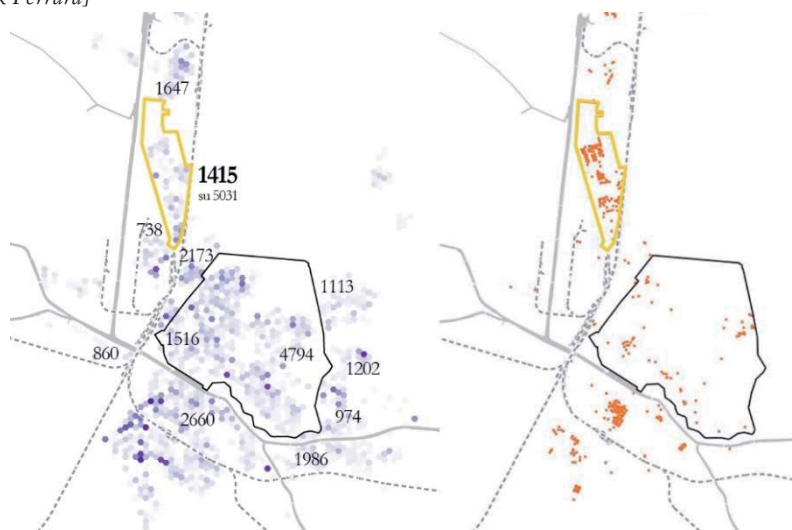
In questo quadro, lavorando insieme a un “campione di convenienza” di persone over65 assegnatarie di alloggi di edilizia residenziale pubblica nel quartiere Barco di Ferrara, tra il 2021 e il 2022 è stata condotta una ricerca partecipata con l'obiettivo di definire linee strategiche e piccole proposte meta-progettuali capaci di meglio indirizzare gli interventi di trasformazione e adattamento degli spazi pubblici e collettivi verso le necessità reali della popolazione anziana. Il lavoro ha permesso di definire le abitudini, i bisogni e le priorità del campione e, di conseguenza, valutare la sostenibilità e l'adeguatezza degli alloggi e degli spazi urbani di prossimità, concentrandosi sulla percezione della qualità della vita, salute, socialità, sicurezza, accessibilità e possibilità di praticare regolare attività motoria. La ricerca ha adottato una formula di percorso partecipato in tre fasi, già sperimentata in una precedente occasione in ambito regionale⁶ e potenzialmente replicabile per metodologia e finalità in altri contesti urbani, che ha visto la somministrazione di un questionario qualitativo semi-strutturato sviluppato ad hoc, lo svolgimento di *focus group* e una giornata di progettazione partecipata.

Le persone over65 che hanno volontariamente partecipato al percorso ne sono state informate dagli operatori ACER presso lo sportello del *Portierato Sociale* o dal passaparola di amici e vicini. Ciò ha permesso che il campione di convenienza “auto-selezionato” fosse particolarmente sensibile e interessato ai temi trattati, aperto al dialogo e al confronto e sollecito nell'esprimere la propria opinione all'interno di un gruppo. L'ambito pilota del Barco è stato scelto dall'Ente finanziatore ACER Ferrara sulla base di criteri quali la localizzazione periferica del quartiere, la storia “operaia” dell'area strettamente legata alle politiche per la casa e alla forte presenza

6. Si fa riferimento al lavoro di ricerca “Anziani & Città”, svolto tra il 2017 e il 2018 dal laboratorio CITER per conto della Regione Emilia-Romagna (Assessorato al Welfare e Politiche Abitative e Servizio Qualità Urbana e Politiche Abitative) e in convenzione con le ASP e i Comuni nei quartieri pilota di San Donato a Bologna e di Ospizio a Reggio Emilia.

di alloggi di ERP⁷, un'alta concentrazione di popolazione anziana residente, l'esistenza di gruppi organizzati di anziani per lo svolgimento di attività socio-ricreative come il Centro Sociale autogestito dagli anziani "Il Barco", e la presenza di una struttura di ascolto e supporto quale quella del *Portierato Sociale* di ACER, sperimentazione innovativa ormai consolidata all'interno del quartiere. Assumendo la definizione fornita da Borlini e Memo (2008, p. 28), è importante ribadire che i caratteri strutturali (anche) del quartiere Barco "[...] ruotano intorno a tre nodi principali: la ridotta estensione territoriale; l'interazione routinaria tra gli abitanti e un certo grado di organizzazione sociale; il tipo di funzioni ricoperte dal quartiere per la vita delle persone e per il sistema urbano".

Distribuzione media della popolazione over65 nella città di Ferrara e, a destra, distribuzione del patrimonio abitativo gestito da ACER [elaborazione dati da Anagrafe Comunale di Ferrara 2018 e ACER Ferrara]



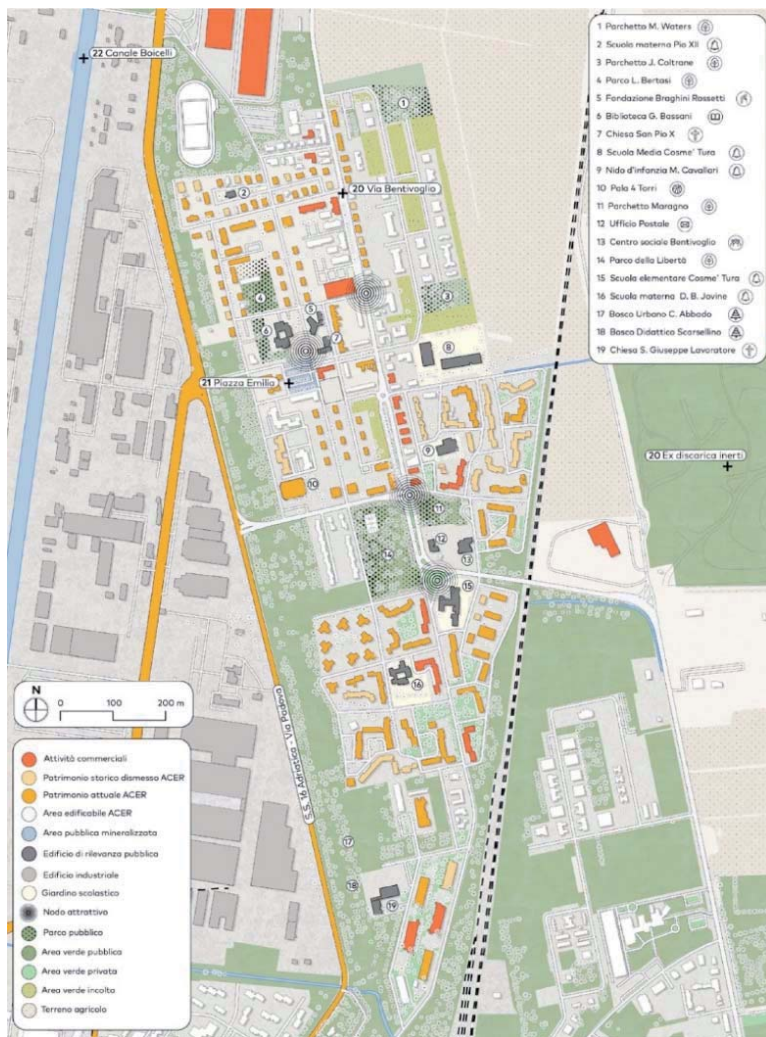
Lavorare per l'Azienda Casa in un contesto di periferia con molti anziani residenti è stato particolarmente rilevante poiché le dinamiche di invecchiamento della popolazione già introdotte si riflettono, evidentemente, anche sulla composizione dell'inquinato in edilizia residenziale pubblica, con un rischio crescente di "moltiplicazione" dei fattori di vulnerabilità. Ciò significa, pur generalizzando, che alle forme di disa-

7. Si veda, in merito, il volume *Per una storia della casa pubblica a Ferrara e Provincia. Studi e documenti IACP 1920/ACER 2020* curato da Dorato, Farinella e Nani per la celebrazione del centenario dell'Ente.

gio di tipo economico e sociale presenti nei “quartieri popolari” si sommano le fragilità indotte da una crescente anzianità dell’inquilinato e, contemporaneamente, degli edifici e delle abitazioni in cui questo vive, con un’offerta residenziale spesso inadeguata e incapace di rispondere a esigenze dinamiche e mutevoli, oltre che quantitativamente insufficiente a sopperire a una crescente domanda di mercato. “Nel tessuto urbano contemporaneo i quartieri periferici di edilizia popolare possono essere frequentemente descritti come territori sensibili in cui, pur con la presenza di traiettorie di cambiamento, si evidenziano elementi di fragilità compositi. Gli abitanti dei quartieri popolari [...] più di altri subiscono la difficile gestione del problema abitativo, spesso all’insegna dell’emergenza e non secondo piani di ampio respiro”, scrivono Brusciaglioni e colleghe (2013, p. 28).

Dall’ultimo *Bilancio di Sostenibilità 2020-2021* prodotto da ACER Ferrara si evince, infatti, come il 28% degli assegnatari sul territorio provinciale siano persone over65 che vivono in gran parte sole, con ben il 42% dei gruppi familiari totali che possono contare sulla pensione come unica forma di reddito (3.023 pensionati assegnatari ACER sul territorio) a cui si aggiunge un 7% per i quali la pensione è accompagnata da un’altra attività di lavoro dipendente. Inoltre, l’atomizzazione della struttura dei nuclei familiari pone, oggi, un’ulteriore questione in termini non solo di caratteristiche prestazionali di edifici e alloggi (come l’eliminazione delle barriere architettoniche di soglia, la presenza di ascensore, la sostituzione della vasca da bagno con piatto doccia, ecc.), ma anche dimensionali. È molto frequente, infatti, che inquilini ormai anziani e soli continuino a vivere nello stesso alloggio dove, in passato, hanno abitato insieme al coniuge e ai figli, dovendo farsi carico di spese troppo elevate (affitto, condominio, riscaldamento e altre utenze) e di un eccessivo impegno per mantenere buoni standard igienici e manutentivi. Per far fronte a questa situazione, diversi Enti, tra cui anche ACER Ferrara, hanno iniziato a operare forme possibili di “scambio alloggio” per venire incontro alle esigenze variegata dell’inquilinato. Nel quadro di una necessaria maggiore mobilità tra gli affittuari, ciò significa, ad esempio, ri-assegnare la persona anziana rimasta sola a un alloggio più piccolo ed economicamente più sostenibile, permettendo invece a una famiglia numerosa di occuparne la casa. Una simile strategia, pur necessitando di studi approfonditi dedicati, potrebbe rivelarsi efficace nel fornire risposte abitative rapide ai bisogni mutevoli delle famiglie e degli anziani soli, pur consapevoli del rischio di fragilizzare ulteriormente l’anziano a causa dell’allontanamento dal proprio contesto sociale, spaziale e affettivo di riferimento.

Inquadramento del quartiere Barco: il patrimonio abitativo pubblico, i servizi e le infrastrutture principali [elaborazione grafica di G.A. Giotta, 2023]



Struttura e metodologia della ricerca

Il lavoro con gli anziani al quartiere Barco di Ferrara si è sviluppato in tre fasi principali, ognuna corrispondente a un incontro con il campione di convenienza per rispondere a domande ed esigenze specifiche.

Durante il primo incontro, finalizzato alla rilevazione delle abitudini e delle percezioni del gruppo, dopo un'introduzione alle finalità del lavoro e al personale coinvolto, è stato somministrato un questionario qualitativo

semi-strutturato dalla durata di compilazione di poco più di mezzora. Il questionario, composto da un totale di 49 domande di cui 9 a risposta aperta e 43 a risposta chiusa, è stato creato *ad hoc* per la ricerca, utilizzando principalmente quesiti validati da strumenti d'indagine europei quali lo *Special Eurobarometer 378 "Active Ageing"* sull'invecchiamento attivo (quesiti Q15, Q20, Q22), il *Flash Eurobarometer 419 "Quality of Life in European Cities"* nella versione aggiornata del 2016 (quesito multiplo Q21), lo *Special Eurobarometer 412 "Sport and Physical Activity"* (quesiti Q23, Q24, Q25, Q26, Q27, Q28, Q29.1), l'indagine sul reddito e le condizioni di vita Eu-Silc "*Statistics on Income and Living Conditions*" (Q8, Q9, Q13, Q16, Q17, Q18, Q19). Per completare il questionario, sono state aggiunte alcune domande nelle parti iniziali e terminali: le prime (Q1-Q7), come di prassi nella somministrazione di questionari anonimi, per restituire un'idea d'insieme delle macro-caratteristiche sociali del campione di convenienza (età, genere, stato civile, indirizzo di residenza, tempo di residenza nel quartiere indagato e in alloggio ACER, composizione di residenza); le ultime, per dettagliare ulteriormente alcuni quesiti più generali in merito alla percezione dell'area urbana di residenza e al gradimento della stessa (quesito multiplo Q29). Inoltre, in accordo con ACER Ferrara, il quesito Q14 è stato inserito per indagare l'eventuale disponibilità dell'anziano a cambiare soluzione abitativa – se inadeguata – in favore di una più consona alle proprie esigenze.

Il secondo incontro di rilevazione dei bisogni del campione di convenienza si è concentrato sull'approfondimento di alcune problematiche e aspetti critici emersi dai questionari anonimi. Attraverso la conduzione di *focus group*, una sorta di intervista collettiva guidata da un moderatore sulla base di una griglia di orientamento tematico, ognuno dei partecipanti è intervenuto a più riprese esplicitando e dettagliando il proprio punto di vista relativamente a problemi e necessità specifiche: la sicurezza urbana reale e percepita, l'accessibilità diffusa degli spazi pubblici e collettivi, le tematiche del traffico veicolare, del trasporto pubblico e dell'inquinamento acustico e ambientale nel quartiere, gli impedimenti in merito agli spostamenti, alla pratica di attività motoria e allo svolgimento delle attività quotidiane nel contesto urbano, le difficoltà sociali e relazionali, le problematiche rispetto alle caratteristiche del proprio alloggio. Le persone coinvolte hanno discusso animatamente, si sono scontrate e confrontate su esigenze e priorità per un quartiere più "a misura di anziano", iniziando a individuare e localizzare fisicamente nello spazio i problemi prevalenti, poi affrontati durante l'ultimo incontro di meta-progettazione partecipata.

Il terzo e ultimo momento del percorso ha avuto come obiettivo quello di applicare al quartiere Barco, in maniera più operativa, tutti gli spunti e le riflessioni emerse precedentemente. Dopo aver raccolto una quantità considerevole di informazioni e punti di vista durante le prime due fasi di ascolto e discussione con il campione di convenienza, attraverso l'uso di tecniche mediate dell'*action planning*, ovvero grazie all'utilizzo di immagini e basi cartografiche sulle quali intervenire con disegni, colori, simboli e l'apposizione di post-it recanti opinioni e proposte, il gruppo di anziani ha dato forma meta-progettuale alle proprie riflessioni.

L'interazione e l'ibridazione già citata tra le diverse discipline è avvenuta non solo in relazione agli aspetti teorici del lavoro, ma anche in termini progettuali e durante l'interazione con gli abitanti. I diversi approcci, sia pratici che teorici, muovono nella direzione di uno sviluppo sostenibile ad ampio raggio, poiché la volontà di creare quartieri e intere città a misura di anziano implica un importante impegno – politico, amministrativo, tecnico e di visione, della cittadinanza – a contrastare le principali sfide sociali e urbane dell'invecchiamento, tutte indissolubilmente collegate ai temi della sostenibilità: sociale, ambientale ed economica. La ricerca applicata insiste e si basa su un confronto continuo con la realtà e con il variare delle condizioni e delle esigenze della popolazione; una reale implementazione dei risultati della ricerca scientifica mira a rafforzare e nutrire reciprocamente le relazioni tra questa e la società, ed è in una simile prospettiva che vengono di fondamentale importanza gli strumenti propri dell'indagine e della progettazione partecipata.

È importante ribadire che questo lavoro non ha chiaramente fini statistici: l'elaborazione degli esigui dati numerici rilevati dalla somministrazione dei questionari e le informazioni qualitative assunte attraverso i *focus group*, come riportate di seguito, sono servite unicamente a una miglior comprensione delle abitudini e delle esigenze del campione e per meglio orientare la fase meta-progettuale, in una sorta di fotografia della “voce degli anziani” che ci hanno raccontato dettagli della loro vita.

Il lavoro, svolto e “testato” come illustrato nelle pagine che seguono, non rappresenta un traguardo bensì un inizio: un percorso perfettibile di indagine e progettazione partecipata *con e per* la popolazione anziana (in questo caso specifico, residente in alloggi ERP) che, in implementazioni future, si potrà arricchire di nuovi accorgimenti volti a un'ottimizzazione dei risultati e un miglioramento dell'intero processo. In questa prospettiva, la valutazione dell'adeguatezza degli spazi urbani per gli anziani richiede indubbiamente un approccio più sistematico e onnicomprensivo, capace di integrare in maniera oggettiva anche un'analisi funzionale urba-

na più dettagliata, servendosi ad esempio di processi di georeferenziazione dei dati qualitativi; la disponibilità e qualità dei servizi offerti; la capillarità ed efficienza delle reti del trasporto pubblico; i dati del traffico, e così via. Inoltre, in un'ottica di potenziale estensione e replicabilità del processo ad altre realtà regionali e non, l'integrazione di ulteriori momenti collettivi definiti di *outreach* (cioè che prevedano lo svolgimento di attività di diretto coinvolgimento e consultazione di un campione più esteso di popolazione, senza aspettare che sia questa a muovere il primo passo) potranno ulteriormente arricchire e dettagliare il lavoro.

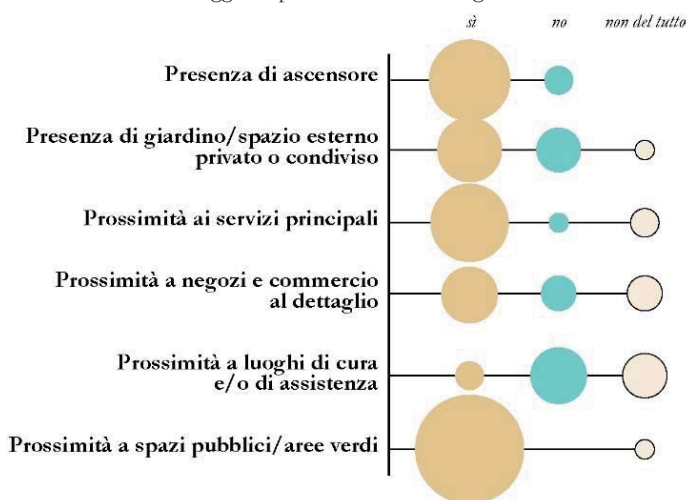
I caratteri, le abitudini e le percezioni del campione

Nel caso pilota del quartiere Barco di Ferrara, il campione di convenienza di popolazione anziana che ha partecipato alla ricerca è di 13 persone, seppur non tutte in maniera continuativa, di cui 6 donne e 7 uomini. Tra questi, si segnala la partecipazione al percorso di un'inquilina ACER di età anagrafica inferiore ai 65 anni e affetta da disabilità, e di un abitante del Barco frequentante il circolo anziani ma non residente in alloggio ACER e che, quindi, non ha risposto ai quesiti relativi alle caratteristiche degli appartamenti. L'età media del gruppo è di 77,6 anni con ali di 89 e 56 (che salirebbe a 79,4 anni escludendo dal conteggio la partecipante più giovane), con una tendenza a una maggiore senilità per gli uomini. 8 persone risiedono nel quartiere Barco di Ferrara da 20 anni o più, con un paio di partecipanti che vi abitano da tutta la vita; in 4 da circa 15 anni e solo 1 da 7 anni. Per metà del campione questi tempi coincidono anche con l'entrata in alloggio ERP a gestione ACER, mentre la restante metà è diventata assegnataria di alloggio pubblico ben prima di trasferirsi al Barco.

Di questi anziani 5 vivono soli (3 vedovi e 2 divorziati), 4 con il coniuge, 3 con i figli (2 vedovi e 1 divorziato) e 1 con la sorella. Le dimensioni degli alloggi variano, ma non tutti i partecipanti hanno indicato la metratura del proprio appartamento (è un'informazione che non conoscono o non ricordano). Rispetto alle principali caratteristiche dell'alloggio, nessuno dispone di giardino privato, mentre tutti hanno garage privato o posto auto di pertinenza e almeno un balcone o terrazza; 9 hanno la cucina abitabile separata dalle altre stanze, 11 dispongono di cantina, solaio o soffitta. 5 hanno due camere da letto (uno solo dichiara di averne 3) e 4 hanno due o più bagni. Alla domanda se le caratteristiche dell'alloggio rispondano alle effettive esigenze dell'inquilinato più anziano, le risposte negative sono state le seguenti: 2 "no" poiché sprovvisto di ascensore; 4 "no" poiché sprovvisto di giardino o altro spazio esterno, privato o condiviso; 1 "no"

poiché troppo distante dai servizi principali; 3 “no” e 3 “non del tutto” rispetto alla prossimità a negozi e commercio al dettaglio; 6 “no” e 4 “non del tutto” rispetto alla prossimità a luoghi di cura e/o assistenza sanitaria. Unanimesmente positiva, invece, la soddisfazione rispetto alla presenza di spazi pubblici e/o aree verdi nel quartiere.

Q11. Le caratteristiche dell'alloggio rispondono alle sue esigenze?



Nove partecipanti ritengono che le dimensioni dell'alloggio di cui sono assegnatari siano correttamente proporzionate alle proprie esigenze, mentre in 2 lo ritengono invece troppo grande. Queste stesse due persone sarebbero pertanto disposte a cambiare soluzione abitativa in favore di una più consona, insieme ad altri 2 partecipanti che si sono dichiarati disponibili al cambio poiché l'alloggio non risulta adeguato sia per problematiche relative a invalidità che alla presenza di vasca da bagno anziché piatto doccia. Gli altri 8 sono in generale soddisfatti del proprio alloggio e non particolarmente avvezzi all'idea di cambiare soluzione abitativa.

Per quanto riguarda la percezione dell'onere economico relativo all'affitto, è verificabile una correlazione diretta con la metratura della casa: infatti, i 5 partecipanti che ritengono “pesanti” le spese da sostenere per l'affitto sono anche gli assegnatari degli alloggi dimensionalmente più rilevanti; i restanti 7 pensano che l'affitto sia un onere “supportabile”, ma nessuno ha dichiarato essere “trascurabile”. La totalità del campione sostiene le spese per canone d'affitto, condominio, riscaldamento, acqua, gas ed elettricità, e in 7 sostengono anche le spese per l'utenza telefonica.

Queste informazioni sono coerenti con i dati statistici a livello regionale forniti dall'ultima *Sorveglianza Passi d'Argento*, con circa un terzo della popolazione anziana regionale (33%) che riferisce di avere qualche difficoltà economica nell'arrivare alla fine del mese. Gli over80 sono i più vulnerabili e a rischio di povertà (34% con qualche difficoltà e 7,5% con molte difficoltà) soprattutto quando si tratta di donne (7%), persone con disabilità (16%) oppure di anziani che vivono con la badante (17%) o da soli (9%). Inoltre, più della metà degli ultra 64enni in regione (55%) presenta almeno un problema connesso all'abitazione: il più frequente è riferito alle spese troppo alte (50%), seguito dalla distanza dai familiari (11%) e dai problemi legati al riscaldamento (2,5%). Circa due anziani su cinque (43%) hanno dichiarato di avere ostacoli nella propria abitazione che possono limitare o impedirne gli spostamenti; il problema più frequente è la presenza di scale o gradini interni (62%), seguito da spazi interni ridotti (20%) e porte di ampiezza limitata che rendono difficoltoso il passaggio di carrozzine (14%).

Q15. Quanto è soddisfatta/o con ognuna delle seguenti questioni?



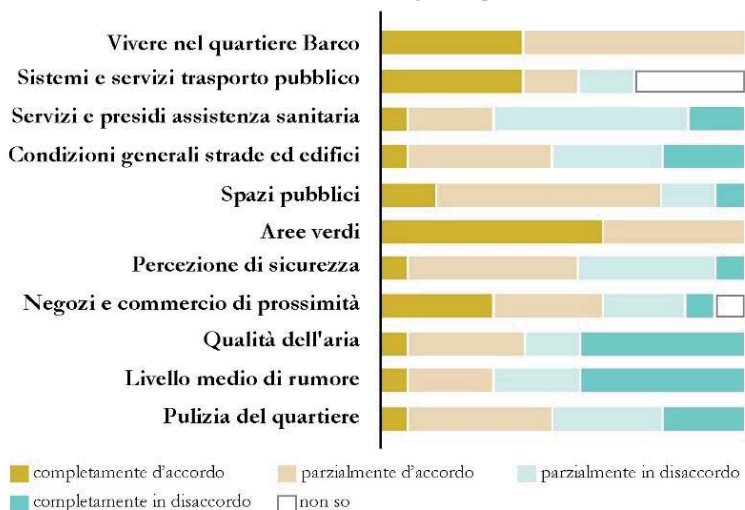
La soddisfazione del campione rispetto alle proprie condizioni generali di vita risulta altamente variabile, a dimostrazione della forte eterogeneità del gruppo. Le relazioni personali e l'abilità a praticare le attività quotidiane appaiono gli ambiti di maggiore soddisfazione, mentre le condizioni abitative e quelle di salute mostrano una forte polarizzazione, con solo 4 sufficienze a fronte di 8 insufficienze. Tali risposte si ritrovano anche nei quesiti successivi sulle condizioni di salute: solo 2 persone, infatti, dichiarano di non essere affette da malattie croniche o problemi di salute di lunga durata (ovvero, che durino da almeno sei mesi o si prevede durino per almeno sei mesi). Solamente un partecipante dice di non avere alcuna limitazione legata a problemi di salute nello svolgimento delle attività quotidiane; 6 riportano limitazioni non gravi, mentre 5 persone limitazioni gravi. Questa "fotografia" di un piccolo gruppo di

residenti in ERP over65 appare più grave della media statistica regionale, secondo la quale quasi tre quarti degli emiliano-romagnoli ultra 64enni godono di buona salute (i 77%, ovvero 829mila persone stimate), ma il 10,5% è a rischio di disabilità presentando limitazioni in almeno due IADL (*Instrumental Activities of Daily Living* come usare il telefono, prendere le medicine, fare la spesa, cucinare o riscaldare i pasti, prendersi cura della casa, fare il bucato, spostarsi fuori casa, pagare conti o bollette) e il 13,5% sono persone con disabilità che presentano limitazioni in almeno una ADL (*Activities of Daily Living*, come muoversi da una stanza all'altra, mangiare, vestirsi e spogliarsi, fare il bagno o la doccia, andare in bagno ed essere continenti).

Per quanto riguarda il senso di isolamento e la percezione della solitudine al Barco, 2 persone riferiscono di essersi sentite “quasi sempre” sole nell'ultimo mese, 7 hanno sofferto dell'isolamento per “una parte del tempo” e 3 “quasi mai”. Più in generale, in Emilia-Romagna, il 9% della popolazione anziana è a rischio di esclusione sociale (circa 98mila persone) e l'isolamento cresce con l'aumentare dell'età: nella fascia 65-74 anni una persona su tre presenta problemi di integrazione, mentre sopra i 74 anni si sale a due su tre; in particolare in questa fascia d'età, il 67% delle donne è isolata rispetto al 57% degli uomini. Tra le persone non autosufficienti, l'85% presenta problemi di integrazione sociale. Il 16% delle persone ha riferito sintomi di depressione, più diffusi tra le donne, gli ultra 74enni, tra persone con bassa istruzione e con molte difficoltà economiche.

Sul totale del campione del Barco, la metà definirebbe il quartiere come “a misura di anziano”, mentre i restanti 6 pensano non lo sia del tutto. Contrariamente alla teoria già introdotta dell'attaccamento ai luoghi – secondo cui con il passare del tempo e all'aumentare dell'età si sviluppa un crescente senso di appartenenza al contesto di vita, che si riflette su una migliore percezione delle condizioni dell'abitare – la prevalenza della risposta “non del tutto” è delle persone che risiedono da più tempo nel quartiere e che hanno quindi assistito alle sue trasformazioni (tematica poi dibattuta durante il *focus group*). Nella seconda parte del quesito, che chiede di motivare brevemente la propria risposta negativa, si fa riferimento all'assenza di medici e presidi sanitari per i quali è necessario spostarsi a Pontelagoscuro o in centro a Ferrara, all'assenza di elementi urbani come le panchine dove riposare o sostare quando si esce, alla mancanza di un luogo d'incontro collettivo e sufficientemente sicuro e identitario, all'assenza di spazi di incontro dove gli anziani soli possano socializzare, e alle difficoltà legate in primis alle condizioni di accessibilità che può incontrare nel quartiere un disabile in carrozzina.

Q21. In che misura è d'accordo/disaccordo con le seguenti questioni?



Le 11 questioni poste dal quesito multiplo Q21 indagano i principali aspetti capaci di influire sul grado di soddisfazione rispetto alla qualità della vita nel quartiere. Il primo indicatore riporta la soddisfazione generale di vivere al Barco di Ferrara, con una rispondenza positiva di 5 “completamente d'accordo” e 8 “parzialmente d'accordo”. Un simile gradimento si ritrova solamente al quesito sulla soddisfazione rispetto alle aree verdi quali parchi o giardini, con 8 “completamente d'accordo” e 5 “parzialmente d'accordo”, seppure sia emersa già dai questionari la problematica dell'assenza di sedute e panchine dove appoggiarsi e riposare. Il secondo si concentra sui sistemi e servizi di trasporto pubblico che servono l'area – in questo caso, due linee di autobus urbano – e il dato è consistente con le motivazioni sul perché il quartiere non sia ritenuto sufficientemente a misura di anziano: un terzo del campione ha infatti risposto “non so” poiché risulta impossibile utilizzare i mezzi pubblici per gli spostamenti quotidiani a causa di mezzi spesso poco idonei, specie rispetto agli impedimenti motori degli anziani, e all'inadeguatezza delle fermate. Non positivo il gradimento rispetto ai presidi di assistenza sanitaria, ambulatori e ospedali, poiché assenti a livello locale. Le condizioni generali di strade ed edifici (estetica, degrado, pulizia, presenza di alberature, ecc.) non soddisfano gli anziani residenti, così come non è particolarmente positivo il dato sulla pulizia generale del quartiere; meglio invece la qualità degli spazi pubblici, come piazze, aree pedonali e mercati. La percezione della sicurezza nel quartiere non è assoluta, con solo una risposta “completa-

mente d'accordo" e solo un "completamente in disaccordo". È rilevante notare come non sussista una correlazione diretta tra genere e sicurezza percepita. Scarsamente positiva la presenza di negozi e commercio di prossimità, mentre il quesito sulla qualità dell'aria, quindi sulle condizioni di inquinamento ambientale del quartiere, e quello sul livello medio di rumore (inquinamento acustico) hanno ottenuto i riscontri più negativi, con la metà del campione "completamente in disaccordo". La vicinanza del polo petrolchimico, ragione originaria della nascita di questo "quartiere operaio", e il forte carico di traffico sia di attraversamento che tangenziale all'area sono i principali responsabili della forte insoddisfazione degli anziani residenti.

Una fermata dell'autobus in via Bentivoglio, al Barco, resa più "adeguata" dalla comunità alle esigenze della popolazione anziana grazie all'inserimento di sedie in plastica [foto dell'Autrice, novembre 2021]



Alla domanda su quali siano i principali miglioramenti necessari per rendere il quartiere più a misura di anziano, la maggioranza delle risposte (10) è ricaduta su "offerta commerciale e presenza di negozi/commercio al dettaglio", seguita da "trasporto pubblico" (9), "strade e sicurezza stradale" ed "edifici pubblici" (8), "più strutture dove le persone anziane possano mantenersi attive ed in salute", "spazi pubblici come piazze, parchi

e giardini” e “servizi di prossimità legati alla residenza come portierato sociale, sportello ACER decentralizzato, infermeria, sala comune, ecc.” (7). In 3 hanno poi specificato ulteriori questioni: la necessità di un centro sociale/luogo di aggregazione, panchine e sedute distribuite in maniera diffusa all’interno di parchi e spazi pubblici del quartiere e la possibilità di gratuità dei trasporti pubblici per gli anziani.

Q22. In che ambito sono maggiormente necessari miglioramenti per rendere il Barco più “a misura di anziano”?



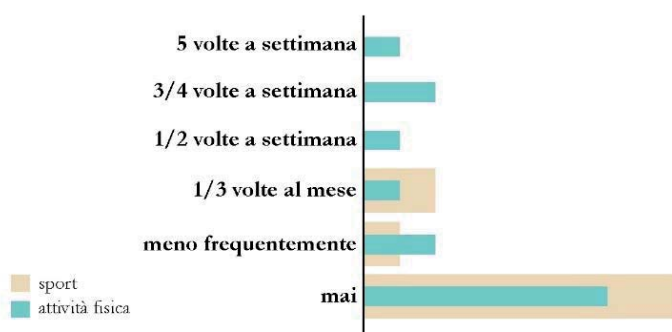
Il blocco di quesiti che seguono si concentra sulle abitudini di pratica di attività fisica da parte del campione. A livello nazionale, a partire dai 65 anni, quasi la metà della popolazione si dichiara sedentaria. Secondo l’ISTAT, i più sedentari sono gli over75 e, in tutte le fasce di età, le donne sono meno attive degli uomini. In Regione Emilia-Romagna il dato migliora, anche se solo il 51% della popolazione con 65 anni e oltre risulta sufficientemente attiva. Nella popolazione anziana la prevalenza di non attivi è più diffusa nelle persone over75 e con molte difficoltà economiche e aumenta al peggiorare delle condizioni di salute: si passa dal 22% tra chi è in buone condizioni e a basso rischio di malattia al 66% tra chi è a rischio di disabilità e al 79% tra chi ha disabilità. In aggiunta, la percentuale di persone *senior* non attive fisicamente risulta maggiore tra quelle a rischio di isolamento sociale (46% rispetto al 34% di chi non lo è).

Al Barco, alla domanda “Quanto spesso pratica esercizio fisico o sport?” i due terzi del gruppo hanno risposto “mai”. Un lieve miglioramento si registra rispetto alla pratica di forme *altre* di attività fisica come ad esempio spostarsi in bicicletta, camminare, fare giardinaggio, con 7 “mai” e solo 3 in maniera quasi quotidiana (fare passeggiate, giardinaggio, o svolgere lavori domestici). Nell’ultima settimana, 2 persone non hanno “mai” camminato per più di 10 minuti consecutivi, in 7 l’hanno fatto solo uno o due giorni, in 2 hanno camminato tutti i giorni. Indubbiamente,

il gruppo si profila come altamente sedentario, in linea con le numerose fragilità, problematiche di salute e le disabilità, più o meno gravi, già dichiarate, come emerge anche dal quesito Q28 sulle principali motivazioni che impediscono agli anziani di praticare attività fisica in maniera regolare. Infatti, in 9 dichiarano di essere affetti da una qualche disabilità o malattia, 3 indicano la paura di farsi male come fattore di inibizione, uno segnala l'assenza di strutture adeguate nel quartiere (indicando nuovamente l'assenza di panchine e sedute all'interno degli spazi pubblici come problematica), uno dichiara di non avere parenti o amici con cui praticare attività.

Q23. Quanto spesso pratica sport?

Q24. Quanto spesso pratica altre forme di attività fisica (camminare, spostarsi in bicicletta, fare giardinaggio, ecc.)?



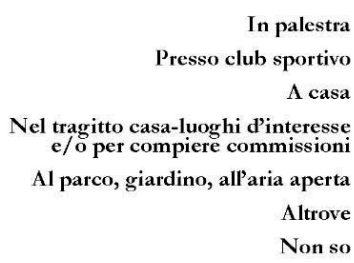
Q28. Quali sono le principali motivazioni che attualmente le impediscono di praticare attività fisica in maniera regolare?



Il tema della sedentarietà, in questa “fotografia” del piccolo campione di popolazione over65 residente in ERP al Barco, si va a sommare a condizioni di fragilità economica, socio-relazionale e di salute. La letteratura scientifica riconosce la sedentarietà della persona anziana come uno dei fattori predittivi più rilevanti in termini di condizioni di fragilità (*ex multis*, Da Silva *et al.*, 2018; Lima Galvão *et al.*, 2023) e, pertanto, il riscontro ottenuto dai questionari rappresenta indubbiamente un campanello d’allarme.

Il quesito successivo chiede dove venga abitualmente praticata l'attività fisica, con risposte particolarmente significative ai fini della ricerca poiché la quasi totalità del campione indica gli spazi pubblici e connettivi del quartiere come luoghi dedicati: 4 svolgono attività motoria “nel tragitto casa-luoghi d'interesse o per compiere commissioni e acquisti” e altri 4 “al parco, al giardino, o all'aria aperta”. Solo uno “a casa” sul *tapis roulant*. L'ultimo quesito multiplo sul perché si pratici attività fisica è stato completato solo dalla minoranza che aveva dichiarato di svolgerne una qualche forma su base mensile ma, nonostante il numero esiguo di risposte e l'attenzione agli aspetti di salute, emerge l'importanza delle relazioni socio-affettive. Il “miglioramento delle proprie condizioni di salute” è il fattore prioritario (6), seguito dal “combattere gli effetti dell'invecchiamento” (5), “stare in compagnia con amici o familiari” (4), “controllare il peso” (3) e “integrarsi meglio nella società” (2).

Q26. Dove pratica solitamente attività fisica?



L'ultimo blocco di domande del questionario indaga la percezione del campione rispetto agli spazi e ad alcune caratteristiche specifiche del quartiere di riferimento, sulla base degli elementi e dei caratteri desunti dalla letteratura scientifica come i principali fattori con influenza diretta sull'utilizzo degli spazi e dei servizi pubblici urbani da parte degli anziani, così come sulla pratica di regolare attività fisica.

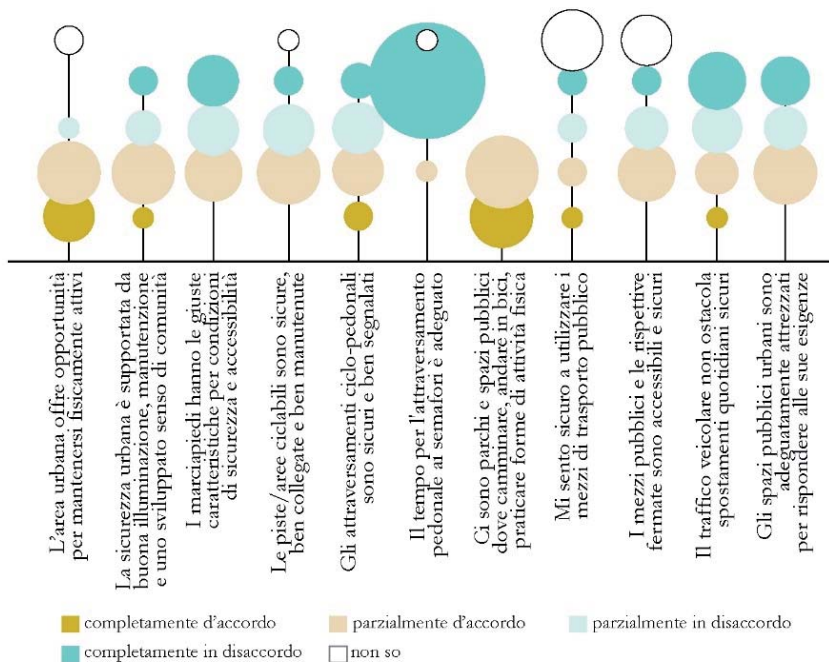
Al primo quesito, che chiede se l'area urbana di riferimento offra sufficienti possibilità per mantenersi fisicamente attivi, la risposta generale è positiva, con 4 “completamente d'accordo” e 6 “parzialmente d'accordo”. Il tema della sicurezza urbana, reale e percepita, divide il gruppo con 6 “parzialmente d'accordo”, 3 “parzialmente in disaccordo” e 2 “completamente in disaccordo”. La differenza in base alle ore della giornata è particolarmente rilevante, con numerosi partecipanti (indistintamente uomini e donne) che hanno raccontato di non uscire più nelle ore serali, ritenute troppo pericolose. Le risposte al quesito sull'adeguatezza, accessibilità e

sicurezza dei marciapiedi sono prevalentemente negative, con 5 “parzialmente d’accordo”, 4 “parzialmente in disaccordo” e 4 “completamente in disaccordo”. Simili quelle relative alle piste ciclabili, con 6 “parzialmente d’accordo”, 4 “parzialmente in disaccordo” e 2 “completamente in disaccordo”. La scarsità, o in certe zone assenza, di infrastrutture ciclabili in sede propria all’interno del quartiere è stata più volte sottolineata, così come comportamenti diffusi ritenuti “incivili”, quali la sosta delle auto sui marciapiedi.

La percezione di adeguatezza e sicurezza degli attraversamenti pedonali e ciclabili è variegata, con 2 “completamente d’accordo”, 4 “parzialmente d’accordo”, 4 “parzialmente in disaccordo” e 3 “completamente in disaccordo”. Tornano le segnalazioni su come, nelle ore serali, peggiori il senso di sicurezza. Al quesito sull’adeguatezza del tempo di attraversamento semaforico pedonale la totalità del campione esprime totale disaccordo poiché, di fatto, al Barco non esistono semafori pedonali a chiamata e anche questo influisce su un ridotto senso di sicurezza nell’uso della strada da parte degli anziani, sia a piedi che in bici.

A conferma di alcune delle risposte al quesito 21, appare altissimo il gradimento rispetto alla presenza di parchi, giardini e altri spazi pubblici nel quartiere in cui poter camminare e svolgere altre forme di attività motoria e vivere parte delle proprie relazioni sociali (6 “completamente d’accordo” e 7 “parzialmente d’accordo”). Molto eterogenee le risposte relative all’uso del trasporto pubblico urbano, con 4 in disaccordo totale o parziale e 6 “non so” che dichiarano di non utilizzare mai l’autobus per i propri spostamenti, poiché inefficiente o inaccessibile. Infatti, alla domanda successiva sull’accessibilità e sicurezza dei mezzi di trasporto e delle rispettive fermate in 4 si sono detti “parzialmente d’accordo”, in 3 “parzialmente in disaccordo” e in 2 “completamente in disaccordo”; 4 i “non so”. Rispetto alle condizioni del traffico veicolare all’interno del quartiere, la maggioranza del campione ritiene che questo impedisca gli spostamenti a piedi o in bicicletta, rappresentando una delle principali problematiche del Barco (come poi ampiamente discusso durante la fase di *focus group* e affrontato a livello di sollecitazioni operative durante l’ultimo incontro di meta-progettazione partecipata). Infine, il dato relativo alla qualità degli elementi urbani presenti negli spazi pubblici del quartiere rileva quanto già emerso, ovvero una mancanza strutturale e diffusa specie di panchine/sedute all’interno degli spazi pubblici e di aggregazione.

Q29. In che misura è d'accordo o in disaccordo con le seguenti affermazioni?



I bisogni degli anziani e le proposte meta-progettuali

L'analisi delle risposte alle varie domande poste dal questionario ha permesso di far emergere le tematiche più sentite da parte degli anziani in merito alle proprie condizioni abitative, alla percezione e fruizione degli spazi pubblici urbani, alla qualità di vita all'interno del quartiere, ai fattori e alle attività ritenute maggiormente di supporto al benessere durante l'invecchiamento e alle abitudini di pratica di attività fisica, anche in relazione ai luoghi in cui questa viene svolta. Durante il secondo incontro del percorso partecipato, ovvero lo svolgimento del *focus group* presso il Centro Sociale autogestito dagli anziani "Il Barco", tali problematiche sono state affrontate e dibattute in maniera ulteriore. Ognuno dei partecipanti è intervenuto esprimendo le proprie opinioni e dettagliando alcune considerazioni, nell'ottica di alimentare una discussione collettiva costruttiva che potesse portare, durante l'ultimo incontro di progettazione partecipata, alla definizione di sollecitazioni meta-progettuali di trasformazione urbana.

I temi discussi insieme al campione di convenienza sono stati svariati, con la particolare rilevanza di aspetti quali l'adeguatezza delle caratteristi-

che degli alloggi ACER in cui risiedono le persone più anziane, le condizioni stradali, infrastrutturali e di traffico del quartiere, la fruibilità degli spazi pubblici esistenti e la percezione della sicurezza al Barco.

Per quanto concerne gli alloggi a gestione ACER, il *focus group* ha permesso di meglio intendere le problematiche più diffuse e rilevanti secondo l'inquilinato anziano. I partecipanti che già avevano posto in evidenza l'assenza di ascensore durante la compilazione del questionario sono tornati a discuterne, sottolineando come tale mancanza complichino lo svolgimento delle loro attività quotidiane, contribuendo anche ad acuire dinamiche di isolamento: *“Esco di casa il meno possibile per ridurre e concentrare gli sforzi”*, oppure *“Non esco mai durante le ore serali”*. Per quanto riguarda il taglio degli alloggi, dalla discussione è emerso che chi si è dichiarato disposto a un cambio di soluzione abitativa poiché le dimensioni dell'appartamento sono eccessive rispetto alle effettive esigenze sia spinto principalmente da questioni economiche: *“Sarei disposto a spostarmi in un appartamento più piccolo, così da pagare meno di affitto e spese”*. Oltre ad alcune questioni strutturali legate alle esigenze di anziani in carrozzina: *“Il mio cucinino è troppo stretto per potermi girare, devo uscire in retro marcia”*, la presenza della vasca da bagno anziché del piatto doccia rappresenta un ostacolo diffuso, specie perché genera ansia e paure: *“Ho paura di cadere e farmi male entrando o uscendo dalla vasca”*, e perché la sostituzione deve essere effettuata a carico dell'inquilino, un ulteriore deterrente economico e procedurale all'adeguamento degli alloggi.

La grande maggioranza delle persone che si sono dichiarate non disposte a cambiare alloggio sono mosse più da ragioni sentimentali che non da un'effettiva analisi delle condizioni abitative – il cosiddetto “attaccamento ai luoghi” – riconoscendo a tutti gli effetti l'alloggio in cui, spesso, vivono da decenni come casa propria: *“Ho 86 anni e ritengo questa la mia casa!”*.

Il più pressante e dibattuto degli argomenti è risultato essere quello legato alle caratteristiche del sistema stradale e del traffico, al punto che la maggioranza degli interventi meta-progettuali proposti dal campione risultano concentrarsi su strade e infrastrutture di mobilità, con la finalità di renderle più sicure e agevoli sia per chi si muove in auto che, soprattutto, per chi si muove a piedi o in bicicletta. Nel caso delle strade, la sicurezza percepita dal gruppo non si discosta molto dai dati nazionali sulla sicurezza reale. Infatti, secondo le indagini e le previsioni del progetto *Sicustrada* (Unipolis, 2021) con il motto “Non è una Strada per Vecchi”, in Italia sta crescendo l'incidenza di morti e feriti anziani sul totale delle vittime di incidenti stradali. Il tasso di mortalità stradale

(ovvero il numero di morti ogni milione di abitanti) tra i 65 e i 79 anni è pari 61, valore che sale a 95 tra gli over 80, ed è il più alto tra i maggiori Paesi europei. Si tratta in grande prevalenza di anziani pedoni e ciclisti (il 30% dei morti tra i pedoni viene falciato sulle strisce pedonali); tra i pedoni il numero più alto di vittime, soprattutto uomini, si trova nella fascia d'età tra gli 80 e gli 84 anni e quello dei feriti, soprattutto donne, tra i 75 e 79 anni.

In un ambito urbano periferico come quello del Barco, che si sviluppa lungo importanti arterie di traffico di collegamento in direttrice nord-sud, la *portata* e la *velocità* del traffico veicolare rappresentano il primo problema, secondo la popolazione anziana. Infatti, specie nelle ore di punta, parte del traffico si sposta da via Padova entrando all'interno del quartiere per ragioni di attraversamento, congestionando strade residenziali come via Maragno e via Gatti Casazza. Ciò accade anche lungo via Bentivoglio, dove comunque non vengono rispettati i limiti di velocità esistenti e anzi i dossi stradali presenti acquiscono il problema causando ulteriore inquinamento acustico, specie al passare dei camion e nelle ore notturne. Via Bentivoglio pare comunque essere tra le più apprezzate poiché meglio strutturata, con alcune attività commerciali ai piani terra, un sistema ampio ciclo-pedonale (l'unico all'interno del quartiere), fermate dell'autobus con pensilina anche se prive di sedute, dossi dissuasori e una serie di attraversamenti pedonali. Questi, tuttavia, appaiono sbiaditi o non particolarmente segnalati e quindi, secondo gli anziani, sarebbe necessario rinfrescare tutta la segnaletica orizzontale per ragioni di sicurezza del pedone specie nelle ore serali. Problematico anche il tratto di immissione sulla via dal parcheggio del supermercato *Despar* (piazzale Torrismondo) a causa di pendenze eccessive di marciapiedi e cordoli e di una ridotta visibilità che genera timore di fare incidenti. Sempre rispetto al carico e alla velocità del traffico veicolare nel quartiere, il punto forse più problematico è apparso essere quello dell'incrocio a raso tra via Maragno e via Bentivoglio. Gli anziani, discutendo, hanno infatti trovato accordo sull'eccessiva pericolosità di questo snodo, in primis a causa dell'alta velocità dei mezzi che scendono dal cavalcavia in ingresso al quartiere. La forte incidentalità e la difficoltà di attraversamento pedonale dell'incrocio hanno spinto il gruppo ad avanzare la proposta di inserire una rotonda per la gestione dei flussi.

Le piste ciclabili in sede propria, segnalate e sicure, sono inesistenti all'interno del quartiere. Analogamente, la percezione degli anziani è che lo stato manutentivo dei marciapiedi a nord del Barco sia migliore rispetto quelli posti a sud. C'è comunque accordo sull'insufficienza

qualitativa dei marciapiedi nel quartiere, ritenuti troppo stretti: “È difficile spostarsi in carrozzina!”, spesso occupati dalla sosta automobilistica: “Non c’è cordolo che separi il marciapiede dalla strada”, ed estremamente dissestati, quindi insicuri. Due partecipanti con evidenti deficit motori hanno spiegato come il tratto di via Bentivoglio in angolo con piazzale Torrismondo presenti pendenze eccessive per chi è costretto a muoversi in sedia a rotelle. Come già emerso dalla compilazione dei questionari, la quasi totalità del gruppo concorda su una scarsa adeguatezza e sicurezza degli attraversamenti pedonali e ciclabili, con un peggiorare delle percezioni nelle ore serali, acuito dall’assenza di semafori pedonali a chiamata.

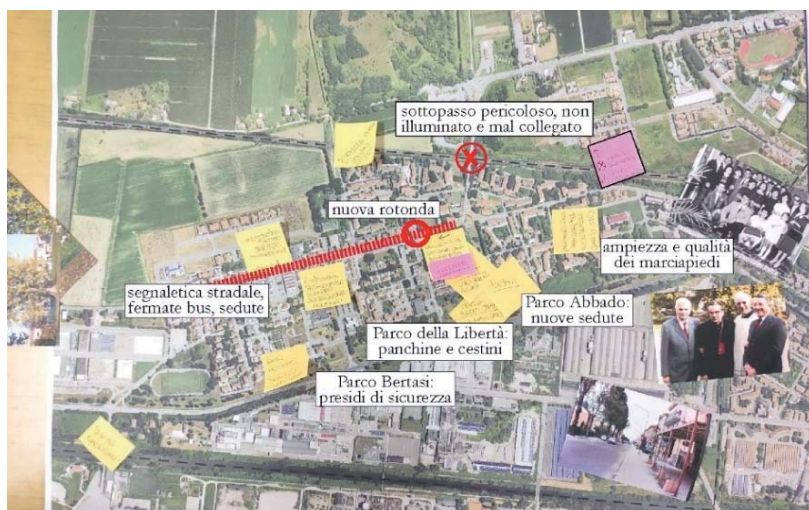
Si è poi discusso insieme della fruibilità degli spazi pubblici esistenti. Le aree verdi all’interno del quartiere sono numerose e c’è accordo sul dato “quantitativo”, eppure gli anziani le utilizzano poco, innanzitutto perché non ci sono panchine. L’assenza di sedute dove riposare, sostare, trovarsi a socializzare e chiacchierare con amici e vicini è una problematica – facilmente risolvibile – trasversalmente riscontrata, indipendentemente dall’età, dal genere e/o dalle capacità motorie dei singoli. Anche il “Parco Abbado” lungo via Padova, riconosciuto come lo spazio pubblico di maggiore qualità nonché quello più vissuto dal campione specie durante la bella stagione, è sprovvisto di sedute adeguate e presenta ancora alcune barriere architettoniche come cordoli e gradini in collegamento alla strada che ne rendono difficile la fruizione. Il “Parco Bertasi”, sul retro della Biblioteca comunale Giorgio Bassani, è percepito da alcuni come insicuro poiché teatro di dinamiche pericolose, specie da quando non ci sono più bambini che utilizzano questo luogo per il gioco e in condizioni di scarso presidio delle forze dell’ordine all’interno del quartiere, altra questione più volte rimarcata durante la discussione. Analogamente poco utilizzato il “Parco della Libertà”, dove la presenza del campo da basket connota lo spazio come area “per i giovani”, allontanando quindi i più anziani specie perché le uniche panchine esistenti sono poste a ridosso dello spazio sportivo.

Tutti i partecipanti confermano di non uscire mai la sera, fatta eccezione per qualche serata d’estate, principalmente per ragioni di sicurezza: non si sentono a loro agio nel fruire degli spazi pubblici del quartiere dopo il calar del sole, né tantomeno a utilizzare le infrastrutture per la mobilità lenta.

Alcuni anziani hanno dichiarato di preferire la frequentazione di altre aree pubbliche rispetto agli spazi del quartiere come, ad esempio, il Parco Urbano di Ferrara: “Io prendo l’auto e vado al Parco Urbano, poi lì par-

cheggio e passeggio". L'utilizzo obbligato dell'automobile per questo tipo di spostamento pare essere dovuto all'inadeguatezza delle infrastrutture esistenti di collegamento del quartiere Barco con la città; infatti: "Fare il cavalcavia [via Fratelli Rosselli] a piedi o in bici è troppo pesante" e "Il sottopasso ciclo-pedonale esistente non è sicuro"; "Il sottopassaggio andava fatto verso Ferrara, non nel nulla verso via Canapa. Così non serve!".

Il "masterplan" con le proposte migliorative discusse e proposte dagli anziani per il quartiere Barco durante la giornata di meta-progettazione partecipata



Bibliografia

- Bello B.G. (2021), *Dal margine al centro? I giovani tra diritto e pratiche sociali*, Mucchi.
- Bernardini M.G. (2021), *Per un diritto alla "age-friendly city". Persone anziane, spazi, diritti*, in *Abitare i diritti. Per una critica del rapporto tra giustizia e spazi urbani*, Pacini, pp. 121-141.
- Butler R.N. (1969), *Age-ism: Another Form of Bigotry*, in *The Gerontologist*, vol. 9 (4 Part 1), pp. 243-246.
- AARP American Association of Retired People (2011), *Aging in Place. A State Survey of Livability Policies and Practices*, testo disponibile al sito: <https://www.aarp.org/home-garden/livable-communities/info-11-2011/Aging-In-Place.html> (03/06/2023).
- ACER Ferrara (2021), *Bilancio di Sostenibilità 2020-2021*, testo disponibile al sito: https://www.acerferrara.it/media/uploads/allegati/125/acer_ferrara_bil_sostenibilita_2020_21_def.pdf (02/06/2023).

- Amendola G. (2011), *Abitare e vivere la città*, in A. Golini, A. Rosina, a cura di, *Il Secolo degli Anziani. Come cambierà l'Italia*, il Mulino.
- Arani Z.A., Zanjari N., Delbari A., Foroughan M., Harouni G. (2022), *Place Attachment and Aging: A Scoping Review*, in *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, vol. 32(1), pp. 91-108.
- Arbizioni E., Clemente C., Mangiatordi A. (2022), *Senior Smart Housing. Abitazioni per anziani come infrastruttura sociale di comunità*, in *Techné*, n. 23, pp. 221-231.
- Augé M. (2014), *Il Tempo Senza Età. La vecchiaia non esiste*, Raffaello Cortina Editore.
- Badiali E. (2013), *Le forme della vulnerabilità: Le conseguenze della crisi*, in *ERE Emilia Romagna Europa*, vol. 13, pp. 41-73.
- Baratta A., Farina M., Finucci F., Formica G., Giacotti A., Montuori L., Palmieri V., a cura di (2018), *Abitazioni sicure e inclusive per anziani*, Anteferma edizioni.
- Barton H., Grant M. (2006), *A Health Map for the Local Human Habitat*, in *The Journal for the Royal Society for the Promotion of Health*, vol. 126(6), pp. 252-253.
- Bernardini M.G., Giolo O., a cura di (2017), *Le teorie critiche del diritto*, Pacini.
- Borelli E. et al. (2019), *HABITAT: An IoT Solution for Independent Elderly*, in *Sensors*, vol. 19(5).
- Borlini B., Memo F. (2008), *Il quartiere nella città contemporanea*, Mondadori.
- Bosman C. (2012), *Gerotopia: Risky Housing for an Ageing Population*, in *Housing Theory and Society*, vol. 29(2), pp. 157-171.
- Bourdieu P. (1995), *Ragioni Pratiche*, il Mulino.
- Bourdieu P. (2005), *Il senso pratico*, Armando.
- Carrera L. (2020), *Gli anziani e la domanda di città*, in *Società Mutamento Politica*, vol. 11(21), pp. 203-211.
- Chappell N.L., Dlott B.H., Hollander M.J., Miller J.A., McWilliam C. (2004), *Comparative Costs of Home Care and Residential Care*, in *The Gerontologist*, vol. 44(3), pp. 389-400.
- Costanzi C., Gazzola A. (2001), *A Casa Propria. Le condizioni abitative degli anziani nel centro storico genovese*, FrancoAngeli.
- Curioni C. et al. (2023), *The Cost-Effectiveness of Homecare Services for Adults and Older Adults: A Systematic Review*, in *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 20(4).
- Da Silva V.D. et al. (2018), *Time Spent in Sedentary Behaviour as Discriminant Criterion for Frailty in Older Adults*, in *Environmental Research and Public Health*, vol. 15(7).
- Dorato E. (2019), *Anziani & Città: urbanistica per una nuova anzianità urbana. L'esperienza pilota di Bologna e Reggio Emilia*, in *Archivio di Studi Urbani e Regionali*, vol. 126, pp. 53-76.
- Dorato E. (2020). *Preventive Urbanism. The Role of Health in Designing Active Cities*, Quodlibet.

- Dorato E., Bernardini M.G. (2021), *Il diritto alla città della cura. La condizione anziana in tempi di pandemia*, in *CONTESTI Città, Territori, Progetti*, vol. 1/2021 Special Issue *Beyond the Pandemic: Rethinking Cities and Territories for a Civilization of Care*, pp. 131-148.
- Dorato E., Farinella R., Nani M., a cura di (2021), *Per una storia della casa pubblica a Ferrara e Provincia. Studi e documenti IACP 1920 / ACER 2020*. Altra-Linea.
- Dovey K. (1985), *Home and Homelessness*, in I. Altman, C.M. Werner (ed. by), *Home Environments*, Plenum Press.
- Engineer A., Sternberg E.M., Najafi B. (2018), *Designing Interiors to Mitigate Physical and Cognitive Deficits Related to Aging and to Promote Longevity in Older Adults: A Review*, in *Gerontology*, vol. 64(6), pp. 612-622.
- Fang W., Wahba S. (2020), *Urban Density Is not an Enemy in the Coronavirus Fight: Evidence from China*, in *World Bank Sustainable City Blog*, 20 aprile 2020.
- Frank L.D., Schmidt T.L., Sallis J.F., Chapman J., Saelens B.E. (2005), *Linking Objectively Measured Physical Activity with Objectively Measured Urban Form: Findings from SMARTRAQ*, in *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 28(2), pp. 117-125.
- Ghirardelli M. (1996), *La Città e gli Anziani: una lettura critica delle normative italiane in materia di accessibilità urbana*, in *Paesaggio Urbano*, 2, pp. 60-63.
- Gilleard C., Hyde M., Higgs P. (2007), *The Impact of Age, Place, Aging in Place and Attachment to Place on the Well Being of the Over 50s in England*, in *Research on Aging*, vol. 29(6), pp. 590-605.
- Hawkins R.B., Charles E.J., Mehaffey J.H. (2020), *Socio-economic Status and COVID-19 Related Cases and Fatalities*, in *Public Health*, vol. 189, pp. 129-134.
- ISTAT (2020), *Bilancio demografico nazionale. Report anno 2019*, 13 luglio 2020, testo disponibile al sito: <https://www.istat.it/it/archivio/245466> (24/05/2023).
- ISTAT (2021). *Il Censimento permanente della popolazione in Emilia-Romagna. Prima diffusione dei dati definitivi 2018 e 2019*, 24 febbraio 2021, testo disponibile al sito: <https://www.istat.it/it/files//2021/02/Censimento-permanente-della-popolazione-Emilia-Romagna.pdf> (24/05/2023).
- ISTAT (2022), *Il Censimento permanente della popolazione in Emilia-Romagna*, 24 marzo 2022, testo disponibile al sito: https://www.istat.it/it/files//2022/03/FOCUS_censimento-permanente-della-popolazione_EMILIA-ROMAGNA.pdf (02/06/2023).
- King A.C., Stokols D., Talen E., Brassington G.S., Killingsworth R. (2002), *Theoretical Approaches to the Promotion of Physical Activity: Forging a Transdisciplinary Paradigm*, in *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 23(2), pp. 15-25.
- Krupat E. (1985), *People in Cities. The Urban Environment and Its Effects*, Cambridge University Press.

- Lima Galvão L. *et al.* (2023), *Associations of Physical Activity and Sedentary Behavior with Survival Time in Older Adults: Path Analysis*, in *Journal of Aging and Physical Activity*, <https://doi.org/10.1123/japa.2022-0125>.
- Little G. *et al.* (2021), *The Impact of Socioeconomic Status on the Clinical Outcomes of COVID-19; a Retrospective Cohort Study*, in *Journal of Community Health*, vol. 46, pp. 794-802.
- Lewis C., Buffel T. (2020), *Aging in Place and the Places of Aging: A Longitudinal Study*, in *Journal of Aging Studies*, vol. 54.
- Martinoni M., Sassi E. (2011), *Progettare uno spazio pubblico a misura di anziano*, in Aa.Vv., *Access SOS. Costruire città accessibili a tutte le età. Strumenti e azioni*. Corbo Editore, pp. 156-175.
- Maus M., Satariano W. (2017), *Aging, Place, and Health: a Global Perspective*. Jones & Bartlett Learning.
- McLeroy K.R., Bibeau D., Steckler A.B., Glanz K. (1988), *An Ecological Perspective on Health Promotion Programs*, in *Health Education Quarterly*, vol. 15, pp. 351-378.
- Michelucci G. (1985), *Anche l'età è un handicap*, in *La Nuova Città*, n. 6/7, p. 125.
- Moran M., Van Cauwenberg J., Hercky-Linnewiel R., Cerin E., Deforche B., Plaut P. (2014), *Understanding the Relationships between the Physical Environment and Physical Activity in Older Adults: A Systematic Review of Qualitative Studies*, in *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, vol. 11(79).
- Neugarten B. (1974), *Age Groups in American Society and the Rise of the Young-Old*, in *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, vol. 415(1), pp. 187-198.
- Organizzazione Mondiale della Sanità (2002), *Active Ageing: A Policy Framework*. Testo disponibile al sito: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67215> (20/05/2023).
- Organizzazione Mondiale della Sanità (2007), *Global Age-Friendly Cities: A Guide*. Testo disponibile al sito: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43755> (02/06/2023).
- Organizzazione Mondiale della Sanità, *Global Recommendations on Physical Activity for Health*, OMS 2010. Testo disponibile al sito: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241599979> (02/06/2023).
- Palvarini P. (2010), *Qualità abitativa e vivibilità urbana*, in *Quaderni di Sociologia* n. 52, p. 31-51.
- Rantz M.J., Dorman Marek K., Aud M.A., Johnson R.A., Otto D., Porter R. (2005), *Tiger Place: A New Future of Older Adults*, in *Journal of Nursing Care Quality*, vol. 20, pp. 1-4.
- Regione Emilia-Romagna (2022), *I Dati PASSI d'Argento 2018-2021 in Emilia-Romagna*, ottobre 2022, testo disponibile al sito: <https://salute.regione.emilia-romagna.it/sanita-pubblica/sorveglianza/passi-dargento> (27/05/2023).

- Ruggieri G. (2011), *I vecchi di oggi. Anziani, giovani e status quo*, in Aa.Vv., *Access SOS. Costruire città accessibili a tutte le età. Strumenti e azioni*, Corbo Editore, pp. 176-186.
- Ruggieri G. (2013), *Anzianità Urbana, Geriatria e Urbanistica: una visione (ri)abilitativa da condividere?*, in M. Martinoni, E. Sassi, a cura di, *UrbAging: la Città e gli Anziani*, Tarmac Publishing.
- Saelens B.E., Sallis J.F., Frank L.D. (2003), *Environmental Correlates of Walking and Cycling: Findings from the Transportation, Urban Design, and Planning Literatures*, in *Annals of Behavioral Medicine*, vol. 25(2), pp. 80-91.
- Saelens B.E., Handy S.L. (2008), *Built Environment Correlates of Walking: A Review*, in *Medicine and Science in Sports and Exercise*, vol. 40(7), pp. S550-S566.
- Sallis J.F., Cervero R.B., Ascher W., Henderson K.A., Kraft M.K., Kerr J. (2006), *An Ecological Approach to Creating Active Living Communities*, in *Annual Review of Public Health*, vol. 27, pp. 297-322.
- Sallis J.F., Owen N., Fisher E.B. (2008) *Ecological Models of Health Behavior*, in Glanz K., Rimer B.K., Lewis F.M., edited by, *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*, Jossey-Bass (4^a ed.).
- Sarpellon G. (1993), *Dalla povertà nascosta alle nuove povertà e oltre*, in P. Guidicini, G. Pieretti, *La Residualità Urbana come Valore. Povertà urbane e dignità umane*, FrancoAngeli.
- Satariano W. (2006), *Aging, Health, and the Environment: An Ecological Model*, in W. Satariano, *Epidemiology of Aging: An Ecological Approach*, Jones & Bartlett Learning.
- Scataglini S., Imbesi S., Marques G., edited by (2022), *Internet of Things for Human-Centered Design. Application to Elderly Healthcare*, Springer Link.
- Simpson D. (2015), *Young-Old. Urban Utopias of an Aging Society*, Lars Müller Publishers.
- Smedley B.D., Syme S.L., edited by (2000), *Promoting Health: Intervention Strategies from Social and Behavioral Research*, Washington National Academies Press.
- Stokols D. (1996), *Translating Social Ecological Theory into Guidelines for Community Health Promotion*, in *American Journal of Health Promotion*, vol. 10, pp. 282-292.
- Sun Y., Kam Ng M., Chao T., He S., Mok S. (2022), *The Impact of Place Attachment on Well-being for Older People in High-density Urban Environment: A Qualitative Study*, in *Journal of Aging and Social Policy*, pp. 1-21.
- Thornton C.M., Kerr J., Conway T.L., Saelens B.E., Sallis J.F., Ahn D.K., Frank L.D., Cain K., King A.C. (2017), *Physical Activity in Older Adults: An Ecological Approach*, in *Annals of Behavioral Medicine*, vol. 51(2), pp. 159-169.
- Tosi A. (1994), *Abitanti. Le nuove strategie dell'azione abitativa*, il Mulino.
- Unipolis (2021), *Cambiamo Strade, Cambiamo Futuro*, giugno 2021, testo disponibile al sito: <https://www.fondazioneunipolis.org/Risorse/Cambiamo%20strade,%20cambiamo%20futuro.pdf> (02/06/2023).

- Vlahov D., Freudenberg N., Proietti F., Ompad D., Quinn A., Nandi V., Galea S. (2007), *Urban as Determinant of Health*, in *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, vol.84(1), pp. i17-i18.
- Westerhof G., Barrett A. (2005), *Age Identity and Subjective Well-being: A Comparison of the United States and Germany*, in *Journal of Gerontology*, vol. 60(3), pp. 129-136.
- Wiles J.L., Wild K., Kepa M., Peteru C. (2011), *Resilient Ageing in Place: Project Recommendations and Report*, The University of Auckland.

AUTRICI E AUTORI

VIVIANA ASARA è ricercatrice in Sociologia Generale nel Dipartimento di Studi Umanistici dell'Università di Ferrara.

GIULIA BARRILE è medico in formazione specialistica in Geriatria nel Dipartimento di Scienze Mediche dell'Università di Ferrara.

MARIA GIULIA BERNARDINI è ricercatrice in Filosofia del Diritto nel Dipartimento di Giurisprudenza dell'Università di Ferrara.

LORENZO BETTI è assegnista di ricerca in Sociologia Urbana nel Dipartimento di Scienze Umanistiche dell'Università di Ferrara.

EDOARDO CARUSO è ricercatore in Diritto Amministrativo nel Dipartimento di Giurisprudenza dell'Università di Ferrara.

MARZIA DE DONNO è professoressa associata in Diritto Amministrativo nel Dipartimento di Giurisprudenza dell'Università di Ferrara.

ELENA DORATO è ricercatrice in Urbanistica presso il Dipartimento di Architettura dell'Università di Ferrara.

FEDERICO FABI è dottorando di ricerca in Storia del Diritto nel Dipartimento di Giurisprudenza dell'Università di Ferrara.

DARIO FALCONE è medico in formazione specialistica in medicina interna, nel Dipartimento di Medicina Traslazionale e per la Romagna dell'Università di Ferrara.

ANDREA GRANDIERI è infermiere presso l'U.O. Geriatria e Ortogeriatria dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara.

MARIA LEONARDO è geriatra presso l'UO Lungodegenza Post-Acuzie Geriatrica Riabilitativa dell'Ospedale del Delta.

LISA MARZANO è medico in formazione specialistica in Geriatria presso il Dipartimento di Scienze Mediche dell'Università di Ferrara.

VALERIA RAPARELLI è ricercatrice clinica nel Dipartimento di Medicina Tradizionale e per la Romagna dell'Università di Ferrara.

PIER FEDERICO SCARONI è medico in formazione specialistica in Geriatria presso il Dipartimento di Scienze Mediche dell'Università di Ferrara.

CATERINA TREVISAN è ricercatrice in Geriatria presso il Dipartimento di Scienze Mediche dell'Università di Ferrara.

CIRO TARANTINO è professore in Sociologia dei Processi Culturali presso il Dipartimento di Studi Umanistici dell'Università della Calabria.

DAVIDE TUMMINELLI è dottorando di ricerca in Diritto Amministrativo nel Dipartimento di Giurisprudenza dell'Università di Ferrara.

EMILIO PAOLO VISINTIN è professore associato in Psicologia Sociale nel Dipartimento di Studi Umanistici dell'Università di Ferrara.

Vi aspettiamo su:

www.francoangeli.it

per scaricare (gratuitamente) i cataloghi delle nostre pubblicazioni

DIVISI PER ARGOMENTI E CENTINAIA DI VOCI: PER FACILITARE
LE VOSTRE RICERCHE.



Management, finanza,
marketing, operations, HR

Psicologia e psicoterapia:
teorie e tecniche

Didattica, scienze
della formazione

Economia,
economia aziendale

Sociologia

Antropologia

Comunicazione e media

Medicina, sanità



Architettura, design,
territorio

Informatica, ingegneria

Scienze

Filosofia, letteratura,
linguistica, storia

Politica, diritto

Psicologia, benessere,
autoaiuto

Efficacia personale

Politiche
e servizi sociali



FrancoAngeli

La passione per le conoscenze

Copyright © 2023 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835157922

FrancoAngeli

a strong international commitment

Our rich catalogue of publications includes hundreds of English-language monographs, as well as many journals that are published, partially or in whole, in English.

The **FrancoAngeli**, **FrancoAngeli Journals** and **FrancoAngeli Series** websites now offer a completely dual language interface, in Italian and English.

Since 2006, we have been making our content available in digital format, as one of the first partners and contributors to the **Torrossa** platform for the distribution of digital content to Italian and foreign academic institutions. **Torrossa** is a pan-European platform which currently provides access to nearly 400,000 e-books and more than 1,000 e-journals in many languages from academic publishers in Italy and Spain, and, more recently, French, German, Swiss, Belgian, Dutch, and English publishers. It regularly serves more than 3,000 libraries worldwide.

Ensuring international visibility and discoverability for our authors is of crucial importance to us.

FrancoAngeli

 **torrossa**
Online Digital Library

Anziani e diritto all'abitare

Il *diritto all'abitare* parte dalla casa, ma comprende anche spazi che vanno *oltre* quest'ultima, come lo spazio urbano. Sfera domestica, strade, quartieri, centri e periferie si intersecano, sono oggetto di politiche pubbliche e luogo di esercizio dei diritti, o della loro negazione. Sono dunque fondamentali nei processi di inclusione delle persone e nel garantire il diritto a una città più *giusta*.

Per i soggetti che finora si sono trovati in una condizione di vulnerabilità sociale e spaziale, come le persone anziane, *l'abitare* assume un rilievo particolare. Nonostante i proclami diretti a promuovere la domiciliarità, la transizione verso “nuovi” modelli del *welfare*, l'invecchiamento attivo o il diritto alla vita indipendente, fattori quali la crisi economica o l'assenza di politiche pubbliche adeguate concorrono ad acuirne l'esclusione sociale e la disegualianza. I saggi raccolti nel volume, esito di una ricerca di tipo critico che parte dal territorio della città di Ferrara (una delle realtà italiane più interessate dall'invecchiamento della popolazione), riflettono sul complesso intreccio tra bisogni e diritti, individuando prospettive che si propongono di contribuire all'effettiva garanzia del *diritto all'abitare* di tali persone.

Maria Giulia Bernardini è ricercatrice in Filosofia del diritto presso l'Università di Ferrara. I suoi interessi di ricerca vertono sulle teorie critiche del diritto (in particolare, *Disability Law*, *Elder Law*, *Feminist & Gender Studies*) e su temi quali vulnerabilità, intersezionalità, violenza, capacità legale, diritto all'abitare, sui quali ha pubblicato numerosi contributi scientifici. Ha partecipato a progetti di ricerca, anche di rilievo nazionale, relativi al contrasto alla segregazione delle persone anziane e con disabilità. Figura tra gli esperti del Garante Nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale.