



**Citation:** S. Poli (2020) Invecchiamento e Coronavirus: la costruzione sociale del rischio e la marginalizzazione degli anziani oltre il *lockdown*. *Società Mutamento Politica* 11(21): 271-280. doi: 10.13128/smp-11967

**Copyright:** © 2020 S. Poli. This is an open access, peer-reviewed article published by Firenze University Press (<http://www.fupress.com/smp>) and distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

**Data Availability Statement:** All relevant data are within the paper and its Supporting Information files.

**Competing Interests:** The Author(s) declare(s) no conflict of interest.

## **Invecchiamento e Coronavirus: la costruzione sociale del rischio e la marginalizzazione degli anziani oltre il *lockdown***

STEFANO POLI

### UNA PREMESSA NECESSARIA

Riteniamo opportuna una premessa fondamentale: c'è stata una pandemia, al momento prossima a una fase endemica, che ha portato via un enorme numero di vite umane, principalmente tra le persone in età avanzata. L'incipit è necessario per distanziarci da ogni forma di negazionismo o attenuazione dell'evento. Quanto segue vuole essere una lettura acritica degli interventi, puramente interpretativa in chiave sociologica e nel massimo rispetto per le sofferenze, le tragedie umane e per gli sforzi di chiunque, in qualsiasi forma, si sia adoperato, professionalmente e non solo, a sostegno degli altri durante questo tragico evento collettivo.

Con tali premesse, l'obiettivo del contributo è riferito al presunto nesso eziologico tra il Covid-19 e l'età, rafforzato da un messaggio di una maggior esposizione al rischio da parte della popolazione anziana, come più volte ribadito dai media e in parte suggerito anche da evidenze statistiche. Naturalmente, tale riflessione non potrà essere di tipo clinico, aggiungendosi l'incompetenza epidemiologica all'ignoranza crassa dell'autore, ma proverà a riflettere sul senso dei processi di costruzione sociale del rischio durante l'epidemia e sulle conseguenze dell'amplificazione dello stesso per una specifica categoria, quale, appunto, quella dei *senior*.

### ALL'ORIGINE DELLA COSTRUZIONE SOCIALE DEL RISCHIO COVID-19 PER GLI ANZIANI

Per cogliere i processi di costruzione sociale di un rischio è bene rifarsi, innanzi tutto, ai principali riferimenti teorici. Dalla fine del secolo scorso, proprio in ragione di una profonda evoluzione della società globalizzata, il tema del rischio è stato affrontato da una pluralità di autori (Douglas e Wildavsky 1982; Beck 1986; Giddens 1990, solo per citare i più noti ed essendo consapevoli di non esaustività), che per ragioni di spazio non possiamo qui approfondire. Dovendo fare una scelta, si ritiene utile partire da una prospettiva teorica che meglio rimandi alla dimensione di rischio sistemico, ovvero di una minaccia che esponga un'intera collettività, come, appunto, nel caso della pandemia del Covid-19.

In tal senso, nel ben ampio *mainstream* sul rischio nella postmodernità, è forse utile concentrarsi, pur consci di operare una grossolana sintesi, sull'approccio di Niklas Luhmann (1990) che, da buon costruzionista radicale, definisce il rischio come un elemento non ontologicamente reale, bensì frutto di latenti processi di riproduzione sociale. Luhmann parte dalla rappresentazione sociale di situazioni critiche, che, producendo una minaccia per l'intero sistema, attivano dei meccanismi latenti, volti a definire socialmente il rischio stesso, con implicite conseguenze per gli attori coinvolti. Va ricordato che Luhmann concepisce la società come un grande sistema complesso, a sua volta articolato in sotto-sistemi funzionali, dotati ciascuno di specifici canali comunicativi, che interagiscono tra loro per assicurare sia l'ordine complessivo, sia gli scambi reciproci (1986; 1989). Diviene così essenziale la distinzione che Luhmann opera tra "pericoli" e "rischi", realizzata in prospettiva rigorosamente costruttivista. Un rischio è definito da una situazione in cui un osservatore percepisce un potenziale danno futuro derivante da sue decisioni o possibili pratiche di azione; altresì, in assenza di associazione tra incertezza e cause possibili si ha una "semplice" situazione di pericolo, dove il danno potenziale è legato a effetti esterni (Luhmann 1990; Rosa, Renn e McCright 2013). Il rischio, pertanto, è il risultato di una costruzione sistemica attuata dai decision maker a diversi livelli sistemici e sotto-sistemici, che traspongono pericoli o minacce esterne al sistema trasformandole in "rischi interni" (non a caso Luhmann definisce il processo "internalizzazione"). Il rischio interno si definisce così nella probabilità di un evento combinata con la grandezza degli effetti positivi e negativi conseguenti per il sistema stesso o i sottosistemi che lo compongono.

Ricapitoliamo quanto sopra, contestualizzandolo rispetto ai recenti eventi. A inizio del 2020 un misterioso virus, forse proveniente dai mercati esotici di Wuhan, definisce una possibile quanto incerta situazione di pericolo e minaccia esterna, mostrando una sintomatologia simile a epidemie recenti, quali la SARS e la MERS, richiamando così alla memoria precedenti esperienze di rischio sistemico. In breve, quando la pandemia non è ancora proclamata, in un'escalation che riprende consumati cliché da profetica filmografia viral-apocalittica (da un *vintage* "Cassandra Crossing" al più recente "Contagion"), istituzioni e *decision maker* valutano l'opportunità di "internalizzare" progressivamente tale minaccia in un rischio sistemico. È implicito che in quella fase il calcolo sia avvenuto in termini di potenziali perdite di vite umane, ma l'"internalizzazione del rischio" è nata più o meno consapevolmente sulla possibile compromissione della tenuta sistemica complessiva. Quest'ul-

tima si è focalizzata soprattutto sulla minaccia ai due sotto-sistemi principalmente in allerta, ovvero, il sistema sanitario, a rischio di collasso (specie per la carenza di strutture per terapie intensive, che da subito sono apparse l'unica soluzione nei casi più gravi) e il sistema economico (costretto di lì a poco a spegnere il motore per garantire le misure di contenimento, innescando, al contempo, le premesse per una crisi produttiva e occupazionale). In questa prima fase dello scenario, l'epidemia di Covid-19 ha rappresentato presto un rischio sistemico, in grado di sovvertire l'intero sistema, aggredendo soprattutto la sanità e l'economia. Tuttavia, è chiaro fin da subito che la prima strategia per minimizzare il rischio si è collegata alla necessità dei decisori di massimizzare l'accettazione sociale delle decisioni utili a preservare il sistema e a rendere il più possibile condivisibile un intervento estremo, quale, appunto, il *lockdown* da lì a poco progressivamente esteso a tutto il paese. Non di meno, va ricordato che gravando il rischio soprattutto sulle componenti sanitaria ed economica, tanto gli interventi diretti, quanto le azioni comunicative sono state attuate secondo i paradigmi propri di quei sotto-sistemi principalmente coinvolti.

È proprio in questo momento che entra in gioco l'associazione tra il virus e gli anziani. Il presunto nesso eziologico tra questi due aspetti è anche conseguenza di un paradigma diffuso tanto nel sottosistema sanitario, quanto nella dimensione economica, entrambe spesso propense a generalizzare la rappresentazione dell'età avanzata secondo il c.d. modello del *deficit*. Come noto, in base a questo modello sono frequenti le associazioni tra il criterio dell'età cronologica e le condizioni di fragilità e disabilità (Mitnitski *et al.* 2015; Chan *et al.* 2019), così come la tendenza a una medicalizzazione della vecchiaia, concepita sostanzialmente come una malattia in sé (Gems 2015; Fulop *et al.* 2019). Inutile aggiungere quanto spesso valgano sul piano economico gli stereotipi degli anziani quali categorie di costo, dipendenza e (apparente) improduttività, nella resistenza culturale di obsoleti archetipi di una società industriale, che implicitamente marginalizza l'anziano poiché produttivamente disfunzionale (Cesareo 2009; Alley e Crimmins 2013; Poli 2014).

#### L'AMPLIFICAZIONE DEL RISCHIO PER GLI ANZIANI: TRA AGEISMO BENEVOLENTE E IMPROPRIE VISIONI BINARIE DEL PERICOLO

In sostanza, partendo da un livello pre-sociale, pur sempre derivato da sistemi di valore condivisi e stereotipi diffusi nella società, sin dalle primissime fasi dell'epi-

demia, caratterizzate da un intenso impatto emotivo, il rischio Covid-19 ha visto una reificazione e personificazione nelle persone anziane, assurte a vittime designate. È innegabile che una simile forma virale abbia in primis incontrato terreno facile di fronte a soggetti in condizioni di salute precaria, non a caso minacciando (tutt'oggi) i soggetti più fragili, meno resistenti, meno resilienti e affetti da comorbidità multiple.

Tuttavia, il messaggio diffuso è stato da subito totalizzante e rivolto a definire una maggiore esposizione per tutti gli anziani, indipendentemente da un'età cronologica specifica e da eterogenee condizioni di salute.

Questo si coglie soprattutto nella successiva fase di socializzazione e amplificazione sociale del rischio. Infatti, una volta internalizzata l'epidemia a rischio sistemico da parte delle istituzioni e dei *decision maker*, la socializzazione del rischio è stata accompagnata a un messaggio di maggior esposizione per gli anziani senza particolari distinzioni. Se ciò definisce un indiscutibile obiettivo di protezione, altresì, questo converge con la necessità di assicurare la tenuta del sistema attraverso il contenimento sociale e la limitazione di circolazione di un'ampia fetta della popolazione, anche, giustamente e soprattutto, per attenuare la possibile pressione sui reparti di terapia intensiva nel sistema ospedaliero.

Tuttavia, la conseguenza implicita è stata quella di rinforzare il radicamento di una forma di ageismo benevolente (Cary, Chasteen e Remedios 2017), ovvero, di un'iperprotettività condizionante e restrittiva, amplificando così un messaggio di indiscriminata sovraesposizione al rischio, di fatto, non necessariamente uguale per tutta la popolazione anziana, bensì riferibile soprattutto ai soggetti più fragili.

Nelle fasi di amplificazione del rischio, come noto, i media giocano sempre un ruolo chiave nel supportare e dilatare le narrative sulle epidemie e le relative paure nell'opinione pubblica (Leach *et al.* 2010). Così pure, è frequente che l'amplificazione mediatica in queste situazioni non riguardi tanto il rischio in sé, bensì le sue conseguenze, talvolta secondarie o terziarie, nonché i destinatari apparentemente più coinvolti nelle stesse, specie laddove il messaggio costituisca una possibile occasione di enfasi mediatica (Kasperson *et al.* 1992).

A ciò si aggiunge l'effetto congiunto di molteplici fattori concorrenti nell'amplificazione del rischio, quali la complessità, l'incertezza e l'ambiguità, che tipicamente accompagnano queste situazioni (Rosa, Renn e McCright 2013: 130-137). In termini di complessità affrontare un virus nuovo incontra le difficoltà di identificare e quantificare i nessi causali tra una molteplicità di fattori intervenienti. In tal senso, questo spiega la facilità con cui si è attribuita nell'emergenza una prevalenza

eziologica ai fattori più evidenti ed immediati, come l'età avanzata, in parte giustificato anche dai primi numerosi decessi tra persone anziane. A ciò si è aggiunta l'incertezza, ovvero l'indeterminatezza nei modelli di causa ed effetto per l'assenza di evidenze empiriche, rispetto a un virus che è stato da subito curato senza conoscenza specifica, ma con gli strumenti utilizzati per forme simili (si pensi alla pluralità di approcci con diversi antivirali, molti dei quali poi scartati, ma presentati come panacee, come nel caso di alcuni anti-malarici). Infine, l'ambiguità, soprattutto nella variabilità delle valutazioni cliniche, tra cui, in primo luogo, l'enorme questione, tuttora irrisolta, nel riscontrare positivi asintomatici e/o pauci-sintomatici ma perfettamente in grado di infettare altri soggetti, contrapposti a coloro che, purtroppo, hanno mostrato da subito sintomi più gravi. Infine, se l'indecifrabile numero di asintomatici ha posto da subito dubbi sul tasso di contagio, ulteriore ambiguità è sorta dalle frequenti confusioni comunicative tra la mortalità per Covid-19 (ovvero i decessi certificati ma rapportati all'intera popolazione) e la letalità (ovvero, i decessi rapportati ai contagiati effettivi).

Il combinato di questi fattori ha sicuramente interessato la comunicazione anche in ambito scientifico e divulgativo, dove la valutazione tecnica e razionale degli esperti è stata e resta tuttora spesso discordante e persino conflittuale, nonché, a campane alterne, ora rassicurante, ora allarmante. In questo modo, mentre pur competenti virologi ed epidemiologi hanno usurpato la *claque* nei *talk show* ad altre categorie di *opinion leader*, la popolazione si è socializzata progressivamente a un'accettazione del *lockdown* e del distanziamento sociale, scandendo le giornate in attesa del quotidiano fisso con i bollettini della Protezione Civile del tardo pomeriggio.

Intanto, nella sostanziale confusione, la semplificazione ha costituito la tendenza dominante, proprio perché funzionalmente più conveniente per assicurare la tenuta sistemica. In fondo, le caratteristiche dei primi numerosi deceduti, caratterizzati da un'età avanzata (soprattutto perché, come si vedrà tra poco, già prevalentemente fragili) hanno offerto quasi una sorta di appiglio psicologico di massa, suggerendo che il virus uccideva essenzialmente i più vecchi e deboli. Così, mentre le dichiarazioni dell'OMS evidenziavano già in origine l'indubbio pericolo per la popolazione più anziana, ma anche la trasversalità del rischio a tutte le altre fasce di età (Kluge 2020), tanto i *media* quanto non pochi *opinion leader* hanno riaffermato più volte simili messaggi, celando in un primo momento (fino a essere sconfessati da ben più tragiche evidenze) che anche le fasce più giovani, seppur con minore incidenza, potevano morire per il Covid-19.

In sostanza, l'amplificazione sociale del rischio verso gli anziani, ha suggerito una visione binaria e semplificata del problema, contrapponendo impropriamente la sostanziale differenza tra i gruppi di età più avanzata e i più giovane in termini di rischio di mortalità per Coronavirus. Nonostante le evidenze (non abbastanza sottolineate) della trasversalità, pur con ovvie differenze, del rischio di infezione e letalità da Covid-19 per tutte le fasce di età, la concentrazione sull'età media più alta dei pazienti deceduti e l'attenzione tardiva verso quello che stava accadendo nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) hanno riprodotto una simile visione binaria della questione, narrando che il nuovo Coronavirus colpisce essenzialmente solo gli anziani, indipendentemente da età e condizioni e suggerendo impropriamente una sostanziale immunità per le generazioni più giovani.

Così, i meccanismi latenti di costruzione del rischio e l'ageismo benevolente sottostante le misure d'intervento, hanno omogeneizzato gli anziani in un'unica categoria debole, senza distinzioni di età o condizione, relegati a ruolo di soggetti più esposti e, pertanto, da proteggere, con l'isolamento, la limitazione di movimento e minori contatti sociali. Misure eccessive forse per gli anziani più robusti, ma, è bene ricordarlo, che riflettono condizioni che già prima dell'epidemia interessavano non poche persone anziane, vittime di solitudine, marginalizzazione e povertà.

#### OLTRE LA VISIONE BINARIA: DIVERSAMENTE ANZIANI, DIVERSAMENTE A RISCHIO

Se guardiamo ai dati epidemiologici dell'Istituto Superiore di Sanità rielaborati in tabella 1, da inizio crisi al primo ingresso nella Fase 3, ovvero dalle prime avvisaglie dell'epidemia alla sostanziale riattivazione, pur monitorata, del sistema, non sembrerebbero esserci dubbi sulla aggressività del virus nei confronti della popolazione anziana.

Al 26 maggio 2020, guardando ai 31.676 dei decessi a fronte di 230.811 contagi<sup>1</sup> registrati, il 95,5% dei pazienti deceduti aveva più di 60 anni. L'età media dei decessi a partire dall'inizio dell'epidemia si attesta a 80 anni (ISS 2020a). Il dato sembrerebbe avvalorare l'ipotesi di un nesso eziologico tra il Covid-19 e l'età avanzata. Osservando il tasso di letalità medio (pari al 13,7% a livello nazionale), a oggi in Italia si è registrato poco più di un decesso ogni dieci contagi. Al contrario, il detta-

glio della letalità per classi di età evidenzia una crescita pari a circa uno su quattro tra i 70-79 anni (25,8%) e a quasi pari a un decesso ogni tre contagiati dopo gli 80 anni (32,0% e 29,1% dopo i 90). L'associazione con l'età avanzata parrebbe sin qui auto-evidente.

Altri dati offrono spunti di riflessione. Innanzi tutto, la tabella 1 mostra che i contagi appaiono maggiormente equi-distribuiti nelle diverse fasce di età, così come i decessi iniziano a crescere significativamente già dopo i 50 anni. Inoltre, ulteriori rapporti dell'Istituto Superiore di Sanità chiariscono meglio la situazione. Un'analisi su un campione rappresentativo degli oltre 30.000 decessi (ISS 2020b) evidenzia che l'età mediana dei pazienti deceduti positivi al Covid-19 è più alta di 20 anni rispetto a quella dei pazienti che hanno contratto l'infezione (età mediana: pazienti deceduti, 82 anni, vs pazienti con infezione, 62 anni). Inoltre, il 21,5% del campione dei deceduti presentavano due patologie croniche e ben il 59,5% presentavano tre o più patologie.

Non solo, anche le analisi campionarie più approfondite sui contagi (ISS 2020: 11) mostrano come, già dai primi di maggio 2020, ben il 47,2% delle infezioni sia avvenuto in RSA, Casa di Riposo o Comunità per disabili. Se poi si esamina il dettaglio territoriale dei contagi (*ibidem*: 8), questi appaiono concentrati soprattutto nel nord Italia, in particolare in Lombardia (37,8%), Piemonte (13,3%), Emilia-Romagna (12,0%), Veneto (8,3%), Liguria (4,1%), Valle d'Aosta (0,5%), Friuli Venezia Giulia (1,4%) e Trentino Alto Adige (3,4%, sommando le province autonome di Trento e Bolzano). In sintesi, l'80,8% dei contagi (ben 186.492 casi) si è registrato nel Nord Italia, a fronte dell'11,1% (25.736) nel Centro, del 6,2% (14.203) nel Sud e dell'1,9% (4.380) nelle Isole. Se spostiamo l'attenzione sul dato dei decessi, la concentrazione territoriale diviene ancor più evidente, essendosi registrati nel Nord Italia ben l'86% dei decessi (26.665 casi, di cui il 50,5% solo in Lombardia), a fronte di solo l'8,3% (2.597) nel Centro, il 4,3% (1.346) nel Sud e l'1,3% (409) nelle Isole.

È evidente che sia rispetto ai contagi, ma, soprattutto, rispetto ai decessi, il nesso eziologico tra Covid-19 ed età avanzata risulta assai stemperata sia dalle diverse condizioni complessive di salute dei pazienti, (vedi la significativa associazione con la presenza di comorbidità), sia dalla localizzazione dei focolai rispetto ai contesti (per esempio, le RSA) e ai territori (nello specifico, il Nord Italia rispetto al resto del Paese).

A questo punto, in base a quanto sopra esposto, i dati precedenti possono essere rielaborati e rilette in forma diversa, ovvero in termini effettivi di rischio da Covid-19 per gli anziani, riparametrando in forma di probabilità il rischio di contrarre l'infezione e il rischio

<sup>1</sup> Tralasciamo ogni inevitabile riflessione sulla ben nota incompletezza del dato, riferibile tanto nei decessi, quanto nei contagi, alla complessità di effettuare tamponi su tutta la popolazione. I dati sono implicitamente per difetto rispetto a una realtà probabilmente assai più estesa.

**Tab. 1.** Dati epidemiologici per fasce di età su contagi e decessi da Covid-19 al 26 maggio 2020.

Classi di età	Contagi (v.a.)	Decessi (v.a.)	Incidenza per età su contagi (%)	Incidenza per età su decessi (%)	Tasso di letalità per età (%)
0-9	1.919	4	0,8	0,0	0,2
10-19	3.442	0	1,5	0,0	0,0
20-29	12.933	12	5,6	0,0	0,1
30-39	17.934	62	7,8	0,2	0,3
40-49	29.942	273	13,0	0,9	0,9
50-59	41.435	1.109	18,0	3,5	2,7
60-69	30.880	3.259	13,4	10,3	10,6
70-79	33.141	8.562	14,4	27,0	25,8
80-89	40.532	12.980	17,6	41,0	32,0
>90	18.602	5.415	8,1	17,1	29,1
Età non nota	51	0	0,0	0,0	0,0
Totale	230.811	31.676	100,0	100,0	13,7

Fonte: ns elaborazioni su dati ISS 2020.

di decesso una volta contagiati. A riguardo, si può adottare un approccio retrospettivo, attraverso i rapporti di probabilità, o c.d. *odds ratio* (OR), che permettono di confrontare i rischi anzidetti per le diverse fasce di età adulte rispetto a un'unica fascia parzialmente meno colpita, ovvero, la popolazione *under 50*. Non di meno, considerando la diversa concentrazione territoriale dell'epidemia, si può esaminare anche la variabilità territoriale in termini di rischio di contagio e di decesso.

La tabella 2 propone così un confronto circa il rischio di esposizione espresso in rapporti di probabilità (OR) per classi di età e area geografica. Rispetto alle classi di età si pone come riferimento di confronto gli *under 50* (teoricamente meno a rischio), mentre per l'area geografica si è scelto come zona di riferimento il Nord Italia (dove si sono registrati i focolai maggiori). I valori indicati nella colonna OR rappresentano i c.d. rapporti di probabilità (OR=*odds ratio*). Laddove in una classe di età o un'area geografica i valori OR siano superiori a 1 (valore delle rispettive modalità di riferimento), il rischio di esposizione è maggiore rispetto alla relativa classe di riferimento che è sempre pari a 1 (nel nostro caso gli *under 50* per l'età e il Nord Italia per le aree geografiche). Viceversa, tanto più il valore è minore di 1 e prossimo a 0, tanto meno quella modalità appare esposta al rischio rispetto alla classe di riferimento.

Se osserviamo i dati per i contagi, rispetto a una persona con meno di 50 anni il rapporto di probabilità di sale a 2,2 nella classe 50-59, scende addirittura di poco a 2,1 tra i 60 e i 69, a risale ad appena 2,7 tra i 70 e i 79 anni. Fino a qui si può dire che l'associazione tra

il rischio di contagio e l'età sia sostanzialmente moderata ma non eccessiva. Anzi, un sessantenne ha probabilità di contagio leggermente inferiori a un cinquantenne e neppure un settantenne appare poi così maggiormente esposto al rischio. Il rischio di contagio aumenta sicuramente dopo gli 80 anni, salendo a 5,5 tra gli 80 e gli 89, fino a definire una forte associazione, con OR pari a 11,6 nella classe degli ultra-novantenni. Similmente, il rischio dipende anche dalla prossimità di un individuo a zone maggiormente esposte. Rispetto al Nord Italia, dove da subito si sono registrati i focolai più consistenti, l'associazione della probabilità di contagio scende significativamente a 0,32 al Centro, a 0,16 al Sud e a 0,10 nelle Isole. In sostanza, già solo considerando che la metà dei casi sono stati registrati in Lombardia, è evidente che si tratta di un fenomeno altamente concentrato (ribadiamo: probabilmente anche grazie alle misure di contenimento).

Chiaramente, la situazione è ben diversa quando si affronta il tema della letalità, ovvero, confrontando il rischio di decesso tra coloro che hanno contratto l'infezione. In questo senso, rispetto alla classe *under 50*, la fascia tra i 50 e i 59 anni vede un rapporto di probabilità tutto sommato ancora moderato (pari a 5,0), mentre gli *odds ratio* mostrano associazioni significativamente più forti al crescere dell'età: già a 19,6 tra i 60 e i 69 anni, per poi crescere, seppur stabilizzandosi, a 47,9 tra i 70 e i 79, a 58,0 tra gli 80-89 e, curiosamente, a riscendere a 51,2 tra gli ultra-novantenni (su questo aspetto, a ulteriore conferma dell'associazione spuria tra Covid-19 ed età avanzata, alcuni studi clinici preliminari sembrano

**Tab. 2.** Odds ratio per le probabilità di contagio e letalità rispetto a classi di età e all'area geografica.

Variabili indipendenti	Odds ratio per rischio di contagio da Covid-19 (su 230.811 contagi)			Odds ratio per rischio di letalità da Covid-19 (su 31.676 decessi)		
	p-value <sup>a</sup>	OR <sup>b</sup>	95% CI <sup>c</sup>	p-value <sup>a</sup>	OR <sup>b</sup>	95% CI <sup>c</sup>
<b>Classi di età (riferimento = under 50):</b>	0,000			0,000		
50-59 anni	0,000	2,20	(2,18-2,23)	0,000	5,04	(4,45-5,70)
60-69 anni	0,000	2,12	(2,09-2,15)	0,000	19,66	(17,54-22,03)
70-79 anni	0,000	2,73	(2,69-2,76)	0,000	47,95	(42,93-53,55)
80-89 anni	0,000	5,57	(5,50-5,64)	0,000	58,06	(52,02-64,79)
90 e oltre	0,000	11,69	(11,50-11,89)	0,000	51,20	(45,75-57,29)
<b>Zona (riferimento = Nord Italia)</b>	0,000			0,000		
Centro	0,000	0,32	(0,31-0,32)	0,000	0,65	(0,62-0,68)
Sud	0,000	0,16	(0,16-0,16)	0,000	0,61	(0,58-0,65)
Isole	0,000	0,10	(0,10-0,11)	0,000	0,50	(0,45-0,56)

Fonte: ns elaborazioni su dati ISS 2020 <sup>a</sup> Significatività con Two-sided Wald test; <sup>b</sup> OR=Odds Ratio, OR >1 indica una maggiore associazione al rischio riferito, vice versa OR <1 indica una minore associazione al rischio riferito; <sup>c</sup> CI= intervallo di confidenza.

evidenziare una maggiore resistenza anti-infiammatoria da parte dei centenari alle reazioni immunitarie che possono condurre al decesso (si veda in proposito Cossarizza *et al.* 2020).

Insomma, semplificando, con tutti i limiti impliciti di ogni analisi statistica, la rielaborazione appena presentata ci dice che, per esempio, un cinquantenne fragile, con più comorbidità e residente nel Nord Italia, in termini di probabilità ha corso un rischio di contagio e di decesso decisamente superiore rispetto a un ottantenne in buona salute ma residente in Meridione.

Insomma, ciò che emerge è che il nesso eziologico del Covid-19 con l'età sussiste solo nella misura in cui questa comprende altri fattori, tra cui la fragilità di salute e la prossimità di contagio, sia essa territoriale per la presenza di consistenti focolai locali, sia essa contestuale, ovvero legata alla permanenza in situazioni di sovraffollamento con soggetti potenzialmente ammalati. E in questo le RSA hanno dimostrato una ben tragica evidenza.

#### L'OCCULTAMENTO DEL RISCHIO: LA SILENZIOSA STRAGE NELLE RSA

Se l'associazione potenzialmente spuria tra il Covid-19 e l'anzianità nasce anche da un processo di costruzione sociale del rischio e dalla sua amplificazione

mediatica, seppur in una possibile funzionalità latente a fini di preservazione sistemica, è altrettanto vero che la situazione nelle RSA ha mostrato una realtà ben diversa.

Mentre il paese si avviava a un adattamento al *lockdown*, nel frattempo, come tragicamente scoperto da lì a poco, il virus si stava diffondendo proprio in un'altra componente sotto-sistemica, ovvero il comparto dell'assistenza agli anziani non auto-sufficienti, da subito implicitamente ben più a rischio, ma, in fondo, meno centrale rispetto al rischio incorso dal sistema ospedaliero e da quello economico. Anche in questo caso il paradigma del deficit ha probabilmente avuto un peso.

Qui i dati sono davvero impietosi. A seguito di uno studio specifico dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS 2020c) risulta che nel periodo dal 1 febbraio al 14 aprile 2020 siano deceduti 6.773 pazienti nelle RSA contattate dall'indagine (1082, pari al 33% del totale delle 3.420 RSA pubbliche/convenzionate operanti sul territorio nazionale). Il dato, presumibilmente parziale e sottostimato per l'assenza di uno *screening* omogeneo e sistematico volto a rilevare le effettive positività al virus, è già sufficiente per evidenziare la gravità del fenomeno. Le quotidiane criticità gestionali in molte RSA, radicate già da prima dell'epidemia in un settore non esente da rischi, hanno affrontato l'emergenza generalmente prive di adeguata strumentazione (mancando dispositivi di protezione individuale e altri presidi), spesso costrette a gestire il sovraffollamento degli

ospiti con limitazioni di organico e personale, tipicamente precarizzato negli anni, solitamente non formato alla gestione di un'epidemia e, a sua volta, gravemente a rischio di maggiore esposizione, al pari del personale ospedaliero.

Per di più, nel momento in cui le istituzioni e i *decision maker* hanno lanciato l'appello per rinforzare con nuove risorse umane l'ambito ospedaliero sotto pressione, non pochi di quei professionisti precari e mal pagati operanti nelle RSA hanno colto, a parità di rischio, l'opportunità per un'occupazione potenzialmente più garantita. In questo modo su tutto il territorio nazionale le RSA si sono ritrovate sguarnite, con il poco personale rimasto, spesso contagiato e ammalato, comunque costretto a resistere in una situazione silenziosamente implosa, che aveva trasformato di fatto le RSA in luoghi di confinamento dell'epidemia, per evitare ulteriori rischi di contagio trasferendo ospiti in ospedale e allentare così la pressione sul Servizio Sanitario Nazionale (SSN) già prossimo al collasso.

Nel frattempo, gli anziani residenti nelle RSA erano già stati isolati e privati di ogni contatto con parenti a fine di contenimento protettivo. Molti di questi sono deceduti nel più completo isolamento, senza neppure rivedere i propri cari, in un postmoderno rito di occultamento e segregazione della morte. Qualcosa di ben lontano da quella ritualità con cui, come ben descritto decenni fa da Ariès (1989), epoche passate, assai meno tecnologiche, spesso immerse nella superstizione, ma ben più avvezze alla caducità della vita e alle epidemie, addomesticavano il decesso non solo con i sacramenti, ma anche rendendo il trapasso un evento pubblico e socialmente ritualizzato nell'esaltazione dell'identità individuale. Oggi, proprio il Covid-19 ha dimostrato come la nostra socializzazione al decesso in tarda età occulti spesso la morte in RSA o in ospedale secondo un silenzioso e distaccato consenso collettivo, privando spesso persino dell'ultimo barlume d'identità personale.

A conferma di questo, non è un caso che alcuni primi studi internazionali stimino che circa la metà dei decessi da coronavirus sia avvenuta in RSA (Comas-Herrera *et al.* 2020).

In sintesi, lo sproporzionato numero di decessi nella RSA durante l'epidemia, al di là delle perplessità e dei dubbi sulle possibili responsabilità nella gestione dell'emergenza, induce a riflessioni più ampie, soprattutto sul modo in cui il sistema sociale nel suo complesso concipisca le ultime fasi della vita, quando quotidianamente, anche non in emergenze epidemiche, la non autosufficienza, la solitudine, la vulnerabilità e la marginalità sociale uccidono silenziosamente ogni giorno.

#### CONCLUSIONI: LA LEZIONE DEL COVID-19 E LA NECESSITÀ DI SUPERARE LE LATENZE STRUTTURALI

L'epidemia di Coronavirus ha rappresentato tragicamente la cartina al tornasole del nostro modo di concepire l'età avanzata grazie alla pervasività di stereotipi culturali, a loro volta retaggio di un'obsoleta strutturazione della società ancora secondo i canoni della produzione economica industriale.

La vittimizzazione (come appena visto, tanto reale, quanto socialmente costruita) degli anziani durante l'epidemia di Covid-19 è la dimostrazione palese di quanto il nostro sistema sociale reagisca proprio attraverso simili automatismi e semplificazioni, ancor più evidenti nell'emotività e nell'incertezza di un'emergenza.

La complessità della situazione e il blocco della produttività con l'implicita necessità di ripartenza hanno generato risposte inevitabilmente meccaniche e soluzioni discriminanti, sicuramente nate in una situazione di incertezza, ma anche conseguenti a latenze strutturali tipicamente volte a riprodurre una società funzionale al sistema industriale di vecchio stampo.

L'indicatore R0, fondamentale nell'osservare l'andamento dei contagi e divenuto patrimonio culturale dell'uomo comune, ha costituito la misura della contrapposizione tra i due sottosistemi a rischio, ovvero sanità e produttività economica, entrambi minacciati e da subito in antitesi perché la necessità epidemiologica di un *lockdown* contrastava con le esigenze del mondo produttivo. Peraltro, un punto di contatto è stato la convenienza di limitare e circoscrivere le attività della popolazione anziana, nella sua interezza, sia perché ritenuta più esposta e in grado di far collassare il sistema ospedaliero, sia perché considerata non funzionale al sistema economico. Si badi bene, la valutazione non è un giudizio di valore sulle misure, ma una riflessione sul modello culturale sottostante. Infatti, ancora una volta, la tendenza a classificare gli individui in base alle diverse rappresentazioni di funzionalità produttiva, ha negato sia la profonda eterogeneità di condizioni delle persone anziane, sia il ruolo essenziale dei *senior* nella società.

Proprio dalla fase due in poi, nonostante la riapertura controllata delle attività su giusta pressione dei diversi settori economici, non di rado i media e le istituzioni istituzionali continuano tutt'oggi a sottolineare la necessità di limitare il movimento degli anziani per la loro sicurezza, contenendone la circolazione e riducendo il più possibile i contatti anche con i propri familiari (come i nipoti o altri parenti non conviventi). Ad *exemplum fictum* citiamo le linee guida per la riapertura delle attività approvate dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, in cui si legge che riapriranno i

centri estivi (forse con qualche dubbio da parte di qualche genitore più apprensivo), ma è preferibile che i bimbi non siano accompagnati da soggetti over 60 (2020: 35).

Al di là della bontà del decisore di aver finalmente definito operativamente un canone temporale nelle limitazioni per età, l'intento protettivo e il contenimento non selettivo delle persone anziane riproducono chiaramente l'ennesima forma di ageismo benevolente, che dimentica e nega il fondamentale ruolo attivo fornito dalle generazioni *senior* alla collettività. L'assistenza all'infanzia e ai soggetti non autosufficienti o bisognosi, il volontariato e il coinvolgimento attivo in attività sociali e culturali di comunità, e, non di meno, le occupazioni nel lavoro retribuito, spesso essenziali per i bilanci familiari, costituiscono solo alcune delle attività principali non meno essenziali delle tradizionali attività produttive ai fini di una pronta ripresa economica. Trattasi, infatti, di attività "oikonomicamente" orientate, ovvero declinate nell'etimologia classica della parola greca *oikonomia*, concepita, cioè, come norma per l'utilità collettiva in favore della comunità, e non semplicemente come mera produttività.

Non a caso, infatti, l'imposizione del distanziamento e la limitazione dei contatti persino inter-familiari tra non conviventi, già solo interrompendo le relazioni di nonnità e il ruolo degli anziani nella dedizione agli altri, ha ribadito pericolosamente l'isolamento delle famiglie rispetto alla parentela. Questo fatto, seppur velato dalla necessità, rinforza inevitabilmente non solo modelli di famiglie nucleari, ma soprattutto sempre più frammentate, sempre meno feconde di legami inter-generazionali ed essenzialmente funzionali a un modello produttivo che può pervadere l'esistenza di individui sempre più isolati, magari anche grazie alle mirabilie di un decantato e onnipresente *smart-working*. Le conseguenze sono già evidenti, basti pensare a come il *lockdown* abbia implicitamente riaperto discriminazioni nella partecipazione femminile al mercato del lavoro, riproponendo arcaici modelli patriarcali nella rappresentazione delle madri come principali assegnatarie del lavoro di cura.

Naturalmente le considerazioni di cui sopra valgono per gli anziani più robusti, autonomi e in grado di offrire le proprie risorse alla collettività. Non c'è dubbio che le conseguenze del Covid-19 siano state ben diverse per altre categorie.

Un primo pensiero va all'isolamento degli anziani soli, una coorte silenziosa, spesso in età avanzata e socialmente vulnerabile, che è rimasta ancor più isolata nella fase di *lockdown*. Basti pensare che già prima dell'epidemia, secondo i dati Istat al 2019, il 47,3% degli ultra-sessantacinquenni viveva da solo, dato che sale al 47,9% nel Nord Ovest e al 49% nelle periferie metropo-

litane, ovvero, tipicamente nelle aree potenzialmente più colpite dal contagio.

La questione diventa ancora più importante nel caso dei profili fragili e più deboli, arrivando esattamente alla vera questione del problema, vale a dire che la fragilità e la vulnerabilità sociale, indipendentemente dall'età, sono i principali fattori di esposizione al Covid-19.

Più in generale, i soggetti fragili e vulnerabili dovrebbero essere individuati e seguiti, preparando la comunità a potenziali nuove ondate epidemiche. Ciò significa ri-orientare l'assistenza sanitaria da un modello di diagnosi e trattamento tardivo dei pazienti fragili a un sistema continuo di *screening* e identificazione precoce dei profili fragili e pre-fragili nella popolazione anziana attraverso un approccio multi-dimensionale, monitorandone tutta la gamma dei fattori predittivi, che non di rado combinano le evidenze cliniche a condizioni di vulnerabilità sociale ed economica (Poli *et al.* 2016).

Il sistema delle RSA ha costituito il vero elemento di criticità dell'epidemia, proprio perché strutturato storicamente riproducendo un obsoleto modello di gestione delle ultime fasi della vita secondo schemi retrogradi e discriminanti tipici della società industriale fondata sul modello biografico di formazione-produzione e ritiro dal lavoro, che assegna una posizione marginale all'età avanzata e alle condizioni di non auto-sufficienza in quanto sistemamente disfunzionali. L'occultamento collettivo e l'abbandono a una morte in solitudine delle migliaia di pazienti deceduti nelle RSA, di cui difficilmente si saprà mai il numero esatto, definisce un martirio simbolico, che esprime tutta l'inadeguatezza nel nostro sistema sociale nel prendersi cura delle persone più fragili e vulnerabili.

Per questo motivo il sistema delle case di cura per soggetti fragili, anche in ragione della struttura demografica del nostro paese, dovrebbe essere ripensato. Il sistema di cura assistenziale dovrebbe orientarsi a forme di domiciliarità diffusa, adeguatamente sostenuta per garantire le migliori condizioni possibili di assistenza, limitando le concentrazioni secondo il tipico modello di "immagazzinamento e stoccaggio" degli anziani non auto-sufficienti (circa 280.000 in Italia, in base ai dati Istat del 2016) in strutture sovraffollate e ad alta densità, superando le criticità sia strutturali, sia di personale, garantendo condizioni di lavoro sicuro, protetto e ricompensato tanto sul piano economico, quanto del riconoscimento sociale e, non di meno, monitorando e accertando le situazioni di non conformità (Phillipson 2020).

In conclusione, la costruzione sociale del rischio indiscriminato su tutti gli anziani, ha rappresentato la trasposizione su una categoria "marmellata", quella a cui similmente ci si riferisce come Terza e Quarta età, con-



tenitori concettuali sempre più astratti e inadeguati per definire realtà, situazioni e condizioni personali assai più complesse ed eterogenee (Gilleard e Higgs 2013).

In questo modo, mentre si è rinunciato al supporto e alle risorse degli anziani più robusti, si è lasciato morire senza dignità una buona parte delle generazioni più fragili e in questa lezione occorre ripensare il ruolo degli anziani in eventuali ondate epidemiche.

...otherwise Covid wins.

#### RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Alley D., Crimmins E. (2013), *Epidemiology of Ageing*, in Dannefer D. e Philipson C. (eds.), *The SAGE Handbook of Social Gerontology*, SAGE, London.
- Ariès P. (1989), *Luomo e la morte in Occidente dal Medioevo ai nostri giorni*, Rizzoli, Milano.
- Beck U. (1986), *Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne*, Suhrkamp Verlag, Frankfurt.
- Cary L., Chasteen A., Remedios J. (2017), *The Ambivalent Ageism Scale: Developing and Validating a Scale to Measure Benevolent and Hostile Ageism*, in «*Gerontologist*», 5(2): 27-36.
- Chan E., Kanno S., Levy S., Wang S., Lee J., Levy B. (2019), *Global reach of ageism on older persons' health: A systematic review*, in «*PLoS ONE*», 15(1): 1-24.
- Comas-Herrera A., Zalakaín J., Litwin C., Hsu A., Lane N., Fernández J.-L. (2020, May 21), *Mortality associated with Covid-19 outbreaks in care homes: early international evidence*, in «*International Long-Term Care Policy Network*», CPEC-LSE, LTCcovid.org, [https://ltccovid.org/2020/04/12/mortality-associated-with-covid-19-outbreaks-in-care-homes-early-international-evidence/?subscribe=success#blog\\_subscription-3](https://ltccovid.org/2020/04/12/mortality-associated-with-covid-19-outbreaks-in-care-homes-early-international-evidence/?subscribe=success#blog_subscription-3).
- Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome (2020), *Nuovo coronavirus SARS-CoV-2. Linee guida per la riapertura delle Attività Economiche e produttive*, Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, Roma.
- Cossarizza A., De Biasi S., Guaraldi G., Girardis M., Mussini C., Modena CovidGroup (2020, Apr), *SARS-CoV-2, the Virus that Causes COVID-19: Cytometry and the New Challenge for Global Health*, in «*Cytometry*», 97(4): 340-343.
- Douglas M., Wildavsky A. (1982), *Risk and Culture. An Essay on the Selection of Technical and Environmental Dangers*, University of California Press, Berkeley.
- Duckett D., Busby J. (2013, May 13), *Risk amplification as social attribution*, in «*Risk Management*», 15(2): 132-153.
- Fulop T., Larbi A., Khalil A., Cohen A., Witkowski J. (2019, Dec 18), *Are We Ill Because We Age?*, in «*Front Physiol*», 10(1508).
- Gems D. (2015), *The aging-disease false dichotomy: understanding senescence as pathology*, in «*Frontiers in genetics*», 6(212): 1-7.
- Giddens A. (1990), *The Consequences of Modernity*, Polity Press, Oxford.
- Gilleard C., Higgs P. (2013), *Ageing, Corporeality and Embodiment*, Anthem Press, London-New York-Dehli.
- Istituto Superiore di Sanità (2020a), *Epidemia Covid-19. Aggiornamento nazionale 26 maggio 2020 - ore 16:00*, Istituto Superiore di Sanità, Roma.
- Istituto Superiore di Sanità (2020 b, maggio 28), *Caratteristiche dei pazienti deceduti positivi all'infezione da SARS-CoV-2 in Italia. Dati al 28 maggio 2020*, Istituto Superiore di Sanità, Roma.
- Istituto Superiore di Sanità (2020 c), *Survey nazionale sul contagio Covid-19 nelle strutture residenziali e sociosanitarie. Terzo report*, Istituto Superiore di Sanità, Roma.
- Kasperson R. (1988), *The social amplification of risk a conceptual framework*, in «*Risk Analysis*», 8(2): 177-187.
- Kelley-Moore J. (2013), *Disability and Ageing: The Social Construction of Causality*, in Dannefer D., e Philipson C. (eds.), *The Sage handbook of Social Gerontology*, Sage, London.
- Kluge H.H. (2020, April 2), *Statement – Older people are at highest risk from Covid-19, but all must act to prevent community spread*, World Health Organization, Copenhagen, <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/statements/statement-older-people-are-at-highest-risk-from-covid-19,-but-all-must-act-to-prevent-community-spread#>.
- Leach M., Scoones I., Stirling A. (2010), *Governing epidemics in an age of complexity: Narratives, politics and pathways to sustainability*, in «*Global Environmental Change*», 20(3): 369-377.
- Luhmann N. (1986), *The Autopoiesis of social systems*, in Zouven R. F. (ed.), *Sociokybernetic Paradoxes: Observation, Control and Evolution of Self-Steering Systems*, Sage, London.
- Luhmann N. (1989), *Ökologische Kommunikation/Ecological Communication*, Polity, Cambridge.
- Luhmann N. (1990), *Technology, Environment, and social Risk: A systems perspective*, in «*Industrial Crisis Quarterly*», 4: 223-231.
- Mitnitski A., Collerton J., Martin-Ruiz C., Jagger C., von Zglinicki T., Rockwood K., Kirkwood T.B. (2015),

- Age-related frailty and its association with biological markers of ageing*, in «BMC medicine», 13(161): 1-9.
- O’Caoimh R., Galluzzo L., Rodríguez-Laso Á., Van der Heyden J., Ranhoff A., Lamprini-Koula M., Liew A. (2018, Jul-Sep), *Prevalence of frailty at population level in European ADVANTAGE Joint Action Member States: a systematic review and meta-analysis*, in «Ann Ist Super Sanita», 54(3): 226-238.
- Phillipson C. (2020, April 2020) *Covid-19 and the crisis in residential and nursing home care*, <https://ageing-issues.wordpress.com/2020/04/08/covid-19-and-the-crisis-in-residential-and-nursing-home-care/>.
- Poli S. (2014, July), *Beyond Stereotypes Talent Resources and Social Activity among the Postmodern Elderly*, in «Research on Ageing and Social Policies», 2(1): 58-86.
- Poli S., Cella A., Puntoni M., Musacchio C., Pomata M., Torriglia D., Pilotto A. (2016, August), *Frailty is associated with socioeconomic and lifestyle factors in community-dwelling older subjects*, in «Aging Clinical and Experimental Research», 1-8.
- Rayner S. (1988), *Muddling through metaphors to maturity: A commentary on Kasperson et al. The social amplification of Risk*, in «Risk Analysis», 8(2): 201-204.
- Rosa E., Renn O., McCright A. (2013), *Risk in Systems: Social Theory and Risk Governance*, Temple University Press, Philadelphia.