

# Il diritto alla città della cura

## La condizione anziana in tempi di pandemia

**Elena Dorato**

Dipartimento di Architettura  
Università di Ferrara

**Maria Giulia Bernardini**

Dipartimento di Giurisprudenza  
Università di Ferrara

elena.dorato@unife.it  
brnmgl@unife.it

Received: November 2020  
Accepted: January 2021  
© 2021 The Author(s)  
This article is published  
with Creative Commons  
license CC BY-SA 4.0  
Firenze University Press.  
DOI: 10.13128/contest-12263  
www.fupress.net/index.php/contesti/

### keywords

Covid-19  
right to the city  
elderly people  
public space  
social health

### 1 | Città, anziani e pandemia

“L'uomo moderno viene al mondo in una clinica e muore in una clinica; per conseguenza deve anche abitare in una clinica!” (Musil, 1957, p.141).

Con questo provocatorio paradossale, già nel 1930 nel suo celebre romanzo “L'Uomo Senza Qualità”, Robert Musil descriveva in maniera fortemente critica la pervasività e trasversalità di un approccio curativo-me-

dicalizzante che, potremmo affermare oggi, continua a caratterizzare la società (e la città) contemporanea in molte delle dinamiche che la definiscono. Il processo dilagante di medicalizzazione “dell'esistenza umana, del comportamento umano e del corpo umano” (Foucault, 1974, p.135) che ha preso piede a partire dal diciottesimo secolo ha indubbiamente connotato la disciplina urbani-

*Throughout this contribution, an urban planner and a philosopher of law wonder about the meaning assumed today by the expression “city of care” and its potential for the elderly population. Moving from a critical perspective, the Authors introduce an interdisciplinary dialogue that is the first step to an urban vision aimed at recognizing the subjectivity and rights of older people, thus overcoming the established logic where the elderly person is precluded access to the public dimension of contemporary urban living. Starting from the assumption that it is fundamental*

*not only to recognize the right of older people to accessibility to the public sphere, but also their full ownership of the “right to the city”, the contribution moves from the tragic effects of the global health emergency to affirm the need for a radical change that is a cultural change, even before a health-care and an urban one.*

stica sin dalla sua nascita (Dorato, 2020; Borasi, Zardini, 2012), a metà del XIX secolo, con il distinto obiettivo di “curare il male città” (Calabi, 1979), terapia per il corpo urbano malato, mantenendo nei secoli a venire questo approccio medico alla cura. Alla luce delle condizioni inedite e drammatiche che stiamo vivendo proprio in questi mesi – che appaiono in primis sanitarie, socio-economiche e socio-assistenziali, ma che derivano da e si fondono con profonde questioni ambientali, politiche, urbane e giuridiche – diviene fondamentale ampliare lo sguardo della ricerca a favore di sforzi e riflessioni sempre più interdisciplinari, attuando approcci, programmi e azioni integrate che acquistano, oggi più che mai, un valore e un ulteriore significato come strumenti efficaci per superare la pandemia, mettendo in campo tutte le competenze necessarie per muoversi verso la (ri)costruzione di contesti adattivi e abilitanti, in un'ottica preventiva.

La “crisi demografica” del nostro Paese (ISTAT, 2019) poneva, già in epoca pre-pandemica, una serie di questioni strutturali per il vivere urbano. La gestione di una popolazione sempre più longeva e potenzialmente bisognosa di sostegno si profila come un'importante sfida non solo sanitaria, sociale e politica, ma anche e soprattutto urbana: per gli effetti che i modelli consolidati di strutturazione e diffusione urbana (abitabilità, connettività e trasporti, delocalizzazione dei servizi, etc.) 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 (Dorato, 2019); e, in ultimo, per le ulteriori implicazioni che situazioni di emergenza sanitaria come quella che stiamo attraversando hanno e potenzialmente avranno sulle condizioni di salute e qualità della vita delle persone anziane,

oltre che sui loro diritti. Come efficacemente descritto da Ruggieri, “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” (Ruggieri, 2011, p.186).

Il progressivo allungamento della vita media ci obbliga a una riflessione sulle condizioni di salute in cui si vivono gli anni di vita guadagnati. Tra i numerosi autori, anche Galimberti ci mette in guardia su come “[...] la vecchiaia [sia] diventa[ta] un insignificante accumulo di anni che la società atomizzata deve sopportare e sopporta, traducendo in una morte sociale anticipata la vita biologica inutilmente guadagnata perché non scambiata” (Galimberti, 2002, p. 93). Anche al fine di contrastare tale dinamica, gli indicatori epidemiologici si stanno evolvendo per quantificare l’aspettativa di “vita sana”, senza limitazioni nelle attività quotidiane, e muta il significato stesso di “qualità della vita”, ormai generalmente intesa come la risultante dell’interazione dei singoli con l’ambiente che li circonda nelle sue diverse forme (Lawrence, 1996; Barton, Tsourou, 2000; OMS, 2001). Parallelamente, assistiamo al modificarsi del concetto di salute che, già

da tempo, non viene più considerata una semplice assenza di malattia (si pensi alla definizione datane dall’OMS nel 1948), ma assume il significato di “benessere sociale” che induce a comprenderla come una tendenza in costante divenire, anziché quale status momentaneo. Come anche discusso dall’economista Hervé Juvin, “[nella nostra società] l’invecchiamento sta diventando un fenomeno sociale, più che un fenomeno fisico” (Juvin, 2010, p.8). Nel nostro Paese, il secondo più longevo al mondo dopo il Giappone (ISTAT, 2019), stanno emergendo in maniera sempre più evidente problemi e sfide legate ai temi dell’invecchiamento, come evidente è anche la relativa inefficacia di politiche e sforzi mono-settoriali (sanitari, economici, socio-assistenziali) concepiti indipendentemente l’uno dall’altro. Se, da un lato, la ricerca scientifica nelle scienze sociali ed epidemiologiche si è concentrata prevalentemente sui “grandi anziani” (over 80), sugli anziani non autosufficienti, bisognosi di particolari cure, in condizioni abitative precarie o evidenti ristrettezze economiche (Bosman, 2012), gli sforzi delle discipline architettoniche si sono consolidati sulle nuove tecnologie a supporto di accessibilità e sicurezza dell’unità abitativa per anziani non autosufficienti, sulle nuove forme di residenza assistita o collettiva per persone affette da determinate patologie, sulla domotica, sensoristica

e sui dispositivi tecnologici a supporto di un invecchiamento “controllato” e medicalizzato. Come risultato, si è sviluppato un dibattito disciplinare che, di fatto, non indaga o poco parla di città – quartieri, spazi pubblici, luoghi e servizi di prossimità e collettività –, ma predilige il tema dell’abitare inteso nel senso più stringente dell’alloggio e delle sue caratteristiche tecnico-adattive (Dorato, 2019), confinando le riflessioni sull’invecchiamento della popolazione all’interno di una dimensione spazialmente, socialmente e giuridicamente “privata”.

Una lettura critica di questa tendenza permette di osservare come l’assegnazione di tali persone alla sfera privata non abbia carattere meramente tecnico, ma assuma un preciso significato politico. Storicamente, infatti, lo spazio pubblico è stato abitato unicamente dai soggetti cosiddetti “paradigmatici”, ossia socialmente dominanti, mentre l’assegnazione dei soggetti “altri” alla sfera privata ha contribuito a rinsaldare la percezione di una umanità non piena di chi era ospitato al suo interno (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”. Eppure, attualizzando le parole di Ruggieri, “la complessità della realtà che si sta auto-organizzando sotto i nostri occhi non può non catturare l’atten-

zione 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” (Ruggieri, 2013, p. 62).

Questa riflessione appare ancora più significativa nel contesto attuale. Le persone anziane sono infatti state colpite in modo particolare dall’emergenza pandemica: nonostante gli indici di infezione e di mortalità registrati all’interno dei vari Stati siano sensibilmente diversi, nel corso dei mesi il tasso di mortalità di tali soggetti è stato assai marcato (Comas-Herrera et al., 2020)<sup>1</sup>. Le evidenze scientifiche degli ultimi mesi relative al contesto italiano ci mostrano come il tasso di mortalità legato alla pandemia raddoppi nel caso di persone anziane, passando dal 10%, media dell’interna popolazione, a oltre il 20% tra gli over80 (Onder et al., 2020). A tal proposito, l’accordo sul fatto che l’età (di norma, non in sé e per sé considerata, ma qualora sia unita alla comorbidità) possa costituire una fonte di maggior vulnerabilità al virus è pressoché unanime (OMS, 2020). Eppure, l’analisi dei dati relativi al contagio rivela anche aspetti ulteriori, che impediscono di individuare nel nesso tra l’ac-

cresciuta vulnerabilità ontologica e l'invecchiamento l'unica ragione di una così alta esposizione al contagio (e alla mortalità) di tali persone. Lo raccontano purtroppo bene soprattutto i casi di cronaca relativi alle strutture di *long term care*, divenuti tristemente noti non solo per gli abusi perpetrati al loro interno, ma anche per la strutturale mancata tutela dei diritti fondamentali di chi vi era ed è ospitato, come è emerso anche dai recenti blitz che in Italia hanno rivelato l'insufficiente attivazione di piani per le misure anti-contagio, la carenza di personale medico e di adeguati dispositivi di protezione individuale e il sovraffollamento delle strutture (da ultimo, nel contesto italiano, si veda il blitz dei NAS del 17 novembre 2020). Secondo l'indagine sul contagio da SARS-CoV-2 condotta dall'Istituto Superiori di Sanità tra il 24 marzo e il 5 maggio 2020 all'interno di 1356 residenze sanitarie assistenziali (RSA) sull'intero territorio nazionale, il 7,4% delle persone anziane decedute nel periodo d'indagine è risultato positivo al tampone, mentre il 33,8% presentava sintomi influenzali riconducibili al Covid-19 (ISS, 2020).

I dati emersi inducono dunque a ritenere che la vulnerabilità di queste persone – spesso espressa nei termini di un'accresciuta fragilità, con un lessico che però sembra obliterare la responsabilità sociale ed istituzionale nella produzione della

vulnerabilità stessa – sia in primo luogo di tipo “patogeno” (Mackenzie et al., 2013), ossia relativa al sistema di relazioni che circondano i soggetti anziani. Pertanto, la pandemia ha esacerbato la vulnerabilità di questi individui (FRA, 2020), resi appunto vulnerabili dall'organizzazione sociale e spaziale. È così emerso come la questione rilevante sia in primo luogo di tipo culturale: l'emergenza ancora in corso ha infatti reso evidente la condizione di invisibilità ontologica, epistemologica e pratica in cui di norma versano le persone anziane, ponendo in primo piano il tema del riconoscimento della loro soggettività, dunque una questione di giustizia (Fraser e Honnet, 2020) che riguarda parimenti il piano soggettivo e quello spaziale. È infatti dall'invisibilità e dal misconoscimento della soggettività anziana, dalla percezione culturale della stessa quale “peso” (in ragione delle presunzioni relative alla mancata produttività e alla dipendenza) e dalla considerazione della stessa in termini di “inessenzialità” (Spelman, 1988) che derivano la cancellazione dallo spazio pubblico (e la mancata considerazione di questi individui tra gli originari fruitori degli spazi urbani) e il “confinamento” all'interno dello spazio privato, tanto domestico quanto residenziale.

Non è un caso, pertanto, che le strutture di *long term care*, già oggetto di attenzione per la loro attitudine a configurarsi come

luoghi almeno potenzialmente segreganti (Merlo e Tarantino, 2018; Bernardini, 2019), durante la pandemia siano diventate una parte qualificante delle strategie istituzionali dirette a gestire e contenere la diffusione del virus al di fuori degli ospedali, riproponendo in chiave contemporanea il noto fenomeno dell'istituzionalizzazione (Foucault, 1972; Goffman, 1961; Basaglia, 1968). I numerosi casi di cronaca rivelano infatti come, in pressoché ogni Stato, si sia scelto di chiudere le strutture che ospitavano le persone anziane (strutture in cui il virus era “entrato dall'esterno” diffondendosi poi con relativa facilità) trasferendo qui anche numerosi pazienti “altri”, positivi al Covid-19, compiendo un'operazione che da un lato ha contribuito in modo significativo al verificarsi di quella che è stata efficacemente narrata come una “strage silenziosa” di rilievo mondiale<sup>2</sup> (si veda, tra gli altri, il report relativo al Belgio di Amnesty International, 2020) e, dall'altro, all'ulteriore diniego di accesso alla sfera pubblica.

Nel corso di questo contributo, ci proponiamo di fornire alcuni argomenti utili al superamento della logica escludente appena delineata. Partendo dall'assunto che sia fondamentale non solo riconoscere alle persone anziane il diritto all'accessibilità della sfera pubblica ma, in senso forse ancor più radicale, la loro piena titolarità del “diritto alla città”, proveremo a illustrare

brevemente alcune rilevanti conseguenze che una simile lettura è in grado di produrre sulla sfera giuridica e urbanistica.

## 2 | Il diritto alla città (della *care*)

Se il diritto alla città può essere considerato una “domanda sociale, politica ed economica complessa e [ ] diversificata, che guarda alla città come al proprio interlocutore privilegiato” (Carrera, 2020, p. 205), il fatto che molte persone anziane si trovino prevalentemente a vivere all'interno dello spazio chiuso della loro abitazione o, soprattutto nel caso delle non autosufficiente, delle strutture residenziali e semi-residenziali, sembra precludere in nuce la possibilità di considerare tali soggetti titolari di questo diritto. Il riferimento alla cura consente di smentire un simile convincimento, laddove permette di politicizzare e riarticolare la dicotomia tra pubblico e privato, nonché di porre sul piano pubblico il tema della responsabilità collettiva (in primis, ma non esclusivamente, istituzionale) nella risposta alle esigenze di tutti i titolari del diritto alla città, ivi comprese, dunque, le persone anziane.

La cura, infatti, è notoriamente una condizione primaria dell'esistenza che “protegge la vita e coltiva le possibilità di esistere” (Mortari, 2015, p. 13) e, al contempo, una pratica specifica di sollecitudine in relazione a chi si trovi in una in condizione di bisogno. Nel corso degli ultimi anni,

essa ha acquisito un'importanza crescente, tanto da costituire uno dei concetti centrali all'interno di numerosi ambiti di ricerca, come quello etico, filosofico, giuridico e politico. Se pure all'interno delle varie riflessioni la cura assume caratteri non sempre coincidenti (si pensi alle significative differenze tra il pensiero di autori come Heidegger, Foucault, Ricoeur, o delle teoriche dell'etica della cura), tuttavia sembrano ormai acquisiti due dati: innanzitutto, essa non deve essere interpretata in senso restrittivo (come cure), ma nei termini di *care* (ossia del "prendersi cura"), parola che rivela una maggiore sollecitudine e attenzione alla persona, della quale viene messo in rilievo il benessere completo e dunque anche la sua componente socio-relazionale. In secondo luogo, la *care* sembra ormai avere stabilmente assunto un significato (anche) politico: almeno a partire dalle riflessioni di Tronto (1993) sui "confini morali", l'attenzione a questa sfera ha infatti permesso di disvelare la politicità del confine tra pubblico e privato e di valorizzare, piuttosto, la continuità tra i due ambiti. Si tratta di un'operazione di grande importanza, perché ha consentito di mettere in discussione l'ideologica ascrizione di taluni soggetti (vulnerabili) alla sola dimensione privata, quale luogo di naturale afferenza, e di porre invece sul piano pubblico l'arcipelago delle questio-

ni connesse alla *care* (*caregiving* formale e informale, parità di genere, violenza, etc.), riformulandole in termini di diritti e rendendo altresì finalmente visibili le violazioni di questi ultimi.

Sempre nelle intenzioni di Tronto (2013, il cui pensiero è stato ulteriormente sviluppato, tra gli altri, in Urban e Ward, 2020), quella che potrebbe essere definita come una "rivoluzione della cura" potrebbe dare luogo ad una vera e propria *caring democracy*, al cui interno le istituzioni avrebbero la responsabilità di rimuovere le disegualianze esistenti tanto nello spazio pubblico quanto in quello privato, favorendo così una maggiore giustizia sociale e il riconoscimento delle diverse soggettività, che avrebbero un ruolo di primo piano in questo nuovo assetto, in base ad una logica di tipo partecipativo.

È evidente come tale proposta mantenga la propria attualità anche in relazione alla pandemia. Pure in questo periodo, infatti, i riferimenti alla cura sono (stati) tutt'altro che infrequenti (ex multis, Serughetti, 2020), rivelando la diffusa convinzione che l'attenzione all'attitudine generativa e rigenerativa della cura possa portare alla rifondazione di un nuovo ordine socio-politico, più marcatamente inclusivo e in grado di rispondere alle istanze di giustizia sociale provenienti dai soggetti più esclusi e discriminati. Ed è dunque questo il senso

da attribuire all'espressione "civiltà della cura", che letta alla luce della *care* impone una radicale trasformazione urbana e, prima ancora, culturale, laddove rimarca la valenza discriminatoria ed escludente del "confinamento" delle persone anziane all'interno dei luoghi chiusi, di norma legati alla "cura" intesa invece nella sua accezione restrittiva, come ad esempio gli ospedali e, sovente, le RSA.

A seguito di questo mutamento di paradigma, il "diritto alla città" – che spesso nel corso del tempo ha assunto un carattere retorico – acquista un significato peculiare, soprattutto nel caso in cui a rivenderlo siano le persone anziane (Bernardini, 2021). Sono due, in particolare, le questioni rilevanti: stabilire chi rivendica questo diritto, e quale sia il contenuto di quello che pare configurarsi come un "diritto alla città della *care*". Se, infatti, può essere più intuitivo riconoscerne la titolarità in capo a quelle persone anziane che già abitano le città (in questo caso, si pone allora il problema di comprendere in relazione a quale tipo di città esse rivendichino il proprio diritto), non altrettanto accade per coloro che vivono all'interno delle strutture, luoghi in realtà spesso impermeabili al territorio già prima di essere chiusi al pubblico a causa della pandemia. Proprio il richiamo alla *care*, dunque alla continuità tra la sfera pubblica e quella privata, permette di ri-

solvere in senso positivo la questione della titolarità del diritto, tanto più se si tiene conto dei ripetuti appelli, provenienti anche dalle istituzioni sovranazionali, a procedere alla de-istituzionalizzazione (FRA, 2017), a favore di soluzioni domiciliari o di comunità che consentano di superare non solo le soluzioni segreganti, ma anche il modello di residenzialità basato sulla centralità delle famiglie nella "presa in carico" delle persone anziane.

Così, se sul piano istituzionale la pandemia induce ad appuntare l'attenzione sulle criticità dei sistemi di welfare contemporanei, principalmente dovute alla gestione neoliberale dello Stato sociale – riproponendo, a tal proposito, l'attualità dei dibattiti relativi alla realizzazione del welfare di prossimità –, al contempo sta sollecitando a compiere una profonda riflessione anche sul piano architettonico ed urbanistico. Nell'ottica della *care*, è infatti fondamentale riflettere sulle condizioni ambientali che rendono possibile la realizzazione di interventi innovativi di cura, assistenza e/o promozione del benessere delle persone (anziane, ma non solo), sotto molteplici profili: prevenzione, sostegno, supporto, socialità.

Ecco allora che la "comparsa" delle persone anziane nella sfera pubblica, avutasi principalmente a causa della pandemia, assume una significativa importanza an-

che sul piano culturale. Da un lato, essa interroga le nostre società sui modelli culturali accolti al proprio interno in relazione al riconoscimento delle diverse soggettività, rivelando ancora una volta la portata escludente dell'antropologia politica implicita sulla quale sono erette le società (neo-)liberali e che è ancora accolta al loro interno<sup>3</sup>. Dall'altro, ha reso evidente la necessità di riformulare tali modelli, quale presupposto del ripensamento delle relazioni tra soggetti, diritti e spazi (privati ed urbani). Sul piano architettonico ed urbanistico, tale esigenza sembra tradursi in primo luogo in due domande fondamentali: quali caratteristiche devono avere le soluzioni abitative per non essere segreganti? E in quale contesto urbano devono inserirsi?

### 3 | La città degli anziani, tra distopia e realtà

“La città ha creduto spesso di rispondere ai criteri di maggiore efficienza tecnica, relegando la funzione della salute in appositi edifici [ ] che, per la maggior parte dei casi, dovrebbero rimettere in condizione di tornare ad essere attivi cittadini il cui organismo è deteriorato dagli stessi meccanismi della vita urbana” (Michelucci, 1984, p.48). Con queste parole un ormai anziano Giovanni Michelucci discuteva delle relazioni tra istituzioni di cura e spa-

zi urbani, sostenendo che le nostre città facciano di tutto per allontanare da sé il concetto di malattia e quello di prevenzione, unitamente a tutti “quei sottili legami culturalmente indispensabili” che invece caratterizzano il modello stesso della “città della cura”, ovvero della città capace di prendersi cura della salute e del benessere dei suoi abitanti, specie quelli più fragili. In questa città, i sottili legami culturalmente indispensabili avvengono in gran parte all'interno dei suoi spazi pubblici e collettivi, così fondamentali per la comunità che li abita poiché capaci di supportarne la socialità, divenendo quindi scenario privilegiato per il mantenimento della salute sociale (ex multis, Larson, 1993; Keyes, 1998; Yu et al., 2016) della comunità stessa.

“L'ospedale – continua Michelucci – è sovraffollato da pazienti che in una città provvista di una cultura sanitaria non avrebbero bisogno di ricorrere al ricovero” (p.50): la città provvista di cultura sanitaria è la città del “prendersi cura”. In tempo di pandemia, in Italia come in altri Paesi, la tragica esperienza delle RSA ha riportato l'attenzione sulla dicotomia “luoghi di cura - città della cura”, riproducendo anche sul piano urbanistico-architettonico (attraverso la scissione tra la dimensione fisico-spaziale e quella socio-culturale urbana) la gestione neo-liberale che già caratterizza la sfera politico-istituziona-

le delle nostre città [cfr. par.2], così come sull'atteggiamento discriminatorio –ormai radicato nella nostra società – che vede la persona anziana associata quasi unicamente a una dimensione anche e soprattutto spazialmente privata della vita, perseguendo un conseguente “isolamento tutelativo” mirato ad estromettere dal dominio pubblico i soggetti identificati come fragili e, con loro, le questioni complesse e le responsabilità che questi pongono alla città pubblica.

Tra provocazione, umorismo noir e critica sociale, diversi scrittori e romanzieri hanno posto l'accento sui rischi causati dall'isolamento e talvolta dall'abbandono della popolazione anziana da parte della società e delle istituzioni che invece dovrebbero supportarla. Un caso celebre è il secondo romanzo della saga dei Malaussène di Daniel Pennac dove, sulla scia di una serie di omicidi di anziani nel quartiere parigino di Belleville, si scopre che il preposto “Segretariato di Stato per le Persone Anziane” in realtà promuove una politica di internamenti arbitrari, confinando la popolazione in ospizi chiamati EPA - Enti per le Persone Anziane e rendendola al contempo dipendente dall'assunzione di sostanze stupefacenti mortali grazie all'impiego di assistenti a domicilio. “Ma lo stato e la pubblica amministrazione sono presenti per sopperire alle lacune umane e farsi

carico dei cittadini più anziani che le circostanze della vita hanno relegato in una solitudine disperata, se non degradante. [ ] Affidatevi alla diagnosi delle infermiere a domicilio messe gentilmente a disposizione delle persone anziane. Loro sapranno 'direzionarvi' verso gli EPA più adeguati alle vostre personali esigenze” (Pennac, 2011, pp.60-61).

Ancora più provocatorio è il breve saggio di Debray (2005) “Fare a meno dei Vecchi, una proposta indecente”, in cui lo scrittore e sociologo francese traccia un quadro apocalittico di quella che lui stesso definisce la “catastrofe della longevità”. All'invecchiamento della popolazione viene imputato l'impovertimento del dinamismo sociale e il peso intollerabile della pressione fiscale. “Essi [i vecchi] rappresentano un freno al decollo, un aggravamento del debito pubblico [...], una perdita di controllo delle spese, un freno allo sviluppo tecnologico e all'innovazione e un complessivo abbassamento del livello di vita” (pp.13-14). La soluzione proposta dall'autore è il confinamento socio-spaziale della popolazione over70 in una sorta di riserva naturale, una repubblica nella Repubblica chiamata Bioland (*Welcome to the bio age!*). Una riflessione legata alla distribuzione della popolazione anziana sul territorio che propone il “raggruppamento” come soluzione all'inefficienza della “dispersio-

ne” localizzativa degli anziani bisognosi di cure e/o sostegno. “Prima risposta: il raggruppamento. [...] Fuori dei centri urbani dunque (gli ospizi sono in generale *extra moenia*) e non in periferia: il bucolico è necessario” (Debray, 2005, p.49). Un risparmio per l’Amministrazione ed una migliore “protezione” per gli anziani, non più soggetti a episodi di discriminazione sociale e spaziale. Il territorio autonomo invocato da Debray, a supporto di un più rapido ed economicamente proficuo ricambio generazionale, è lontano dai servizi della città e assolutamente inospitale: clima rigido con forti sbalzi di temperatura, topografia impervia, scarsità di infrastrutture di accesso e collegamento sono solo alcune delle caratteristiche di Bioland che concorrono a una prematura dipartita dei suoi abitanti. Pensando alla situazione reale, pur con una buona dose di cinismo, non ci si discosta molto da quanto delineato nelle pagine di questi autori. L’emarginazione delle persone anziane è avvenuta e sta avvenendo in maniera più sottile e trasversale, eppure con gli stessi dolorosi risultati. L’Urbanistica è spesso stata complice, assecondando tale tendenza nella realizzazione di utopie (o, per meglio dire, distopie) socio-spaziali responsabili di un’ulteriore polarizzazione delle disuguaglianze. Le cosiddette Gerotopias (Simpson, 2012) – uno dei prodotti urbani della “*longevity revolution*” (Butler,

2008) – ne sono un esempio lampante, con la produzione di nuove forme spaziali, e conseguentemente di comunità, mirate a colmare “[...] quella sorprendente mancanza di protocolli che possano orientare come e dove gli individui o gruppi di individui debbano vivere questa nuova fase della vita [la terza età], storicamente senza precedenti” (Simpson, 2012, p.347). Continua Simpson: “La terza età, quindi, è emersa per definizione come un campo sperimentale di forme alternative di soggettività e collettività, e forme alternative di urbanistica” (p.348).

La nascita di quello che ormai viene riconosciuto come *Third Age Urbanism* è riconducibile alla metà del secolo scorso, a quando, nel 1947, l’americano Ben Schleifer andò a visitare un amico presso una “casa di riposo” e, scosso dall’esperienza, iniziò a sviluppare un’idea alternativa al problema dell’istituzionalizzazione della cura e del confinamento dell’anziano. La soluzione di Schleifer fu l’acquisto di un grande terreno nel deserto dell’Arizona su cui, in pochi anni, venne eretta Youngtown, una comunità dedicata esclusivamente a persone over50 (la prima cosiddetta *age-segregated retirement community*). Il grande successo di questa cittadina diede l’avvio al moltiplicarsi e consolidarsi di una vera e propria “tradizione” – architettonico-urbanistica, economica, socio-culturale – di

insediamenti concepiti e realizzati ad uso esclusivo delle persone anziane (Simpson, 2015) che, dagli Stati Uniti, iniziò a diffondersi in altre parti del mondo come il Giappone, l’Australia, l’Europa. Per quanto riguarda il continente europeo, uno degli esempi più studiati di questi insediamenti socio-spazialmente auto-segreganti è rappresentato dalle comunità della Costa del Sol, in Spagna, comunemente chiamate *Europe retirement homes* o, nel lessico di geografi e sociologi, “colonie di migrazione” degli anziani (King et al., 2000; O’Reilly, 2000; Huber, O’Reilly, 2004).

La segregazione della persona anziana, pur quando avviene in maniera pienamente autonoma e consapevole come nel caso delle Gerotopias, può comunque essere letta come sintomo di un disagio; come la manifestazione di un senso di esclusione o non-appartenenza a una comunità – e a una città – multi-generazionale, in cui il ruolo, le libertà, i diritti e le potenzialità della persona anziana non vengono riconosciute o messe in valore, al punto da preferire l’auto-isolamento in quartieri o insediamenti ad uso esclusivo dei cittadini senior e, pertanto, pienamente tarati sulle loro aspettative ed esigenze.

Anche alla luce della gravità – reale e potenziale – di simili derive, numerosi Enti e organismi istituzionali hanno avviato, specie negli ultimi due decenni, una serie

di iniziative volte alla definizione di politiche multilivello per il coinvolgimento della popolazione anziana quale “attore attivo” all’interno del contesto fisico e sociale delle città, come ad esempio le raccomandazioni sovranazionali dell’OMS (2007) per “città amiche degli anziani”, la “Strategia e il piano d’azione per l’invecchiamento sano in Europa 2012-2020” (OMS, 2012), il documento di indirizzo per l’adattamento delle città ai bisogni di una popolazione sempre più longeva (ESPON, 2019) e altre raccolte di casi-studio virtuosi (ARUP, 2015), o il Piano di Azione regionale per gli Anziani dell’Emilia Romagna “Una società per tutte le età” (PAR, 2012-2018).

Si tratta di iniziative che, pur nella loro eterogeneità, riconoscono tutte al soggetto che invecchia e raggiunge un’età avanzata il diritto di continuare a vivere – e non solamente “sopravvivere” – in una città che, parafrasando Musil, non dovrebbe essere una grande “clinica urbana”, ma un contesto fisico-sociale inclusivo e accessibile, flessibile e predisposto a fornire sostegno durante il dinamico cambiamento dei bisogni di ognuno. Anche a supporto di queste raccomandazioni, le relazioni tra popolazione anziana e i luoghi che questa abita e vive nella sua quotidianità si stanno consolidando all’interno di un nuovo campo di studi multidisciplinare definito “*geographical gerontology*” (Andrews et

al., 2007), fortemente caratterizzato da un'attenzione per la salute delle persone anziane e le relative forme e politiche di assistenza sanitaria sul territorio (Ali-doust et al., 2019).

Se sino ad oggi la logica consolidata e prevalente di organizzazione spaziale e sociale della popolazione over65 è stata “[...] fondata o sull’adattamento dell’anziano all’esistente, o sulla sua esclusione” (Amendola, 2011), risulta quanto mai necessario e urgente invertire l’approccio, modificando e adattando l’habitat urbano – dall’abitazione, al quartiere, alla città – ai bisogni speciali e mutevoli dei cittadini senior, aggiungendo alle diade “sistema sanitario e del welfare - politiche per la casa” un terzo elemento di pari rilevanza, ovvero la rete degli spazi pubblici urbani (Dorato, 2019). Una riflessione che acquista ancor più rilevanza in tempi di emergenza sanitaria come quelli che stiamo attraversando, in cui la disponibilità, quantità e qualità dello spazio pubblico urbano è condizione di “vitale” importanza, per i più anziani così come per tutta la popolazione.

È proprio in questa dimensione complessa e plurale che si inserisce il dibattito su residenzialità e domiciliarità delle cure e dei servizi riportato alla ribalta della discussione pubblica dalla pandemia. La “gestione sociale” dell’invecchiamento e della domiciliarità non può (più) non considerarne

la dimensione territoriale, in uno sforzo di corresponsabilità tra pubblico e privato, tra dimensione pubblica e privata dell’abitare. Come ci ricorda Scassellati Sforzolini, “la domiciliarità con il suo intero e il suo intorno deve essere abitata davvero, deve poter essere un abitare sociale, un’abitazione sociale” (2013, p.9), estendendone quindi il concetto all’intera città, ai suoi spazi e alle sue dinamiche (dis)abilitanti, e comprendendo lo spazio pubblico, collettivo e connettivo urbano come “elemento contestuale essenziale” (Maus, Satariano, 2017) rispetto ai processi di invecchiamento della popolazione.

#### 4 | Verso la città della cura

Di recente, sulle colonne di *The Lancet*, Richard Horton ha proposto di considerare il Covid-19 come una “sindemia” (termine introdotto negli anni Novanta del Novecento dall’antropologo medico Merrill Singer), al fine di mettere in rilievo le origini sociali del fenomeno, sostenendo che non importa quanto efficace possa essere la protezione fornita da un farmaco o un vaccino, perché una soluzione puramente biomedica al virus è destinata inevitabilmente a fallire (Horton, 2020). L’idea alla base delle considerazioni di Horton è dunque che politiche sanitarie serie e responsabili debbano considerare le interazioni biologiche e sociali, agendo su disuguaglianze,

disparità economiche, fragilità e patologie croniche, perché la condizione di vulnerabilità – tra le altre – delle persone anziane rende evidente la necessità di adottare un approccio “allargato”.

Cogliendo questo invito, e in realtà probabilmente forzandone i confini, crediamo sia possibile declinare le considerazioni di Horton anche in riferimento alla città. Infatti, il suo invito ha richiamato alla nostra attenzione quanto sostenuto da Lefebvre (1968), che definì poeticamente l’urbanista come “il medico dello spazio”, un guaritore con la capacità di immaginare gli spazi urbani come contesti sociali e armoniosi. Secondo l’autore, la celebrazione dello spazio e la conseguente indifferenza verso altre dimensioni, come ad esempio il tempo, ha ispirato l’idea di una “patologia spaziale”; ma “l’urbanista è in grado di discernere tra spazi malsani e quelli legati alla salute mentale e fisica, generatori di tale salute” (Lefebvre, 1968, p. 62). Siamo infatti profondamente convinte che, soprattutto in questa fase di transizione e di spinta ad un profondo rinnovamento, sia necessario non solo ripensare in modo “radicale” l’urbanità contemporanea, ma anche i meccanismi socio-politici che ad essa sono indissolubilmente legati, esprimendo con coraggio opinioni urbanistico-progettuali e politico-amministrative che guardino in maniera critica al passato

e al presente, al fine di costruire un futuro più umano.

In questa sede, abbiamo provato a porre i primi tasselli – per noi – qualificanti di un dibattito che è e deve essere in prima istanza culturale, e che ci auguriamo possa essere sempre più partecipato e “plurale”, dunque, anche inter- e multi-disciplinare, come del resto vuole essere la nostra riflessione. Ragionare sul riconoscimento del “diritto alla città” delle persone anziane, infatti, non induce solo a convogliare l’attenzione sull’importanza rivestita dalle dotazioni di un territorio in ordine alla presenza di strutture, infrastrutture, spazi, servizi ed occasioni di relazione (accessibili e di qualità); non è, in altri termini, una questione che pone unicamente l’urbanista davanti alla propria responsabilità progettuale. Piuttosto, viene in rilievo una responsabilità di tipo “allargato”: sul piano istituzionale, il riconoscimento del “diritto alla città” delle persone anziane impone di procedere a quella riforma complessiva del welfare di cui nel contesto italiano si discute ormai da decenni, nonché di uscire dal piano retorico e formale, per garantire l’effettività di tale diritto anche a questi individui. Sul fronte giuridico, questo riconoscimento rivela inoltre la necessità di interrogarsi su quali conseguenze produca, sul piano pratico (e non unicamente teorico), considerare le persone anziane

quali soggetti titolari di diritti a livello di eguaglianza con gli altri consociati.

A ben vedere, fornire risposte concrete a queste domande (e a quelle ulteriori che emergono ed emergeranno), oltre che essere complesso e meritare ben più ampi spazi di discussione, ci interroga su alcune questioni preliminari, che attengono al piano culturale: quale immagine abbiamo delle persone anziane? E quale spazio siamo disposti a riconoscere loro all'interno delle nostre società? Dalle risposte che daremo, dipenderanno le scelte politico-istituzionali e anche quelle urbanistiche. Intrecciando competenze diverse, ma comunque unite dalla prospettiva "critica", ci siamo proposte di fornire argomenti utili alla decostruzione dell'immagine più diffusa delle persone anziane – che le lega inevitabilmente alla passività, al bisogno, alla dipendenza, allo spazio privato – nella convinzione che, per immaginare una città inclusiva nei loro confronti, non si possa prescindere da tale operazione. La "cura", in quest'ottica, sarà senz'altro una parola-chiave del processo di profondo rinnovamento e di trasformazione culturale – prima che urbanistico e socio-istituzionale – che si avverte come necessario: come ci ricorda Emery, "[...] la cura non può ridursi, oggi più che mai, a conservazione. La cura va intesa come critica, come lotta per un ideale assente [ ]. La cura della città con-

temporanea [dovrà] partire da un'ontologia del possibile, della salute possibile" (Emery, 2020, pp. 43-51).

### Attribuzioni

Le autrici hanno congiuntamente curato e revisionato la stesura del contributo e scritto insieme i paragrafi 1 e 4; Bernardini ha curato la stesura del paragrafo 2, mentre Dorato quella del paragrafo 3.

## Note

<sup>1</sup> Per i Paesi in cui sono disponibili dati ufficiali, il numero dei morti collegati al Covid-19 nelle strutture per anziani è molto elevato: si attesta infatti tra il 19% e il 72% di tutti i morti per Covid-19. Una forbice così ampia è giustificata dal fatto che, in molti casi, non sono stati effettuati accertamenti in relazione alle cause delle morti.

<sup>2</sup> Durante la prima fase della pandemia, restituivano la drammaticità della situazione i racconti dei vari corrispondenti sulle testate del Corriere della Sera (<https://www.corriere.it/speciale/esteri/2020/coronavirus-strage-silenziosa-anziani-mondo/>).

<sup>3</sup> Il soggetto-parametro dell'inclusione (dunque, il punto di riferimento della progettazione giuridica, politica, sociale e urbanistica) ha, tra le varie caratteristiche, quella della normo-datità (ablebodiedness) e dell'adulità: è un individuo maturo ma non vecchio, dunque non interessato da alcun decadimento fisico-cognitivo e dotato di un corpo-macchina perfettamente funzionante, in ossequio alla logica cartesiana.

## Bibliografia

Alidoust S., Bosman C., Holden G. 2019, *Planning for healthy ageing: how the use of third places contributes to the social health of older populations*, «Ageing & Society», vol.39, pp. 1459-1484.

Amendola G. 2011, *Abitare e Vivere la Città*, in Golini A., Rosina A. (a cura di), *Il Secolo degli Anziani. Come cambierà l'Italia*, Il Mulino, Bologna.

Amnesty International 2020, *Les Maisons de Repos dans l'Angle Mort. Les droits humains des personnes âgées pendant la pandémie de Covid-19 en Belgique*. Amnesty International Belgique/Novembre 2020. <[https://www.amnesty.be/IMG/pdf/20201116\\_rapport\\_belgique\\_mr\\_mrs-3.pdf](https://www.amnesty.be/IMG/pdf/20201116_rapport_belgique_mr_mrs-3.pdf)> (11/20).

Andrews G.J., Cutchin M., McCracken K., Phillips D.R., Wiles J. 2007, *Geographical gerontology: the constitution of a discipline*, «Social Science & Medicine», vol.65, n.1, pp.151-168.

ARUP 2015, *Shaping Ageing Cities. 10 European case studies*, Arup, Help Age International, Intel, Systematica <<https://www.arup.com/perspectives/publications/research/section/shaping-ageing-cities>> (11/20).

Barton H., Tsourou C. 2000, *Healthy Urban Planning: a WHO guide to Planning for People*, Spon Press, Londra.

Basaglia F. 1968, *L'istituzione negata*, Baldini Castoldi Dalai, Milano.

Bernardini M.G. 2019, *Luoghi di "cura", libertà, diritti. Riflessioni minime su segregazione e istituzionalizzazione nella società contemporanea*, «Materiali per una storia della cultura giuridica», vol.49, n.2, pp.417-432.

Bernardini M.G. (in corso di pubblicazione), *Per un diritto alla "age-friendly city". Persone anziane, spazi, diritti*, in Bernardini M.G., Giolo O. (a cura di), *Diritti e spazi urbani. Appunti per una teoria critica*, Pacini, Pisa.

Bernardini M.G., Giolo O. 2017, *Le teorie critiche del diritto*, Pacini, Pisa.

Borasi G., Zardini M. (a cura di), 2012, *Imperfect Health: The Medicalization of Architecture*, CCA and Lars Müller Publishers, Zurigo.

Bosman C. 2012, *Gerotopia: Risky Housing for an Ageing Population*, «Housing, Theory and Society», vol.29, n.2, pp.157-171. doi:10.1080/14036096.2011.641259.

Butler R.N. 2008, *The Longevity Revolution*, Public Affairs, New York.

Calabi D. 1979, *Il "male" città: diagnosi e terapia*, Officina Edizioni, Roma.

Carrera L. 2020, *Gli anziani e la domanda di città*, «Società Mutamento Politica», vol.11, n.21, pp.203-211.

Comas-Herrera A., Zalakain J., Litwin C., Hsu A.T., Lane N., Fernandez L.L. 2020, *Mortality associated with COVID-19 outbreaks in care homes: early international evidence*, LTCcovid.org International LongTerm Care Policy Network <<https://lccovid.org/2020/04/12/mortality-associated-with-covid-19-outbreaks-in-care-homes-early-international-evidence/>> (11/20).

Debray R. 2005, *Fare a meno dei Vecchi. Una proposta indecente* (trad. di A. Folin), Marsilio Editori, Venezia [ed. orig. *Le Plan Vermeil. Modeste proposition*, 2004, Editions Gallimard, Parigi].

Dorato E. 2019, *Anziani e Città: urbanistica per una nuova anzianità urbana. L'esperienza pilota di Bologna e Reggio Emilia*, «Archivio di Studi Urbani e Regionali», vol.126, pp.53-76. doi:10.3280/ASUR2019-126004.

Dorato E. 2020, *Preventive Urbanism. The role of health in designing active cities*, Quodlibet, Macerata.

Emery N. 2020, *Il dettaglio e la piccola porta. La cura come immagine dialettica*, in Miano P. (a cura di), *Healthiscape. Nodi di salubrità, attrattori urbani, architettura per la cura*, Quodlibet, Macerata, pp. 43-53.

- ESPO 2019, *Adapting European cities to population ageing: Policy challenges and best practices*. <<https://www.housinglin.org.uk/Topics/type/ACPA-Adapting-European-Cities-to-Population-Ageing-Policy-Challenges-and-Best-Practices/>> (11/20).
- Foucault M. 1972, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Gallimard, Paris.
- Foucault M. 2000, *The Birth of Social Medicine*, in Faubion J.D. (a cura di), *Essential Works of Michel Foucault 1954-1984*, vol. 3 *Power*, New Press, New York.
- FRA Fundamental Rights Agency 2017, *From Institutions to Community Living (part I, II, III)*, Luxembourg <<https://fra.europa.eu/en/themes/people-disabilities>> (11/20).
- FRA Fundamental Rights Agency 2020, *Coronavirus Pandemic in the EU – Fundamental Rights Implications: With a Focus on Older People*, Luxembourg <<https://fra.europa.eu/en/publication/2020/covid19-rights-impact-june-1>> (11/20).
- Fraser N., Honnet A. 2020, *Redistribuzione o riconoscimento? Lotte di genere e disuguaglianze economiche*, Castellevecchi, Roma.
- Galimberti U. 2002, *Il Corpo*, Giugliano Feltrinelli editore, Milano.
- Goffman E. 1961, *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*, Anchor Books, New York.
- Horton R. 2020, *Offline: Covid-19 is not a pandemic*, «The Lancet», vol. 396, 26 settembre 2020, p.874.
- Huber A., O'Reilly K. 2004, *The construction of Heimat under conditions of individualized modernity: Swiss and British elderly migrants in Spain*, «Aging and Society», vol.24, pp.327-351.
- ISS Istituto Superiore di Sanità 2020, *Survey nazionale sul contagio COVID-19 nelle strutture residenziali e sociosanitarie*. Report finale [5 maggio] <<https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/pdf/sars-cov-2-survey-rsa-rapporto-finale.pdf>> (11/20).
- ISTAT Istituto Nazionale di Statistica 2019, Bilancio demografico nazionale. Report anno 2019 [13 luglio] <<https://www.istat.it/it/archivio/245466>> (11/20).
- Juvén H. 2010, *The coming of the body*, Verso, Londra-New York.
- Keyes C.L.M. 1998, *Social well-being*, «Social Psychology Quarterly», vol.6, n.2, pp.121-140.
- King R., Warnes T., Williams A. 2000, *Sunset Lives: British retirement migration to the Mediterranean*, Berg Publishers, Oxford.
- Larson J.S. 1993, *The measurement of social well-being*, «Social Indicators Research», vol.28, n.3, pp.285-296.
- Lawrence R.J. 1996, *Wanted: designs for health in the urban environment*, «World Health Forum», vol.17, n.4, pp.363-366.
- Mackenzie C., Rogers W., Dodds S. (a cura di), 2013, *Vulnerability. New Essays in Ethics and Feminist Philosophy*, Oxford University Press, New York.
- Maus M., Satariano W. 2017, *Aging, Place, and Health: a global perspective*, Jones & Bartlett Learning, Burlington.
- Merlo G., Tarantino C. (a cura di) 2018, *La segregazione delle persone con disabilità. I manicomi nascosti in Italia*, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna.
- Michelucci G. 1984, *Una struttura per l'uomo*, «Salute e Territorio», vol.36, pp.48-59.
- Mortari L. 2015, *Filosofia della cura*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Musil R. 1957, *L'Uomo Senza Qualità* (trad. di A. Rho), Giulio Einaudi Editore, Torino [ed. orig. *Der Mann ohne Eigenschaften*, 1930-1933, Rowohlt Verlag, Berlino].
- Oldenburg R. (1989), *The Great Good Place*, Paragon House, New York.
- OMS Organizzazione Mondiale della Sanità 1948, *World Health Organization Constitution. Basic Documents*, OMS, Ginevra.
- OMS Organizzazione Mondiale della Sanità 2001, *City health development planning*, OMS Center for Urban Health, Copenhagen.
- OMS Organizzazione Mondiale della Sanità 2007, *Global age-friendly cities: a guide*, OMS, Ginevra.
- OMS Organizzazione Mondiale della Sanità - Europa 2012, *Strategy and action plan for healthy ageing in Europe, 2012-2020*, OMS, Copenhagen <[https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/175544/RC62wd10Rev1-Eng.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/175544/RC62wd10Rev1-Eng.pdf)> (11/20).
- OMS Organizzazione Mondiale della Sanità 2020, *Coronavirus disease 2019 (Covid-19). Situation Report – 36* [25 febbraio] <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331222>> (11/20).
- Onder G., Rezza G., Brusaferro S. 2020, Case-fatality rate and characteristics of patients dying in relation to Covid-19 in Italy, «JAMA», vol.323, n.18, pp.1775-1776. doi:10.1001/jama.2020.4683.
- O'Reilly K. 2000, *The British on the Costa del Sol: transnational identities and local communities*, Routledge, Londra.
- Pennac D. 2011, *La Fata Carabina* (trad. di Y. Melaouah), Feltrinelli, Milano [ed. orig. *La Fée Carabine*, 1987, Editions Gallimard, Parigi].
- Ruggieri G. 2011, *Anzianità urbana, gero-urbanistica e transdisciplinarietà*, in Access SOS (a cura di), *Costruire città accessibili e tutte le età. Strumenti e azioni*, Corbo editore, Ferrara, pp.183-186.
- Ruggieri G. 2013, *Anzianità Urbana, Geriatria e Urbanistica: una visione (ri)abilitativa da condividere?*, in Martinoni M., Sassi E. (a cura di), *UrbAging: la Città e gli Anziani*, Tarmac Publishing, Mendrisio.
- Scassellati Sforzolini M. 2013, *Pensare al futuro e alla bellezza della domiciliarità. Le strutture residenziali si aprono alla domiciliarità*, in Agli F. (a cura di), *Domiciliarità e Residenzialità. La struttura residenziale, un'opportunità per garantire il diritto alla domiciliarità*, La Bottega del Possibile, Torre Pellice, pp.9-13.
- Serughetti G. 2020, *Democratizzare la cura, curare la democrazia*, Nottetempo, Milano.
- Simpson D. 2012, *Gerotopias*, in Borasi G., Zardini M. (a cura di), *Imperfect Health: The Medicalization of Architecture*, CCA and Lars Müller Publishers, Zurigo, pp.347-363.
- Simpson D. 2015, *Young-Old. Urban utopias of an aging society*, Lars Müller Publishers, Zurigo.
- Spelman E. 1988, *Inessential Woman: Problems of Exclusion in Feminist Thought*, Beacon Press, Boston.
- Tronto J. 1993, *Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethic of Care*, Routledge, New York.
- Tronto J. 2013, *Caring Democracy. Markets, Equality, and Justice*, New York University Press, New York-Londra.
- Urban P., Ward L. (a cura di), 2020, *Care Ethics, Democratic Citizenship and the State*, MacMillan Palgrave, Basingstoke.
- Yu R.P., Mccammon R.J., Ellison N.B., Langa K.M. 2016, *The relationships that matter: social network, site use and social wellbeing among older adults in the United States of America*, «Ageing & Society», vol.36, pp.1826-1852.