

Mario Sommella

LA CURA NEGATA

DIRITTO

ALLA CURA

ART. 32
COSTITUZIONE
DELLA REPUBBLICA
ITALIANA

ANATOMIA DELL'ABBANDONO



PERCHÉ **LA CURA** NON È UN COSTO.
È IL FONDAMENTO STESSO DELLA CIVILTÀ.

Mario Sommella

La cura negata

Anatomia dell'abbandono

Saggio

Mario Sommella

La cura negata. Anatomia dell'abbandono

Prima edizione digitale: luglio 2026

Edizione autopubblicata dall'autore.

Copyright 2026 Mario Sommella.

Quest'opera è distribuita gratuitamente con licenza Creative Commons Attribuzione - Non commerciale - Non opere derivate 4.0 Internazionale.

Codice della licenza: CC BY-NC-ND 4.0

È consentito riprodurre, distribuire e condividere il testo con qualsiasi mezzo e formato, a condizione che sia sempre citato l'autore, che non se ne faccia uso commerciale e che l'opera non venga modificata né diffusa in versioni rielaborate.

Non è consentita la pubblicazione, integrale o parziale, da parte di terzi, in forma cartacea o digitale, sotto altro nome o marchio editoriale.

Ogni utilizzo diverso da quelli qui previsti, comprese le traduzioni e le edizioni commerciali, richiede l'autorizzazione scritta dell'autore.

La licenza non limita la produzione e la diffusione di versioni in formato accessibile destinate alle persone con disabilità visiva o di lettura.

Testo completo della licenza:

creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it

L'immagine di copertina è stata creata con l'intelligenza artificiale ChatGPT di OpenAI.

Sito dell'autore: mariosommella.com

DEDICA

A tutte le persone che ogni giorno convivono con la malattia, la disabilità, la non autosufficienza e la fragilità.

A chi lotta per conservare la propria dignità quando il mondo sembra misurare il valore umano soltanto in termini di efficienza, produttività e profitto.

Ai familiari, ai caregiver, alle assistenti familiari e a tutte le donne e gli uomini che, spesso nel silenzio e nell'invisibilità, si fanno carico della cura degli altri.

A chi non si è arreso all'indifferenza.

A Laura, Tore e Raffaele, compagni di viaggio e di lotta che non sono più tra noi. Le loro voci si sono spente troppo presto, ma il loro esempio continua a indicare la strada. Nelle battaglie per i diritti, per la dignità e per la giustizia sociale restano una presenza viva, una memoria che non appartiene al passato ma al futuro che siamo chiamati a costruire.

Perché la cura non è un costo.

È il fondamento stesso della civiltà.

«La Costituzione è un pezzo di carta: la lascio cadere e non si muove. Perché si muova bisogna ogni giorno rimetterci dentro l'impegno, lo spirito, la volontà di mantenere queste promesse, la propria responsabilità.»

Piero Calamandrei

Indice

[PREFAZIONE](#)

[COME LEGGERE QUESTO LIBRO](#)

[INTRODUZIONE](#)

[Capitolo 1. La menzogna dell'autosufficienza](#)

[Capitolo 2. Le promesse tradite della Costituzione](#)

[Capitolo 3. L'Italia che invecchia](#)

[Capitolo 4. Dalla società della cura alla società dello scarto](#)

[Capitolo 5. I numeri dell'abbandono](#)

[Capitolo 6. Il fallimento della prestazione universale](#)

[Capitolo 7. La lunga ritirata dello Stato sociale](#)

[Capitolo 8. Il mercato della cura](#)

[Capitolo 9. L'Italia diseguale](#)

[Capitolo 10. La famiglia come ammortizzatore sociale](#)

[Capitolo 11. Le donne della cura](#)

[Capitolo 12. Un milione di badanti](#)

[Capitolo 13. Povertà e disabilità](#)

[Capitolo 14. Soggetti, non utenti](#)

[Capitolo 15. Più armi, meno cura](#)

[Capitolo 16. La ribellione dei dimenticati](#)

[Capitolo 17. La sanità che arretra](#)

[Capitolo 18. L'algoritmo della cura](#)

[Capitolo 19. Dalla carità al diritto](#)

[Capitolo 20. La cura come bene comune](#)

[Capitolo 21. Un programma per un ampio fronte politico e sociale](#)

[Capitolo 22. La Repubblica della cura](#)

[CONCLUSIONE](#)

[MANIFESTO PER UNA REPUBBLICA DELLA CURA](#)

[Glossario](#)

[Bibliografia generale e sitografia](#)

[RINGRAZIAMENTI](#)

[NOTA BIOGRAFICA DELL'AUTORE](#)

PREFAZIONE

Ci sono libri che nascono da un interesse di studio, altri da una curiosità intellettuale. Questo libro nasce invece da una domanda che da molti anni accompagna il mio impegno civile e politico: come può una società definirsi democratica e solidale mentre lascia sole milioni di persone che vivono condizioni di malattia, disabilità e non autosufficienza?

Non scrivo queste pagine da osservatore esterno. Le scrivo da cittadino che ha conosciuto direttamente la fragilità, da persona con disabilità visiva, da attivista impegnato nelle battaglie per i diritti sociali e da testimone delle difficoltà quotidiane che attraversano migliaia di famiglie italiane. Le scrivo anche nel ricordo di compagni di lotta che hanno dedicato la propria esistenza alla difesa della dignità delle persone più fragili e che oggi non sono più tra noi.

Nel corso degli anni il dibattito pubblico ha spesso trattato la non autosufficienza come una questione marginale, un problema da affrontare solo quando riguarda direttamente noi stessi o i nostri familiari. Eppure la realtà racconta una storia diversa. L'invecchiamento della popolazione, l'aumento delle patologie croniche, la crescita delle condizioni di disabilità e la trasformazione delle famiglie stanno rendendo la cura una delle grandi questioni sociali del XXI secolo.

Questo libro nasce dalla convinzione che la non autosufficienza non sia un'emergenza temporanea, ma una condizione strutturale della società contemporanea. Per questa ragione non può essere affrontata attraverso la carità, l'improvvisazione o il sacrificio silenzioso delle famiglie. Deve essere riconosciuta come una questione di diritti, di giustizia sociale e di democrazia.

Le pagine che seguono non vogliono suscitare pietà ma consapevolezza; non cercano compassione, ma responsabilità collettiva. E non intendono raccontare soltanto ciò che non funziona: vogliono interrogare le ragioni profonde che hanno portato il nostro Paese ad arretrare proprio nel momento in cui il bisogno di cura cresceva in modo evidente.

La tesi di questo libro è semplice. L'abbandono non è una fatalità. È il risultato di scelte politiche, economiche e culturali. E ciò che è stato costruito dalle scelte degli uomini può essere modificato da nuove scelte, fondate sulla dignità della persona e sulla solidarietà.

Se queste pagine riusciranno a far riflettere anche un solo lettore sul significato della cura come responsabilità collettiva, allora avranno raggiunto il loro scopo.

Mario Sommella

COME LEGGERE QUESTO LIBRO

Questo libro non è un trattato accademico né una raccolta di testimonianze personali. È un'inchiesta civile che nasce dall'incrocio tra dati statistici, documenti istituzionali, norme giuridiche, studi scientifici e osservazione diretta della realtà sociale italiana.

Le pagine che seguono affrontano il tema della non autosufficienza, della disabilità e della fragilità non come questioni individuali, ma come fenomeni collettivi che interrogano il modello di società nel quale viviamo.

L'obiettivo non è offrire una descrizione neutrale dei problemi. Ogni dato riportato, ogni scelta politica analizzata e ogni trasformazione sociale descritta vengono esaminati alla luce di una domanda fondamentale: una democrazia può dirsi realmente tale se non garantisce dignità, assistenza e diritti alle persone più fragili?

I capitoli seguono un percorso progressivo. Si parte dalle radici culturali e ideologiche dell'attuale crisi della cura, si analizzano le trasformazioni demografiche e sociali in corso, si esaminano le politiche pubbliche e i loro effetti concreti sulla vita delle persone, fino ad arrivare alle possibili alternative e alle proposte di cambiamento.

Questo libro non chiede al lettore di condividere ogni conclusione. Chiede però di confrontarsi con una realtà troppo spesso invisibile e con una domanda che riguarda tutti: quale valore attribuiamo alla vita umana quando essa non è più misurabile in termini di produttività economica?

La risposta a questa domanda definirà il tipo di società che sceglieremo di essere.

INTRODUZIONE

LA REPUBBLICA DELLA CURA NEGATA

Esistono ingiustizie che fanno rumore e ingiustizie che avanzano nel silenzio.

Le prime occupano le prime pagine dei giornali, alimentano il dibattito politico e suscitano indignazione pubblica. Le seconde crescono lentamente, si insinuano nella quotidianità delle persone e finiscono per essere considerate normali. La progressiva esclusione delle persone non autosufficienti, delle persone con disabilità e delle loro famiglie appartiene a questa seconda categoria.

Da molti anni l'Italia sta vivendo una trasformazione profonda. La popolazione invecchia, le famiglie si riducono, aumentano le patologie croniche, cresce il numero delle persone che necessitano di assistenza continuativa. Eppure, proprio mentre il bisogno aumenta, le risposte pubbliche si indeboliscono. I servizi arretrano, le risorse diminuiscono, le responsabilità vengono trasferite sulle famiglie e il diritto alla cura si trasforma progressivamente in una questione privata.

Questo libro nasce dalla necessità di comprendere le ragioni di questo processo.

La tesi che attraversa tutte le pagine che seguono è semplice e al tempo stesso radicale: l'abbandono non è una fatalità. Non è il risultato inevitabile dell'invecchiamento della popolazione, della scarsità delle risorse o dei mutamenti sociali. È il prodotto di scelte politiche, economiche e culturali che hanno progressivamente modificato il significato stesso della parola cura.

Per comprendere ciò che sta accadendo occorre partire da una constatazione elementare. Ogni essere umano nasce dipendente dagli altri. Nessuno si salva da solo. Nessuno cresce da solo. Nessuno affronta la malattia, la fragilità o la vecchiaia senza avere bisogno di relazioni, sostegno e assistenza. La dipendenza non rappresenta un'eccezione dell'esistenza umana. È una delle sue condizioni fondamentali.

Eppure negli ultimi decenni si è affermata una visione diversa. L'individuo autosufficiente, competitivo, produttivo e performante è diventato il modello ideale sul quale misurare il valore delle persone. Chi si allontana da questo modello rischia di essere percepito come un costo, un problema, un peso da amministrare. In questa trasformazione culturale si trova una delle radici più profonde della crisi della cura.

Quando il valore economico sostituisce il valore umano, la fragilità diventa invisibile. Quando la produttività diventa il criterio dominante, la dignità delle persone viene subordinata alla loro capacità di produrre reddito. Quando il mercato invade ogni dimensione della vita sociale, la cura smette di essere un diritto e diventa una merce.

L'abbandono non è un'astrazione: ha luoghi precisi e quotidiani. È nelle case dove un figlio anziano accudisce un genitore ancora più anziano senza alcun aiuto; nelle liste d'attesa che durano mesi per una visita o per un posto in una struttura; nelle stanze in cui un'assistente familiare, spesso pagata in nero, sostituisce per intero un servizio pubblico che non c'è. È nei bilanci comunali che azzerano i fondi per il sociale e nei pronto soccorso intasati da chi non ha altro luogo dove andare. Sono i volti concreti di una stessa scelta, ripetuta in mille forme: lasciare soli i più fragili e chiamare questa solitudine destino.

Dietro ciascuna di queste situazioni si nasconde una domanda politica fondamentale: quale posto occupano le persone fragili nella gerarchia delle priorità pubbliche?

Le pagine che seguono non intendono fornire risposte semplici a problemi complessi. Vogliono però restituire visibilità a una realtà troppo spesso confinata ai margini del dibattito pubblico.

Per questo motivo il libro attraversa diversi livelli di analisi: esamina le trasformazioni culturali che hanno ridefinito il significato dell'autosufficienza; ricostruisce il rapporto tra i principi della Costituzione e le politiche concretamente realizzate; analizza gli effetti dell'invecchiamento della popolazione e della crisi demografica; indaga il ruolo delle famiglie, del lavoro di cura e delle assistenti familiari; valuta le conseguenze delle scelte economiche e delle priorità di bilancio; e confronta l'esperienza italiana con quella di altri Paesi che hanno scelto strade diverse.

Ma soprattutto questo libro non parla di una minoranza lontana. Parla di chiunque abbia un genitore che invecchia, di chiunque possa ammalarsi o avere un incidente, di chiunque, prima o poi, avrà bisogno di essere curato: riguarda tutti, perché la non autosufficienza non è la condizione di pochi sfortunati, ma una stagione possibile di ogni vita.

Ogni società compie infatti una scelta, esplicita o implicita. Può considerare la fragilità un problema privato da scaricare sulle famiglie e sul mercato. Oppure può riconoscere che la cura rappresenta una responsabilità collettiva, un investimento sulla dignità umana e sulla qualità della democrazia.

La differenza tra queste due visioni non è soltanto economica: è morale, culturale e politica, e definisce il significato stesso della parola civiltà.

Per questa ragione il tema della non autosufficienza non può essere confinato nell'ambito delle politiche sociali. Esso riguarda il modo in cui immaginiamo il futuro del Paese.

Una Repubblica che abbandona i suoi cittadini più fragili tradisce la propria promessa costituzionale; una Repubblica che riconosce il diritto alla cura rafforza la propria democrazia. Tra questi due modelli si colloca la sfida che abbiamo di fronte.

Questo libro nasce per raccontarla, per comprenderla e per contribuire a cambiarne l'esito.

La cura di chi non basta a se stesso non è una concessione caritatevole né un favore che la collettività elargisce nei momenti di abbondanza. È un diritto, scritto nella Costituzione e fondato sulla dignità della persona, e come ogni diritto va finanziato, garantito e difeso.

E ogni diritto negato racconta qualcosa della società che lo nega.

Capitolo 1. La menzogna dell'autosufficienza

Come un'ideologia ha trasformato la dipendenza in colpa

«Non esiste niente come la società. Esistono individui, uomini e donne, ed esistono famiglie.»

Margaret Thatcher, 1987

1. Una parola che ha cambiato segno

C'è una parola che, negli ultimi quarant'anni, ha cambiato silenziosamente di segno. Quella parola è autosufficienza. Per secoli aveva indicato una virtù collettiva, la capacità di una comunità di bastare a se stessa, di non dipendere dal padrone, dal feudo, dalla carità. Oggi indica l'esatto contrario: la condizione dell'individuo isolato che non deve nulla a nessuno e a cui nessuno deve nulla. È diventata la misura del valore di una persona. Sei tanto più degno quanto meno hai bisogno degli altri. E chi ha bisogno, chi non basta a se stesso, viene relegato in una zona grigia dell'esistenza, sospeso tra la compassione e il fastidio.

Il linguaggio tradisce questa operazione meglio di qualsiasi statistica. Parliamo di «carico assistenziale», come se la persona amata fosse soltanto un peso da sollevare; parliamo di «utenti» e di «presa in carico», in un gergo burocratico che trasforma uomini e donne in pratiche da evadere; e definiamo milioni di persone per ciò che non sono più in grado di fare, etichettandole come «non autosufficienti», come se la loro intera identità coincidesse con un deficit. Le parole non sono mai neutre: incorporano un giudizio. Dietro ognuna di esse opera la stessa premessa silenziosa, secondo cui l'autonomia produttiva è la misura del valore umano, e tutto ciò che se ne discosta è mancanza, costo, problema da gestire.

2. Una costruzione storica, non naturale

L'idea che l'autosufficienza sia la condizione normale dell'essere umano non è antica né naturale. È il prodotto di una precisa stagione storica. Per tutto il dopoguerra, nei Paesi capitalistici avanzati, aveva

prevalso un compromesso diverso: lo Stato sociale di matrice keynesiana e socialdemocratica riconosceva che il rischio, la malattia, la vecchiaia e l'invalidità erano eventi collettivi, da affrontare con strumenti collettivi. La crisi economica della metà degli anni Settanta ruppe quel patto. Dalle cattedre di Chicago e dai governi di Margaret Thatcher e Ronald Reagan si affermò una nuova ortodossia, che descriveva lo Stato protettivo come un nemico dell'efficienza e della libertà, e il welfare come una trappola che spegne l'iniziativa individuale.

Quella rivoluzione conservatrice non fu soltanto economica. Fu, prima ancora, antropologica. Il neoliberismo non si limitò a tagliare la spesa: ridefinì che cosa significa essere una persona. Il filosofo Michel Foucault l'aveva intuito con anticipo, descrivendo l'avvento dell'«imprenditore di sé», l'individuo chiamato a gestire la propria vita come un'azienda, a investire su di sé, a massimizzare il proprio capitale umano. In questa visione del mondo, che alcuni studiosi hanno chiamato la società della prestazione, ognuno è unico responsabile del proprio successo e del proprio fallimento. La cooperazione lascia il posto alla concorrenza, e la solidarietà diventa un residuo sentimentale di cui vergognarsi.

3. Il familismo italiano e la delega alle donne

In Italia questa ideologia ha trovato un terreno particolarmente fertile, perché si è innestata su una tradizione antica. Il nostro è storicamente un welfare familista, costruito sul presupposto che sia la famiglia, e non lo Stato, a doversi occupare dei propri membri fragili. Per decenni questa delega è stata mascherata da virtù, esaltata come calore degli affetti italiani contrapposto al freddo individualismo nordeuropeo. In realtà nascondeva una carenza strutturale di servizi pubblici. Quando la cultura neoliberale della responsabilità individuale si è sovrapposta a questo familismo preesistente, il risultato è stato esplosivo: lo Stato ha potuto ritirarsi ulteriormente sapendo che la famiglia, e dentro la famiglia soprattutto le donne, avrebbe comunque retto l'urto, in silenzio e a costo zero per il bilancio pubblico.

4. La dipendenza è la condizione comune dell'umano

Questa costruzione capovolge un dato elementare dell'esistenza. Nasciamo totalmente dipendenti e, nella stragrande maggioranza dei casi, moriamo dipendenti. Tra questi due estremi, ciascuno di noi attraversa fasi più o meno lunghe in cui ha bisogno degli altri per esistere: la malattia, la maternità, l'infanzia, l'età avanzata, la fragilità psichica, la disabilità. La dipendenza non è l'eccezione patologica rispetto a una normalità fatta di individui autonomi. È il tessuto ordinario della vita umana. L'autosufficienza assoluta non esiste in natura: è un'astrazione ideologica costruita su misura per una persona adulta, sana, maschia e produttiva, che funge da modello implicito di cittadino e rispetto al quale tutti gli altri appaiono mancanti.

5. I numeri smentiscono la favola

I numeri italiani smentiscono la favola dell'autonomia con la forza dei fatti. In Italia vivono oltre 4 milioni di persone anziane non autosufficienti, alle quali si aggiungono circa 3,1 milioni di persone con disabilità grave. Accanto a loro, oltre 1 milione di assistenti familiari, le cosiddette badanti, regge un sistema di cura che senza di loro crollerebbe in una settimana. Mentre questo bisogno cresce, la spesa pubblica per le cure di lungo termine è scesa dall'1,43% del prodotto interno lordo nel 2020 all'1,18% nel 2024. Le indennità di accompagnamento, semplici trasferimenti di denaro che scaricano sulla famiglia il compito di organizzarsi, valgono ancora il 52% della spesa pubblica del settore. Perfino l'assistenza domiciliare, dove esiste, si è svuotata: dalle 18 ore medie annue per paziente del 2019 si è passati a 14 ore nel 2023.

Se si mettono in fila queste cifre, la conclusione è inequivocabile. La dipendenza dalla cura altrui non è una rarità sfortunata: è una condizione di massa, prevedibile, strutturale, che attraversa milioni di famiglie. La vera anomalia non sono le persone non autosufficienti, ma la pretesa di considerarle un'eccezione. Chiamare eccezione ciò che è norma non è un errore di calcolo: è un'operazione politica. Serve a togliere alla cura lo statuto di questione collettiva e a confinarla nello spazio privato della responsabilità personale.

6. La privatizzazione del rischio

Qui si vede a cosa serve davvero la menzogna dell'autosufficienza. La sua funzione è quella che gli studiosi chiamano la privatizzazione del rischio. Se il bisogno di cura è un evento collettivo, allora la collettività deve farsene carico con servizi pubblici, finanziati dalla fiscalità generale e garantiti come diritto. Ma se il bisogno viene ridefinito come un fallimento individuale, come la conseguenza di scelte sbagliate, di una vita non abbastanza prudente, di una famiglia che non ha saputo provvedere, allora lo Stato è legittimato a ritirarsi. Il taglio della spesa cessa di apparire come un'ingiustizia e diventa una misura di responsabilizzazione. La ritirata pubblica si traveste da pedagogia.

7. La religione del merito e la società dello scarto

Su questo terreno cresce la religione civile del merito. In una società che si racconta come un campo di gara tra individui autosufficienti, chi resta indietro non è vittima di un sistema, ma colpevole della propria sorte. La povertà diventa pigrizia, la malattia diventa incuria di sé, la non autosufficienza diventa la prova di una vita mal gestita. La colpa viene così individualizzata e sottratta a ogni lettura strutturale. È un meccanismo crudele e perfetto: trasforma le vittime delle disuguaglianze nei principali imputati delle proprie sofferenze, e dispensa chi governa dal renderne conto.

Sullo sfondo si profila un orizzonte ancora più inquietante, quello che diversi pensatori hanno chiamato la società dello scarto. In un sistema che riconosce valore solo a ciò che produce reddito, chi non produce più, l'anziano che ha smesso di lavorare, il malato cronico, la persona con disabilità grave, tende a essere percepito come un'eccedenza, un peso residuale di cui la collettività vorrebbe alleggerirsi. Non è un'esagerazione retorica: è la logica implicita di ogni bilancio che tratta la cura come una voce di costo da comprimere anziché come un investimento sulla dignità delle persone. La menzogna dell'autosufficienza prepara il terreno a questa cultura dello scarto, perché ne fornisce la giustificazione morale: se sei diventato un peso, lo sei per una tua mancanza.

8. Le conseguenze: vergogna, solitudine, lavoro non riconosciuto

Le conseguenze sociali di questa ideologia sono tangibili e quotidiane. La prima è la vergogna. Chiedere aiuto, ammettere di non farcela, dipendere da un figlio o da un'assistente, viene vissuto come una sconfitta personale prima ancora che come un disagio materiale. La seconda è la solitudine. Milioni di famiglie affrontano la non autosufficienza dei propri cari in un isolamento totale, senza una rete pubblica che le sostenga, costrette a trasformarsi in piccole imprese di cura improvvisate. Su queste famiglie il peso ricade in modo profondamente diseguale: a curare sono soprattutto le donne, mogli, figlie, sorelle, e poi le lavoratrici migranti pagate spesso in nero, in un intreccio di sfruttamento di genere e di classe che il libro ricostruirà nelle sue pagine.

Il caregiver familiare è la figura emblematica di questo sistema: un eroe solitario celebrato a parole e abbandonato nei fatti. Dietro la retorica della famiglia che si fa carico dei propri cari, si nasconde un gigantesco trasferimento di lavoro non pagato dallo Stato ai privati, e dentro i privati dagli uomini alle donne. Il prezzo si misura in carriere interrotte, redditi perduti, salute compromessa, depressione, isolamento. La menzogna dell'autosufficienza produce, paradossalmente, una catena infinita di persone che si consumano nella cura di altri, senza che questa cura venga mai riconosciuta come ciò che è: lavoro, e lavoro essenziale.

9. Una scelta, non una fatalità: il confronto internazionale

Che questa sia una scelta e non una fatalità lo dimostra il confronto internazionale. La Germania, di fronte alla stessa transizione demografica, ha istituito già nel 1995 un'assicurazione pubblica obbligatoria per la non autosufficienza, riconoscendo il rischio come un evento sociale da coprire collettivamente. I Paesi scandinavi hanno costruito sistemi di servizi territoriali che fanno della cura un diritto esigibile, non una concessione. I Paesi Bassi sperimentano forme di abitare assistito integrate nelle comunità. In tutti questi casi la cura è

trattata come infrastruttura pubblica, esattamente come le strade o le scuole.

Il contrasto più netto è con i Paesi di matrice anglosassone, dove l'ideologia dell'autosufficienza ha raggiunto la sua forma più pura e dove la cura è rimasta in larga parte affidata al mercato e alla famiglia, con costi proibitivi e disuguaglianze drammatiche. L'Italia ha imboccato pericolosamente questa seconda strada, pur senza ammetterlo. Il punto decisivo è che si tratta di un bivio politico, non tecnico. Le risorse esistono: la questione è dove si decide di destinarle. Un Paese che trova decine di miliardi per il riarmo e non li trova per chi non riesce ad alzarsi dal letto non sta subendo un destino, sta esprimendo una gerarchia di valori.

Un solo esempio basta a rendere visibile il bivio. Di fronte alla richiesta di portare le spese militari al 5% del prodotto interno lordo, la Spagna ha scelto di fermarsi a una soglia molto più bassa, dichiarando apertamente di volere difendere il proprio Stato sociale. L'Italia, invece, si è allineata all'obiettivo più alto. La stessa transizione demografica, lo stesso quadro internazionale, la stessa pressione delle alleanze: ciò che cambia è la decisione politica su che cosa venga prima. Non c'è alcuna mano invisibile a imporre i tagli alla cura. C'è una volontà, e una volontà può essere conosciuta, nominata e rovesciata.

10. Le obiezioni e perché non reggono

A questa tesi viene opposta una controargomentazione ricorrente, che merita di essere presa sul serio. Si dice che insistere troppo sulla responsabilità collettiva incoraggi l'assistenzialismo, deresponsabilizzi le persone, renda i conti pubblici insostenibili di fronte all'invecchiamento. Si dice che la solidarietà illimitata sia un lusso che un Paese indebitato non può permettersi, e che un sano principio di responsabilità individuale sia il solo argine alla spesa fuori controllo.

È un'obiezione che non regge alla prova dei fatti. Nessuno sceglie un ictus, una demenza, una disabilità congenita: parlare di responsabilità individuale di fronte alla non autosufficienza è semplicemente fuori luogo, perché non c'è alcuna colpa da espiare. La presunta insostenibilità, poi, è sempre questione di priorità: gli stessi bilanci che dichiarano di non

avere risorse per la cura le trovano in abbondanza quando si tratta di altri capitoli di spesa considerati intoccabili. E l'assistenzialismo è uno spauracchio usato per smantellare i diritti: in Italia la spesa per la cura non sta esplodendo, sta arretrando, proprio mentre il bisogno aumenta. Il problema non è che si spende troppo, ma che si spende troppo poco e male, scegliendo i trasferimenti monetari rispetto ai servizi.

La menzogna dell'autosufficienza è dunque la prima pietra dell'edificio che questo libro intende smontare. È una menzogna perché nessun essere umano è davvero autosufficiente, e fingere il contrario serve solo a colpevolizzare chi ha bisogno e a giustificare chi gli volta le spalle. Smascherarla non è un esercizio filosofico: è il primo atto politico necessario. Riconoscere che la dipendenza è la condizione comune dell'umanità significa restituire alla cura il suo statuto di questione collettiva, e quindi di diritto. Significa rovesciare la domanda: non più «perché dovrei pagare per chi non ce la fa?», ma «perché una comunità civile dovrebbe abbandonare i propri membri più fragili?».

Esiste, del resto, un metro per giudicare questa scelta, e non è un'opinione tra le altre. È scritto nella legge fondamentale della Repubblica, che impegna lo Stato a rimuovere gli ostacoli che limitano l'uguaglianza, riconosce la salute come diritto e fonda la convivenza sulla dignità della persona. È a quella promessa, e al divario che la separa dalla realtà dell'abbandono, che dobbiamo ora rivolgerci.

11. Le fonti di questo capitolo

L'esergo riprende la celebre dichiarazione di Margaret Thatcher del 1987, raccolta in un'intervista alla rivista *Woman's Own*. La nozione di imprenditore di sé rinvia all'analisi di Michel Foucault sulla razionalità neoliberale, in particolare al corso *Nascita della biopolitica*. L'espressione società della prestazione richiama le riflessioni di Byung-Chul Han, mentre la società dello scarto rinvia all'analisi di Zygmunt Bauman sulle vite di scarto e all'uso che ne ha fatto papa Francesco parlando di cultura dello scarto. La lettura del welfare italiano come modello familista si appoggia agli studi comparati sui regimi di welfare, in particolare al modello mediterraneo descritto dalla letteratura sulle politiche sociali.

I dati provengono dall'ottavo Rapporto dell'Osservatorio Long Term Care del CERGAS della SDA Bocconi ed Essity, presentato nel maggio 2026: oltre 4 milioni di anziani non autosufficienti, circa 3,1 milioni di persone con disabilità grave, oltre 1 milione di assistenti familiari; spesa pubblica per le cure di lungo termine all'1,18% del prodotto interno lordo nel 2024 contro l'1,43% del 2020; quota dei trasferimenti monetari intorno al 52% della spesa di settore; ore medie di assistenza domiciliare in calo da 18 a 14. Il confronto con la Germania richiama la Pflegeversicherung, introdotta nel 1995. Il riferimento alla Spagna richiama la sua posizione sull'obiettivo del 5% del prodotto interno lordo per la spesa militare, in difesa dichiarata dello Stato sociale. I principi richiamati nel finale fanno riferimento agli articoli 2, 3 e 32 della Costituzione.

Capitolo 2. Le promesse tradite della Costituzione

Gli articoli 3, 32 e 38 tra la norma e la realtà

«È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale che, limitando di fatto la libertà e l'uguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana.»

Costituzione della Repubblica italiana, articolo 3

1. Un metro di giudizio condiviso

Ogni accusa ha bisogno di un metro di giudizio. La tesi di questo libro, secondo cui l'abbandono delle persone non autosufficienti non è una fatalità ma una scelta, rischierebbe di apparire un'opinione tra le altre se non potesse misurarsi con un parametro condiviso e vincolante. Quel parametro esiste, e non è una bandiera di parte: è la Costituzione della Repubblica. È il patto fondativo che tutti, governanti e governati, hanno giurato di rispettare. Confrontare la realtà della cura negata con ciò che la Carta prescrive non è un esercizio retorico: è il modo più rigoroso per stabilire se siamo di fronte a un disservizio o a un tradimento.

2. Tre articoli per una Repubblica della cura

Tre articoli, in particolare, compongono l'ossatura di quella che potremmo chiamare la Repubblica della cura promessa nel 1948. L'articolo 3, che impegna lo Stato a costruire l'uguaglianza sostanziale tra i cittadini. L'articolo 32, che riconosce la salute come diritto fondamentale. L'articolo 38, che garantisce assistenza e mantenimento a chi non può provvedere a sé. Letti insieme, questi tre articoli disegnano un progetto preciso: una comunità che si fa carico dei propri membri più fragili come di un dovere costituzionale, non come di una concessione caritatevole. La distanza tra questo progetto e ciò che accade ogni giorno è la misura esatta del tradimento.

3. Dalle macerie della guerra

Per comprendere la forza di queste norme occorre ricordare da dove vengono. La Costituzione italiana non è nata in un laboratorio di giuristi, ma dalle macerie della guerra e dalla lotta di liberazione dal fascismo. È il frutto di un compromesso alto tra le grandi culture popolari del Novecento, quella cattolica, quella socialista e quella comunista, unite dalla volontà di non tornare mai più a uno Stato che abbandona i deboli. Per questo non si limita a fotografare la società esistente: indica una direzione di marcia, un programma di trasformazione. È una Costituzione che guarda avanti, che assegna alla Repubblica il compito di cambiare il mondo, non di amministrarlo così com'è.

4. Dalla carità al diritto

Basta confrontarla con ciò che l'aveva preceduta per coglierne la portata. Lo Statuto albertino del 1848, la carta del Regno d'Italia liberale, ignorava quasi del tutto i diritti sociali: lo Stato si limitava a garantire l'ordine e la proprietà, lasciando la sorte dei poveri, dei malati e degli invalidi alla beneficenza privata, alle congregazioni religiose e alla carità. La cura del fragile non era un compito pubblico, ma un atto di pietà facoltativo. La Costituzione del 1948 rovescia esattamente questo schema, trasformando in dovere dello Stato ciò che prima era affidato alla generosità dei singoli. È il passaggio storico dalla carità al diritto, ed è precisamente il cammino che oggi si tenta di percorrere a ritroso.

Lo si vede con chiarezza nel dibattito che, nell'Assemblea costituente, portò alla stesura dell'articolo sull'assistenza. I costituenti discussero a lungo dell'idea che chi, per età, malattia o condizione fisica, si trovi nell'impossibilità di lavorare abbia diritto a vedere assicurata la propria esistenza dalla collettività. Era una rottura radicale con la tradizione liberale e con la logica della beneficenza: per la prima volta, il sostegno a chi non basta a se stesso veniva configurato non come elemosina, ma come diritto soggettivo, esigibile nei confronti dello Stato. La cura del fragile usciva dalla sfera della pietà ed entrava in quella della giustizia. Non meno significativo è ciò che lo stesso articolo stabilisce sul soggetto chiamato a rispondere: ai compiti di assistenza e previdenza provvedono

organi e istituti predisposti o integrati dallo Stato. La responsabilità ultima, in altre parole, è pubblica.

5. L'attuazione faticosa dei diritti sociali

L'articolo 32 eleva la salute a fondamentale diritto dell'individuo e, insieme, a interesse della collettività. Quella doppia natura è decisiva: la salute non è un affare privato che ciascuno regola da sé sul mercato, ma un bene comune di cui l'intera comunità risponde. Eppure il Servizio Sanitario Nazionale universale, vera attuazione di quella promessa, vide la luce soltanto trent'anni dopo, con la legge numero 833 del 1978. Per tre decenni il diritto rimase scritto sulla carta e disatteso nei fatti, finché le lotte sociali non lo resero reale.

Quella storia di attuazione faticosa non riguarda solo la sanità. I diritti scritti nel 1948 hanno preso corpo soltanto grazie a decenni di conflitto sociale e a una stagione legislativa straordinaria. La legge numero 180 del 1978 chiuse i manicomi e restituì dignità ai malati psichici; la legge numero 104 del 1992 fissò i diritti delle persone con disabilità e dei loro familiari; le norme sull'integrazione scolastica fecero dell'Italia un caso d'avanguardia. Nessuna di queste conquiste è piovuta dall'alto: ognuna è stata strappata dal basso, da movimenti, sindacati, associazioni di malati e familiari. È una lezione che vale anche per il presente, perché ciò che le lotte hanno conquistato l'assenza di lotte può lasciare arretrare.

6. Il cuore dell'articolo 3

Il cuore pulsante di questo progetto resta l'articolo 3. Il suo primo comma proclama che tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge. Ma è il secondo comma a contenere la carica più dirompente: è compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale che, limitando di fatto la libertà e l'uguaglianza, impediscono il pieno sviluppo della persona umana. Qui lo Stato non è un arbitro neutrale che si limita a non discriminare: è un soggetto attivo, obbligato a intervenire per correggere le disuguaglianze prodotte dal mercato e dalla società. È la negazione esatta della filosofia neoliberale dell'individuo lasciato solo a cavarsela.

Letti in sequenza, questi articoli non lasciano spazio a equivoci. L'uguaglianza sostanziale dell'articolo 3 vincola lo Stato a rimuovere gli ostacoli che impediscono a una persona anziana o disabile di vivere con dignità. La tutela della salute dell'articolo 32 include le cure di lungo termine e l'assistenza sociosanitaria. Il diritto al mantenimento dell'articolo 38 copre proprio chi, per età o condizione, non può provvedere a se stesso. In altre parole, la non autosufficienza non è un vuoto normativo: è un terreno già interamente disciplinato dalla Carta, che impone alla Repubblica un dovere chiaro e non aggirabile.

7. La parola della Corte costituzionale

Non si tratta di una lettura ideologica forzata, ma della stessa interpretazione che ne ha dato la Corte costituzionale. Per decenni si è tentato di derubricare i diritti sociali a semplici norme programmatiche, enunciazioni di buoni propositi prive di efficacia immediata. La giurisprudenza costituzionale ha smontato questa tesi, riconoscendo l'esistenza di un nucleo irriducibile e incompressibile del diritto alla salute, che deve essere garantito in ogni caso e che la Corte ha collocato tra le spese costituzionalmente necessarie, cioè prioritarie rispetto alle altre scelte di bilancio.

Il principio è stato fissato nel modo più netto nella sentenza numero 275 del 2016, secondo cui è la garanzia dei diritti incompressibili a incidere sul bilancio, e non il bilancio a poter comprimere quei diritti. La frase capovolge l'intera logica che governa oggi le politiche di spesa. E già nel 2013 la Corte, con la sentenza numero 36, aveva ricondotto l'assistenza agli anziani malati cronici non autosufficienti tra i livelli essenziali, definendo non autosufficienti le persone che non possono curare sé stesse e mantenere una normale vita di relazione senza l'aiuto determinante di altri. La Costituzione, per bocca dei suoi giudici, ha già detto che la cura è un diritto, non una variabile dipendente dai conti.

8. L'inversione tra diritti e bilancio

Eppure, nella gerarchia implicita delle nostre istituzioni, i diritti sociali continuano a essere trattati come diritti di seconda classe. I diritti di libertà, come la libertà di parola o di voto, sono percepiti come assoluti e non negoziabili; i diritti sociali, come la salute o l'assistenza, vengono

invece presentati come aspirazioni costose, da concedere soltanto nei limiti di ciò che avanza dopo aver soddisfatto tutto il resto. È una distinzione insidiosa, perché priva di fondamento costituzionale: la Carta non stabilisce alcuna gerarchia tra i diritti che proclama.

È qui che si consuma il tradimento, e ha un volto preciso: l'inversione del rapporto tra diritti e bilancio. Nel 2012, sotto la pressione delle politiche europee di austerità, il principio del pareggio di bilancio è stato introdotto nella Costituzione stessa, riscrivendo l'articolo 81. Da allora, nella prassi politica e amministrativa, l'equilibrio dei conti viene anteposto alla garanzia dei diritti, esattamente al contrario di quanto prescrive la giurisprudenza costituzionale. La cura delle persone fragili è diventata la prima voce sacrificabile ogni volta che si tratta di far quadrare un bilancio, come se fosse una spesa facoltativa e non un obbligo della Repubblica.

9. Lo svuotamento silenzioso e la Costituzione sospesa

Il metodo di questo tradimento è raffinato perché silenzioso. Nessuno ha abrogato l'articolo 32, nessuno ha proposto di cancellare l'articolo 38. Li si è semplicemente svuotati dall'interno, attraverso il definanziamento progressivo. La spesa pubblica per le cure di lungo termine è scesa dall'1,43% del prodotto interno lordo nel 2020 all'1,18% nel 2024, proprio mentre il bisogno cresceva. La Costituzione resta formalmente intatta e sostanzialmente disattivata, come una macchina cui sia stato tolto il carburante. È la forma più insidiosa di violazione costituzionale, perché non lascia tracce clamorose: solo persone lasciate sole.

Quando l'accesso alla cura dipende dal reddito, dalla regione di residenza o dalla fortuna di avere una famiglia in grado di supplire, l'uguaglianza sostanziale promessa dall'articolo 3 si rovescia nel suo contrario. La cura, che dovrebbe essere un diritto uniforme su tutto il territorio nazionale, si è trasformata in una lotteria geografica e censitaria. Così le persone anziane non autosufficienti e le persone con disabilità grave si trovano a vivere in una sorta di Costituzione sospesa, titolari di diritti proclamati e quotidianamente disattesi. A questa eredità si è aggiunta nel tempo la Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, adottata nel 2006 e ratificata dall'Italia nel 2009, che integra il vecchio linguaggio assistenziale con il paradigma

dell'autodeterminazione e della vita indipendente. Ma la lezione è amara: un diritto sociale non finanziato è una promessa muta, e il valore di una Carta non si misura dalla bellezza delle sue parole, bensì dalle risorse che una comunità decide davvero di destinarvi.

10. Le obiezioni e perché non reggono

A chi sostiene questa lettura viene opposta una serie di obiezioni ricorrenti. Si dice che gli articoli sui diritti sociali sarebbero norme di principio, non immediatamente precettive. Si dice che i diritti costano, e che la loro estensione deve fare i conti con la scarsità delle risorse e con il vincolo del pareggio di bilancio imposto dall'Europa. Si dice, infine, che pretendere il pieno finanziamento di ogni diritto significherebbe condannare il Paese al dissesto finanziario.

Sono obiezioni che la stessa giurisprudenza costituzionale ha già respinto. La tesi delle norme meramente programmatiche è stata superata da decenni: il nucleo essenziale dei diritti sociali è incompressibile e non può essere sacrificato per ragioni di cassa. Quanto alla scarsità delle risorse, essa è sempre il risultato di una scelta di priorità, non un dato di natura: gli stessi bilanci che dichiarano di non poter finanziare la cura trovano decine di miliardi quando si tratta di aumentare la spesa militare. La conclusione è dura ma documentata. La Costituzione non è stata abrogata: è stata tradita per via di fatto, svuotata di sostanza pur restando intatta nella forma. Ma proprio per questo il suo testo rimane un'arma nelle mani di chi rivendica il diritto alla cura. Gli articoli 3, 32 e 38 non sono reliquie del passato: sono norme vigenti, sostenute da una giurisprudenza che ne afferma l'efficacia. Restituire forza a quelle parole significa pretendere che la Repubblica torni a fare ciò che ha promesso. Non è nostalgia: è una battaglia politica attualissima.

11. Le fonti di questo capitolo

Il quadro costituzionale fa riferimento agli articoli 3, 32 e 38 della Costituzione della Repubblica italiana, oltre all'articolo 81 nella formulazione introdotta dalla riforma del 2012 sull'equilibrio di bilancio. Il confronto storico richiama lo Statuto albertino del 1848 e i lavori dell'Assemblea costituente. La ricostruzione dell'attuazione legislativa

rinvia alla legge numero 833 del 1978, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, alla legge numero 180 del 1978 sulla chiusura dei manicomi e alla legge numero 104 del 1992 sui diritti delle persone con disabilità.

I riferimenti giurisprudenziali riguardano la sentenza della Corte costituzionale numero 36 del 2013, che ha ricondotto l'assistenza agli anziani non autosufficienti tra i livelli essenziali, e la sentenza numero 275 del 2016 sul rapporto tra diritti incompressibili ed equilibrio di bilancio. Il riferimento sovranazionale richiama la Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, adottata nel 2006 e ratificata dall'Italia con la legge numero 18 del 2009. I dati sulla spesa per le cure di lungo termine, in calo dall'1,43% del prodotto interno lordo nel 2020 all'1,18% nel 2024, provengono dall'Osservatorio Long Term Care del CERGAS della SDA Bocconi.

Capitolo 3. L'Italia che invecchia

Declino demografico, aumento della non autosufficienza e riduzione dei caregiver familiari

«La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale.»

Costituzione della Repubblica italiana, articolo 2

1. Il motore nascosto della crisi

Ogni crisi ha un motore, e quella della cura ne ha uno che lavora in silenzio, sotto la superficie dei bilanci e delle riforme. Quel motore è la demografia. Le pagine precedenti hanno misurato la distanza tra il bisogno e la spesa; questo capitolo spiega perché quella distanza è destinata ad allargarsi da sola, anno dopo anno, indipendentemente da qualsiasi provvedimento. L'Italia invecchia, e invecchia in fretta: è il dato di fondo che rende esplosiva ogni rinuncia.

Conviene fissare subito un punto, perché è qui che si gioca tutta l'interpretazione politica del fenomeno. La trasformazione demografica non è una colpa né una fatalità da subire: è una pressione oggettiva che moltiplica il numero di persone bisognose di cura mentre riduce il numero di chi può prendersene carico. Di per sé non decide nulla. Decide però le condizioni dentro cui la politica opera. E una politica che taglia la spesa per la cura proprio mentre la demografia la rende più necessaria compie una scelta tanto più grave quanto più conosce i numeri che ha davanti.

Le pagine che seguono ricostruiscono quei numeri: il crollo delle nascite, l'allungamento della vita, l'aumento degli anziani non autosufficienti, il prosciugamento delle famiglie. Non per cedere all'allarmismo, ma per mostrare che la cura, lungi dall'essere una spesa da comprimere, è la grande questione sociale dei prossimi decenni. E per

smontare, fin da principio, l'argomento che su quei numeri verrà costruito: l'idea che, di fronte a tanti anziani, l'abbandono sia inevitabile.

2. Meno culle, più tombe

Il primo movimento è la denatalità. Nel 2025 in Italia sono nati 355.000 bambini, il minimo storico mai registrato, con un calo del 3,9% rispetto all'anno precedente. Il numero medio di figli per donna è sceso a 1,14, tra i più bassi d'Europa, in ulteriore arretramento rispetto all'1,18 del 2024. Per dare la misura del declino: nel 2005 nascevano 9,5 bambini ogni mille abitanti, nel 2025 appena 6.

Sull'altro versante, i decessi nel 2025 sono stati 652.000. La differenza tra nascite e morti, il cosiddetto saldo naturale, è negativa per circa 296.000 unità, un vuoto peggiore di quello dell'anno precedente, quando si era fermato a meno 283.000. In termini concreti, ogni anno l'Italia perde, per pura dinamica naturale, l'equivalente degli abitanti di una grande città.

Se la popolazione complessiva resta stabile, poco sotto i 59 milioni di abitanti, lo si deve unicamente all'immigrazione. Al primo gennaio 2026 i residenti stranieri sono 5 milioni e 560.000, il 9,4% della popolazione, in crescita di 188.000 unità in un anno; il saldo migratorio, positivo per circa 296.000 unità, compensa quasi esattamente il deficit naturale. È un dato che merita di essere sottolineato in un dibattito pubblico che presenta sistematicamente l'immigrazione come una minaccia: senza l'apporto dei cittadini stranieri la popolazione italiana sarebbe già in caduta libera, e con essa quella forza lavoro, spesso impiegata proprio nell'assistenza, che tiene in piedi il sistema della cura. Lo stesso potere politico che teorizza i confini chiusi governa un Paese che, senza immigrazione, non saprebbe più né riprodursi né accudirsi.

3. Un Paese di anziani

Il secondo movimento è l'invecchiamento. Gli over 65 hanno superato i 14 milioni e mezzo, il 24,7% dell'intera popolazione: un residente su quattro. Gli ultraottantenni sono ormai 4 milioni e 590.000 e hanno superato numericamente i bambini sotto i dieci anni, fermi a 4 milioni e 320.000. I centenari hanno toccato un nuovo massimo, oltre 23.500.

Questo squilibrio si riassume in un indicatore, l'indice di vecchiaia, che misura quanti anziani ci sono ogni cento giovani sotto i quindici anni. Nel 2025 ha raggiunto quota 208: più di due anziani per ogni bambino. Mezzo secolo fa il rapporto era di circa 50 anziani ogni cento giovani; in poche generazioni si è più che quadruplicato, e l'Italia è oggi il Paese più anziano dell'Unione europea e uno dei più anziani al mondo.

A spingere in questa direzione è anche, paradossalmente, una buona notizia: si vive più a lungo. La speranza di vita alla nascita nel 2025 è salita a 81,7 anni per gli uomini e 85,7 per le donne, tra le più alte d'Europa. Vivere a lungo è una conquista di civiltà. Ma una società che allunga la vita senza attrezzarsi per accompagnarla nella fragilità trasforma quella conquista in un problema scaricato sulle famiglie. La longevità, senza welfare, diventa solitudine. E qui si annida la prima ipocrisia del discorso pubblico: si celebra la longevità come un trionfo della medicina, salvo poi trattarne le conseguenze come un costo da contenere.

4. La curva che si impenna

Il terzo movimento riguarda il futuro, ed è già in larga parte scritto nelle proiezioni. Secondo le previsioni dell'ISTAT, nello scenario mediano, entro il 2050 la popolazione scenderà a circa 54 milioni e 700.000 abitanti, oltre 4 milioni in meno di oggi. Ma il dato decisivo non è la quantità: è la struttura per età.

Nel 2050 gli over 65 saliranno al 34,6% della popolazione, da poco più del 24% di oggi: un italiano su tre sarà anziano. Gli ultraottantenni passeranno al 13,6%. Già nel 2045, ricostruisce l'ISTAT, potrebbero vivere in Italia 19 milioni di persone con almeno sessantacinque anni a fronte di appena 6 milioni di under quattordici. Contemporaneamente la popolazione in età attiva, tra i quindici e i sessantaquattro anni, si ridurrà di 7,7 milioni di persone, scendendo da 37 milioni e 400.000 a meno di 30 milioni. Il rapporto tra chi lavora e chi non lavora, oggi di circa tre a due, si avvicinerà a uno a uno.

Tradotto in termini di cura, significa che il numero dei potenziali bisognosi cresce mentre crolla il numero di chi lavora, produce e versa i contributi con cui quel bisogno andrebbe finanziato. Non è una previsione catastrofista, ma la proiezione mediana, cioè la più probabile,

dell'istituto nazionale di statistica. La curva del bisogno, semplicemente, si impenna.

5. Dove cresce la non autosufficienza

L'invecchiamento non è solo un fatto contabile: si traduce in corpi che hanno bisogno di aiuto. Più anziani e vita più lunga significano, meccanicamente, più anni vissuti in condizione di fragilità e dipendenza. Le patologie neurodegenerative come l'Alzheimer e il Parkinson, le conseguenze invalidanti di ictus e malattie croniche colpiscono soprattutto le età avanzate, proprio quelle destinate a crescere di più.

È questo il legame, troppo spesso taciuto, tra demografia e non autosufficienza. I 4 milioni di anziani non autosufficienti di oggi, ai quali si aggiungono circa 3 milioni e 100.000 persone con disabilità grave, non sono un punto d'arrivo, ma una tappa di una curva ascendente. Anche mantenendo costante la percentuale di chi sviluppa gravi limitazioni, il solo aumento della popolazione anziana farà salire il numero assoluto di persone che dovranno essere lavate, nutrite, accompagnate, assistite.

Ecco perché la riduzione della spesa documentata nelle pagine precedenti è così grave. Non si tratta di tagliare a parità di bisogno, ma di tagliare mentre il bisogno aumenta in modo strutturale. È come ridurre la portata di una diga proprio mentre il fiume si ingrossa. E la diga, in questo caso, non è un'opera idraulica: è il patto che lega le generazioni e decide se la vecchiaia sia un diritto o una condanna.

6. Le famiglie che si svuotano

C'è poi un quarto movimento, il più trascurato e forse il più decisivo: la trasformazione della famiglia. Per generazioni, in Italia, il vero ammortizzatore della non autosufficienza non è stato lo Stato, ma la famiglia, e dentro la famiglia le donne. Quel pilastro si sta sgretolando.

Le famiglie si assottigliano: dai 2,21 componenti medi del 2024 si scenderà ai 2,03 previsti per il 2050, il minimo storico. La famiglia più diffusa, ormai, è quella composta da una sola persona: il 37,1% del totale oggi, destinato a salire al 41,1% a metà secolo. Le coppie con figli, che oggi sono tre su dieci, scenderanno a una su cinque. Il dato che più riguarda la cura è quello degli anziani soli: nel 2024 gli over 65 che vivevano da soli

erano 4 milioni e 600.000; nel 2050 saranno 6 milioni e mezzo. Sono milioni di persone che, raggiunta la non autosufficienza, non avranno in casa nessuno a cui appoggiarsi.

Il modello implicito su cui ha sempre poggiato il welfare italiano, quello della famiglia che si fa carico dei propri anziani, viene meno proprio mentre gli anziani aumentano. È il punto cieco di decenni di politiche sociali: lo Stato ha potuto permettersi di spendere poco perché contava su un lavoro gratuito, in larga parte femminile, dato per scontato. Quel lavoro non c'è più, o non basta più. E nessuno ha costruito ciò che dovrebbe sostituirlo.

7. Il caregiver che non c'è più

La crisi del caregiver familiare è la conseguenza diretta di questi numeri. Con una fecondità a 1,14, le nuove generazioni hanno pochi fratelli o nessuno: il carico dell'assistenza a un genitore anziano, un tempo diviso tra più figli, ricade sempre più spesso su una sola persona, o su nessuna. La maggiore partecipazione delle donne al lavoro retribuito, una conquista sacrosanta, riduce ulteriormente la disponibilità di quel lavoro di cura gratuito che il sistema ha sempre dato per acquisito. La mobilità geografica disperde i nuclei, allontanando i figli dai genitori anziani.

Il risultato è una tenaglia. Da un lato cresce il numero di persone che hanno bisogno di cura continuativa; dall'altro si riduce il numero di familiari in grado di fornirla gratuitamente. Lo spazio che si apre tra queste due curve è esattamente quello che un sistema pubblico di assistenza dovrebbe riempire. In assenza di servizi, quello spazio viene occupato dal mercato per chi può permetterselo, e dall'abbandono per tutti gli altri. La domanda di cura non scompare perché la famiglia non riesce più a soddisfarla: si trasferisce, silenziosa, sulle spalle di oltre un milione di assistenti familiari sottopagate, spesso straniere e senza tutele, oppure resta semplicemente inevasa. La cura privatizzata dentro le mura domestiche è la forma concreta che assume l'arretramento dello Stato.

8. Non un destino, ma un alibi

Su questi dati prospera un argomento che attraversa tutto il dibattito pubblico: la demografia come destino. Con così tanti anziani e così pochi giovani, si dice, nessuno Stato potrebbe garantire a tutti una cura adeguata; la sostenibilità impone di contenere la spesa, di selezionare, di rassegnarsi. È l'alibi perfetto, perché traveste una scelta politica da necessità naturale, e mette a tacere ogni conflitto distributivo prima ancora che si apra.

L'argomento non regge, per due ragioni. La prima è il confronto internazionale. L'Italia ha visto la spesa per le cure di lungo termine fermarsi all'1,18% del PIL, ben al di sotto della media dei principali Paesi avanzati; i confronti dell'OCSE collocano da anni Francia e Germania su livelli nettamente più alti, in alcuni anni vicini al doppio della quota italiana, pur in presenza di popolazioni altrettanto o più anziane. Se l'invecchiamento fosse un destino ineluttabile e non una variabile politica, spenderebbero poco anche loro. La seconda ragione è logica: la demografia spiega perché il bisogno cresce, non perché la spesa cala. Sono due movimenti indipendenti. Il primo è un fatto, il secondo è una decisione. Confinderli serve soltanto a presentare i tagli come inevitabili.

La verità è che la transizione demografica pone una domanda politica ineludibile: chi paga per la cura di una popolazione che invecchia? La risposta del capitalismo neoliberale è che paghi ciascuno per sé, con i propri risparmi, la propria famiglia, la propria fortuna; e che dove il reddito non arriva, arrivi la rinuncia. La risposta alternativa è che la non autosufficienza venga riconosciuta come un rischio sociale da coprire collettivamente, esattamente come la malattia o la disoccupazione, attraverso la fiscalità generale e la redistribuzione. Tra queste due risposte non sceglie la demografia: sceglie la politica. E il fatto che le stesse risorse si trovino, e abbondanti, quando si tratta di riarmo, dimostra che il problema non è la scarsità, ma la gerarchia delle priorità.

9. La domanda che esplode, la risposta che manca

I quattro movimenti ricostruiti in questo capitolo, il crollo delle nascite, l'allungamento della vita, l'aumento degli anziani non autosufficienti e lo svuotamento delle famiglie, convergono in un'unica

direzione. La domanda di cura è destinata a esplodere nei prossimi decenni, mentre la rete familiare che storicamente l'ha assorbita si dissolve. È la tempesta perfetta, e si vede arrivare da lontano: non un evento improvviso, ma un processo annunciato da anni di statistiche.

Di fronte a una pressione così prevedibile, una società lungimirante costruirebbe oggi il sistema di cura di cui avrà bisogno domani. L'Italia fa l'opposto: riduce la spesa, smantella i servizi, scarica sulle famiglie un peso che le famiglie non possono più reggere. Resta allora da capire come sia maturata, sul piano delle idee prima ancora che dei bilanci, una cultura che considera le persone anziane, malate e con disabilità non come membri della comunità da accompagnare, ma come un peso da contenere. Come si passa, cioè, dalla società che si prende cura alla società che scarta chi non produce. È la domanda da cui muovono le pagine che seguono.

10. Le fonti di questo capitolo

I dati su nascite, decessi, fecondità, saldo naturale e migratorio, popolazione straniera, speranza di vita, struttura per età e indice di vecchiaia sono tratti dal report ISTAT «Indicatori demografici. Anno 2025», diffuso il 31 marzo 2026: 355.000 nati, 652.000 decessi, fecondità a 1,14, saldo naturale di circa meno 296.000, popolazione residente a 58 milioni 943.000 al primo gennaio 2026, residenti stranieri a 5 milioni 560.000 pari al 9,4%, speranza di vita a 81,7 anni per gli uomini e 85,7 per le donne. I dati su over 65 (24,7%), ultraottantenni (4 milioni 590.000) e centenari (oltre 23.500) integrano il «Rapporto annuale 2025» dell'ISTAT. Le elaborazioni sul rapporto tra over 65 e under 14 provengono da Openpolis-Con i Bambini su dati ISTAT. Le proiezioni al 2045 e al 2050, ossia quote di popolazione anziana, riduzione della popolazione in età attiva, dimensione familiare media, famiglie unipersonali e anziani soli, sono tratte dalle «Previsioni della popolazione residente e delle famiglie» dell'ISTAT, base primo gennaio 2024, scenario mediano. Le cifre sulla non autosufficienza e sulla spesa per le cure di lungo termine derivano dall'Osservatorio Long Term Care del CERGAS-SDA Bocconi; il confronto internazionale sulla spesa, dai dati OCSE.

Capitolo 4. Dalla società della cura alla società dello scarto

Quando il valore economico sostituisce il valore umano

«Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali.»

Costituzione della Repubblica italiana, articolo 3, primo comma

1. La domanda scomoda

Una società si giudica da come tratta chi non le serve. È un'affermazione che suona quasi provocatoria, perché rovescia il criterio con cui di solito misuriamo il valore delle persone. Eppure è esattamente la domanda da cui muove questo capitolo: come è potuto accadere che un Paese ricco, dotato di una delle Costituzioni più avanzate del mondo, sia arrivato a considerare le persone anziane, malate e con disabilità non come membri della comunità da accompagnare, ma come un peso da contenere?

Le pagine precedenti hanno mostrato che la pressione demografica rende il bisogno di cura più grande e più urgente. Ma i numeri, da soli, non spiegano l'abbandono. Spiegano perché il bisogno cresce, non perché lo si lascia inevaso. Tra il fatto demografico e la scelta politica si interpone qualcosa di più profondo e di più difficile da misurare: una cultura. Prima ancora che nei bilanci, lo scarto delle persone fragili avviene nella testa di chi quei bilanci li scrive, e nel senso comune che li rende accettabili. È un'idea, prima di essere una voce di spesa.

Questo capitolo prova a nominare quell'idea, a ricostruirne la genealogia e a smascherarne la pretesa di naturalità. Perché se l'abbandono fosse un destino, non ci sarebbe nulla da fare. Se invece è il prodotto di una visione del mondo storicamente determinata, allora può essere contestato e rovesciato.

2. Il patto della cura e la sua rottura

Non è sempre stato così. Il welfare costruito in Europa dopo la Seconda guerra mondiale poggiava su un'idea semplice e rivoluzionaria: che i rischi della vita, la malattia, la vecchiaia, la disoccupazione, l'invalidità, non fossero disgrazie individuali da affrontare in solitudine, ma rischi sociali da coprire collettivamente. La fragilità di ciascuno diventava responsabilità di tutti. Su questo principio nacquero i sistemi sanitari pubblici, le pensioni, l'assistenza. La cura, da elemosina, diventava diritto.

Era un patto, e come ogni patto reggeva su un equilibrio di forze. Dietro l'espansione del welfare c'erano decenni di lotte operaie e popolari, la forza dei sindacati, il timore delle classi dominanti di fronte all'alternativa socialista. La cura pubblica non fu un dono calato dall'alto: fu una conquista strappata dal basso.

A partire dagli anni Ottanta del Novecento, quell'equilibrio si rompe. La svolta neoliberale, teorizzata e imposta su scala globale, rovescia il senso comune precedente. Lo Stato sociale viene dipinto come uno spreco, un freno alla crescita, un'illusione che le società non possono più permettersi. Privatizzare, tagliare, esternalizzare diventano le parole d'ordine. E con esse cambia silenziosamente lo statuto della cura: da diritto della persona a costo del sistema, da responsabilità collettiva a problema privato delle famiglie. La rottura non è solo finanziaria. È culturale. Si smette di pensare che curare i deboli sia ciò che una comunità deve fare, e si comincia a pensare che sia ciò che, purtroppo, non può fare.

3. Il valore che cambia di segno

Al cuore di questa mutazione c'è una sostituzione: il valore economico prende il posto del valore umano. Per coglierla conviene tornare a una distinzione antica quanto il capitalismo, quella tra il valore d'uso di una cosa, cioè la sua utilità concreta, e il suo valore di scambio, cioè il prezzo che spunta sul mercato. In un sistema dominato dal mercato conta soprattutto il secondo. E le persone non fanno eccezione: vengono misurate per ciò che producono, per il reddito che generano, per la posizione che occupano nel ciclo della produzione e del consumo.

Il pensiero neoliberale ha portato questa logica fino in fondo, trasformando ogni individuo in un piccolo imprenditore di se stesso, un capitale umano da valorizzare, una somma di competenze da mettere a reddito. È una visione seducente finché si è giovani, sani e produttivi. Ma rivela il suo volto feroce nel momento in cui il corpo cede. La vecchiaia che non lavora più, la disabilità che non rende, la malattia cronica che richiede assistenza senza restituire profitto: tutto questo, dentro la griglia del valore di scambio, non vale zero. Vale meno di zero. Diventa un costo, una passività di bilancio, un peso.

È questo il rovesciamento decisivo. In una comunità che mette al centro il valore umano, la persona fragile è semplicemente una persona, titolare della stessa dignità di chiunque altro. In una società che mette al centro il valore economico, la stessa persona diventa un problema da gestire al minor costo possibile. Lo scarto comincia qui, in questa aritmetica che assegna agli esseri umani un segno positivo o negativo a seconda della loro resa.

4. La cultura dello scarto

Due osservatori molto diversi hanno dato un nome a questo fenomeno. Il sociologo Zygmunt Bauman ha parlato di vite di scarto: la modernità, sosteneva, non produce soltanto merci, ma anche esseri umani in eccesso, resi superflui, da smaltire come rifiuti; persone che il sistema non sa più dove collocare perché non rientrano nel circuito della produzione e del consumo. Da un'altra prospettiva, quella della Chiesa, papa Francesco, scomparso nell'aprile del 2025, denunciò per tutto il suo pontificato la cultura dello scarto, l'abitudine a trattare come rifiuti i poveri, i migranti, i malati e gli anziani, e arrivò a definire un'economia che uccide quella che misura il valore della vita sul metro del profitto.

Due linguaggi lontani, uno laico e critico, l'altro religioso e pastorale, convergono sulla stessa diagnosi. Ed entrambi colgono un punto che la retorica ufficiale preferisce nascondere: lo scarto non è un accidente, un effetto collaterale spiacevole di un sistema per il resto sano. È un prodotto del sistema, la conseguenza coerente di una società che ha eretto la produttività a unica misura del valore.

Le persone anziane non autosufficienti e le persone con disabilità sono, in questa logica, gli scartati per eccellenza. Non perché lo siano davvero, ma perché incarnano ciò che il mercato non sa valorizzare: la dipendenza, la lentezza, il bisogno di tempo e di relazione. In un mondo che celebra l'autonomia, la prestazione e la velocità, chi ha bisogno di essere aiutato per vivere appare come un'anomalia da contenere, e non come una parte normale dell'esistenza umana.

5. Le parole dello scarto

La cultura non si manifesta solo nelle decisioni, ma anche nelle parole. E il linguaggio con cui parliamo della fragilità tradisce il modo in cui la pensiamo. Definiamo milioni di persone non autosufficienti, cioè a partire da ciò che non sono più in grado di fare, da una mancanza. Le chiamiamo utenti, riducendole a consumatori di un servizio, quando si tratta di cittadini titolari di diritti. Parliamo di carico assistenziale, di posti letto, di voci di spesa da comprimere, adottando senza accorgercene il lessico contabile di chi guarda alle persone come a un problema gestionale.

Dietro queste parole c'è una convinzione raramente esplicitata ma profondamente radicata: che una vita valga la pena di essere vissuta solo se è autonoma e produttiva, e che la dipendenza sia una forma diminuita di esistenza. È quello che gli studiosi chiamano abilismo, il pregiudizio che assume il corpo sano, efficiente e indipendente come unica norma e tratta ogni scostamento come un difetto. Un pregiudizio tanto più insidioso quanto più si presenta come buon senso. Restituire alle persone fragili il loro statuto di soggetti, e non di utenti o di carichi, è perciò una battaglia che si combatte anche sul terreno delle parole, ed è uno dei fili che attraversano l'intero libro.

6. Lo scarto alla prova: due emblemi italiani

Che la società dello scarto non sia una metafora lo hanno dimostrato, in Italia, due episodi della stagione pandemica. Il primo riguarda il triage. Il 6 marzo 2020, nei giorni più drammatici della prima ondata, la società scientifica degli anestesisti e rianimatori diffuse alcune raccomandazioni di etica clinica per decidere chi ammettere alle terapie intensive in caso di squilibrio tra bisogni e risorse. Tra i parametri da considerare comparve

anche l'età. Le raccomandazioni non fissavano una soglia anagrafica e furono in seguito riviste e corrette da un documento più articolato, che esclude l'età come criterio autonomo. Ma il danno simbolico era fatto: per la prima volta, in modo esplicito, una società ricca si trovava a discutere quali vite valesse la pena salvare e quali no. E la scarsità di risorse che rendeva necessaria quella scelta tragica non era un fato: era il risultato di decenni di tagli alla sanità pubblica.

Il secondo episodio è la strage silenziosa delle residenze per anziani. Durante la prima ondata le strutture residenziali divennero l'epicentro della mortalità: secondo l'indagine dell'Istituto Superiore di Sanità, in media morì l'8,2% degli ospiti, con punte che in Lombardia sfiorarono il 45%. Migliaia di persone anziane morirono lontano dalle famiglie, spesso senza un saluto, in luoghi nati per proteggerle. Quella strage rimase a lungo nascosta, raccontata a margine, quasi che la morte di un vecchio in una casa di riposo fosse, in fondo, nell'ordine delle cose. Fu la prova più crudele di quanto poco valessero, agli occhi del sistema, vite considerate già al termine.

7. Chi viene scartato

C'è però un punto che la formula generica della società dello scarto rischia di nascondere, ed è il suo carattere di classe. Lo scarto non colpisce tutti allo stesso modo. L'anziano ricco non viene scartato: si paga la clinica privata, l'assistente familiare regolare, la residenza di lusso, le cure migliori. A essere abbandonato è l'anziano povero, la persona con disabilità senza patrimonio, la famiglia che non può comprare sul mercato la cura che lo Stato non garantisce. La società dello scarto è, a ben vedere, una società che scarta i fragili poveri, mentre vende ai fragili ricchi l'assistenza come una merce qualsiasi.

Questa dimensione di classe ha anche un volto globale. La cura che il mondo ricco non vuole finanziare con la spesa pubblica viene scaricata su milioni di donne migranti, importate dai Paesi poveri per accudire i nostri anziani a basso costo. Sono le cosiddette catene globali della cura: il lavoro di accudimento viene estratto dalle periferie del mondo e trasferito al centro, lasciando un vuoto di cura nei Paesi di partenza. Lo scarto degli uni si regge, letteralmente, sullo sfruttamento delle altre. È la riprova che

dietro la parola neutra di scarto opera una precisa geografia del potere e della ricchezza.

8. L'obiezione del realismo

A chi denuncia tutto questo viene opposta, immancabilmente, l'obiezione del realismo. Le risorse, si dice, sono limitate; non si può curare tutti allo stesso modo; il mercato alloca meglio dello Stato; bisogna fare i conti con ciò che è possibile. È un argomento potente, perché si presenta come saggezza adulta contro l'utopia dei buoni sentimenti. Ma non regge alla prova dei fatti.

Non regge, anzitutto, perché la scarsità è selettiva. Le stesse risorse che mancano per la non autosufficienza si trovano, e in abbondanza, quando si tratta di altre priorità, dal riarmo agli sgravi per i più abbienti. La scarsità, quando colpisce sempre gli stessi, non è un dato di natura: è una scelta di distribuzione. Non regge, in secondo luogo, di fronte al confronto internazionale. Esistono Paesi, dai modelli scandinavi alla Germania, che riconoscono la cura di lungo termine come un diritto sociale e vi destinano quote di ricchezza nettamente superiori alle nostre, senza per questo essere falliti: se la società dello scarto fosse l'unico esito possibile, non avrebbero potuto scegliere diversamente. Non regge, infine, il mito dell'efficienza del mercato: nel settore della cura, la finanziarizzazione delle grandi catene di residenze ha spesso significato profitti crescenti e qualità calante, perché il bene da massimizzare non è la salute dell'anziano ma il rendimento dell'investimento. Il realismo, in questo campo, è quasi sempre ideologia travestita da necessità.

9. Riconoscere il valore

Alla logica dello scarto si può opporre un'altra idea, altrettanto antica e molto più giusta: che il valore di una persona non coincide con la sua resa economica. Una vita vale in quanto vita, non in quanto produce. La nostra Costituzione lo dice con parole limpide quando riconosce a tutti pari dignità sociale, indipendentemente dalle condizioni personali. E la storia del pensiero ci ricorda che la misura di una civiltà non è la ricchezza che accumula, ma il modo in cui si prende cura dei suoi membri più vulnerabili. Una società che sa accompagnare la fragilità non è una

società più povera: è una società più umana, e anche più previdente, perché ciascuno di noi, prima o poi, sarà fragile.

La buona notizia, se così si può dire, è che la società dello scarto è una costruzione, non una legge naturale. È nata da scelte precise e da una precisa visione del mondo, e proprio per questo può essere disfatta da scelte diverse e da un'altra visione. Ma per smontarla occorre prima vederla all'opera, misurarne l'estensione, contarne le vittime. Occorre, cioè, passare dalle idee ai numeri: alla distanza crescente tra un bisogno che esplode e una spesa pubblica che arretra. È a questi numeri dell'abbandono che dedichiamo le pagine che seguono.

10. Le fonti di questo capitolo

La nozione di vite di scarto è di Zygmunt Bauman (Vite di scarto, 2004); le espressioni cultura dello scarto ed economia che uccide appartengono al magistero di papa Francesco, in particolare all'esortazione apostolica *Evangelii gaudium* del 2013 e a numerosi interventi successivi. I riferimenti al soggetto neoliberale come imprenditore di se stesso e capitale umano rimandano all'analisi di Michel Foucault e, più di recente, di Pierre Dardot e Christian Laval. I dati sul triage provengono dalle Raccomandazioni di etica clinica della SIAARTI del 6 marzo 2020 e dal successivo documento SIAARTI-SIMLA pubblicato dall'Istituto Superiore di Sanità, che chiarì il ruolo non autonomo dell'età. I dati sulla mortalità nelle strutture residenziali per anziani durante la prima ondata derivano dalla survey nazionale dell'Istituto Superiore di Sanità del 2020. Il riferimento alle catene globali della cura riprende gli studi sulla migrazione del lavoro di cura, ripresi nelle pagine del libro dedicate al lavoro delle assistenti familiari.

Capitolo 5. I numeri dell'abbandono

La crescita del bisogno e la riduzione della spesa pubblica

«Tutti sono tenuti a concorrere alle spese pubbliche in ragione della loro capacità contributiva. Il sistema tributario è informato a criteri di progressività.»

Costituzione della Repubblica italiana, articolo 53

1. Una sottrazione, non una mancanza

Ci sono numeri che descrivono un problema e numeri che svelano una scelta. Quelli raccolti in questo capitolo appartengono alla seconda categoria. Presi singolarmente, raccontano un Paese che invecchia e una spesa che non basta; messi uno accanto all'altro, disegnano una sottrazione deliberata. Mentre il bisogno di cura cresceva, la spesa pubblica destinata a soddisfarlo non è rimasta ferma: è arretrata.

È la prima cosa da fissare, perché ribalta il senso comune. Siamo abituati a pensare alla crisi della cura come a una mancanza di risorse, a un ritardo che il tempo e la buona volontà colmeranno. I dati dicono altro. Le risorse non sono state lasciate indietro dall'aumento del bisogno: sono state ritirate proprio mentre il bisogno aumentava. Non un'inerzia, ma un movimento contrario.

Per questo i numeri dell'abbandono non sono un'appendice tecnica, ma il cuore dell'inchiesta. Sono lo scheletro su cui poggia tutto il resto del libro. Prima di spiegare perché lo Stato si ritira, occorre misurare con esattezza di quanto si ritira, e a chi lascia il conto. Le pagine che seguono fanno proprio questo: mettono in fila le cifre verificate del bisogno e della spesa, e mostrano che la distanza tra i due non è un caso, ma il prodotto di una precisa gerarchia delle priorità.

2. La scala del bisogno

Cominciamo dal bisogno. Secondo l'ottavo Rapporto dell'Osservatorio Long Term Care del CERGAS della SDA Bocconi, realizzato con Essity e presentato a Milano il 6 maggio 2026, in Italia vivono oltre 4 milioni di

anziani over 65 in condizione di non autosufficienza, spesso legata a patologie neurodegenerative come Alzheimer e Parkinson o agli esiti di ictus e malattie croniche. A loro si aggiungono circa 3,1 milioni di persone con disabilità grave, una platea che il sistema della cura tende a contare a parte ma che vive la stessa esperienza di dipendenza dall'aiuto altrui.

È un bisogno destinato a crescere. Al 1 gennaio 2026, secondo l'ISTAT, gli over 65 erano saliti a 14,8 milioni, il 25,1% della popolazione, mentre le persone con 85 anni e oltre avevano raggiunto i 2,5 milioni. Anche mantenendo invariata la quota di chi sviluppa gravi limitazioni, il solo aumento della popolazione anziana spinge verso l'alto il numero di chi avrà bisogno di essere accudito. La demografia, di cui il capitolo dedicato all'Italia che invecchia ricostruisce il meccanismo, non è uno sfondo lontano: è la pressione concreta che rende ogni euro tagliato più pesante dell'anno prima.

Questo è il punto di partenza. Una domanda di cura ampia e in espansione, che riguarda milioni di famiglie e che nessuna proiezione seria immagina in calo. A fronte di tutto questo, ci si aspetterebbe una spesa pubblica in crescita. È vero l'opposto.

3. La spesa che arretra

La spesa pubblica italiana per la cura di lungo termine destinata agli anziani si è attestata nel 2024 all'1,18% del prodotto interno lordo, in calo rispetto all'1,43% del 2020. La riduzione è di 0,25 punti di PIL in soli quattro anni: rapportata al livello di partenza, una contrazione vicina al 17%. Considerando l'intero perimetro della long term care, comprese le fasce non anziane, la spesa vale circa l'1,61% del PIL, di cui la parte destinata agli over 65 rappresenta poco meno di tre quarti.

Sono cifre da leggere con la cautela che la metodologia impone, perché le serie incrociano fonti diverse e prevalenze sanitarie non aggiornate ogni anno. Ma la direzione è inequivocabile, e gli stessi estensori del Rapporto la riassumono senza ambiguità: è la fotografia di un welfare sempre più selettivo, concentrato sui casi a più alta complessità e capace di scaricare sulle famiglie una quota crescente delle responsabilità di cura.

Il dato decisivo è proprio questa forbice. Da un lato una popolazione anziana che cresce di anno in anno; dall'altro una quota di ricchezza nazionale destinata alla sua cura che diminuisce. Non si tratta di una spesa che cresce troppo lentamente rispetto al bisogno: si tratta di una spesa che, in rapporto alla ricchezza del Paese, cala mentre il bisogno sale. La contrazione, avvertono gli analisti, non segnala affatto un bisogno in ritirata. Segnala una scelta.

Questo arretramento non cade dal cielo. Si iscrive in una lunga stagione di compressione della spesa sociale, in cui ogni voce di welfare viene trattata come un costo da contenere e non come un investimento da difendere. La cura degli anziani, priva di una lobby forte e di un ritorno elettorale immediato, è tra le prime a pagare il conto di questa gerarchia. Dove il vincolo di bilancio diventa il primo comandamento, sono i soggetti più deboli a essere sacrificati per primi.

4. Soldi senza servizi: il primato dei trasferimenti

Non conta solo quanto si spende, ma come. E qui il sistema italiano mostra la sua seconda anomalia. La voce principale della spesa pubblica per la non autosufficienza non finanzia servizi, ma erogazioni in denaro: i trasferimenti monetari, di cui l'indennità di accompagnamento è la componente dominante, assorbono da soli circa il 51,7% del totale. L'indennità è una somma fissa, circa 552 euro al mese nel 2026, erogata indipendentemente dal reddito e dalla gravità, senza alcun vincolo di destinazione.

Tradotto, significa che più della metà di ciò che lo Stato spende per la cura non costruisce servizi, ma consegna denaro alle famiglie lasciandole sole nell'organizzare l'assistenza. Quel denaro, spesso, finisce per remunerare il mercato privato e informale dell'assistenza, senza alcuna integrazione con il Servizio Sanitario Nazionale e senza un controllo di qualità. Lo Stato, in pratica, esternalizza la cura: paga un sussidio e si ritira, demandando al mercato e alla famiglia tutto il resto.

Questa scelta ha conseguenze precise. Privilegiare i trasferimenti monetari rispetto ai servizi significa rinunciare a costruire una rete pubblica di assistenza domiciliare, residenziale e territoriale. Significa accettare che la qualità della cura dipenda dalla capacità di ciascuna

famiglia di trasformare un assegno insufficiente in assistenza reale. È un modello che produce disuguaglianza per costruzione, perché lo stesso assegno vale molto per chi può integrarlo con risorse proprie e quasi nulla per chi non può. La cifra non si adatta al bisogno: è identica per chi è solo e per chi ha una rete familiare, per chi vive in un'area con servizi e per chi non ne ha alcuno.

Dietro la scelta tecnica c'è una precisa filosofia politica. Trasformare un diritto in un assegno significa convertire la cura da responsabilità collettiva a transazione di mercato: lo Stato si fa cassiere e abdica al ruolo di garante. È la grammatica della privatizzazione applicata al corpo fragile degli anziani, dove ogni famiglia diventa una piccola impresa di assistenza costretta a comprare sul mercato ciò che la Repubblica dovrebbe garantire come servizio universale. Non è un difetto del modello da correggere ai margini: è il modello stesso.

5. Il milione di badanti e le ore che si assottigliano

Il vuoto lasciato dai servizi pubblici è riempito da un esercito invisibile. Oltre 1 milione di assistenti familiari, in larga parte donne migranti, costituisce il pilastro insostituibile del sistema di cura informale italiano. Sono loro, più di ogni istituzione, a tenere in piedi la domiciliarità: lavorano spesso in tutto o in parte nel sommerso, con retribuzioni basse e tutele scarse, supplendo a ciò che lo Stato non offre.

Quando il pubblico interviene direttamente, lo fa con un'intensità calante. L'assistenza domiciliare integrata, l'ADI, raggiunge oggi circa il 30% degli anziani non autosufficienti ed è cresciuta nel numero di persone assistite rispetto al 2022; ma questo aumento non si è tradotto in più cura. Al contrario, le ore medie per paziente sono scese dalle 18 del 2019 alle 14 del 2023. Si assiste più gente, ma ciascuno per meno tempo. È la classica risposta contabile a un bisogno crescente con risorse calanti: spalmare di più su tutti, diluendo la qualità fino a renderla simbolica. Quattordici ore l'anno per paziente, poco più di un'ora al mese, non sono assistenza domiciliare: sono la sua parodia statistica.

C'è una contabilità nascosta in tutto questo. Ogni ora di assistenza che lo Stato non eroga viene scaricata su due categorie tenute ai margini: le donne di famiglia, che rinunciano a reddito, tempo e carriera per

accudire, e le lavoratrici migranti, pagate poco e spesso in nero. Il risparmio del bilancio pubblico è in realtà un trasferimento di costi dalle casse dello Stato ai corpi e al tempo di donne povere o straniere. È una sussidiazione silenziosa del welfare da parte di chi ha meno potere contrattuale, e proprio per questo resta invisibile nelle statistiche ufficiali e fuori dal dibattito pubblico.

6. La lotteria geografica

All'inadeguatezza generale si somma una frattura territoriale che trasforma la cura in una lotteria del luogo di nascita. La copertura residenziale, cioè la quota di anziani non autosufficienti che trova posto in una struttura, varia in modo abissale lungo la penisola: supera il 29% degli over 75 non autosufficienti nella Provincia autonoma di Bolzano, ma crolla all'1% in Campania e in Sardegna. Invecchiare in una regione invece che in un'altra significa avere quasi 30 volte più o meno probabilità di ricevere assistenza residenziale.

Dove i posti pubblici mancano, resta il mercato. Le rette delle residenze sanitarie assistenziali arrivano a circa 3.000 euro al mese, una cifra fuori dalla portata della stragrande maggioranza delle pensioni italiane. Il risultato è una doppia condanna: nelle aree più povere e meno servite, dove il bisogno è spesso maggiore, l'offerta pubblica è minima e quella privata inaccessibile. La cura non è un diritto uniforme garantito dalla Repubblica, ma una variabile che dipende dalla geografia, dal reddito e dalla fortuna. È la negazione pratica del principio di uguaglianza che la Costituzione affida allo Stato.

7. L'Europa che spende il doppio

Il confronto internazionale colloca questi numeri nella giusta prospettiva. I principali partner europei destinano alla cura di lungo termine quote di PIL nettamente superiori a quella italiana. I Paesi del Nord Europa e i Paesi Bassi investono stabilmente tra il 3 e il 4% del prodotto interno lordo, costruendo reti di servizi pubblici e modelli abitativi integrati che lo stesso Rapporto CERGAS indica come riferimento: dalle comunità multigenerazionali svedesi del modello SällBo alle strutture danesi di quartiere per le persone con demenza come

Dagmarsminde, fino al senior housing olandese dei Thuisplusflats, inserito nel tessuto urbano.

Non si tratta di Paesi più ricchi in misura proporzionale alla differenza di spesa. Si tratta di Paesi che hanno compiuto una scelta opposta a quella italiana: hanno trattato la non autosufficienza come un rischio sociale da coprire collettivamente, non come un costo individuale da scaricare sulle famiglie. La distanza tra l'1,18% italiano e il 3 o 4% del Nord Europa non misura un divario di sviluppo: misura un divario di volontà politica.

8. Le obiezioni, e perché non reggono

A questa lettura si oppongono alcune obiezioni che vanno prese sul serio. La prima sostiene che in valore assoluto la spesa non è diminuita, e che anzi il Fondo per la non autosufficienza è cresciuto, passando dai 919 milioni del 2025 ai 934,6 milioni del 2026. È vero, ma è un argomento ingannevole. Una cifra che resta nominalmente stabile o cresce di pochi punti, mentre l'inflazione ne erode il valore reale e la popolazione anziana aumenta, equivale a un taglio. Nel 2025 l'inflazione è stata dell'1,6%: un incremento nominale inferiore alla perdita del potere d'acquisto è, di fatto, una riduzione. La misura corretta non è l'ammontare in euro, ma la quota di ricchezza nazionale e la spesa per ciascun anziano bisognoso: ed entrambe arretrano.

Gli stessi osservatori giudicano quelle risorse insufficienti a realizzare la riforma della non autosufficienza prevista dal decreto legislativo 29 del 2024. Perfino il Piano nazionale per il triennio 2025-2027, dotato di circa 3 miliardi complessivi e finalmente registrato dalla Corte dei conti nella primavera 2026 dopo mesi di attesa, resta sotto la soglia che servirebbe a invertire la rotta: una boccata d'ossigeno, non un cambio di paradigma.

La seconda obiezione invoca l'inevitabilità demografica: con così tanti anziani, nessuno Stato potrebbe coprire tutto. Ma il confronto europeo smentisce il fatalismo, perché altri Paesi, con popolazioni altrettanto anziane, spendono il doppio o il triplo. La terza obiezione, la più sottile, presenta la selettività come efficienza, come capacità di concentrare le risorse sui casi gravi. È la stessa logica che incontreremo

più avanti: una selettività che lascia scoperta la quasi totalità del bisogno non è efficienza, è razionamento.

9. Numeri che sono scelte

I numeri di questo capitolo, dunque, non si limitano a quantificare un disagio. Documentano una direzione di marcia. Un bisogno ampio e crescente, una spesa pubblica in arretramento rispetto alla ricchezza del Paese, un modello che preferisce i sussidi ai servizi, oltre un milione di donne migranti a fare da supplenza, una geografia della cura che premia il Nord e abbandona il Sud. Ogni cifra, presa sul serio, smette di essere un dato e diventa una scelta.

Resta da capire come questa scelta si sia tradotta nei provvedimenti concreti degli ultimi anni. Il caso più emblematico è la misura che il governo ha presentato come la prova della propria riforma della non autosufficienza, e che si è rivelata un fallimento clamoroso: la prestazione universale. È la storia che il prossimo capitolo ricostruisce, perché in quel singolo provvedimento si concentra, come in una goccia, tutta la logica che questi numeri rivelano.

10. Le fonti di questo capitolo

I dati su bisogno, spesa e copertura provengono dall'ottavo Rapporto dell'Osservatorio Long Term Care del CERGAS della SDA Bocconi ed Essity, presentato il 6 maggio 2026 e ripreso tra gli altri da ANSA, Sky TG24, Vita e Il Sole 24 Ore: oltre 4 milioni di anziani non autosufficienti; spesa pubblica per la long term care all'1,18% del PIL nel 2024 contro l'1,43% del 2020; trasferimenti monetari, a cominciare dall'indennità di accompagnamento, pari a circa il 51,7% della spesa; oltre 1 milione di assistenti familiari; ore medie di assistenza domiciliare integrata in calo da 18 a 14; copertura residenziale dal 29% di Bolzano all'1% di Campania e Sardegna; i modelli europei di riferimento SällBo, Dagmarsminde e Thuisplusflats.

I dati demografici al 1 gennaio 2026 sono ISTAT: over 65 pari a 14,8 milioni, il 25,1% della popolazione; persone con 85 anni e oltre pari a 2,5 milioni. L'importo 2026 dell'indennità di accompagnamento è fissato dalla circolare INPS numero 153 del 19 dicembre 2025. Gli stanziamenti

del Fondo per la non autosufficienza, pari a 919 milioni nel 2025 e a 934,6 milioni nel 2026, sono tratti dalle tabelle della legge di bilancio 2026, legge 30 dicembre 2025 numero 199; il Piano nazionale per la non autosufficienza 2025-2027 e il riparto del relativo Fondo sono adottati con il DPCM del 20 aprile 2026.

Capitolo 6. Il fallimento della prestazione universale

La riforma che avrebbe dovuto cambiare tutto e non ha cambiato quasi nulla

«Ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale.»

Costituzione della Repubblica italiana, articolo 38

1. Una riforma nata vecchia

Nel marzo 2024 il governo presentò la prestazione universale come la prova che la riforma della non autosufficienza, attesa da decenni, era finalmente diventata realtà. La misura aveva un nome solenne e una promessa precisa: accanto all'indennità di accompagnamento, un assegno aggiuntivo fino a 850 euro al mese per permettere agli anziani più fragili di pagare un'assistenza regolare, di sottrarsi al ricatto del lavoro nero, di restare nella propria casa invece di finire in una struttura. Sulla carta era il primo mattone di un nuovo diritto.

Immaginiamo una donna di 83 anni, allettata, incapace di lavarsi e di mangiare da sola, con una pensione minima e una figlia che ha ridotto l'orario di lavoro per assisterla. È esattamente la persona che la prestazione universale dichiarava di voler proteggere. Eppure, con ogni probabilità, quella donna non ha ricevuto nulla. Non perché non ne avesse bisogno, ma perché il meccanismo costruito per aiutarla è stato disegnato in modo da escludere quasi tutti.

I dati resi noti alla fine del 2025 raccontano un fallimento senza appello. A fronte di una platea stimata in circa 25.000 persone, le domande presentate sono state meno di 5.000 e quelle accolte poco più di 2.000. La misura presentata come fiore all'occhiello della riforma ha raggiunto meno di un anziano non autosufficiente ogni mille. Non è un incidente di percorso. È il risultato prevedibile di una scelta politica che questo capitolo intende ricostruire passo per passo: come una riforma

annunciata come storica sia nata già vecchia, e perché il suo fallimento non sia un difetto del progetto, ma il progetto stesso.

2. Che cosa prevede la prestazione universale

La prestazione universale nasce da un percorso normativo che merita di essere ricostruito, perché è lì che si annida il primo tradimento. La legge delega 33 del 2023 aveva promesso una riforma organica dell'assistenza agli anziani non autosufficienti e, in particolare, una revisione dell'indennità di accompagnamento, lo strumento principale, ma ormai inadeguato, con cui lo Stato sostiene chi non è più autonomo. Il decreto legislativo 29 del 2024, che avrebbe dovuto attuare quella delega, ha messo da parte la riforma dell'accompagnamento e ha introdotto al suo posto una misura soltanto sperimentale, valida per il biennio compreso tra il 1° gennaio 2025 e il 31 dicembre 2026.

Per accedervi occorre soddisfare contemporaneamente 4 requisiti. Avere almeno 80 anni. Essere già titolari dell'indennità di accompagnamento. Avere un bisogno assistenziale riconosciuto come gravissimo da una commissione medico-legale dell'INPS. E possedere un ISEE sociosanitario non superiore a 6.000 euro. Chi supera tutti questi filtri riceve una prestazione composta da 2 quote: l'indennità di accompagnamento ordinaria, pari a 552,57 euro mensili nel 2026, e un assegno di assistenza integrativo fino a 850 euro, vincolato alla documentazione delle spese per il lavoro di cura regolarmente contrattualizzato o per servizi qualificati. L'importo complessivo può così avvicinarsi ai 1.420 euro al mese. La gestione è affidata all'INPS, la domanda va presentata online o tramite patronato. Un impianto, come si vede, tanto generoso nell'importo massimo quanto rigido nelle condizioni d'accesso.

3. I numeri di un fallimento annunciato

I numeri del fallimento non vengono da fonti ostili al governo, ma dalla relazione che lo stesso ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ha allegato alla Legge di Bilancio 2026. Quel documento, citando il monitoraggio dell'INPS aggiornato a settembre 2025, ammette un tasso di adesione notevolmente inferiore rispetto alle stime iniziali.

I requisiti disegnavano una platea potenziale di circa 25.000 persone l'anno, già di per sé minima: appena lo 0,6% dei 4 milioni di anziani non autosufficienti che vivono in Italia, ovvero circa il 2% di 1,3 milioni di italiani che percepiscono l'indennità di accompagnamento. Su questa platea già ridottissima le domande effettivamente pervenute sono state meno di 5.000 e di queste soltanto il 41% è stato accolto. Il risultato è di circa 2.000 beneficiari reali.

Conviene fissare la proporzione, perché è la fotografia dell'abbandono. La misura ha raggiunto meno di un decimo di una platea già fissata allo 0,6% del bisogno. In termini assoluti, meno dello 0,05% degli anziani non autosufficienti italiani. Un diritto chiamato universale è arrivato a 2 persone ogni 3.000 tra quelle che dovrebbe tutelare. Quando una misura intitolata all'universalismo produce numeri da errore di arrotondamento statistico, il problema non è l'attuazione: è la concezione.

4. Le radici strutturali del flop

Perché così pochi? La risposta sta nella sovrapposizione dei filtri, ciascuno dei quali esclude una fascia di bisogno reale. Il requisito anagrafico degli 80 anni taglia fuori tutte le persone non autosufficienti tra i 65 e i 79 anni, che pure rappresentano una quota enorme del fenomeno. Il vincolo del bisogno gravissimo seleziona soltanto la punta estrema della piramide della fragilità. La condizione di essere già titolari dell'accompagnamento esclude chi quel riconoscimento non lo ha ancora ottenuto, magari proprio per le lentezze e i contenziosi delle commissioni.

Ma il filtro più rivelatore è quello economico. Un ISEE non superiore a 6.000 euro colloca la platea ammessa al di sotto della soglia di povertà: per avere diritto a un aiuto contro la non autosufficienza bisogna essere, prima ancora, quasi indigenti. È il rovesciamento perfetto della logica del diritto. Una misura che si vuole universale viene calibrata sui requisiti dell'assistenza ai poveri, restringendo la cura a un'elemosina condizionata.

A questo si aggiunge un ostacolo pratico decisivo: l'obbligo di rendicontare le spese per lavoro di cura regolarmente contrattualizzato. In un Paese in cui oltre 1 milione di assistenti familiari lavora in tutto o in

parte nel sommerso, chiedere all'anziano povero di esibire contratti e buste paga regolari significa escludere chi proprio non può permettersi di regolarizzare. La scarsa informazione, la complessità della domanda, la macchinosità delle valutazioni hanno fatto il resto. Nessuno di questi ostacoli è casuale. Sommati, descrivono una misura progettata per spendere poco, e dunque per raggiungere quasi nessuno.

5. La risposta del governo: meno fondi, stessa logica

Di fronte a un fallimento così clamoroso, un governo intenzionato a costruire un diritto avrebbe abbassato l'età, allargato la platea agli over 65, sganciato l'accesso dalla soglia di povertà. La risposta contenuta nella Legge di Bilancio 2026 va nella direzione opposta. Da un lato si alza la soglia ISEE da 6.000 a 12.000 euro, citando i dati della prestazione Home Care Premium per sostenere che il raddoppio quadruplicherebbe i beneficiari e consentirebbe finalmente di avvicinare le 25.000 domande. Una correzione minima, che lascia intatti tutti gli altri filtri.

Dall'altro, e qui sta il punto politico, lo stanziamento di 250 milioni previsto per il 2025 viene rivisto al ribasso a soli 125 milioni. I 125 milioni risparmiati grazie al fallimento non vengono reinvestiti nella cura: restano nel Programma nazionale Inclusione e lotta alla povertà da cui avrebbero dovuto essere attinti. Il limite di spesa per il 2026 resta formalmente a 250 milioni, ma la lezione che il governo trae dal flop non è spendere di più e meglio, bensì prendere atto di avere speso meno del previsto e tenersi il risparmio.

È la conferma plastica della tesi di questo libro. Il fondo non speso non viene letto come una promessa mancata da onorare, ma come un avanzo da incassare. La cura negata produce, paradossalmente, un risparmio di bilancio.

6. Chi resta fuori, e a quale prezzo

Dietro le percentuali ci sono le persone. Restano fuori i 4 milioni di anziani non autosufficienti, i 3,1 milioni di cittadini con disabilità grave, gli 1,3 milioni di titolari di accompagnamento. La prestazione universale ne ha sfiorati 2.000. Per tutti gli altri nulla è cambiato.

Il danno più profondo, però, è quello invisibile. La legge delega 33 prometteva di riformare l'indennità di accompagnamento, un assegno fermo a poco più di 550 euro mensili, erogato in misura fissa indipendentemente dalla gravità e dal reddito, eroso ogni anno dall'inflazione. Quella riforma è stata accantonata. Al suo posto è arrivata una sperimentazione che ha lasciato l'accompagnamento esattamente dov'era e ha aggiunto un bonus per pochissimi. Il risultato netto è che il pilastro su cui poggia l'intero sistema della cura domiciliare resta inadeguato per tutti, mentre la novità promessa si è dissolta.

Così l'assegno da 850 euro che avrebbe potuto pagare un'assistente regolare, far emergere il lavoro nero, alleggerire le famiglie, non è arrivato. Il carico è rimasto dove stava: sulle spalle delle figlie e delle mogli, sul lavoro sottopagato di 1 milione di badanti, sul risparmio che si consuma per pagare rette e ore di assistenza. La cura, negata dallo Stato, continua a essere estratta gratuitamente dal corpo delle donne e dei migranti.

7. L'Europa che ha scelto un'altra strada

Il confronto europeo rende ancora più evidente la natura della scelta italiana. La Germania, dal 1995, ha costruito un'assicurazione obbligatoria per la non autosufficienza, la Pflegeversicherung, finanziata dai contributi e strutturata come diritto permanente: chi rientra in uno dei livelli di bisogno riconosciuti riceve prestazioni in denaro o in servizi, senza prove di povertà e senza scadenze sperimentali. La Francia, dal 2002, eroga l'Allocation personnalisée d'autonomie a tutte le persone dai 60 anni in condizione di perdita di autonomia, graduata sul bisogno e non sull'indigenza.

Sono modelli universalistici nel senso proprio del termine: la prestazione segue il bisogno, non la soglia di povertà o l'età estrema. L'Italia, che destina alla cura di lungo termine appena l'1,18% del PIL nel 2024, in calo rispetto all'1,43% del 2020 e ben al di sotto dei principali partner europei, ha scelto la strada opposta: ha chiamato universale un bonus selettivo, temporaneo, riservato agli ottuagenari poverissimi e gravissimi. A confermare lo squilibrio basta osservare la composizione di quella spesa già esigua: oltre la metà, il 51,7%, è erogata come trasferimento monetario anziché come servizio reale, segno di uno Stato

che delega alle famiglie e al mercato ciò che dovrebbe organizzare. La parola è la stessa dei modelli europei, la sostanza è rovesciata.

8. Le obiezioni, e perché non reggono

Le obiezioni a questa lettura sono prevedibili, e vanno affrontate. La prima sostiene che le risorse sono limitate e che non si può dare 850 euro a tutti: estendere l'assegno agli oltre 1 milione di titolari di accompagnamento costerebbe circa 13 miliardi l'anno. Il calcolo è corretto, ma la cornice è falsa. Nessuno chiede di trasformare la misura in un bonus monetario per tutti; si chiede di costruire un servizio strutturale fatto di prestazioni esigibili, e le risorse, come mostrerà il capitolo dedicato alle spese militari, esistono eccome: è una questione di priorità, non di scarsità. Lo dimostra, del resto, lo stesso fallimento: i 125 milioni rimasti inutilizzati provano che il vincolo non è mai stato finanziario, perché perfino lo stanziamento già previsto è risultato sovrabbondante rispetto a una platea costruita per restare vuota.

La seconda obiezione invoca la natura sperimentale della misura: darà frutti col tempo. Ma alzare l'ISEE dimezzando contemporaneamente i fondi non è imparare dall'esperienza, è ratificare il fallimento. La terza sostiene che la selettività è giusta, perché concentra le risorse su chi ha più bisogno. È un argomento che si confuta da solo: una selettività che raggiunge lo 0,05% dei non autosufficienti non concentra nulla, abbandona quasi tutti. Targeting e abbandono non sono sinonimi, anche se la retorica della responsabilità di bilancio finge il contrario.

9. Non un errore, ma una scelta

La prestazione universale non è fallita per un errore amministrativo. È fallita perché è stata concepita per fallire, dentro una logica che tratta la cura come un costo da contenere e non come un diritto da garantire. Il nome prometteva universalità, l'impianto produceva esclusione; la riforma prometteva di cambiare tutto, e non ha cambiato quasi nulla. È il ritratto in scala di un'intera stagione di politica sociale, in cui la grammatica del diritto viene svuotata e riempita con la prassi della carità condizionata.

Ma questo episodio non è isolato. È l'ultimo atto di un processo lungo trent'anni, fatto di tagli, definanziamenti e privatizzazioni che hanno progressivamente smontato lo Stato sociale italiano, riforma dopo riforma. Per capire come si sia arrivati a chiamare universale un assegno per 2.000 persone, bisogna risalire a quella lunga ritirata: è la storia che le pagine seguenti ricostruiscono.

10. Le fonti di questo capitolo

I dati sul flop della prestazione universale provengono dalla relazione del ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali allegata alla Legge di Bilancio 2026 e dal monitoraggio INPS di settembre 2025, ripresi e analizzati da Vita.it e da Il Sole 24 Ore nel novembre 2025. L'impianto normativo è quello della legge delega 33 del 2023 e del decreto legislativo 29 del 2024, con la disciplina attuativa del decreto ministeriale del 21 febbraio 2025 e il messaggio INPS numero 4490 del 30 dicembre 2024. L'importo dell'indennità di accompagnamento per il 2026, pari a 552,57 euro mensili, è fissato dalla circolare INPS numero 153 del 19 dicembre 2025. I dati sulla spesa per la cura di lungo termine, all'1,18% del PIL nel 2024, e sulla quota di spesa erogata in trasferimenti monetari, pari al 51,7%, sono tratti dall'ottavo Rapporto dell'Osservatorio Long Term Care del CERGAS della SDA Bocconi, 2026.

Capitolo 7. La lunga ritirata dello Stato sociale

Trent'anni di tagli, definanziamenti e privatizzazioni

«Ai compiti previsti in questo articolo provvedono organi ed istituti predisposti o integrati dallo Stato.»

Costituzione della Repubblica italiana, articolo 38, quarto comma

1. La diga che arretra

Lo Stato sociale italiano non è crollato di colpo. Non c'è stato un giorno in cui qualcuno ha annunciato che la cura non sarebbe più stata un diritto. È accaduto qualcosa di più insidioso: una ritirata lenta, frammentata in decine di provvedimenti tecnici, ciascuno presentato come una misura di buon senso, di efficienza, di sostenibilità. Trent'anni di passi indietro che, sommati, hanno cambiato la natura del patto sociale.

Il fallimento della prestazione universale e l'arretramento della spesa, descritti nei capitoli precedenti, non sono dunque anomalie recenti. Sono l'ultimo tratto di una traiettoria lunga, cominciata mentre l'edificio del welfare era appena stato completato. Questo capitolo ricostruisce quella traiettoria: dalla grande promessa universalista degli anni Settanta all'aziendalizzazione della sanità, dalla regionalizzazione allo smantellamento dei fondi sociali, fino al definanziamento strutturale dei nostri giorni.

L'immagine è quella di una diga che arretra mentre il fiume si ingrossa. Ogni governo, di ogni colore, ha tolto un mattone, spostato indietro un argine, ridotto una portata, sempre in nome di una necessità contabile presentata come ineludibile. Il risultato cumulativo è uno Stato che, di fronte alla più grande trasformazione demografica della sua storia, si presenta più debole, più povero e più assente di quanto fosse trent'anni fa. Ricostruire come ci si è arrivati è il primo passo per capire che si può anche tornare indietro.

2. La promessa universalista del 1978

Per misurare l'arretramento bisogna partire dal punto più alto. Quel punto è la legge 833 del 1978, che istituì il Servizio Sanitario Nazionale. Fu una delle più grandi conquiste della storia repubblicana: la salute smetteva di essere una merce legata al reddito o all'appartenenza a una mutua, e diventava un diritto universale, finanziato dalla fiscalità generale e garantito a ogni cittadino in quanto tale. Era l'attuazione concreta dell'articolo 32 della Costituzione, che tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività.

Sul versante dell'assistenza sociale, la promessa si completò più tardi, con la legge 328 del 2000, la legge quadro che disegnava un sistema integrato di interventi e servizi sociali, fondato sui livelli essenziali da garantire su tutto il territorio nazionale. Per la prima volta si immaginava una rete pubblica capace di prendersi cura non solo della malattia, ma della fragilità: anziani, persone con disabilità, famiglie in difficoltà.

In quegli anni l'orizzonte era chiaro: la comunità, attraverso lo Stato, si faceva carico collettivamente dei rischi della vita. La cura era un dovere pubblico, non una responsabilità privata. È da questa altezza che si misura tutto ciò che è venuto dopo. Perché quasi nello stesso momento in cui la promessa veniva completata, era già cominciata, sul versante sanitario, la sua erosione.

3. L'aziendalizzazione: quando la salute divenne un'azienda

Il primo grande arretramento è culturale prima che contabile, e porta una data: il 1992. Con il decreto legislativo 502, varato in piena crisi finanziaria e poi integrato l'anno successivo, le vecchie unità sanitarie locali vennero trasformate in aziende, le ASL. Il linguaggio cambiò, e con esso la sostanza. Comparvero il direttore generale al posto del comitato di gestione, il bilancio aziendale, il pareggio dei conti come obiettivo, la competizione tra strutture, il ticket come compartecipazione alla spesa.

L'aziendalizzazione introdusse nella sanità pubblica una grammatica estranea alla sua missione: quella dell'impresa. Il paziente cominciò a essere trattato come un cliente, la prestazione come un prodotto,

l'ospedale come un centro di costo da far quadrare. Non si trattava solo di efficienza gestionale, di per sé legittima: si trattava di un cambio di paradigma. La salute, da fine in sé, diventava una variabile di bilancio.

È qui che affonda le radici la logica che attraversa tutto questo libro: l'idea che la cura sia anzitutto un costo da governare, e solo in seconda battuta un diritto da garantire. Una volta accettato che l'ospedale è un'azienda, il passo verso l'idea che possa, anzi debba, essere gestito secondo criteri di mercato, e infine affidato in parte ai privati, diventa breve e quasi naturale.

4. Venti sanità regionali

Il secondo arretramento è istituzionale e arriva nel 2001, con la riforma del Titolo V della Costituzione, che consolidò in capo alle Regioni la competenza concreta in materia di tutela della salute. In linea di principio, avvicinare le decisioni ai territori poteva essere un valore. Nella pratica, ha frammentato il Servizio Sanitario Nazionale in ventuno sistemi regionali diversi per organizzazione, qualità e risorse.

Da quel momento il diritto alla salute ha smesso di essere uniforme. Le Regioni più ricche e meglio amministrate hanno potuto mantenere servizi di buon livello; quelle più povere, spesso del Mezzogiorno, sono finite sotto i cosiddetti piani di rientro dal deficit, che hanno imposto blocchi delle assunzioni, chiusure di reparti, aumenti dei ticket. La sanità è diventata così uno specchio delle disuguaglianze territoriali del Paese, anziché uno strumento per ridurle.

La frattura geografica che il capitolo dedicato all'Italia diseguale ricostruirà nei dettagli, con la copertura residenziale che varia di quasi trenta volte da una regione all'altra, nasce in larga parte qui. La devoluzione, presentata come autonomia, si è tradotta per molti cittadini in un diritto a geometria variabile, dipendente dal luogo di nascita.

5. La stagione delle forbici: i fondi sociali smontati

Il terzo arretramento è il più diretto: il taglio delle risorse. Tra la fine degli anni Duemila e i primi anni Dieci, sotto la pressione della crisi finanziaria e delle politiche di austerità, i fondi che alimentavano il welfare sociale furono progressivamente svuotati.

Il caso del Fondo nazionale per le politiche sociali, lo strumento principale previsto dalla legge quadro del 2000 per finanziare la rete dei servizi alla persona, è emblematico. Dai quasi un miliardo e novecento milioni del 2004, lo stanziamento è crollato fino al minimo di poco più di quaranta milioni nel 2012: una contrazione di quasi l'ottanta per cento, con i trasferimenti alle Regioni di fatto azzerati. La rete dei servizi sociali territoriali, già fragile, fu lasciata senza benzina.

Stessa sorte per il Fondo per le non autosufficienze, istituito nel 2007 proprio per garantire i livelli essenziali di assistenza alle persone non autosufficienti. Nato con cento milioni, salito a quattrocento milioni nel 2010, fu tagliato a cento milioni nel 2011 e sostanzialmente azzerato nel 2012, per poi essere faticosamente reintegrato negli anni successivi e reso strutturale solo nel 2015. Anni in cui il bisogno cresceva e le risorse, semplicemente, sparivano. La stagione delle forbici ha lasciato cicatrici che il sistema non ha mai del tutto rimarginato: la rete dei servizi non è mai tornata ai livelli precedenti alla crisi, mentre la domanda non ha smesso di salire.

6. Il definanziamento strutturale del Servizio Sanitario

Si potrebbe pensare che, superata la stagione dell'austerità, lo Stato sociale sia tornato a crescere. Non è così. Il quarto arretramento è quello in corso, e riguarda il cuore del welfare: la sanità pubblica.

La spesa sanitaria italiana è ferma intorno al sei virgola tre, sei virgola quattro per cento del prodotto interno lordo, una quota che le previsioni ufficiali congelano fino al 2029. Dietro l'apparente stabilità, e perfino dietro gli aumenti annunciati in valore assoluto, si nasconde un definanziamento sostanziale. La Fondazione Gimbe ha calcolato che, rispetto a quanto si sarebbe speso mantenendo la quota di PIL del 2022, il Servizio Sanitario Nazionale ha accumulato tra il 2023 e il 2026 un divario di circa diciassette miliardi e mezzo: l'equivalente di un'intera legge di bilancio sottratta alla salute.

Gli stessi analisti parlano apertamente di un definanziamento strutturale e di una scelta politica precisa. Gli aumenti nominali del Fondo sanitario, spiegano, vengono in gran parte assorbiti dai rinnovi contrattuali e dall'inflazione, mentre crescono il divario tra spesa attesa e

risorse assegnate, i disavanzi regionali, le liste d'attesa e la spesa che i cittadini pagano di tasca propria. La Corte costituzionale ha richiamato il principio della spesa costituzionalmente necessaria per la tutela della salute, ma la traiettoria di fondo non cambia: lo Stato spende, in rapporto alla ricchezza prodotta, sempre meno per garantire un diritto fondamentale.

7. Dal pubblico al privato: la grande sostituzione

Ogni metro di terreno abbandonato dal pubblico viene occupato da qualcun altro. È la grande sostituzione che accompagna l'intera ritirata: dove lo Stato si ritrae, avanza il mercato. Quando le liste d'attesa nel pubblico si allungano oltre il tollerabile, chi può paga una visita privata; chi non può, rinuncia a curarsi. Quando i servizi domiciliari pubblici si diradano, le famiglie comprano assistenza sul mercato, regolare o sommerso. Quando i posti nelle strutture pubbliche mancano, restano le residenze private a tremila euro al mese.

Così, senza che nessuna legge lo abbia mai deciso esplicitamente, una quota crescente della cura è migrata dal terreno del diritto universale a quello dell'acquisto individuale. La spesa privata delle famiglie per la salute e l'assistenza è cresciuta di pari passo con l'arretramento di quella pubblica, e con essa sono cresciute le rinunce alle cure per motivi economici. È la privatizzazione di fatto del rischio: ciò che era coperto collettivamente dalla comunità torna a pesare sul singolo, sul suo reddito, sul suo patrimonio, sulla sua famiglia.

In questo spazio si è inserito un vero e proprio mercato della cura, fatto di gruppi residenziali, fondi di investimento e compagnie assicurative, che del bisogno crescente fa un'occasione di profitto. È il tema del prossimo capitolo, ma le sue fondamenta sono state gettate proprio qui, nella lunga ritirata dello Stato.

8. L'Europa che non ha smantellato, e le obiezioni che non reggono

Si dirà che questa ritirata era inevitabile, imposta dai vincoli di bilancio europei e dall'invecchiamento della popolazione. Il confronto con gli altri grandi Paesi europei smentisce l'argomento. La Germania e la

Francia destinano alla sola sanità pubblica quote di prodotto interno lordo intorno al dieci per cento, contro il sei virgola tre dell'Italia. Hanno popolazioni altrettanto anziane e gli stessi vincoli europei, eppure non hanno smantellato i loro sistemi di welfare: li hanno difesi e, sulla non autosufficienza, ampliati. La ritirata italiana non è dunque un destino comune, ma una scelta nazionale.

Le altre obiezioni si confutano allo stesso modo. La prima sostiene che la spesa, in valore assoluto, è comunque aumentata: ma una crescita che resta sotto l'inflazione e sotto l'aumento del bisogno è, nei fatti, un taglio mascherato. La seconda presenta i tagli come *spending review*, come eliminazione degli sprechi: in realtà, raschiando oltre il grasso, si è inciso sul muscolo, riducendo personale, posti letto e servizi essenziali. La terza celebra la regionalizzazione come autonomia e vicinanza ai territori: ma il suo prodotto concreto è stata la disuguaglianza, non la prossimità. In ogni caso, dietro la patina tecnica, la stessa scelta di fondo: trattare la spesa sociale come un costo da comprimere, e non come un investimento nella coesione di una comunità.

9. Una ritirata, non una sconfitta

La lunga ritirata dello Stato sociale non è il frutto di una sconfitta sul campo, di una catastrofe esterna o di una mancanza oggettiva di risorse in uno dei Paesi più ricchi del mondo. È il risultato di una sequenza di decisioni, prese da governi di ogni orientamento, lungo trent'anni: l'aziendalizzazione che ha trasformato la salute in bilancio, la regionalizzazione che ha frantumato il diritto, i tagli che hanno svuotato i fondi sociali, il definanziamento che oggi prosciuga la sanità.

Chiamarla ritirata, e non sconfitta, ha un senso preciso: ciò che è stato deciso può essere deciso diversamente. Una diga arretrata può essere riportata avanti. Ma c'è un'ultima tappa da osservare prima di parlare di alternative, perché lo spazio lasciato libero dallo Stato non è rimasto vuoto. È stato occupato da chi nella cura ha visto non un diritto da garantire, ma un mercato da conquistare. Residenze, assicurazioni, fondi di investimento: la finanziarizzazione dell'assistenza è il punto d'arrivo di questa ritirata, ed è la storia che il prossimo capitolo racconta.

10. Le fonti di questo capitolo

L'arco normativo richiamato comprende la legge 833 del 1978 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, il decreto legislativo 502 del 1992 sull'aziendalizzazione, la riforma del Titolo V della Costituzione del 2001, la legge quadro 328 del 2000 sui servizi sociali e la legge 296 del 2006 istitutiva del Fondo per le non autosufficienze. I dati sui tagli ai fondi sociali, con il Fondo nazionale per le politiche sociali sceso di circa il settantotto per cento tra il 2004 e il 2013 e il Fondo per le non autosufficienze azzerato nel 2012 e reso strutturale nel 2015, provengono da documentazione della Camera dei deputati, del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e da Quotidiano Sanità. I dati sul definanziamento del Servizio Sanitario, con la spesa ferma intorno al sei virgola quattro per cento del PIL e un divario cumulato di circa diciassette miliardi e mezzo tra il 2023 e il 2026, sono tratti dalle analisi della Fondazione Gimbe sul Documento di Finanza Pubblica 2026.

Capitolo 8. Il mercato della cura

RSA, assicurazioni, profitto e finanziarizzazione dell'assistenza

«L'iniziativa economica privata è libera. Non può svolgersi in contrasto con l'utilità sociale o in modo da recare danno alla salute, all'ambiente, alla sicurezza, alla libertà, alla dignità umana.»

Costituzione della Repubblica italiana, articolo 41

1. Dove lo Stato si ritira, il capitale avanza

Il capitolo precedente si è chiuso su un'immagine: lo spazio lasciato libero dalla ritirata dello Stato non è rimasto vuoto. La natura, e ancor più il capitale, hanno orrore del vuoto. Dove il pubblico si ritrae, qualcun altro avanza, e quel qualcuno ha un nome preciso: il mercato. La cura delle persone anziane e non autosufficienti, da diritto da garantire, è diventata in misura crescente un settore in cui investire, una fonte di reddito, un'occasione di profitto.

Questo capitolo segue il denaro. Mostra come l'invecchiamento della popolazione, che per la collettività è una sfida, per gli operatori finanziari sia anzitutto un'opportunità; come le residenze per anziani siano diventate un prodotto d'investimento conteso da fondi immobiliari e grandi gruppi; come la non autosufficienza, che lo Stato non copre più, venga offerta come un rischio da assicurare privatamente.

La tesi è semplice e scomoda. La finanziarizzazione dell'assistenza non è un effetto collaterale dello smantellamento del welfare: ne è il completamento logico. Quando si smette di considerare la cura un diritto universale, essa torna a essere ciò che era prima del welfare, una merce. E come ogni merce, viene offerta a chi può pagarla e negata a chi non può. Capire chi guadagna sull'abbandono è il modo più diretto per capire perché l'abbandono conviene.

2. Un settore anticiclico: perché la cura fa gola

Per la finanza, l'invecchiamento dell'Italia è una notizia eccellente. Il ragionamento è elementare: gli anziani aumentano, i non autosufficienti

pure, i posti per accoglierli sono pochi. Una domanda crescente e un'offerta insufficiente sono, dal punto di vista di un investitore, la definizione stessa di un buon affare.

Non a caso il settore viene descritto negli ambienti finanziari come anticiclico e a prova di recessione: la gente invecchia e si ammala anche quando l'economia rallenta, e dunque il flusso delle rette non conosce crisi. Le residenze per anziani sono presentate come un investimento sicuro e redditizio, con rendimenti stabili e poco esposti alla volatilità dei mercati. Sono nati fondi di private equity dedicati alla cosiddetta silver economy, l'economia dei capelli grigi, che investono in beni e servizi per gli over 70. Il megatrend demografico, come lo chiamano gli analisti, si è tradotto in prodotti finanziari su misura.

Le proiezioni alimentano l'appetito. Si stima che entro il 2035 serviranno in Italia centinaia di migliaia di nuovi posti letto, per investimenti complessivi nell'ordine di decine di miliardi. Dove gli operatori sociali vedono una voragine assistenziale da colmare con denaro pubblico, gli investitori vedono un mercato da costruire. È la stessa fragilità umana, letta da due punti di vista opposti: per la collettività un dovere, per il capitale una miniera.

3. Le RSA tra pubblico, privato e fondi

Il cuore di questo mercato sono le residenze sanitarie assistenziali, le RSA. In Italia il settore è ampio e frammentato: si contano migliaia di strutture, la cui titolarità si divide tra enti pubblici, terzo settore non profit e operatori privati a scopo di lucro. La quota del privato profit è in costante crescita, alimentata proprio dal ridimensionamento dell'offerta pubblica.

La frammentazione racconta una transizione in corso. La gran parte delle strutture è di piccole o medie dimensioni, sotto i 100 posti letto, spesso radicata nel territorio o legata al mondo religioso e cooperativo. Ma le strutture più grandi, quelle che superano i 100 posti, sono quasi interamente a scopo di lucro: è lì che si concentra la logica industriale, ed è lì che punta il capitale, perché al crescere delle dimensioni cresce la redditività.

A questa trasformazione si accompagna un problema di trasparenza che dovrebbe far riflettere. Solo una minoranza delle RSA pubblica la Carta dei servizi, il documento che informa ospiti e famiglie su prestazioni e standard: la percentuale è alta nelle strutture pubbliche e crolla in larga parte del privato. Significa che, proprio mentre la cura passa di mano dal pubblico al mercato, diminuisce la possibilità per i cittadini di sapere che cosa stanno comprando, e a quali condizioni vengono trattati i loro cari.

4. Mattoni che rendono: i fondi nelle RSA

La novità più rilevante degli ultimi 15 anni è l'ingresso massiccio dei fondi di investimento. Per la finanza immobiliare, una RSA è anzitutto un edificio che produce un reddito da locazione costante e garantito. Il meccanismo è quello tipico della finanziarizzazione: il fondo acquista o costruisce la struttura, la affitta a chi la gestisce, e incassa un canone stabile per anni, indipendente dalle oscillazioni della borsa.

I numeri documentano l'accelerazione. Gli investimenti dei fondi immobiliari nel settore della salute, concentrati soprattutto nelle RSA, sono cresciuti in modo continuo a partire dalla metà degli anni Dieci, arrivando a centinaia di milioni di euro l'anno, con la quota più consistente concentrata in Lombardia. A muoversi non sono solo fondi speculativi, ma anche casse previdenziali, fondi pensione e compagnie assicurative, attratti da rendimenti stabili e di lungo periodo: gli stessi soggetti che dovrebbero garantire la previdenza dei lavoratori investono nella dipendenza degli anziani.

La spinta al consolidamento è evidente. Grandi gruppi acquisiscono strutture operative e ne costruiscono di nuove per raggiungere economie di scala: un gruppo con base in Friuli, ad esempio, ha annunciato investimenti per centinaia di milioni con l'obiettivo di superare i 10.000 posti letto entro il 2027. La cura della fragilità si sta trasformando, sotto i nostri occhi, in una classe di attivi finanziari come un'altra. E quando un bene comune diventa un asset, la sua logica cambia: l'obiettivo non è più curare al meglio, ma rendere al massimo.

5. Pochi posti, care rette

Si potrebbe pensare che, almeno, tanto interesse finanziario serva a colmare la carenza di posti. Non è così, e i numeri lo dimostrano. L'Italia dispone di circa 18 posti letto in residenza ogni 1.000 anziani, contro una media dei Paesi avanzati superiore a 40, e valori che in Germania, Francia e Belgio oscillano tra i 50 e i 70. Pur essendo uno dei Paesi più anziani del mondo, è tra quelli con meno strutture dedicate.

La ragione è semplice: il mercato costruisce dove conviene, non dove serve. Investe nelle regioni ricche del Nord, dove la domanda è solvibile, e diserta le aree più povere del Mezzogiorno, dove il bisogno è spesso maggiore ma la capacità di pagare minore. Il risultato è che la carenza non viene colmata in modo uniforme, ma in funzione del profitto atteso.

E dove i posti ci sono, costano. Le rette delle RSA arrivano a circa 3.000 euro al mese, una cifra che supera di gran lunga la pensione media e che esclude la maggioranza delle famiglie. Così la scarsità organizzata diventa essa stessa un fattore di redditività: meno posti significano rette più alte, e rette più alte significano margini migliori. Il mercato, lasciato a sé, non ha alcun interesse a risolvere la carenza che lo rende profittevole.

6. La scommessa assicurativa

Accanto al mattone, il secondo pilastro del mercato della cura è l'assicurazione. Se lo Stato non copre più il rischio della non autosufficienza, l'industria assicurativa propone di coprirlo privatamente, con le polizze cosiddette long term care: si pagano premi per anni e, in caso di perdita dell'autosufficienza, si riceve una rendita o un rimborso.

In Italia questo mercato è ancora marginale ma in espansione. Secondo le rilevazioni più recenti, solo il 3% degli italiani ha sottoscritto una copertura dedicata, e quasi 6 su 10 non sanno nemmeno che esista. Le polizze individuali rappresentano ormai i 3/4 del mercato, spinte anche dalla detraibilità fiscale del premio, cioè da un sussidio pubblico al ricorso al privato. Imprese e fondi sanitari integrativi cominciano a offrirle come benefit aziendale.

Il limite di questo modello è strutturale, non congiunturale. L'assicurazione, per definizione, copre chi può pagare i premi e seleziona i rischi, escludendo o penalizzando chi è già malato, anziano o povero, cioè proprio chi ha più probabilità di diventare non autosufficiente. È l'esatto rovescio dell'universalismo: invece di mettere in comune il rischio sull'intera popolazione, lo individualizza e lo affida alla capacità di spesa di ciascuno. La Germania, di fronte allo stesso problema, ha scelto un'assicurazione pubblica e obbligatoria per tutti; l'Italia lascia che ciascuno si arrangi sul mercato, con la propria scommessa privata contro la sfortuna.

7. La logica del profitto contro la logica del diritto

Che cosa cambia, in concreto, quando la cura passa dalla logica del diritto a quella del profitto? Cambia tutto, perché cambiano gli obiettivi. Un servizio pubblico ha come fine la salute e la dignità della persona; un'impresa ha come fine, legittimamente dal suo punto di vista, il margine. E il margine, in un settore dove il costo principale è il lavoro umano, si ottiene quasi sempre nello stesso modo: comprimendo il personale.

Meno operatori per più ospiti, turni più pesanti, salari più bassi, ricorso a figure poco qualificate e sottopagate. La qualità della relazione di cura, che richiede tempo, presenza e continuità, è esattamente ciò che la logica del profitto tende a sacrificare, perché il tempo dedicato a una persona è, in bilancio, un costo. Non è un'accusa di malafede verso i singoli gestori, molti dei quali lavorano con dedizione: è la descrizione di una contraddizione strutturale tra ciò che la cura richiede e ciò che il mercato premia.

La pandemia ha mostrato in modo tragico questa fragilità, quando le residenze per anziani si sono rivelate, in molti casi, luoghi di concentrazione del contagio e della morte, segnati da carenze di personale e di protezioni. Fu la prova più dura che la cura delle persone più fragili non può essere trattata come una linea di produzione da ottimizzare.

8. L'Europa, e le obiezioni che non reggono

Le obiezioni a questa lettura sono note. La prima sostiene che il privato porta investimenti e capacità gestionale che il pubblico, da solo, non avrebbe. È in parte vero, ma il punto non è l'esistenza del privato, bensì la sua egemonia in assenza di una regia pubblica forte: senza una rete pubblica adeguata, il privato non integra il servizio, lo sostituisce, e detta le proprie condizioni. La seconda obiezione invoca il pragmatismo del sistema misto, pubblico, non profit e privato insieme. Ma un sistema misto funziona solo se il pubblico resta il regista e il garante dei diritti; quando si limita a comprare posti dal mercato al prezzo che il mercato impone, il misto diventa una privatizzazione mascherata.

Il confronto europeo, ancora una volta, indica un'altra strada. La Germania ha posto al centro un'assicurazione sociale obbligatoria e universale; i Paesi scandinavi hanno costruito reti pubbliche di servizi territoriali. In nessuno di questi modelli la cura degli anziani è stata lasciata principalmente alla logica del rendimento finanziario. La differenza non sta nella presenza del privato, che esiste ovunque, ma nel fatto che altrove il diritto viene prima del profitto, mentre in Italia il profitto si insedia proprio nello spazio che il diritto ha abbandonato.

9. Chi guadagna sull'abbandono

La ritirata dello Stato sociale, vista da questo capitolo, rivela il suo vero significato. Non è semplicemente una sottrazione, un meno nei bilanci pubblici. È un trasferimento: ciò che viene tolto al diritto universale viene consegnato al mercato, dove diventa reddito da locazione, premio assicurativo, margine di gestione, rendimento per gli investitori. L'abbandono pubblico e il profitto privato sono le due facce della stessa medaglia.

È questo che rende l'abbandono conveniente, e dunque tenace. Dietro ogni posto letto che il pubblico non crea c'è una retta privata che qualcuno incassa; dietro ogni servizio domiciliare che non viene potenziato c'è un mercato dell'assistenza informale che prospera; dietro ogni rischio che lo Stato non copre più c'è una polizza che qualcuno può vendere. La cura negata a molti è la cura venduta ad altri.

Resta da vedere dove tutto questo colpisce più duramente, perché il mercato non distribuisce le sue conseguenze in modo uniforme. La geografia della cura, divisa tra un Nord più servito e un Sud più abbandonato, è la prova sul territorio di tutto ciò che questo capitolo ha descritto. Ed è la materia del prossimo.

10. Le fonti di questo capitolo

I dati sulla struttura del mercato residenziale, sulla quota crescente del privato profit, sulla prevalenza di piccole strutture e sul deficit di trasparenza provengono da ricerche di settore riprese da Valori.it, da L'Essenziale e da elaborazioni dello Spi-CGIL. I dati sugli investimenti dei fondi immobiliari nelle RSA, sulla loro concentrazione territoriale e sui processi di consolidamento sono tratti da analisi di Scenari Immobiliari, JLL e dalla stampa economica. Il confronto sui posti letto, con circa 18 posti ogni 1.000 anziani in Italia contro una media OCSE di quasi 44, fa riferimento a dati OCSE. I dati sulla diffusione delle polizze long term care, con circa il 3% degli italiani coperti e i 3/4 del mercato costituiti da polizze individuali, provengono da rilevazioni dell'Osservatorio CNP e dalla stampa specializzata. Le rette medie delle RSA, intorno ai 3.000 euro mensili, sono coerenti con i dati del Rapporto CERGAS Bocconi citati nei capitoli precedenti.

Capitolo 9. L'Italia diseguale

Il divario territoriale dell'assistenza tra Nord e Sud

«Determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale.»

Costituzione della Repubblica italiana, articolo 117, secondo comma,
lettera m

1. Lo stesso diritto, destini diversi

Nascere e invecchiare a Bolzano non è la stessa cosa che invecchiare a Crotone. Sulla carta il diritto alla salute e all'assistenza è uno solo, scritto nella stessa Costituzione e valido da Trieste a Trapani. Nella realtà, la qualità della cura che una persona anziana e non autosufficiente riceve dipende in misura decisiva dalla regione in cui ha la fortuna, o la sfortuna, di vivere. Lo stesso bisogno incontra risposte radicalmente diverse: in un luogo un servizio domiciliare e un posto in residenza, in un altro il nulla, o quasi.

Il capitolo precedente ha seguito il denaro dentro il mercato della cura, mostrando come il capitale occupi lo spazio lasciato libero dallo Stato. Queste pagine seguono lo stesso denaro sul territorio, e scoprono che lo Stato non si è ritirato dappertutto allo stesso modo. Si è ritirato di più dove c'era già meno, ha investito di più dove c'era già di più. La geografia della cura non attenua le disuguaglianze del Paese: le ricalca e le aggrava.

La tesi di questo capitolo è che il divario assistenziale tra Nord e Sud non sia un incidente amministrativo, ma la forma territoriale dell'abbandono. È il prodotto di una precisa architettura istituzionale, costruita in nome dell'efficienza e della vicinanza ai cittadini, che ha finito per trasformare un diritto universale in una lotteria del luogo di residenza. Capire questa frattura significa capire perché, in Italia, l'uguaglianza dei diritti resta una promessa scritta più che una realtà vissuta.

2. L'eredità di una riforma incompiuta

Per capire l'Italia diseguale della cura bisogna tornare al 2001, quando la riforma del Titolo V della Costituzione, la legge costituzionale n. 3 del 2001, consegnò alle regioni un potere amplissimo sulla sanità e su larga parte delle politiche sociali. L'idea, allora condivisa da gran parte dello schieramento politico, era seducente: avvicinare le decisioni ai territori, responsabilizzare le amministrazioni locali, costruire un federalismo capace di valorizzare le differenze. La promessa, però, conteneva fin dall'inizio un'ambiguità destinata a pesare.

Per tenere insieme autonomia e uguaglianza, la riforma affidò allo Stato il compito di fissare i livelli essenziali delle prestazioni, le soglie minime di diritti da garantire ovunque in modo uniforme. Nella sanità questi livelli, i cosiddetti LEA, furono effettivamente definiti, anche se applicati con risultati molto diversi da regione a regione. Nell'assistenza sociale, invece, i livelli essenziali sono rimasti per oltre 20 anni una scatola vuota: i servizi alla persona furono lasciati ai comuni, finanziati con risorse proprie profondamente diseguali, senza alcuno standard nazionale che imponesse un minimo comune.

Solo di recente il legislatore ha tentato di colmare il vuoto, con l'introduzione dei primi livelli essenziali sociali e con la riforma della non autosufficienza, la legge n. 33 del 2023 e il successivo decreto attuativo. Ma si è trattato di interventi tardivi e sottofinanziati, arrivati quando la frattura territoriale era già consolidata. Su questa incompiutezza si è innestata una ferita più antica, la questione meridionale: un divario di sviluppo mai sanato, che la regionalizzazione del welfare non ha ridotto, ma istituzionalizzato.

3. La mappa dell'abbandono

I numeri raccontano un Paese spaccato in due. Dietro l'apparente unità del servizio sanitario nazionale convivono 21 sistemi regionali distinti, quanti sono le 19 regioni e le 2 province autonome, ciascuno con risorse, regole e standard propri. La dotazione di posti letto in residenza, che a livello nazionale si ferma intorno ai 18 ogni 1.000 anziani, è in realtà una media che nasconde estremi opposti: nelle regioni del Nord sale ben oltre il dato nazionale, con punte vicine agli standard europei; in molte

regioni del Mezzogiorno scende sotto i 10 posti ogni 1.000 anziani, talvolta assai più in basso.

Lo stesso vale per l'assistenza domiciliare, il servizio che dovrebbe permettere di curare le persone a casa propria. La quota di anziani presa in carico dall'assistenza domiciliare integrata è ovunque modesta, ma la sua distribuzione è iniqua: più alta in alcune regioni del Centro-Nord, ridotta al minimo in parte del Sud. Il piano nazionale di ripresa e resilienza ha fissato l'obiettivo di raggiungere il 10% degli over 65 in assistenza domiciliare entro il 2026, ma il punto di partenza, e dunque lo sforzo richiesto, è enormemente diverso a seconda della regione.

Il divario più impressionante riguarda la spesa sociale dei comuni. Secondo le rilevazioni statistiche, un comune del Nord-Est arriva a spendere per i servizi sociali per abitante diverse volte più di un comune del Sud. Non perché al Sud i bisogni siano minori, anzi: lì la povertà è più diffusa, le famiglie più fragili, gli anziani spesso più soli perché i figli sono emigrati. Il bisogno è maggiore proprio dove le risorse sono minori. È il rovesciamento esatto di ciò che un sistema di diritti dovrebbe fare.

4. La cura che emigra

Quando la cura manca dove si vive, non resta che andarla a cercare altrove. Così, accanto alla vecchia emigrazione per lavoro, è cresciuta una più silenziosa emigrazione per la salute. Ogni anno centinaia di migliaia di cittadini meridionali si spostano verso gli ospedali e le strutture del Nord per curarsi, spesso accompagnati da familiari costretti a sostenere viaggi, alloggi e assenze dal lavoro. Sono i cosiddetti viaggi della speranza, che per gli anziani non autosufficienti significano sradicamento e per le famiglie un costo economico e umano altissimo.

Dietro questi spostamenti scorre un fiume di denaro. La mobilità sanitaria interregionale, cioè il meccanismo con cui le regioni si rimborsano le prestazioni erogate ai cittadini di altre regioni, vale nell'ordine di alcuni miliardi di euro l'anno e scorre quasi tutta in una sola direzione: dal Sud verso il Nord. È un paradosso che fotografa l'ingiustizia del sistema: le regioni più povere, che già dispongono di servizi peggiori, finiscono per finanziare con le proprie risorse la sanità

delle regioni più ricche, alimentandone l'eccellenza e impoverendo ulteriormente la propria.

Il risultato è un circolo vizioso. Meno servizi al Sud producono fuga di pazienti e di risorse verso il Nord; la fuga di risorse indebolisce ancora di più i servizi del Sud; servizi più deboli spingono altri a partire. La regionalizzazione, anziché correggere il divario, lo ha trasformato in un motore che si autoalimenta.

5. L'autonomia differenziata, ovvero il divario per legge

Su questo terreno già fragile si è inserito il progetto politico più carico di conseguenze degli ultimi anni: l'autonomia differenziata. La legge n. 86 del 2024 ha dato attuazione alla possibilità, prevista dal Titolo V, di trasferire alle singole regioni che ne facciano richiesta ulteriori e ampie competenze, comprese materie decisive come la tutela della salute. In assenza di livelli essenziali effettivamente definiti e finanziati per tutti, una simile devoluzione rischia di fotografare e cristallizzare le disuguaglianze esistenti, consegnando alle regioni più ricche gli strumenti per correre ancora più veloci e abbandonando le altre al loro ritardo.

Non a caso il progetto ha incontrato una forte opposizione sociale e istituzionale. La Corte costituzionale, nel 2024, è intervenuta dichiarando illegittime diverse parti della legge e ribadendo che il trasferimento di competenze non può avvenire a scapito dell'unità della Repubblica e dei diritti garantiti su tutto il territorio. È un richiamo netto a principi che la Costituzione affida a più articoli: la perequazione delle risorse a favore dei territori con minore capacità fiscale, prevista dall'articolo 119, e il dovere della Repubblica di rimuovere gli ostacoli economici e sociali all'uguaglianza, scolpito nell'articolo 3.

Vista da sinistra, l'autonomia differenziata appare come la forma istituzionale dell'abbandono: il tentativo di travestire da efficienza e da merito ciò che è, nella sostanza, una rottura della solidarietà nazionale. Dove l'austerità ha ridotto le risorse comuni e il mercato ha occupato gli spazi più redditizi, la regionalizzazione spinta offre la copertura giuridica per legittimare un Paese a più velocità. La cura, da diritto di cittadinanza, rischia di diventare privilegio di residenza.

6. Il prezzo umano della geografia

Tradotto in vite, tutto questo significa una cosa semplice e dura: nei territori più abbandonati la fragilità pesa interamente sulle spalle delle famiglie. Dove non arrivano i servizi pubblici e il mercato privato non trova clienti abbastanza solvibili, la cura dell'anziano non scompare, semplicemente diventa invisibile. La assorbe la rete familiare, e dentro la famiglia la assorbono soprattutto le donne, chiamate a sostituire con il proprio tempo e il proprio lavoro non retribuito ciò che lo Stato non garantisce.

Il divario territoriale è così anche un divario di classe. A subire le conseguenze più gravi sono le famiglie che non possono permettersi di comprare sul mercato ciò che il pubblico nega: pagare una badante, una retta, un viaggio verso una struttura lontana. La geografia della cura colpisce due volte chi è già più debole, perché spesso fa coincidere il luogo con meno servizi e la condizione con meno reddito. L'ingiustizia territoriale e l'ingiustizia sociale si saldano nello stesso punto, sulla stessa persona.

A questa frattura se ne aggiunge un'altra, generazionale. Nelle aree interne e in larga parte del Mezzogiorno l'emigrazione dei giovani in cerca di lavoro svuota i paesi e lascia gli anziani senza quella rete familiare di prossimità che altrove ancora regge. Restano comunità sempre più vecchie e sempre più sole, dove la persona non autosufficiente non ha né un servizio pubblico vicino, né un mercato che la consideri un cliente solvibile, né, spesso, un figlio rimasto nella stessa regione. È l'esito estremo dell'abbandono: la solitudine che da destino individuale diventa condizione di massa, scritta nella geografia stessa del Paese.

7. Decentrare senza dividere: la lezione europea

Si obietterà che il decentramento è un problema in sé, e che la soluzione sarebbe tornare a uno Stato accentratore. Il confronto internazionale dice altro. Molti Paesi avanzati hanno sistemi di welfare fortemente decentrati, eppure non conoscono fratture territoriali paragonabili a quella italiana. La differenza non sta nel grado di autonomia, ma negli strumenti che la accompagnano.

I Paesi scandinavi affidano gran parte dei servizi alla persona ai comuni, ma li sostengono con potenti meccanismi di perequazione fiscale che garantiscono a ogni territorio le risorse per offrire prestazioni uniformi. La Germania, Stato federale per eccellenza, ha scelto per la non autosufficienza un'assicurazione sociale nazionale e uguale per tutti, e dispone di un sistema costituzionale di perequazione tra i suoi Länder. La lezione è chiara: il decentramento funziona quando è accompagnato da solidarietà e da standard nazionali vincolanti; diventa fonte di disuguaglianza solo quando lascia ogni territorio alle proprie forze. L'Italia ha scelto, finora, la seconda strada.

8. Le obiezioni, e perché non bastano

Le obiezioni a questa lettura sono ricorrenti. La prima sostiene che le regioni, più vicine ai cittadini, sappiano spendere meglio e rispondere in modo più puntuale ai bisogni. Può essere vero, ma la vicinanza senza risorse non è efficienza: è abbandono travestito da autonomia. Una regione povera amministrata benissimo resterà comunque incapace di garantire ciò che una regione ricca offre con minore sforzo. La seconda obiezione rovescia la responsabilità sul Sud, accusato di sprecare e di non saper gestire, per concludere che sarebbe inutile dargli di più. È una colpevolizzazione della vittima che dimentica decenni di sottofinanziamento strutturale e di drenaggio di risorse verso il Nord.

La terza obiezione difende l'autonomia in nome della libertà dei territori, bollando come centralista ogni richiamo all'uniformità. Ma garantire a tutti i cittadini lo stesso livello essenziale di diritti fondamentali non è centralismo: è il contenuto stesso del principio di uguaglianza, che la Costituzione pone come dovere della Repubblica e affida proprio alla competenza esclusiva dello Stato. Non si tratta di negare le differenze, ma di impedire che diventino disuguaglianze nei diritti. Un conto è decidere localmente come organizzare un servizio; un altro è decidere localmente se quel servizio esista o no.

9. La frattura che attraversa il Paese

L'Italia diseguale della cura non è una fatalità geografica, ma il risultato di scelte: un federalismo costruito senza solidarietà, anni di austerità che hanno prosciugato le risorse comuni, livelli essenziali

enunciati e mai davvero finanziati. È la stessa logica dell'abbandono vista nelle pagine precedenti, qui proiettata sulla carta geografica del Paese. E come ogni scelta, può essere rovesciata: con livelli essenziali finanziati sul serio e uguali per tutti, con una perequazione che porti più risorse dove i bisogni sono maggiori, con un investimento pubblico straordinario nel Mezzogiorno della cura.

Resta però un'ultima domanda, la più scomoda. Se in metà del Paese i servizi quasi non esistono, e se anche dove esistono molte famiglie non possono pagarli, chi si prende cura, davvero, delle persone non autosufficienti? La risposta non è nelle statistiche delle regioni, ma dentro le case. Là dove lo Stato e il mercato si fermano, qualcuno continua a curare, in silenzio e senza salario. Ha quasi sempre un volto, ed è quasi sempre un volto di donna. È a questo welfare invisibile, l'ultimo ammortizzatore rimasto, che è dedicato il seguito di questa inchiesta.

10. Le fonti di questo capitolo

I dati sulla diversa dotazione regionale di posti letto e sull'assistenza domiciliare provengono dall'Osservatorio sulla Long Term Care del CERGAS dell'Università Bocconi e da rilevazioni ISTAT. Il confronto sulla spesa sociale per abitante dei comuni si basa sulle rilevazioni ISTAT dedicate agli interventi e ai servizi sociali degli enti locali. I dati sulla mobilità sanitaria interregionale e sui relativi flussi finanziari dal Sud verso il Nord sono tratti da analisi della Fondazione Gimbe, della Corte dei conti e dello Svimez. Il quadro normativo richiama la legge costituzionale n. 3 del 2001 sul Titolo V, la legge n. 33 del 2023 sulla non autosufficienza, la legge n. 86 del 2024 sull'autonomia differenziata e la successiva pronuncia della Corte costituzionale del 2024, oltre agli articoli 3, 32, 117 e 119 della Costituzione.

Capitolo 10. La famiglia come ammortizzatore sociale

Il trasferimento occulto delle responsabilità pubbliche

«La Repubblica agevola con misure economiche e altre provvidenze la formazione della famiglia e l'adempimento dei compiti relativi, con particolare riguardo alle famiglie numerose.»

Costituzione della Repubblica italiana, articolo 31

1. Il vero ospedale è la casa

Se si volesse trovare il più grande ospedale d'Italia, non bisognerebbe cercarlo in una città né in un edificio. Andrebbe cercato nelle cucine, nelle camere da letto, nei corridoi di milioni di case private, dove ogni giorno mogli, mariti, figlie e figli sollevano, lavano, imboccano e vegliano una persona che non è più autosufficiente. È lì, nell'invisibilità domestica, che si svolge la maggior parte del lavoro di cura del Paese. Non in una corsia, ma in un soggiorno.

Le pagine precedenti hanno mostrato uno Stato che si ritira e un mercato che serve soltanto chi può pagare. Resta una domanda: dove finisce la cura che il pubblico non garantisce e che il privato non vende? La risposta è una sola, ed è la più antica. Finisce sulle spalle delle famiglie. La famiglia è il vero sistema di welfare italiano: il più grande, il più economico, il più silenzioso. È l'ammortizzatore sociale che assorbe l'urto di ogni vuoto lasciato dalle istituzioni.

Questo capitolo descrive quel trasferimento. Mostra come la responsabilità della cura, che dovrebbe appartenere alla collettività, venga scaricata sulle famiglie attraverso un meccanismo tanto efficace quanto nascosto. E mostra che questo non è l'ordine naturale delle cose, ma il risultato di una precisa scelta di politica sociale: dare alle famiglie un po' di denaro e lasciare che si arrangino, invece di costruire i servizi che renderebbero la cura un diritto.

2. Un welfare costruito sulla famiglia

Il modello italiano di protezione sociale è nato, fin dalle origini, appoggiandosi alla famiglia. Gli studiosi lo chiamano welfare familista, o modello mediterraneo: un sistema che ha investito molto in pensioni e trasferimenti monetari e pochissimo in servizi alla persona, dando per scontato che a curare bambini, malati e anziani provvedesse la famiglia, e dentro la famiglia la donna. Lo Stato versava qualche sussidio; il lavoro vero lo faceva, gratis, la casalinga.

Per decenni questo equilibrio ha retto, perché poggiava su una società che oggi non esiste più: famiglie numerose, donne in gran parte fuori dal mercato del lavoro, una generazione di figli disponibili ad assistere i genitori. Quel mondo è finito. Le donne sono entrate nel lavoro retribuito, le famiglie si sono ristrette, la longevità ha moltiplicato gli anni di fragilità da assistere. Il pilastro su cui poggiava l'intero sistema ha cominciato a incrinarsi.

Di fronte a questa trasformazione, un Paese lungimirante avrebbe costruito i servizi che la famiglia non poteva più garantire. L'Italia ha fatto l'opposto: ha continuato a contare sulla famiglia come se nulla fosse cambiato, limitandosi a versare trasferimenti in denaro. Il welfare familista non è stato superato; è stato semplicemente lasciato in vita oltre le sue possibilità, scaricando sulle famiglie una tensione crescente.

Questa scelta ha radici antiche e responsabilità precise. La Costituzione, all'articolo 38, affida alla Repubblica il compito di garantire mezzi adeguati a chi è inabile al lavoro e privo dei mezzi necessari per vivere; ma quella promessa è stata interpretata, nei decenni, soprattutto come erogazione di assegni, non come costruzione di servizi. Mancò, in particolare, la decisione che altri Paesi presero per tempo: istituire un vero servizio nazionale per la non autosufficienza, pubblico e universale. Al suo posto restò un mosaico di prestazioni in denaro e di interventi comunali frammentari, che lasciava intatta la centralità della famiglia.

3. I numeri di un sistema che regge sulle case

I dati raccontano con freddezza questo squilibrio. Degli oltre 4 milioni di anziani non autosufficienti, la grande maggioranza vive in casa propria

ed è assistita dalla famiglia, non da un servizio. La spesa pubblica per la non autosufficienza, già modesta, è composta per il 52% da indennità di accompagnamento, cioè da trasferimenti in denaro, e solo per la parte restante da servizi reali. In altre parole, lo Stato preferisce dare soldi piuttosto che organizzare assistenza.

Nel frattempo la rete che dovrebbe reggere il peso si assottiglia. La dimensione media delle famiglie italiane è scesa da 2,7 a 2,2 componenti, e soltanto il 21% di chi assiste un genitore anziano può dividere il carico con un fratello o una sorella. Sempre più spesso un solo familiare, da solo, si fa carico di tutto.

Anche dove il pubblico interviene, lo fa con intensità calante. L'assistenza domiciliare integrata raggiunge un numero crescente di persone, ma con un impegno per ciascuna sempre più ridotto: le ore medie per paziente sono scese da 18 all'anno nel 2019 a 14 nel 2023. Poco più di un'ora al mese: tutto il resto, le altre centinaia di ore di cui una persona non autosufficiente ha bisogno, lo mette la famiglia.

Questo squilibrio tra denaro e servizi è anche una distanza dall'Europa. Nei Paesi che hanno investito nella cura, la spesa pubblica si traduce in prestazioni concrete: ore di assistenza, posti, personale qualificato. In Italia prevale invece la formula più economica per il bilancio e più gravosa per le famiglie, quella del trasferimento monetario. Il denaro pubblico non costruisce una rete di servizi, ma si limita a tamponare un bisogno che resta, nei fatti, affidato a chi se ne occupa in casa.

4. Il trasferimento occulto: dare denaro invece di servizi

Il cuore di questo sistema è uno strumento apparentemente generoso: l'indennità di accompagnamento. È una somma fissa, poco superiore ai 550 euro al mese, erogata a chi ha bisogno di assistenza continua, indipendentemente dal reddito e senza alcun vincolo su come venga spesa. Per molte famiglie è un aiuto prezioso, talvolta l'unico. Ma la sua logica racconta una precisa filosofia politica: lo Stato non si occupa di organizzare la cura, ti dà un assegno e ti lascia il compito di trovare da solo una soluzione.

Vale la pena guardare da vicino questo assegno. È uguale per tutti, qualunque sia il grado di bisogno: riceve la stessa cifra chi necessita di poche ore di aiuto e chi richiede assistenza 24 ore su 24. Non è legato ad alcun progetto di cura, non prevede alcuna verifica su come venga utilizzato, non si accompagna ad alcun servizio. È la voce più consistente della spesa pubblica per la non autosufficienza, eppure è anche la più cieca: distribuisce denaro senza costruire assistenza, lasciando che sia ciascuna famiglia a inventarsi, da sola, la propria soluzione.

Questa scelta ha un nome: trasferimento occulto delle responsabilità. Conviene allo Stato, perché un assegno costa meno di una rete di servizi e scarica sulla famiglia tutto il peso organizzativo, il rischio e la fatica. E resta nascosto, perché il lavoro che lo rende possibile non compare da nessuna parte: non nel prodotto interno lordo, non nei bilanci pubblici, non nelle statistiche ufficiali dell'assistenza. È un sussidio gigantesco che il Paese incassa senza contabilizzarlo, pagato dalle famiglie in tempo, salute e denaro.

C'è anche un vantaggio politico, più sottile. Trattare la cura come una faccenda privata, da risolvere in casa con un piccolo aiuto monetario, significa depoliticizzarla: non più un diritto da rivendicare e da finanziare collettivamente, ma un dovere familiare, quasi un fatto di natura. È la mossa ideologica che rende l'abbandono accettabile, perché lo traveste da amore familiare.

5. Il prezzo pagato dai familiari

Dietro l'astrazione del trasferimento occulto ci sono persone che pagano un prezzo concreto. Chi assiste un familiare non autosufficiente lo fa spesso per anni, senza orari e senza tregua, sacrificando il proprio lavoro, le proprie relazioni, la propria salute. Sono i caregiver familiari: una figura su cui l'intero sistema scarica la propria sopravvivenza, e che lo Stato riconosce a stento, senza una vera legge che ne tuteli diritti, riposo e contributi.

Il costo è prima di tutto economico. Per assistere un genitore o un coniuge, molti riducono l'orario di lavoro o lasciano l'impiego del tutto, perdendo reddito presente e pensione futura. È una povertà che matura lentamente e colpisce in larga parte chi ha già meno mezzi per difendersi.

A questo si aggiunge il costo umano: l'isolamento, l'esaurimento, le malattie da stress che fanno del caregiver un secondo malato accanto al primo. Non di rado chi cura è a sua volta anziano e fragile, un coniuge che assiste l'altro fino allo stremo.

Su questa fatica grava anche una morsa generazionale. Chi assiste un genitore molto anziano ha spesso a sua volta 50 o 60 anni, talvolta figli ancora a carico e un lavoro da non perdere: è la cosiddetta generazione sandwich, schiacciata tra due fronti di cura. E le riserve disponibili si riducono di anno in anno, perché le famiglie hanno meno figli da cui attingere e gli anni di non autosufficienza da coprire si allungano. Il bisogno cresce proprio mentre le braccia per farvi fronte diminuiscono.

Quando la famiglia non ce la fa più, le strade sono poche e tutte amare: pagare di tasca propria un'assistente familiare, spesso in nero, là dove se lo può permettere; cercare un posto in una residenza che costa quanto e più della pensione; oppure arrendersi, lasciando che la persona resti sola e trascurata. L'ammortizzatore familiare, sottoposto a una pressione superiore alle sue forze, prima o poi si rompe.

6. Chi ha scelto di socializzare la cura

Anche qui il confronto internazionale smonta l'idea che la cura familiare sia un destino naturale. I Paesi scandinavi hanno compiuto, decenni fa, una scelta opposta a quella italiana: hanno socializzato la cura, costruendo servizi pubblici capillari che sollevano la famiglia dal peso esclusivo dell'assistenza. Il risultato è un duplice guadagno: gli anziani ricevono cure professionali e continue, e i familiari, soprattutto le donne, restano liberi di lavorare e di vivere.

La Germania, con la sua assicurazione pubblica per la non autosufficienza, offre alle famiglie non solo denaro ma anche servizi, sostegno e periodi di congedo retribuito per chi assiste. Persino i suoi trasferimenti monetari sono accompagnati da consulenza e da verifica della qualità dell'assistenza. L'Italia, al contrario, consegna l'assegno e scompare: nessun piano, nessuna formazione, nessun sollievo. La differenza non sta nell'amore delle famiglie, che è ovunque lo stesso, ma nel fatto che altrove la collettività ha deciso di condividere il peso, mentre da noi lo ha lasciato tutto a chi sta in casa.

Non è un caso che proprio i Paesi che hanno socializzato la cura registrino i più alti tassi di occupazione femminile: liberare le donne dal lavoro di cura obbligato e gratuito significa anche liberarne il lavoro retribuito, con un guadagno per l'intera economia. Dove invece la cura resta un affare di famiglia, come in Italia, sono soprattutto le donne a pagarne il prezzo in mancata occupazione e in carriere interrotte. La scelta tra familismo e servizi non riguarda dunque solo gli anziani: ridisegna il posto delle donne nella società.

7. Le obiezioni, e perché non reggono

L'obiezione più frequente è anche la più nobile in apparenza: la famiglia è il luogo naturale e migliore della cura, difenderla è un atto di civiltà. Nessuno nega il valore degli affetti. Ma caricare sulle famiglie tutta la responsabilità, senza servizi e senza sostegno, non significa valorizzarle: significa sfruttarle. Si usa l'amore come surrogato dei diritti, chiedendo ai sentimenti di tappare i buchi che lo Stato lascia aperti.

Una seconda obiezione difende i trasferimenti in denaro in nome della libertà di scelta: con l'assegno, si dice, ogni famiglia decide come organizzarsi. Ma è una libertà fittizia. Una famiglia con poco più di 550 euro al mese e nessun servizio sul territorio non sceglie nulla: può soltanto arrangiarsi. Dare denaro senza costruire servizi non amplia la libertà, privatizza il rischio. Una terza obiezione invoca i costi, sostenendo che lo Stato non può permettersi di sostituire la famiglia. Ma la cura familiare non è gratuita: ha un costo enorme, semplicemente è invisibile e ricade quasi per intero sulle donne. Il costo esiste comunque; la sola domanda è chi lo paga, e se debba pagarlo da solo.

8. Un pilastro che si sgretola

La famiglia, dunque, non è il complemento del welfare della cura: ne è diventata la struttura portante. È il pilastro nascosto che impedisce all'intero edificio di crollare, mentre lo Stato si ritira e il mercato seleziona. Ma è un pilastro sottoposto a una tensione insostenibile: le famiglie sono sempre più piccole, le donne sempre più impegnate nel lavoro retribuito, i caregiver sempre più anziani. Il modello familista sta cedendo sotto le proprie contraddizioni, e nessun assegno mensile potrà sostenerlo ancora a lungo.

Resta però una domanda che il discorso pubblico preferisce non porre. Quando diciamo che a curare è la famiglia, di chi stiamo parlando davvero? Non di un'entità astratta e neutra. Dentro la famiglia il lavoro di cura ha un genere preciso, ed è quasi sempre lo stesso: sono le figlie, le mogli, le nuore a reggere il peso, a ridurre l'orario, a rinunciare alla carriera, a vegliare di notte. Il welfare invisibile dell'Italia poggia, in ultima istanza, sul lavoro non pagato delle donne. È a loro, e al prezzo che pagano, che sono dedicate le pagine che seguono.

9. Le fonti di questo capitolo

I dati sul numero degli anziani non autosufficienti, sulla composizione della spesa pubblica per la non autosufficienza e sul peso delle indennità di accompagnamento, pari al 52% del totale, provengono dall'Osservatorio sulla Long Term Care del CERGAS dell'Università Bocconi, nel suo ottavo Rapporto. Gli stessi dati riportano la riduzione dell'intensità dell'assistenza domiciliare integrata, scesa da 18 ore medie annue per paziente nel 2019 a 14 nel 2023. Le informazioni sulla riduzione della dimensione familiare media, da 2,7 a 2,2 componenti, e sulla quota del 21% di chi può condividere l'assistenza con un fratello o una sorella si basano su rilevazioni e proiezioni ISTAT. Il quadro interpretativo del welfare familista fa riferimento alla letteratura sui regimi di welfare e sul modello mediterraneo di protezione sociale.

Capitolo 11. Le donne della cura

Il lavoro invisibile che sostiene il sistema

«La donna lavoratrice ha gli stessi diritti e, a parità di lavoro, le stesse retribuzioni che spettano al lavoratore.»

Costituzione della Repubblica italiana, articolo 37

1. Il genere nascosto del welfare

Quando si dice che in Italia a curare gli anziani e i malati è la famiglia, si usa una parola che nasconde più di quanto riveli. La famiglia, in astratto, non esiste: esistono persone in carne e ossa che dentro di essa svolgono il lavoro di cura. E quando si guarda chi sono, l'immagine neutra si dissolve. A lavare, imboccare, vegliare, accompagnare dal medico, gestire farmaci e pratiche burocratiche sono, nella stragrande maggioranza dei casi, donne. Figlie che assistono i genitori, mogli che assistono i mariti, nuore che assistono i suoceri.

Il welfare invisibile descritto nelle pagine precedenti ha dunque un genere preciso. Non è la famiglia, entità astratta, a reggere il sistema della cura italiano: sono le donne, con il loro tempo e il loro lavoro non pagato. Quel pilastro nascosto che impedisce all'edificio di crollare è fatto, in larghissima parte, di lavoro femminile gratuito.

Questo capitolo porta alla luce ciò che il linguaggio della famiglia tiene in ombra. Mostra come la cura sia stata storicamente assegnata alle donne come destino naturale, come questo lavoro resti invisibile proprio perché non retribuito, e come su di esso si regga non solo l'assistenza agli anziani, ma una parte essenziale dell'intera economia. La cura negata dallo Stato è cura imposta, gratuitamente, alle donne.

2. Un lavoro assegnato per natura

La divisione del lavoro tra i sessi non è un dato di natura, ma una costruzione storica e sociale. Per secoli alla donna è stato assegnato lo spazio domestico e il compito di accudire: i figli, i malati, gli anziani. L'ideologia che accompagnava questa assegnazione la presentava come vocazione, istinto, missione: la donna sarebbe più portata per natura alla

cura, e dunque a essa destinata. Una narrazione che, trasformando un'imposizione sociale in inclinazione naturale, rendeva inutile retribuirli e perfino nominarli.

Il modello del Novecento ha codificato questa divisione: l'uomo procacciatore di reddito fuori casa, la donna addetta non pagata alla riproduzione della vita dentro casa. Su questo schema l'Italia ha costruito anche il proprio welfare familista, dando per scontata la presenza di una donna disponibile in ogni famiglia. Quando le donne hanno cominciato a entrare in massa nel lavoro retribuito, lo schema è entrato in crisi, ma il compito di cura non è stato redistribuito: si è semplicemente sommato al nuovo, dando vita alla cosiddetta doppia presenza, il doppio turno di chi lavora fuori e continua a lavorare dentro.

Il pensiero femminista ha smontato per primo questa naturalizzazione, mostrando che il lavoro di cura e domestico, pur non retribuito, è lavoro a tutti gli effetti, e anzi è il lavoro che rende possibile ogni altro: senza qualcuno che cresca, nutra e accudisca le persone, nessuna economia potrebbe funzionare. È ciò che alcune studiose hanno chiamato lavoro di riproduzione sociale, la base nascosta su cui poggia la produzione di merci e profitti. Riconoscerlo significa capovolgere la gerarchia: non un'attività marginale e privata, ma il fondamento materiale dell'intera società.

3. I numeri di una disuguaglianza

I dati confermano ciò che l'esperienza quotidiana già dice. Secondo le rilevazioni, circa 2/3 dei familiari che assistono un congiunto non autosufficiente sono donne, e la quota cresce quando l'assistenza è più gravosa e continuativa. La cura intensiva, quella che assorbe la vita, ricade soprattutto su di loro.

Lo squilibrio si misura anche nel tempo. Le donne italiane dedicano al lavoro domestico e di cura molte più ore degli uomini, con uno dei divari di genere più ampi d'Europa. È una differenza che non dipende dall'occupazione: anche quando lavorano fuori casa a tempo pieno, continuano a farsi carico della parte maggiore del lavoro non pagato. La doppia presenza non è un modo di dire, ma una misura concreta di ore sottratte al riposo, al tempo libero, a se stesse.

Su questo sfondo pesa la struttura demografica. Con famiglie sempre più piccole, le riserve di lavoro femminile gratuito si assottigliano: soltanto il 21% di chi assiste un genitore può dividere il carico con un fratello o una sorella, e quando la condivisione avviene è di nuovo, spesso, tra sorelle. Meno figlie disponibili significa, per ciascuna, un carico più pesante.

A questo si aggiunge un carico che nessuna statistica misura del tutto: la responsabilità organizzativa. Oltre alle ore di assistenza diretta, sono in larga parte le donne a tenere il filo di tutto, ricordare le visite, gestire le terapie, dialogare con medici e uffici, prevedere i bisogni prima che diventino emergenze. È il cosiddetto carico mentale, una vigilanza permanente che non conosce orari né ferie e che si somma, invisibile, al resto del lavoro. La cura, prima ancora che fatica fisica, è una presenza che occupa la mente per intero.

4. Il sussidio invisibile all'economia

La cura non retribuita delle donne non è soltanto un fatto privato: è un gigantesco sussidio all'economia e allo Stato. Ogni ora di assistenza prestata gratuitamente in casa è un'ora di servizio pubblico che non deve essere finanziato, un posto in residenza che non deve essere costruito, un salario che non deve essere pagato. Se quel lavoro fosse retribuito ai prezzi di mercato, varrebbe una quota imponente del prodotto interno lordo. Ma proprio perché è gratuito, resta fuori da ogni contabilità: non compare nel PIL, non figura nei bilanci, non entra nelle statistiche del lavoro.

È qui che la questione di genere e la questione di classe si saldano. Il ritiro dello Stato sociale e la selezione operata dal mercato, descritti nelle pagine precedenti, funzionano soltanto perché qualcuno raccoglie ciò che cade: e quel qualcuno è la donna di casa. Tagliare la spesa pubblica per la cura non fa sparire il bisogno, lo trasferisce sul lavoro femminile non pagato. L'austerità, presentata come neutra, ha in realtà un sesso: a pagarne il conto, sotto forma di tempo e di fatica, sono soprattutto le donne.

L'ideologia della cura come vocazione naturale svolge, in questo quadro, una funzione precisa: rendere accettabile e perfino nobile ciò che

è, nella sostanza, sfruttamento. Finché curare è amore, sacrificio, dovere femminile, non è lavoro, e dunque non va né pagato né condiviso né sostenuto. La naturalizzazione non è un residuo del passato: è lo strumento che mantiene gratuito il lavoro su cui il sistema si regge.

Vista da questa angolatura, la gratuità del lavoro di cura non è un'anomalia del sistema economico, ma una sua condizione. Il capitalismo ha bisogno di forza lavoro pronta ogni mattina, di bambini cresciuti, di malati rimessi in piedi, di anziani accuditi: tutte cose che qualcuno deve produrre senza che il mercato le paghi. Scaricare questo lavoro sulle donne, fuori dal salario, è il modo più antico ed efficace per abbattere i costi sociali della riproduzione della vita. L'abbandono della cura pubblica, allora, non è soltanto austerità: è il ritorno a far funzionare l'economia sulle spalle non pagate di metà del genere umano.

5. Il prezzo pagato dalle donne

Questo lavoro invisibile ha conseguenze visibilissime sulla vita di chi lo svolge. La prima è economica. Per assistere un familiare molte donne riducono l'orario, rinunciano a una promozione, lasciano del tutto l'impiego. È la cosiddetta penalità della cura: redditi più bassi, carriere interrotte, contributi previdenziali mancati. Non a caso poco più del 50% delle donne in età da lavoro ha un'occupazione, uno dei valori più bassi dell'Unione europea, e tra le ragioni dell'inattività femminile il carico di cura familiare ha un posto di primo piano.

La penalità non finisce con l'assistenza: prosegue nella vecchiaia. Avendo lavorato meno e versato meno contributi, molte donne arrivano all'età anziana con pensioni più basse e maggiore rischio di povertà. Così la donna che per anni ha curato gli altri diventa, da vecchia, la più esposta a restare senza cura. Il sistema consuma il lavoro femminile da giovani e abbandona le stesse donne da anziane: un doppio sfruttamento lungo l'intera vita.

C'è poi il prezzo invisibile, quello che non si misura in euro: la stanchezza cronica, l'isolamento, il senso di colpa quando non si riesce a fare abbastanza, le malattie da stress, la rinuncia a una vita propria. La cura, quando è solitudine obbligata e non scelta sostenuta, logora chi la

presta. E poiché è considerata un dovere naturale, questo logorio resta privato, taciuto, senza nemmeno il diritto di lamentarsi.

Esiste anche una specializzazione interna alla famiglia. Quando un anziano perde l'autosufficienza, lo sguardo si rivolge quasi automaticamente alla figlia, più che al figlio, e tra più figlie spesso a quella considerata più disponibile, magari perché non sposata o con un lavoro ritenuto meno importante. Così la cura si trasmette di donna in donna lungo le generazioni, come un'eredità silenziosa che nessuno ha mai deciso e che tutti danno per scontata.

6. Dove la parità passa dalla cura

Il confronto internazionale mostra che non esiste alcun nesso di natura tra donna e cura: esistono scelte politiche diverse. I Paesi che hanno socializzato l'assistenza, costruendo servizi pubblici per l'infanzia e per gli anziani, hanno anche i più alti tassi di occupazione femminile e i divari di genere più ridotti. Non è un caso: liberare le donne dal lavoro di cura obbligato e gratuito è la condizione stessa della loro libertà economica e sociale.

L'Italia sta all'estremo opposto. Il basso tasso di occupazione femminile, la persistenza del doppio turno, la scarsità di servizi non sono problemi separati: sono il volto unico di un modello che continua a contare sul lavoro gratuito delle donne. Dove la cura resta un affare di famiglia, la parità tra i sessi resta una promessa monca. Investire in servizi di cura, allora, non è solo politica sociale o sanitaria: è la più concreta delle politiche per l'uguaglianza di genere. Si misura lì, nella possibilità per una donna di non dover scegliere tra assistere un genitore e conservare il proprio lavoro.

Gli strumenti che fanno la differenza sono noti: servizi pubblici per l'infanzia e per gli anziani diffusi e accessibili, congedi di cura ben retribuiti e pensati anche per gli uomini, sostegni concreti a chi assiste. Dove questi strumenti esistono, gli uomini partecipano di più alla cura e le donne non sono costrette a scegliere tra lavoro e famiglia. Dove mancano, come in Italia, il peso torna inevitabilmente sulle donne, e ogni proclama sulla parità resta lettera morta. La distanza tra i Paesi non si

misura nei discorsi, ma nei bilanci: si è seri sull'uguaglianza di genere nella misura in cui si finanzia la cura.

7. Le obiezioni, e perché non reggono

Le obiezioni, anche qui, sono ricorrenti. La prima ripete che le donne sono semplicemente più adatte alla cura, più empatiche, più pazienti. È l'essentialismo di sempre, che scambia il risultato di secoli di condizionamento per dato biologico. Non esiste alcuna prova che la capacità di accudire sia scritta in un sesso; esiste, invece, un'educazione che la pretende dalle donne e la scoraggia negli uomini. Spacciare per natura ciò che è cultura serve solo a giustificare la divisione esistente.

Una seconda obiezione sostiene che molte donne scelgono liberamente di dedicarsi alla cura, e che parlare di sfruttamento offenderebbe quella scelta. Ma una scelta è davvero libera solo quando esistono alternative reali: senza servizi, senza congedi adeguati, senza una vera condivisione con gli uomini, e dentro una cultura che assegna comunque alla donna quel compito, la scelta è spesso l'unica via rimasta. Una terza obiezione teme che riconoscere e retribuire la cura finirebbe per inchiodare le donne al ruolo domestico. È un rischio reale, ma la risposta non è lasciare il lavoro gratuito: è socializzare la cura attraverso servizi pubblici e una redistribuzione del carico tra i sessi, non comprare il silenzio delle donne con un piccolo assegno.

8. La catena che non si spezza

Le donne della cura sono, in conclusione, la fondazione nascosta del welfare italiano: un lavoro enorme, indispensabile e gratuito, su cui poggiano insieme le famiglie, lo Stato che risparmia e il mercato che seleziona. È una questione femminista e di classe allo stesso tempo, perché a essere sfruttata non è una funzione astratta, ma il tempo concreto di milioni di donne, spesso le più povere e le meno tutelate. Riconoscere questo lavoro, dividerlo, sostenerlo con servizi pubblici è una delle prove più nette di che cosa una società intenda davvero per giustizia.

Eppure, quando la donna di casa non basta più, perché lavora, perché è anziana, perché è sola, il sistema non socializza la cura: la passa

semplicemente a un'altra donna. Quasi sempre più povera, spesso straniera, frequentemente senza contratto e sottopagata. La cura negata dallo Stato e tolta alla famiglia non scompare: scivola lungo una catena globale che collega le case italiane ai Paesi più poveri del mondo, di donna in donna. Chi sia l'ultimo anello di questa catena, e a quale prezzo regga sulle proprie spalle il nostro sistema di assistenza, è la storia delle pagine che seguono.

9. Le fonti di questo capitolo

I dati sulla prevalenza femminile tra i familiari che prestano assistenza e sul divario di genere nel lavoro domestico e di cura provengono da rilevazioni ISTAT, in particolare dalle indagini sull'uso del tempo e sulla conciliazione tra lavoro e famiglia. Il dato sul tasso di occupazione femminile, tra i più bassi dell'Unione europea, fa riferimento alle statistiche ISTAT ed Eurostat sul mercato del lavoro. La quota del 21% di chi può condividere l'assistenza con un fratello o una sorella e i dati sulla composizione della spesa per la non autosufficienza si basano sull'Osservatorio sulla Long Term Care del CERGAS dell'Università Bocconi e su rilevazioni ISTAT. Il quadro interpretativo del lavoro di cura come riproduzione sociale richiama la letteratura femminista e i dibattiti sul lavoro domestico non retribuito.

Capitolo 12. Un milione di badanti

Migrazioni, sfruttamento e catene globali dell'assistenza

«La Repubblica tutela il lavoro in tutte le sue forme ed applicazioni.»

Costituzione della Repubblica italiana, articolo 35

1. Una parola entrata senza permesso

C'è una parola che, in poco più di trent'anni, è entrata nelle case degli italiani senza chiedere permesso: badante. Non esisteva nel lessico ufficiale, non compariva nei contratti, non aveva un posto nelle statistiche. Oggi designa il pilastro nascosto su cui poggia l'intera architettura della cura nel nostro Paese. Mentre lo Stato arretrava, mentre i servizi territoriali si assottigliavano, mentre le liste d'attesa si allungavano, qualcuno ha continuato a lavare, vestire, imboccare e vegliare milioni di persone anziane non autosufficienti.

Quel qualcuno ha quasi sempre un volto di donna e, in circa 7 casi su 10, un passaporto straniero. È un esercito silenzioso, in larga parte invisibile alle anagrafi, che tiene in piedi il sistema di assistenza informale italiano. E che paga, con il proprio corpo e la propria biografia, il prezzo di un welfare che ha deciso di scaricare sul mercato e sulle famiglie ciò che dovrebbe essere un diritto collettivo.

2. Un mestiere nato da un vuoto pubblico

La figura della badante non nasce da una tradizione, ma da un'assenza. Negli anni novanta del Novecento, mentre la popolazione italiana cominciava a invecchiare in modo rapido e la spesa per i servizi alla persona restava al palo, le famiglie si sono trovate sole di fronte a un bisogno che cresceva senza sosta. La risposta non è arrivata dallo Stato: è arrivata dall'incontro tra due solitudini. Da un lato le famiglie italiane prive di servizi pubblici adeguati; dall'altro le donne dell'Europa orientale e del Sud del mondo, espulse da economie travolte dal crollo del blocco sovietico e dalle politiche di aggiustamento strutturale. Il mercato della cura privata ha riempito il vuoto lasciato dal pubblico.

Lo Stato non ha ignorato il fenomeno: lo ha governato a posteriori, con una lunga catena di sanatorie. Le grandi regolarizzazioni, da quella del 2002 fino all'emersione del 2020 prevista dall'articolo 103 del decreto Rilancio, hanno fatto emergere centinaia di migliaia di rapporti di lavoro sommersi, riconoscendo di fatto che il Paese non poteva reggersi senza quel lavoro. Nel 2013 l'Italia è stata il primo Stato dell'Unione europea a ratificare la Convenzione numero 189 dell'Organizzazione internazionale del lavoro sul lavoro dignitoso del personale domestico. Un primato formale che, come vedremo, convive con una realtà di diritti negati.

3. I numeri di un esercito invisibile

I dati del settimo Rapporto annuale dell'Osservatorio DOMINA sul lavoro domestico, elaborati su fonti INPS e pubblicati nel gennaio 2026, restituiscono la dimensione del fenomeno. I lavoratori domestici regolari sono circa 817 mila, a cui si affiancano 902 mila famiglie datrici: in tutto oltre 1,7 milioni di persone censite dall'INPS. Per la prima volta nella storia del settore, le badanti, cioè chi si occupa di assistenza alla persona, hanno superato le colf: 413 mila contro 404 mila. È la prova statistica di ciò che le famiglie già sanno: il bisogno non è più tenere pulita la casa, ma reggere il peso della non autosufficienza.

Questi numeri, però, raccontano solo la parte emersa. Il tasso di irregolarità nel lavoro domestico tocca il 48,8%: quasi un rapporto su due si svolge in nero, senza contratto, contributi, ferie né tutele. Considerando anche questa componente sommersa, le persone complessivamente coinvolte superano i 3,3 milioni. A questi si aggiungono i lavoratori del tutto invisibili, privi di permesso di soggiorno e impossibili da censire: l'Osservatorio ne stima almeno 200 mila.

Il volto del settore è nettissimo: circa il 90% sono donne e quasi il 70% sono cittadini stranieri, quota che per le sole badanti sale oltre il 72%. La componente italiana cresce, e oggi supera un terzo della forza lavoro, ma il lavoro di cura resta nella sostanza un lavoro femminile e migrante. Sul piano territoriale la domanda si concentra dove ci sono più reddito e più anziani soli: la Lombardia, con circa 170 mila famiglie datrici, e il Lazio, con circa 152 mila, guidano la classifica.

4. La geografia delle provenienze

Dietro la parola badante c'è una mappa precisa di migrazioni femminili. Quasi la metà dei lavoratori domestici stranieri proviene da soli tre Paesi: la Romania, con circa 123 mila lavoratori, l'Ucraina, con circa 90 mila, e le Filippine, con circa 63 mila. Seguono il Perù, con oltre 36 mila, e la Moldavia, con circa 32 mila. La nazionalità non è un dettaglio anagrafico: orienta il tipo di lavoro.

Tra le persone provenienti dall'Europa dell'Est l'incidenza del ruolo di badante supera il 60%, con punte dell'84,9% per la Caladea e oltre il 67% per l'Ucraina; tra chi arriva dalle Filippine, dal Pakistan o dal Bangladesh prevale invece il lavoro di colf. Per l'insieme delle badanti, la componente dell'Europa orientale è largamente maggioritaria e sfiora i tre quarti del totale. È una geografia che cambia: dopo l'emersione del 2020 il numero complessivo di lavoratori stranieri è calato di oltre il 9%, mentre cresce in modo netto la presenza georgiana, passata in pochi anni da 16 mila a 25 mila unità. Ogni spostamento di questa mappa racconta una crisi lontana che diventa manodopera di cura nelle case italiane.

5. L'ammortizzatore privato dello Stato

La diffusione del lavoro di cura privato non è un fatto naturale: è il risultato di una precisa scelta di politica pubblica. Da decenni l'Italia ha privilegiato i trasferimenti monetari rispetto ai servizi. Lo strumento simbolo è l'indennità di accompagnamento, una somma erogata alla persona o alla famiglia senza vincolo di destinazione e senza controllo sulla qualità dell'assistenza. Lo Stato, in pratica, consegna del denaro e si ritira, lasciando alla famiglia il compito di trasformarlo in cura. Nella maggior parte dei casi quel denaro si converte in un rapporto di lavoro privato, spesso sommerso, con una donna migrante.

È un modello che produce un paradosso. Il lavoro domestico genera da solo un valore stimato in circa 17,1 miliardi di euro, mentre le famiglie spendono di tasca propria 7,66 miliardi l'anno per pagare chi assiste i loro cari. È welfare a tutti gli effetti, ma è welfare privatizzato, pagato dalle famiglie e prodotto da lavoratrici sottopagate. Le proporzioni della spesa pubblica confermano la rotta: l'Italia destina alle pensioni una quota pari

al 16,3% del prodotto interno lordo e ai servizi appena l'1,6%. Si trasferisce denaro, non si costruiscono servizi.

In questo schema la badante non è un'anomalia: è una funzione. È l'ammortizzatore vivente che consente allo Stato di non spendere, scaricando il costo della cura su chi ha meno potere contrattuale di tutti, una donna straniera, spesso sola, spesso ricattabile. Classe, genere e provenienza si saldano in un'unica figura, e la sua invisibilità è esattamente ciò che rende il sistema così conveniente per chi governa la spesa.

6. Le catene globali della cura

Questo meccanismo non è soltanto italiano: è un ingranaggio dell'economia globale. La sociologa Arlie Russell Hochschild lo ha definito con un'espressione divenuta classica, catene globali della cura. Nel volume *Donne globali. Tate, colf e badanti*, curato insieme a Barbara Ehrenreich, l'idea è limpida e spietata: la cura, come una merce, scorre dai Paesi poveri a quelli ricchi, dal Sud al Nord del mondo, dalle donne con meno risorse a quelle che ne hanno di più.

La badante peruviana o ucraina colma il deficit di cura delle famiglie italiane, ma per farlo lascia un vuoto identico nella propria casa, affidando i figli e i genitori anziani a una nonna, a una sorella, a un'altra donna ancora più povera. Una donna può prendersi cura degli anziani di un altro Paese solo se un'altra rinuncia, per anni, a prendersi cura dei propri. Il benessere conquistato dalle famiglie del Nord poggia su un impoverimento affettivo e materiale che si scarica a catena verso il basso. È una forma di estrazione di valore non diversa, nella logica, da quella delle materie prime: il Nord ricco importa lavoro di cura a basso costo dalla periferia del mondo e lascia ai Paesi d'origine il conto sociale.

7. Vite in ombra: il prezzo umano dello sfruttamento

Il prezzo di questo sistema lo pagano in primo luogo le lavoratrici. Il lavoro di cura convivente, la cosiddetta badante fissa, comporta orari che nessun altro settore tollererebbe: presenza continua, riposi compressi, reperibilità notturna, una vita interamente assorbita dalla persona assistita. Quando il rapporto è in nero, e quasi metà lo è, non esistono

ferie, malattia, contributi né alcuna tutela in caso di licenziamento. La paura di perdere il posto, o per chi è priva di documenti di essere espulsa, rende gli abusi raramente denunciabili.

È in questo contesto che, nei Paesi dell'Est europeo, è stato coniato il termine *sindrome italiana*: una forma di depressione e di sofferenza psichica diffusa tra le donne che, dopo anni di assistenza in case altrui, tornano a casa sradicate, sole, segnate dalla lontananza dai propri affetti. La Convenzione numero 189 dell'Organizzazione internazionale del lavoro, che l'Italia ha ratificato per prima in Europa, fissa standard di dignità e protezione; ma una norma non applicata resta una promessa. Il contratto collettivo nazionale di categoria esiste, eppure metà del settore vive fuori da ogni regola, in una zona grigia dove la cura amorevole degli altri convive con lo sfruttamento di sé.

8. Il modello mediterraneo nello specchio europeo

L'Italia è tra i tre maggiori datori di lavoro domestico d'Europa, e questo primato non è un caso. Esiste un modello mediterraneo, o familista, della cura, condiviso con la Spagna e la Grecia, in cui la responsabilità dell'assistenza ricade quasi per intero sulla famiglia e, al suo interno, sulle donne, italiane o migranti. È il rovescio del modello nordeuropeo, dove la cura degli anziani è in larga parte un servizio pubblico universale, finanziato dalla fiscalità e affidato a personale formato, contrattualizzato e tutelato.

Nei Paesi scandinavi la badante privata e convivente è una figura marginale, perché lo Stato si fa carico del bisogno; in Italia è la regola, perché lo Stato si è ritirato. La differenza non è culturale ma politica: dove esistono servizi pubblici il lavoro di cura emerge, viene regolato e diventa dignitoso; dove non esistono sprofonda nel sommerso e nello sfruttamento. La ratifica italiana della Convenzione 189, prima nell'Unione europea, è il segno stesso di questa contraddizione: all'avanguardia nelle dichiarazioni, in ritardo nei fatti.

9. Le obiezioni e perché non reggono

A chi difende l'esistente non mancano gli argomenti. Il primo: il sistema funziona, ed è economico. Una badante convivente costa alla

famiglia molto meno di una struttura residenziale e consente all'anziano di restare a casa propria. È vero, ma è una verità parziale: funziona perché qualcuno lo paga con condizioni di lavoro indegne, e perché il costo reale è soltanto spostato, dalla collettività alle famiglie e alle lavoratrici.

Il secondo argomento: le regolarizzazioni periodiche sanano il sommerso. Ma trent'anni di sanatorie non hanno ridotto l'irregolarità, che resta vicina alla metà del settore: emergono i singoli rapporti, non cambia il modello, e poco dopo il sommerso si ricostituisce. Il terzo argomento è il più ideologico: si tratterebbe di una libera scelta tra adulti in un libero mercato. Ma non c'è libertà reale nella scelta di chi emigra spinta dalla miseria e accetta qualunque condizione, né in quella di una famiglia abbandonata dallo Stato che cerca la soluzione meno cara. La libertà del mercato, qui, è la libertà del più forte.

10. Sintesi: la struttura portante del welfare

Oltre un milione di lavoratrici della cura, in larga parte donne e straniere, regge ciò che lo Stato ha smesso di garantire. Non è un dettaglio del welfare italiano: ne è la struttura portante, tanto più solida quanto più resta invisibile. Riconoscerlo significa capire che la crisi della cura non è un problema di organizzazione, ma di giustizia: di classe, di genere e di confini. Finché la cura resterà un costo privato anziché un diritto pubblico, continuerà a scaricarsi sulle spalle di chi ha meno.

E quando la cura diventa una spesa che la famiglia deve sostenere da sola, la fragilità di chi ha bisogno si rovescia con facilità in qualcosa di ancora più duro: l'esclusione economica. Dove non arrivano i servizi, arriva la povertà. È il terreno su cui ci muoveremo nelle pagine che seguono.

11. Le fonti di questo capitolo

I dati quantitativi provengono dal settimo Rapporto annuale dell'Osservatorio DOMINA sul lavoro domestico, elaborato in collaborazione con la Fondazione Leone Moressa su forniture personalizzate INPS e presentato nel gennaio 2026: da questa fonte derivano le cifre sui lavoratori regolari e sulle famiglie datrici, il sorpasso delle badanti sulle colf, il tasso di irregolarità al 48,8 per cento, le oltre 3,3

milioni di persone coinvolte, la prevalenza femminile e straniera, la spesa delle famiglie e il valore economico del settore. La mappa delle nazionalità e la correlazione tra Paese di origine e tipo di mansione si basano sulle elaborazioni dello stesso Osservatorio su dati INPS, riprese tra gli altri da Avvenire e dal Sole 24 Ore.

La cornice teorica delle catene globali della cura fa riferimento agli studi di Arlie Russell Hochschild e al volume *Donne globali. Tate, colf e badanti*, curato con Barbara Ehrenreich. Il quadro normativo richiama la Convenzione numero 189 dell'Organizzazione internazionale del lavoro sul lavoro dignitoso del personale domestico, adottata nel 2011 e ratificata dall'Italia, prima nell'Unione europea, nel gennaio 2013, e il contratto collettivo nazionale di categoria. Le definizioni di sfruttamento lavorativo e caporalato seguono quelle del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

Capitolo 13. Povertà e disabilità

Quando la fragilità diventa esclusione economica

«Ogni individuo ha diritto a un tenore di vita sufficiente a garantire la salute e il benessere proprio e della sua famiglia, con particolare riguardo all'alimentazione, al vestiario, all'abitazione, e alle cure mediche e ai servizi sociali necessari.»

Dichiarazione universale dei diritti umani, articolo 25

1. Una pensione che sta sotto la soglia

In Italia una persona riconosciuta invalida civile al 100% riceve una pensione di 340,71 euro al mese, per tredici mensilità. La soglia della povertà assoluta per un adulto che vive solo, secondo l'ISTAT, va da circa 760 euro mensili nel Mezzogiorno a oltre 900 euro nelle aree metropolitane del Nord. Il calcolo è impietoso nella sua semplicità: chi vive soltanto della propria pensione di invalidità è, per la stessa definizione statistica dello Stato, povero. Non rischia di diventarlo: lo è già, dal primo giorno, per effetto di una norma.

La disabilità, in questo Paese, non è soltanto una condizione di salute. È molto spesso una condanna economica scritta nei bilanci pubblici. È il punto preciso in cui la fragilità del corpo si trasforma in esclusione dal reddito, e l'esclusione dal reddito in esclusione dalla vita sociale. Questo capitolo segue quel passaggio: come e perché, in Italia, essere fragili significa così spesso essere poveri.

2. Una storia di assistenza, non di diritti

Il sistema italiano di sostegno alle persone con disabilità nasce negli anni settanta del Novecento con una logica precisa: l'assistenza, non il diritto. La pensione di invalidità civile e, dal 1980, l'indennità di accompagnamento sono stati concepiti come misure risarcitorie, un piccolo sostegno monetario a chi non poteva lavorare, dentro una cornice culturale che leggeva la disabilità come sventura individuale da tamponare con la carità pubblica.

Quella impostazione non è mai stata davvero superata. Gli importi delle prestazioni, negli anni, sono stati rivalutati solo per inseguire a fatica l'inflazione, restando inchiodati a una funzione di mera sopravvivenza. Mentre il mondo, almeno sulla carta, adottava il modello sociale e dei diritti, sancito dalla Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità del 2006 e ratificata dall'Italia nel 2009, il portafoglio dello Stato ha continuato a parlare la lingua della beneficenza.

È una contraddizione che pesa ancora oggi. Le parole dei trattati internazionali parlano di inclusione, di autonomia e di pari opportunità; la struttura concreta delle prestazioni continua però a trattare la persona come un soggetto passivo, destinatario di un piccolo trasferimento e nulla più. Tra il riconoscimento formale dei diritti e la loro traduzione economica si è aperta una distanza che le famiglie misurano ogni mese, alla cassa. È in quella distanza che nasce la povertà di cui parla questo capitolo.

3. I numeri dell'esclusione

Le persone con disabilità grave in Italia sono circa 3 milioni, e le famiglie in cui vive almeno una persona con limitazioni gravi sfiorano i 2,3 milioni. Dietro questi numeri c'è una condizione materiale assai più dura della media. Nella popolazione in età lavorativa, tra i 15 e i 64 anni, soltanto il 33,5% delle persone con disabilità ha un impiego, contro oltre il 60% del resto della popolazione: meno di una su tre. Chi cerca lavoro lo trova con difficoltà doppia, con un tasso di persone in cerca di occupazione del 18,7% contro il 12,9%.

Le conseguenze sul reddito sono dirette. Il rischio di povertà o esclusione sociale riguarda quasi un terzo delle persone con gravi limitazioni, contro circa un quinto del resto della popolazione, e oltre il 28% delle famiglie con una persona con disabilità vive già in condizione di deprivazione materiale, contro il 18% della media nazionale. Sono cifre che descrivono non un disagio episodico, ma uno svantaggio strutturale, che accompagna la persona per tutta la vita.

Questo svantaggio si inserisce in un quadro nazionale già segnato. Nel 2024 l'ISTAT conta oltre 2,2 milioni di famiglie e 5,7 milioni di individui in

povertà assoluta, pari rispettivamente all'8,4% e al 9,8% della popolazione: numeri stabili da anni, segno di una povertà ormai radicata. Dentro questo quadro, le famiglie toccate dalla disabilità stanno sistematicamente peggio. Oltre un terzo, circa il 38%, vive in condizione di bassa intensità di lavoro, contro meno del 10% delle altre. Avere una persona con disabilità in casa significa, troppo spesso, sommare meno reddito e più bisogni.

4. La trappola del reddito

Il cuore del problema è una trappola costruita dalle norme. La pensione di invalidità civile vale 340,71 euro al mese; l'assegno per chi ha un'invalidità parziale è dello stesso importo. Sono cifre con cui, da sole, non si vive. Esiste un meccanismo, il cosiddetto incremento al milione introdotto nel 2020, che può portare l'importo complessivo fino a circa 748 euro mensili, ma è riservato a chi rispetta limiti di reddito strettissimi e, di fatto, esclude gran parte dei beneficiari.

A questo si aggiunge il paradosso più crudele. Poiché molte prestazioni sono legate a soglie di reddito molto basse, lavorare o avere un piccolo reddito familiare può significare perdere il sostegno. Il sistema, anziché incentivare l'autonomia, la punisce: chi prova a emanciparsi rischia di scivolare nel vuoto. È una trappola della povertà a tutti gli effetti, progettata e non casuale, che lega la persona alla sua condizione di assistita e le toglie ogni convenienza a uscirne.

Le soglie che regolano questo sistema dicono tutto. La pensione piena spetta soltanto entro un limite di reddito personale, e l'incremento più alto richiede di restare al di sotto dei diecimila euro l'anno, computando nel calcolo la stessa pensione. Sono tetti così bassi da rendere di fatto incompatibili l'aiuto pubblico e un lavoro anche minimo. Il messaggio implicito è che la persona con disabilità debba scegliere tra il sussidio e l'autonomia, e che non possa avere entrambi. È l'esatto contrario di ciò che servirebbe, ed è il motivo per cui tante persone restano volontariamente ai margini del lavoro: non per scelta, ma per non perdere il poco che hanno.

5. Il sovracosto invisibile della disabilità

C'è poi un costo che le statistiche ufficiali sulla povertà non vedono: il sovracosto della disabilità. Vivere con una disabilità grave significa sostenere spese che gli altri non hanno: ausili, protesi, farmaci non sempre rimborsati, riabilitazione, trasporti adattati, assistenti, adeguamento della casa, maggiori consumi. Una soglia di povertà calcolata sul paniere medio della popolazione non tiene conto di queste spese aggiuntive.

Significa che una famiglia con una persona con disabilità può trovarsi, a parità di reddito, molto più povera di un'altra, perché una quota rilevante di quel reddito è assorbita da costi non comprimibili legati alla cura. In assenza di servizi pubblici adeguati, questo sovracosto ricade per intero sulle spalle delle famiglie. È una delle ragioni profonde per cui povertà e disabilità si tengono per mano: la prima non è quasi mai la causa della seconda, ma ne è quasi sempre la conseguenza.

Basta pensare a chi vive su una sedia a rotelle e deve adattare il bagno, l'ingresso di casa, l'automobile, oppure a chi ha bisogno di terapie quotidiane che il servizio pubblico non copre per intero. Sono spese che si ripetono ogni mese e che nessun assegno fisso compensa. Per questo le misure ufficiali tendono a sottostimare la povertà reale delle persone con disabilità: ciò che a un'altra famiglia resterebbe per i consumi, qui viene consumato dalla disabilità stessa.

6. La doppia esclusione: reddito e salute

La povertà legata alla disabilità ha una seconda faccia, che la rende particolarmente insidiosa: la doppia esclusione, dal reddito e dalla salute. Chi è povero rinuncia più spesso a curarsi. Di fronte a liste d'attesa lunghissime nel servizio pubblico e a tariffe insostenibili nel privato, una parte crescente di cittadini rinvia visite, esami e terapie per ragioni economiche e di tempo.

Per chi ha una disabilità grave, e ha quindi un bisogno di cure più intenso e continuativo, questa rinuncia è devastante. La mancanza di reddito impedisce di accedere alle cure, e la mancanza di cure aggrava la condizione di salute, riducendo ancora le possibilità di reddito. Si innesca

una spirale discendente in cui povertà e malattia si alimentano a vicenda, scaricandosi sulle stesse persone e sulle stesse famiglie, sempre le più deboli.

Il fenomeno non è affatto marginale. La rinuncia alle cure per motivi economici o per le attese troppo lunghe è in crescita costante in Italia, e colpisce con più forza chi ha redditi bassi e bisogni alti. Quando il Servizio Sanitario Nazionale arretra e una quota crescente delle prestazioni si sposta verso il privato a pagamento, sono proprio le persone con disabilità povere a restare per prime senza risposte. La salute, da diritto universale, torna a essere un bene che si compra, e chi non ha denaro semplicemente ne resta fuori.

7. Una povertà prodotta, non subita

Tutto questo non è un destino, ma il prodotto di scelte. Lo Stato ha deciso di affidare il sostegno alla disabilità a trasferimenti monetari fermi alla soglia della sopravvivenza, invece di costruire servizi e opportunità reali di vita autonoma e di lavoro. Ha scelto un modello residuale, da minimo assistenziale, che mantiene le persone appena al di sotto della linea di galleggiamento e le tiene fuori dal mercato del lavoro e dalla vita sociale.

È una scelta che ha un colore di classe netto. Chi ha una disabilità e nasce in una famiglia benestante può comprare sul mercato privato l'assistenza, la riabilitazione e l'autonomia che lo Stato non garantisce; chi nasce in una famiglia povera resta intrappolato nella povertà. La disabilità, in un sistema così, non livella: amplifica le disuguaglianze di partenza. La povertà delle persone con disabilità non è un effetto collaterale del welfare, ma il suo risultato logico.

A questa impostazione si è aggiunta, anno dopo anno, la stagione dei tagli. Ogni volta che il fondo per la non autosufficienza o la spesa sociale vengono compressi per far quadrare i conti, sono i più fragili a pagare per primi, perché hanno meno voce e meno capacità di organizzarsi per difendersi. La povertà della disabilità è dunque anche il prodotto di precise scelte di bilancio, ripetute nel tempo da governi di colore diverso, che hanno individuato nella spesa per la cura una delle voci più facili da sacrificare.

8. Lo specchio europeo

L'Italia non è un'eccezione assoluta, ma si colloca tra i Paesi europei in cui lo svantaggio è più marcato. In tutta l'Unione il rischio di povertà o esclusione sociale per le persone con gravi limitazioni è sistematicamente più alto che per il resto della popolazione, ma il divario cambia molto da Paese a Paese. Dove esistono servizi pubblici per la vita indipendente, politiche attive del lavoro mirate e un sostegno al reddito più sostanzioso, le persone con disabilità lavorano di più e sono meno povere.

I Paesi scandinavi, ancora una volta, mostrano tassi di occupazione delle persone con disabilità nettamente superiori a quelli italiani, perché investono in inclusione lavorativa e in servizi, non solo in assegni. L'Italia, al contrario, spende soprattutto in trasferimenti monetari e pochissimo in servizi e in inserimento, ottenendo il peggiore dei risultati possibili: un'assistenza che costa, ma che non emancipa.

I dati europei lo confermano. In Italia il rischio di povertà o esclusione sociale per chi ha gravi limitazioni supera il 30%, contro circa il 21% di chi non le ha: un divario tra i più ampi del continente. Non è una fatalità mediterranea, ma il segno di una precisa gerarchia di scelte, in cui l'inclusione delle persone con disabilità non è mai stata una priorità di spesa.

9. Le obiezioni e perché non reggono

A chi solleva queste critiche si risponde spesso che lo Stato, in fondo, già spende molto per la disabilità, e che l'indennità di accompagnamento, erogata senza alcun limite di reddito, è una misura generosa e universale. È vero che l'accompagnamento, pari a 552,57 euro al mese, non guarda al reddito ed è un punto di civiltà da difendere. Ma serve a coprire il bisogno di assistenza, non a garantire un reddito dignitoso: è denaro che spesso finisce a pagare chi assiste, non a vivere.

La spesa complessiva, inoltre, appare alta solo perché frammentata in mille rivoli di prestazioni monetarie, mentre resta del tutto insufficiente la spesa per i servizi che davvero produrrebbero autonomia. Spendere molto in assegni e quasi nulla in servizi non è generosità: è il modo più

costoso e meno efficace di lasciare le persone esattamente dove sono. La generosità dichiarata copre, in realtà, una rinuncia.

10. Sintesi: dalla povertà al diritto di esistere

Mettere insieme questi dati significa riconoscere una verità scomoda: in Italia avere una disabilità grave e nascere poveri vuol dire, con altissima probabilità, restare poveri per tutta la vita. La fragilità diventa esclusione, e l'esclusione diventa una condizione permanente, garantita da norme che mantengono il sostegno sotto la soglia della dignità. Finché la disabilità sarà trattata come un costo da contenere, e non come una questione di diritti, la povertà continuerà a esserne l'esito quasi inevitabile.

Ma le persone con disabilità non sono il problema, né un capitolo di spesa: sono cittadini con diritti, e chiedono di essere considerati per ciò che sono, non per ciò che costano. È da questa rivendicazione, dal passaggio dalla condizione di assistito a quella di soggetto, che ripartiremo nelle pagine seguenti.

11. Le fonti di questo capitolo

I dati sulla povertà provengono dal rapporto ISTAT La povertà in Italia. Anno 2024, pubblicato nell'ottobre 2025, per le cifre sulle famiglie e gli individui in povertà assoluta e relativa e per le soglie di povertà assoluta riferite a un adulto che vive solo, e dal rapporto ISTAT sulle condizioni di vita e il reddito delle famiglie per gli indicatori di rischio di povertà ed esclusione sociale e di deprivazione materiale. I dati sulla condizione delle persone con disabilità, sul tasso di occupazione e sul rischio di povertà e deprivazione delle loro famiglie sono elaborazioni ISTAT secondo l'approccio della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, ripresi tra gli altri dal Sole 24 Ore, con il confronto europeo basato su dati Eurostat.

Gli importi 2026 delle prestazioni, la pensione di invalidità civile e l'assegno mensile pari a 340,71 euro, l'indennità di accompagnamento pari a 552,57 euro e l'incremento previsto dalla legge 126 del 2020 con i relativi limiti di reddito, sono quelli fissati dalla circolare INPS numero 153 del 19 dicembre 2025 e dalle tabelle allegate. Il quadro dei diritti

richiama la Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, adottata nel 2006 e ratificata dall'Italia nel 2009.

Capitolo 14. Soggetti, non utenti

Autodeterminazione, vita indipendente e diritti

«Gli Stati Parti riconoscono il diritto di tutte le persone con disabilità a vivere nella società, con la stessa libertà di scelta delle altre persone.»

Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, articolo 19

1. Una parola che cambia tutto

C'è una parola che, nei documenti pubblici, accompagna da sempre le persone con disabilità e gli anziani non autosufficienti: utente. È una parola apparentemente neutra, tecnica, da modulistica. In realtà nasconde un'intera visione del mondo. L'utente è chi riceve una prestazione, chi sta dall'altra parte dello sportello, chi attende che qualcuno decida per lui. È un destinatario passivo, mai un protagonista.

Le pagine precedenti hanno raccontato un sistema che, sotto la spinta del taglio della spesa e di una cultura della carità, ha trasformato milioni di persone in utenti, in voci di bilancio, in problemi da gestire al minor costo possibile. Questo capitolo prova a rovesciare lo sguardo, e a partire da un'altra parola: soggetto. Un soggetto è una persona che ha diritti, che decide della propria vita, che non chiede di essere accudita ma di poter vivere. Il passaggio dall'utente al soggetto non è una questione di linguaggio: è una battaglia politica.

2. Dal modello medico al modello dei diritti

Per gran parte del Novecento la disabilità è stata letta attraverso il cosiddetto modello medico: un difetto del corpo o della mente, una patologia individuale da curare, correggere o, se necessario, custodire in un istituto. La persona coincideva con la sua diagnosi. A questo modello se ne è contrapposto, a partire dagli anni settanta, un altro, il modello sociale: la disabilità non è una caratteristica della persona, ma il prodotto dell'incontro tra una condizione di salute e un ambiente pieno di barriere. Non è la sedia a rotelle a escludere, ma la scala senza rampa; non è la cecità a impedire l'informazione, ma il documento reso inaccessibile.

Questa rivoluzione concettuale è diventata diritto internazionale con la Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, approvata nel 2006 e ratificata dall'Italia con la legge 18 del 2009. La Convenzione non inventa nuovi diritti: afferma che le persone con disabilità hanno gli stessi diritti di tutti, e che è compito della società rimuovere gli ostacoli che ne impediscono l'esercizio. Non a caso, fu scritta con la partecipazione diretta delle persone con disabilità e delle loro organizzazioni, secondo un principio diventato il motto di un intero movimento: niente su di noi senza di noi.

È importante capire la posta in gioco di questo spostamento. Per decenni la risposta alla disabilità grave è stata l'istituto: la struttura, il ricovero, luoghi in cui la persona veniva tolta dalla società e affidata a una custodia totale. Il modello dei diritti rovescia questa logica: non è la persona a doversi adattare a un mondo che la esclude, ma il mondo a doversi rendere accessibile. La disabilità diventa così una questione di giustizia e di cittadinanza, e non un problema sanitario da contenere o una sventura da custodire.

3. La vita indipendente: una storia di lotta

Il cuore di questa visione ha un nome: vita indipendente. Nato dal movimento delle persone con disabilità statunitensi negli anni settanta e diffusi poi in Europa, il concetto è semplice e radicale: una persona con disabilità ha il diritto di vivere dove e con chi vuole, di scegliere chi la assiste e in che modo, di avere il controllo della propria esistenza, esattamente come chiunque altro. È quanto sancisce l'articolo 19 della Convenzione ONU, dedicato alla vita indipendente e all'inclusione nella società.

In Italia, la prima legge nazionale a nominare la vita indipendente è stata la legge 162 del 1998, che ha aperto la strada all'assistenza indiretta: la possibilità, per la persona con disabilità grave, di gestire direttamente le risorse pubbliche per assumere e scegliere i propri assistenti personali. Ciò che in molti Paesi si chiama pagamento diretto, in Italia è diventato, con tipico pudore burocratico, gestione in forma indiretta. Ma la sostanza è dirompente: mettere il denaro e il potere di decisione nelle mani della persona, e non dell'apparato che dovrebbe servirla.

Al centro di questa visione c'è una figura precisa, l'assistente personale, scelto e diretto dalla persona con disabilità secondo i propri tempi e i propri bisogni. Non un operatore calato dall'alto, ma un sostegno che la persona governa. È una differenza enorme rispetto all'assistenza tradizionale, in cui è il servizio a decidere chi, come e quando. Dove l'assistente personale funziona, la persona smette di essere oggetto di cure e torna a essere autrice della propria vita.

4. Il progetto di vita e gli strumenti dell'autonomia

Da quella prima apertura il quadro normativo si è arricchito, almeno sulla carta. La legge 328 del 2000 ha introdotto il progetto individuale e l'idea di una presa in carico globale; la legge 112 del 2016, conosciuta come Dopo di noi, ha affrontato il destino delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare. Il passo più recente è la riforma della disabilità, attuata con il decreto legislativo 62 del 2024 nell'ambito del PNRR.

La riforma abbandona formalmente il modello biomedico per quello bio-psico-sociale, introduce una valutazione di base unica affidata all'INPS e, soprattutto, sancisce il diritto a un progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato, costruito insieme alla persona e orientato ai suoi desideri e alle sue aspettative, non soltanto ai suoi deficit. Con esso arriva il budget di progetto, l'insieme delle risorse che la persona può autogestire per realizzare il proprio percorso. Dopo una sperimentazione avviata nel 2025 in 9 province ed estesa nel 2026 ad altre 40, la riforma dovrebbe entrare a pieno regime nel 2027.

Sulla carta è un cambio di paradigma. Nella pratica, molto dipenderà da due variabili. La prima è la qualità della partecipazione reale della persona alla costruzione del proprio progetto, che non deve ridursi a una firma in calce a decisioni prese da altri. La seconda è la quantità di risorse effettivamente disponibili per realizzarlo. Senza l'una e senza l'altra, anche il più ambizioso dei progetti di vita rischia di restare un documento ben scritto e mai attuato.

5. Il dato che smentisce le parole

A questo punto, però, occorre fare i conti. Perché tra i diritti proclamati e le risorse stanziati si apre una voragine. Il Fondo per l'implementazione dei progetti di vita, lo strumento che dovrebbe finanziare ciò che i servizi ordinari non coprono, è dotato di 25 milioni di euro l'anno. Le persone con disabilità grave in Italia sono circa 3 milioni.

Significa che a ciascuna sono destinati, in media, poco più di 8 euro l'anno: meno del costo di un pasto. È la misura esatta della distanza tra la solennità delle parole e la concretezza degli impegni. Un diritto che non viene finanziato non è un diritto: è un'aspirazione scritta su una gazzetta ufficiale. La storia di queste leggi è una storia di principi avanzatissimi e di stanziamenti irrisori, di progetti pilota lodati nei convegni e mai generalizzati per mancanza di fondi.

6. I diritti senza risorse sono promesse

Qui sta il nodo politico. Affermare che le persone con disabilità sono soggetti di diritto, e non utenti da assistere, ha senso soltanto se quel diritto è esigibile, cioè se chi lo vanta può pretendere il rispetto e ottenere le risorse necessarie. Altrimenti l'autodeterminazione resta uno slogan, e la persona torna a dipendere dalla buona volontà del Comune di turno, dalle graduatorie, dai bandi che si esauriscono dopo poche domande.

Il modello dei diritti, per non essere ipocrita, esige un finanziamento pubblico stabile e adeguato e un'alternativa concreta all'istituzionalizzazione. Perché il rovescio della vita indipendente è l'istituto, la residenza, la struttura: un modello che molti, anche tra gli operatori, considerano fallito, costoso e disumanizzante, ma che continua ad assorbire la maggior parte delle risorse perché fa comodo a un mercato della cura che sulla dipendenza costruisce i propri profitti. Scegliere la vita indipendente significa anche togliere centralità a quel mercato.

7. La posta in gioco è il potere

Dietro la parola autodeterminazione c'è, in fondo, una questione di potere. Decidere chi entra in casa propria, a che ora alzarsi, dove andare, come spendere le risorse della propria assistenza: sono atti che per

chiunque sono ovvi, e che per una persona con disabilità grave possono invece dipendere dal permesso di altri. Restituire questo potere significa riconoscere una piena cittadinanza, non concedere una gentilezza.

È una battaglia anche contro un'abitudine profonda dell'amministrazione, che tende a mettere al centro se stessa, le proprie procedure e i propri tempi, anziché la persona. Per troppo tempo il cittadino con disabilità ha dovuto adattarsi all'apparato, alle sue file e ai suoi moduli; il principio dell'autodeterminazione chiede l'esatto contrario, che sia l'apparato a piegarsi ai bisogni e alle scelte della persona. È un ribaltamento di gerarchia che la burocrazia, da sola, non concede mai: va conquistato.

Ma anche qui la diseguaglianza di classe è decisiva. Chi nasce in una famiglia con mezzi può comprare sul mercato l'assistenza, la tecnologia e l'autonomia che lo Stato non garantisce; chi nasce povero resta esposto a un sistema che lo tratta da utente e da problema. L'autodeterminazione, senza un welfare pubblico che la sostenga, rischia di diventare un privilegio per pochi. Per questo la battaglia per i diritti delle persone con disabilità è inseparabile da una battaglia più ampia: quella per un sistema di cura pubblico, universale e finanziato, che renda l'autonomia un diritto di tutti e non una possibilità per chi se la può permettere.

8. Lo specchio europeo

Negli altri Paesi questa direzione è più avanzata. In molti Stati europei il pagamento diretto all'assistente personale è una prassi consolidata, e la rete europea per la vita indipendente, attiva da decenni, ha imposto il tema nell'agenda continentale. L'Unione europea si è dotata di una strategia per i diritti delle persone con disabilità per il decennio 2021-2030, e nell'ottobre del 2025 il Consiglio ha adottato conclusioni specifiche sulla promozione della vita indipendente.

Non mancano, del resto, esempi virtuosi anche in Italia. La Sardegna, attuando con serietà la legge 162, ha costruito da vent'anni un sistema di piani personalizzati e autogestiti, alternativi all'istituto, che ha generato migliaia di progetti, ha fatto emergere lavoro sommerso e ha dimostrato che un altro modello è possibile. Dove ci sono volontà politica e finanziamento, la vita indipendente smette di essere un'utopia e diventa

amministrazione ordinaria. Il problema, dunque, non è tecnico: è di priorità.

I numeri di quell'esperienza parlano da soli: circa 180 milioni di euro investiti negli anni in piani personalizzati, migliaia di progetti attivi e circa 20 mila posti di lavoro creati sul territorio, con budget individuali che, nei casi più gravi, arrivano a diverse decine di migliaia di euro l'anno. È la prova che la deistituzionalizzazione non è soltanto più giusta, ma può anche generare occupazione regolare ed emersione del lavoro nero, restituendo dignità sia a chi riceve sia a chi presta assistenza.

9. Le obiezioni e perché non reggono

A chi rivendica questo cambiamento si oppongono due argomenti ricorrenti. Il primo: si tratta di belle parole, ma irrealistiche, perché lo Stato non potrebbe permettersi di finanziare l'autonomia di milioni di persone. È un'obiezione che capovolge la realtà, perché il modello attuale, fondato sull'istituzionalizzazione e sui trasferimenti monetari, è spesso più costoso e meno efficace dell'assistenza personale autogestita, come dimostrano le esperienze migliori.

Il secondo argomento: la riforma in corso avrebbe già recepito tutto questo, e quindi la battaglia sarebbe vinta. Ma una riforma a costo quasi zero, con un fondo di pochi milioni e una sperimentazione che procede a rilento, rischia di restare una cornice vuota. Cambiare le parole nei decreti senza cambiare le risorse nei bilanci è il modo più elegante di non cambiare nulla. La differenza tra un diritto e una dichiarazione di intenti la fanno i soldi.

10. Sintesi: dai diritti proclamati alle scelte di bilancio

Riconoscere le persone con disabilità e gli anziani non autosufficienti come soggetti, e non come utenti, è il presupposto di qualunque politica della cura degna di questo nome. Ma il riconoscimento, per non essere ipocrisia, deve tradursi in risorse, in servizi, in alternative concrete alla dipendenza e all'istituto. Tutto, in ultima analisi, torna alla stessa domanda: dove vanno i soldi pubblici.

Si è visto che lo Stato dichiara diritti e poi non li finanzia, che proclama l'autonomia e poi stanziava pochi euro a testa. La questione,

allora, non è più soltanto come si cura: è quali sono le priorità di un Paese, e perché alcune voci di spesa trovano sempre miliardi e altre soltanto le briciole. È a questo nodo, al cuore stesso delle scelte di bilancio, che ci rivolgeremo nelle pagine seguenti.

11. Le fonti di questo capitolo

Il quadro dei diritti fa riferimento alla Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, adottata nel 2006 e ratificata dall'Italia con la legge 18 del 2009, e in particolare al suo articolo 19 sulla vita indipendente e l'inclusione nella società; il principio niente su di noi senza di noi è il motto storico del movimento internazionale e delle sue organizzazioni. Per l'evoluzione normativa italiana si richiamano la legge quadro 104 del 1992, la legge 162 del 1998 sull'assistenza indiretta e la vita indipendente, la legge 328 del 2000 sul progetto individuale e la legge 112 del 2016 sul Dopo di noi.

I dati e le caratteristiche della riforma della disabilità, valutazione di base, progetto di vita, budget di progetto, Fondo da 25 milioni di euro annui e sperimentazione territoriale, provengono dal decreto legislativo 62 del 2024 e dalle informazioni del portale governativo dedicato alla riforma, aggiornate ai provvedimenti del 2025 e del 2026. Il dato sul numero di persone con disabilità grave è una stima ISTAT. L'esperienza della Regione Sardegna sui piani personalizzati è documentata dalla stampa di settore, tra cui Vita. La dimensione europea richiama la strategia dell'Unione per i diritti delle persone con disabilità 2021-2030 e le conclusioni del Consiglio dell'ottobre 2025.

Capitolo 15. Più armi, meno cura

Le priorità della spesa pubblica nell'Italia contemporanea

«L'Italia ripudia la guerra come strumento di offesa alla libertà degli altri popoli e come mezzo di risoluzione delle controversie internazionali.»

Costituzione della Repubblica italiana, articolo 11

1. Una scelta, non un destino

C'è una domanda che attraversa l'intero libro e che, in questo capitolo, diventa esplicita: come è possibile che un Paese trovi decine di miliardi per le armi proprio mentre dichiara di non avere risorse per la cura? Negli stessi mesi in cui il Servizio Sanitario Nazionale arretra, le liste d'attesa si allungano e la spesa per la non autosufficienza scivola sotto i livelli europei, l'Italia si è impegnata a moltiplicare la propria spesa militare.

Non si tratta di un paradosso, ma di una gerarchia di priorità. I bilanci pubblici sono documenti morali: dicono, meglio di qualunque discorso, che cosa una società considera davvero importante. E i numeri raccontano una scelta precisa, ripetuta nel tempo da governi diversi: più armi, meno cura. Capire come si è arrivati a questo punto, e a chi conviene, è il compito di queste pagine.

2. Dal dividendo della pace al riarmo

Per quasi trent'anni, dopo la caduta del muro di Berlino nel 1989, l'Occidente ha vissuto sul cosiddetto dividendo della pace: la fine della guerra fredda permetteva di ridurre le spese militari e di liberare risorse per altri scopi. Quella stagione è finita. Con l'invasione russa dell'Ucraina nel 2022 e con la pressione crescente dell'amministrazione statunitense sugli alleati europei, il riarmo è tornato al centro dell'agenda politica.

La NATO, che nel 2014 aveva fissato un obiettivo non vincolante del 2% del PIL in spese militari, ha alzato drasticamente l'asticella. Al vertice dell'Aia del 24 e 25 giugno 2025, i 32 Paesi membri si sono impegnati a

portare la spesa per la difesa e la sicurezza al 5% del PIL entro il 2035, di cui almeno il 3,5% per la difesa in senso stretto e fino all'1,5% per la sicurezza allargata. È più del doppio dell'obiettivo precedente, e per l'Italia significa un livello di spesa militare che non si vedeva dagli anni cinquanta del Novecento.

3. I numeri del riarmo

Dietro le percentuali ci sono cifre concrete e in continua crescita. Secondo l'Osservatorio Milex, che misura la spesa militare con la stessa metodologia usata dalla NATO, la spesa militare italiana diretta ha superato i 33 miliardi di euro nel 2025, con un aumento di oltre il 12% in un solo anno e di circa il 60% nell'ultimo decennio. Per il 2026 è previsto un nuovo record, vicino ai 34 miliardi.

La voce che cresce più rapidamente è quella degli investimenti in nuovi armamenti, che nel 2026 superano i 13 miliardi e che per i prossimi quindici anni impegnano già oltre 130 miliardi di euro per sistemi d'arma come il nuovo caccia di sesta generazione. Ma il salto vero deve ancora arrivare. Per rispettare l'impegno dell'Aia, l'Italia dovrebbe portare la propria spesa militare, oggi attorno ai 33 miliardi, verso i 100 miliardi l'anno: un'enormità che, secondo le stime, nel decennio si avvicina ai mille miliardi di euro.

A rendere il quadro ancora più vincolante è il modo in cui questa spesa viene programmata. I grandi sistemi d'arma non si comprano in un anno: si impegnano per decenni, con contratti che legano i bilanci futuri ben oltre la durata di un governo. Una volta avviato, un programma di riarmo è difficilissimo da fermare, perché vincola risorse, posti di lavoro e accordi internazionali. Si decide oggi, ma si paga per quindici o vent'anni, sottraendo margini a ogni futura scelta di bilancio, comprese quelle sulla cura.

4. La cura che arretra

Nello stesso periodo, la spesa per la salute e per la cura va nella direzione opposta. Il Fabbisogno Sanitario Nazionale, il fondo che finanzia il Servizio Sanitario Nazionale, vale circa 136 miliardi nel 2025 e poco più di 143 miliardi nel 2026, ma il dato che conta è il suo peso sulla

ricchezza nazionale: poco più del 6% del PIL, destinato a scendere sotto questa soglia nei prossimi anni. È il valore più basso degli ultimi decenni.

Dal 2022 la quota di PIL destinata alla sanità è stata ridotta di quasi mezzo punto, pari a circa 9 miliardi in meno ogni anno. La spesa sanitaria pubblica italiana, attorno al 6,3% del PIL, è ormai nettamente sotto la media europea e dell'OCSE. E la spesa per le cure di lungo termine, come si è visto nelle pagine precedenti, è scesa sotto l'1,2% del PIL. Mentre per le armi si programmano aumenti pluriennali, per la cura si programmano contrazioni.

Il dato più eloquente è la traiettoria. Anche dopo gli aumenti annunciati, la quota di ricchezza nazionale destinata alla sanità è prevista in calo nei prossimi anni, fino a scendere sotto il 6% del PIL: una soglia che molti osservatori considerano il minimo per un sistema universalistico. Il risultato concreto, per i cittadini, sono le liste d'attesa che si allungano e la rinuncia crescente alle cure per motivi economici e di tempo. Mentre il bilancio della difesa cresce con sicurezza, quello della salute arretra con altrettanta certezza.

5. Il confronto che fa la differenza

È nel confronto diretto che la scelta politica si rivela in tutta la sua nudità. Passare da una spesa militare di circa 33 miliardi a una di oltre 100 miliardi l'anno significa trovare, ogni anno, circa 70 miliardi di euro aggiuntivi. Per capire che cosa significhi, basta confrontare quella cifra con il fondo che paga ospedali, medici, farmaci e prestazioni per quasi sessanta milioni di persone: quei 70 miliardi in più per le armi equivalgono a oltre la metà dell'intero Fondo Sanitario Nazionale.

Detto altrimenti: con le risorse che servirebbero per il riarmo programmato si potrebbe finanziare più di metà della sanità pubblica italiana. La domanda politica del capitolo è tutta qui. Non è vero che mancano i soldi: i soldi ci sono, e si trovano, quando la volontà politica li cerca. Semplicemente, si è deciso che debbano andare ai sistemi d'arma e non alle corsie degli ospedali o all'assistenza degli anziani.

Per dare concretezza a quei 70 miliardi, vale la pena tradurli. Sono molte volte le risorse che mancano alla non autosufficienza per allinearsi alla media europea, sono migliaia di nuovi medici e infermieri da

assumere, sono anni di liste d'attesa che potrebbero essere azzerate. Ogni grande programma di armamento, in questa luce, ha un costo che non si misura soltanto in euro, ma in ospedali non costruiti, in reparti chiusi e in anziani lasciati senza assistenza. È il prezzo nascosto del riarmo, quello che non compare nei comunicati ma si deposita nella vita delle persone.

6. Chi guadagna dal riarmo

Il riarmo non è una forza della natura: ha beneficiari precisi. La crescita delle spese militari alimenta un'industria potente, fatta di grandi gruppi della difesa, di programmi internazionali pluriennali e di profitti garantiti da commesse statali. È un trasferimento di risorse pubbliche dal welfare al complesso militare-industriale, presentato all'opinione pubblica come necessità di sicurezza.

Questa scelta ha un colore di classe netto. I tagli alla sanità e alla cura colpiscono i più poveri, gli anziani, le persone con disabilità, chi non può comprare sul mercato privato ciò che lo Stato smette di garantire. Gli aumenti della spesa militare, al contrario, premiano gli azionisti e i grandi gruppi industriali. È una redistribuzione alla rovescia: si toglie a chi ha bisogno di cure per dare a chi produce armi. E lo si fa nel nome di una sicurezza che, per le famiglie alle prese con una lista d'attesa o con una retta da tremila euro al mese, ha ben poco a che vedere con la loro vita quotidiana.

Questa dinamica, del resto, non è soltanto italiana: è l'Europa intera ad aver imboccato la strada di un'economia di guerra, con piani comuni di riarmo e nuovi strumenti finanziari pensati per agevolare la spesa militare assai più di quanto si sia mai fatto per quella sociale. Si è trovata in fretta una flessibilità di bilancio per le armi che, per decenni, era stata negata alla sanità e alla cura in nome del rigore. È una scelta che ridisegna le priorità di un intero continente, e che merita di essere discussa per ciò che è: un progetto politico, non una necessità tecnica.

7. L'inganno contabile

C'è poi un aspetto che merita attenzione, perché tocca la qualità stessa della democrazia. Quando il governo ha annunciato di aver raggiunto il 2% del PIL in spese militari, lo ha fatto in larga parte attraverso

un'operazione contabile, riclassificando come militari voci di spesa che prima non lo erano, dalle pensioni dei militari a parte dei compiti delle forze di sicurezza. La spesa militare pura, quella per armi, personale ed esercizio delle forze armate, resta secondo gli osservatori indipendenti attorno all'1,5% del PIL.

Il 2% diventa così uno strumento retorico: un traguardo dichiarato che serve a far apparire già acquisito ciò che invece deve ancora arrivare, rendendo più difficile contestare i singoli programmi di acquisto. Nel frattempo, decisioni che impegnano risorse pubbliche per decenni vengono prese con un controllo democratico e una trasparenza del tutto insufficienti, mentre la documentazione ufficiale diventa sempre meno leggibile per i cittadini. Il riarmo avanza, ma il dibattito pubblico che dovrebbe accompagnarlo è quasi assente.

8. Lo specchio europeo: la scelta della Spagna

Che esista un'alternativa lo dimostra il caso spagnolo. Al vertice dell'Aia, mentre gli altri governi accettavano l'obiettivo del 5%, la Spagna di Pedro Sánchez ha ottenuto un margine di flessibilità, dichiarando apertamente di volersi fermare a una soglia molto più bassa, attorno al 2%, per non sacrificare il proprio stato sociale. È una scelta politica esplicita: di fronte alla stessa pressione, un governo ha deciso che la difesa del welfare viene prima dell'inseguimento di una percentuale.

Vale la pena ricordare che la media europea delle spese militari, fino a poco tempo fa, era attorno all'1,3% del PIL: il salto chiesto dall'Aia è dunque enorme, e non è affatto un destino ineluttabile. La domanda, allora, non è se l'Italia possa permettersi di difendere la propria sanità, ma perché abbia scelto di non farlo, mentre un altro Paese mediterraneo, con problemi non diversi dai nostri, ha scelto il contrario.

Anche in Italia non mancano le voci che indicano un'altra direzione. Campagne come quella di Sbilanciamoci e diversi osservatori indipendenti propongono da anni di reindirizzare le risorse del riarmo verso la sanità, la scuola, la transizione ecologica e la cura: settori che, a parità di spesa, producono più lavoro, più benessere e più sicurezza reale. La scelta tra cannoni e cura non è imposta dalla storia: è il risultato di un rapporto di forze politiche e, come tale, può essere cambiata.

9. Le obiezioni e perché non reggono

Chi sostiene il riarmo avanza argomenti che vanno presi sul serio. Il primo: la sicurezza è il presupposto di tutto, welfare compreso, perché senza difesa non ci sono né ospedali né diritti. Il secondo: la minaccia russa è reale, e l'Europa non può restare indifesa. Il terzo: la spesa militare crea lavoro, tecnologia e indipendenza industriale. Sono obiezioni che meritano risposta, non liquidazione sbrigativa.

Ma nessuna di esse regge fino in fondo. La sicurezza di una popolazione si misura anche con la salute, la dignità della vecchiaia e la possibilità di curarsi: un Paese che lascia soli i propri anziani senza assistenza non diventa più sicuro perché ha più carri armati. La minaccia esterna, reale o presunta, non spiega perché la risposta debba essere proprio il 5% del PIL e non una cifra inferiore, come dimostra chi ha scelto diversamente. E il lavoro creato dall'industria militare è quasi sempre inferiore, a parità di spesa pubblica, a quello che genererebbero gli investimenti nella sanità, nell'istruzione o nella cura, settori ad alta intensità di lavoro e di utilità sociale. Dietro l'argomento della sicurezza, troppo spesso, si difendono interessi molto più concreti.

10. Sintesi: la cura come prima vittima

La conclusione è netta. Il riarmo non è una fatalità imposta dall'esterno, ma una decisione politica, presa scegliendo deliberatamente di privilegiare la spesa militare rispetto a quella sociale e sanitaria. Ogni miliardo destinato a un nuovo sistema d'arma è un miliardo sottratto a un reparto, a un'assunzione di personale, a un servizio per la non autosufficienza. La cura, in questa gerarchia, è la prima voce a essere compressa, perché chi ne ha bisogno ha meno potere di farsi sentire.

Eppure questa gerarchia non è stata accettata in silenzio. Contro la scelta di finanziare le armi comprimendo la cura, dal fondo della società italiana si è levata negli ultimi vent'anni una protesta ostinata: quella delle persone non autosufficienti, dei malati gravi, delle persone con disabilità e delle loro famiglie, che hanno rifiutato di essere considerate una voce di spesa. È da questa ribellione, e dalla storia di chi l'ha portata avanti, che ripartono le pagine seguenti.

11. Le fonti di questo capitolo

Gli impegni di spesa militare fanno riferimento alla dichiarazione finale del vertice NATO dell'Aia del 24 e 25 giugno 2025, che fissa l'obiettivo del 5% del PIL entro il 2035, ripartito tra il 3,5% per la difesa in senso stretto e l'1,5% per la sicurezza allargata. I dati sulla spesa militare italiana, sulla sua crescita e sugli investimenti in armamenti provengono dall'Osservatorio Mileyx sulle spese militari italiane, nelle analisi diffuse tra il 2025 e il 2026 sulla legge di bilancio, e dal Documento programmatico pluriennale della Difesa.

I dati sul Fabbisogno Sanitario Nazionale, sul suo rapporto con il PIL e sul confronto europeo sono tratti dalle analisi della Fondazione GIMBE e della CGIL sulla legge di bilancio 2026 e dai documenti della Corte dei conti. La posizione spagnola è documentata dalle cronache del vertice dell'Aia. Il confronto con la spesa per le cure di lungo termine richiama i dati dell'Osservatorio Long Term Care del CERGAS Bocconi già citati nel libro.

Capitolo 16. La ribellione dei dimenticati

Le mobilitazioni per la non autosufficienza e il ruolo del Comitato 16 Novembre

«I cittadini hanno diritto di associarsi liberamente, senza autorizzazione, per fini che non sono vietati ai singoli dalla legge penale.»

Costituzione della Repubblica italiana, articolo 18

Questo capitolo porta il numero sedici per una ragione che non è casuale. Il 16 novembre è la data che dà il nome al Comitato 16 Novembre, la rete di malati gravissimi, di persone con disabilità e di familiari che dal 2010 ha trasformato la condizione più estrema in una battaglia politica per il diritto alla cura. Collocare in questa posizione la storia di quelle lotte è un atto dovuto: un riconoscimento ai compagni e alle compagne di quel percorso, a chi lo ha guidato e a chi, lungo la strada, non è arrivato in fondo.

Non si tratta di un omaggio simbolico. Il Comitato 16 Novembre ha dimostrato che le persone non autosufficienti non sono un oggetto di assistenza ma un soggetto politico, e ha imposto all'agenda pubblica una questione che nessun governo aveva voluto affrontare. Le pagine che seguono raccontano quella vicenda e, attraverso di essa, la storia più ampia della ribellione dei dimenticati.

1. Quelli che non si rassegnano

Fino a qui questo libro ha raccontato un abbandono: la cura negata, i tagli, le famiglie lasciate sole, il lavoro di cura sfruttato, le armi preferite all'assistenza, le persone fragili trattate come una spesa. Ma sarebbe un racconto incompleto, e ingiusto, se si fermasse qui. Perché l'abbandono non è stato subito in silenzio. Negli ultimi vent'anni, dal fondo della società italiana, si è levata una ribellione testarda e spesso disperata: quella delle persone non autosufficienti, dei malati gravi, delle persone

con disabilità e delle loro famiglie, che hanno rifiutato di essere considerate un peso e hanno preteso, con i propri corpi, ciò che lo Stato negava loro come diritto.

È la storia dei dimenticati che si sono fatti sentire. Una storia di presidi sotto i ministeri, di scioperi della fame condotti da chi era già allo stremo, di piazze riempite da persone che il sistema avrebbe voluto invisibili. È una storia che va raccontata non come cronaca pietosa, ma come ciò che è davvero: un conflitto, con le sue vittorie parziali e le sue molte sconfitte.

2. Il Comitato 16 Novembre: la lotta dei più fragili

Nessuna vicenda incarna questa ribellione meglio di quella del Comitato 16 Novembre. Nato dall'incontro tra malati gravissimi, in larga parte affetti da sclerosi laterale amiotrofica, distrofie e altre patologie neurodegenerative, e dai loro familiari, il Comitato ha trasformato la condizione più estrema, quella di chi è allettato, tracheotomizzato, dipendente da un respiratore e bisognoso di assistenza ventiquattro ore su ventiquattro, in un soggetto politico.

Persone che molti avrebbero relegato nella sfera privata della malattia hanno deciso, invece, di prendere in mano il proprio destino. Il Comitato nasce attorno a un appuntamento simbolo, il 16 novembre 2010, da cui prende il nome, e si costituisce formalmente in associazione nel gennaio del 2012, dopo essere stato a lungo una rete informale di malati e familiari conosciutisi in un forum sul web. La sua figura simbolo è stata quella di Salvatore Usala, da tutti chiamato Tore, segretario e anima dell'associazione, malato di SLA e quasi immobilizzato, costretto a comunicare attraverso un computer, che dalla Sardegna ha coordinato presidi e mobilitazioni nazionali. Attorno a lui, decine di famiglie arrivate a Roma da tutta Italia per chiedere una cosa semplice: poter vivere ed essere curati a casa propria, con dignità.

Il movimento ha pagato a questa battaglia un prezzo umano altissimo, perdendo lungo la strada molti dei suoi protagonisti, stroncati dalle stesse malattie per cui combattevano. Salvatore Usala è morto nel settembre del 2016, a 63 anni, dopo l'ennesimo sciopero della fame; la presidente Laura Flamini è scomparsa l'anno seguente, dopo dieci anni di

convivenza con la SLA. A raccoglierne il testimone è stata Mariangela Lamanna, per anni vicepresidente e portavoce e oggi presidente del Comitato, che ne ha proseguito le battaglie. È una continuità che ha qualcosa di commovente: chi cadeva veniva sostituito, e la lotta non si fermava.

3. Lo sciopero della fame come arma estrema

La forma di lotta più clamorosa e dolorosa del Comitato è stata lo sciopero della fame. C'è qualcosa di vertiginoso nel gesto di persone già gravemente compromesse nel fisico, dipendenti da macchine per respirare e da altri per ogni atto quotidiano, che scelgono di ridurre progressivamente l'alimentazione per farsi ascoltare. È l'arma di chi non ha più nulla da offrire alla trattativa se non il proprio corpo.

Nell'autunno del 2012, circa 60 malati gravissimi e i loro familiari hanno condotto uno sciopero della fame a livello nazionale per chiedere il ripristino del Fondo per la non autosufficienza, allora svuotato dai tagli. La protesta, durata circa una settimana, si è interrotta soltanto dopo l'impegno diretto dei ministri competenti. Al centro delle richieste c'era un progetto concreto, chiamato Restare a Casa: un sostegno economico adeguato che permettesse alle famiglie di assistere i propri cari nella loro abitazione, invece di abbandonarli a un istituto o alla solitudine.

Restare a Casa non era un'astrazione: il Comitato aveva quantificato la richiesta, indicando la cifra necessaria a sostenere una famiglia con un malato gravissimo, dell'ordine di alcune migliaia di euro l'anno, di fronte a costi di assistenza che possono diventare insostenibili, tra macchinari, personale e presenza continua giorno e notte. Era la prova che dietro lo slogan c'era una proposta concreta, e che a mancare non erano le idee, ma le risorse e la volontà politica di stanziarle.

Quella lotta condotta con il corpo ha avuto anche un prezzo tragico. Nell'ottobre del 2013, durante un presidio a oltranza sotto il Ministero dell'Economia e delle Finanze, accompagnato da scioperi della fame e della sete, morì uno dei consiglieri più combattivi del Comitato, Raffaele Pennacchio, medico in pensione anch'egli malato di SLA. Stroncato da un infarto a 55 anni, si spense in un albergo di Roma, allo stremo, dopo un giorno e una notte di protesta e l'ennesimo incontro interlocutorio con il

governo. «Fate presto, noi non abbiamo più tempo», aveva detto ai rappresentanti delle istituzioni poche ore prima. La sua morte divenne il simbolo di un'ingiustizia: che in uno Stato di diritto delle persone gravemente malate fossero costrette a manifestare sotto un ministero per ottenere ciò che la Costituzione già garantiva loro.

4. Una storia di promesse tradite

La vicenda del 2012 non è un episodio isolato, ma il modello di un copione che si è ripetuto per anni. Lo schema è quasi sempre lo stesso: di fronte a una mobilitazione clamorosa, il governo di turno promette, rassicura, annuncia un piano o un fondo; passata l'attenzione mediatica, gli stanziamenti si riducono, vengono dirottati altrove o semplicemente non arrivano. Il Fondo per la non autosufficienza ha conosciuto, in questi anni, continui annunci e altrettante delusioni.

Le competenze sulla materia, divise tra il Ministero dell'Economia, quello del Lavoro e quello della Salute, hanno fornito un alibi perfetto al palleggiamento delle responsabilità: ogni ministero rimandava all'altro, e nel frattempo i malati morivano, le famiglie si indebitavano, le promesse evaporavano. È la lezione amara di chi ha imparato che la protesta strappa attenzione, ma assai più di rado risorse stabili e durature.

Dietro questo palleggiamento c'era, neanche troppo nascosta, una filosofia. In più di un'occasione i tagli furono motivati con la logica per cui la persona non autosufficiente è prima di tutto un costo che le finanze pubbliche non possono permettersi, e la disabilità una questione privata che ciascuno deve gestire come può. È esattamente l'ideologia che questo libro denuncia: la trasformazione di un diritto in un peso e di una persona in una voce di bilancio da comprimere. Contro questa filosofia si sono battuti i dimenticati.

5. Dal comitato alla coalizione: il Patto per un nuovo welfare

Accanto alle lotte dei più fragili, negli ultimi anni è cresciuta una forma di mobilitazione diversa, più ampia e organizzata. È il Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza, una coalizione che riunisce circa 60 organizzazioni della società civile: associazioni di anziani e di

familiari, sindacati dei pensionati, ordini professionali, soggetti che erogano servizi. È, di fatto, l'intera comunità italiana della non autosufficienza, che ha deciso di superare divisioni e appartenenze per parlare con una sola voce a nome di circa 10 milioni di persone tra anziani, familiari e operatori.

Il Patto non si è limitato a protestare: ha elaborato proposte operative dettagliate, indicando con precisione anche le coperture finanziarie. Per attuare la riforma nel 2024 chiedeva 1 miliardo e 306 milioni di euro, suddivisi tra la sanità e il sociale. Una cifra sostenibile, documentata, ragionevole, pari a una frazione di ciò che si è trovato senza difficoltà per altre voci di spesa. È il segno di una mobilitazione che ha smesso di limitarsi a denunciare e ha cominciato a progettare.

6. La riforma tradita

Per un momento è sembrato che la lotta avesse vinto. Nel marzo del 2023 il Parlamento ha approvato la legge delega per la riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti, un testo definito epocale, atteso da oltre vent'anni, che recepiva molte proposte del Patto. Ma tra la legge e la sua attuazione si è aperta la solita voragine.

Il decreto attuativo, secondo le stesse organizzazioni che avevano costruito la riforma, ne ha tradito lo spirito: è mancato il servizio domiciliare pubblico che era il cuore del disegno, le Regioni non sono state coinvolte e, soprattutto, sono mancati i soldi. A fronte del miliardo e oltre richiesto, la legge di bilancio ha stanziato appena un centinaio di milioni. La misura simbolo della riforma, la prestazione universale, è nata già monca: una sperimentazione rivolta a poche migliaia di persone su milioni di aventi diritto, mentre la riforma della disabilità vedeva slittare di anni la propria piena attuazione. La montagna delle promesse aveva partorito il topolino degli stanziamenti.

Per chi aveva digiunato e manifestato per anni, fu l'ennesima conferma di un meccanismo crudele: si concede il principio e si nega la sostanza, si scrive il diritto nella legge e lo si svuota nel bilancio. La riforma tanto attesa rischiava di trasformarsi nell'ennesima cornice vuota, buona per i comunicati e i convegni ma incapace di cambiare la vita reale delle persone. Eppure, anche questa mezza conquista non

sarebbe esistita senza vent'anni di lotte: è il paradosso amaro di chi ottiene abbastanza per non potersi arrendere, ma troppo poco per poter vincere.

7. La rivolta contro lo scarto

Che cosa ci dicono, politicamente, queste lotte? Dicono, prima di tutto, che l'abbandono non è un destino accettato, ma un terreno di conflitto. Quando un malato di SLA digiuna davanti a un ministero non chiede compassione: rivendica un diritto, e denuncia una scelta. È la traduzione concreta del principio che attraversa il movimento delle persone con disabilità in tutto il mondo, niente su di noi senza di noi: i diretti interessati pretendono di essere protagonisti, non oggetti di decisioni altrui.

Ed è anche, nel profondo, un conflitto di classe. Chi scende in piazza o digiuna è, quasi sempre, chi non ha i mezzi per comprare sul mercato l'assistenza che lo Stato nega; chi può permettersela, semplicemente, paga e tace. La ribellione dei dimenticati è la rivolta di chi rifiuta di essere considerato uno scarto, una voce di bilancio da comprimere, e rivendica il proprio posto nella comunità come cittadino di pieno diritto. È questo che la rende, al di là delle singole richieste, una battaglia politica nel senso più alto.

8. Una lotta che viene da lontano

Questa rivolta non nasce dal nulla, ma si inserisce in una lunga tradizione internazionale. Il movimento delle persone con disabilità, a partire dagli anni settanta, ha rovesciato l'idea che la disabilità fosse una questione medica e privata, affermandola come questione di diritti civili e di giustizia sociale. Dalle lotte per la vita indipendente alle rivendicazioni di accessibilità, fino alla Convenzione delle Nazioni Unite, è stato il protagonismo diretto delle persone con disabilità a cambiare le leggi e la cultura.

Le mobilitazioni italiane per la non autosufficienza appartengono a questa storia. Hanno i loro limiti, certo: spesso frammentate, talvolta divise per patologia o per sigla, non sempre capaci di unire le forze in un fronte comune. Ma nel loro insieme hanno tenuto viva, in un Paese che

voleva dimenticare, l'idea che la cura sia un diritto esigibile e non una concessione caritatevole. È grazie a loro se il tema della non autosufficienza, per anni confinato nel silenzio, è finalmente entrato nel dibattito pubblico.

A queste battaglie si è affiancata, più di recente, quella per il riconoscimento del caregiver familiare, la persona, quasi sempre una donna, che assiste gratuitamente un congiunto non autosufficiente sacrificando lavoro, salute e vita propria. Da anni si chiede una legge che ne riconosca il ruolo, i diritti previdenziali e un sostegno economico; da anni la risposta tarda. È un altro fronte della stessa guerra: rendere visibile e dare valore a un lavoro di cura che lo Stato dà per scontato, scaricandolo in silenzio sulle famiglie e sulle donne.

9. Le obiezioni e perché non reggono

A queste lotte si oppongono obiezioni ricorrenti. La prima: si tratterebbe di richieste settoriali, di una categoria che difende i propri interessi particolari. Ma la non autosufficienza non è una condizione di pochi: riguarda milioni di persone e, prima o poi, tocca quasi ogni famiglia; difendere quel diritto significa difendere tutti. La seconda: lo Stato non potrebbe accontentare ogni richiesta, perché le risorse sono limitate. È l'argomento di sempre, già smentito da queste pagine: le risorse esistono, e si trovano per il riarmo o per altre priorità; ciò che manca è la volontà di destinarle alla cura.

La terza obiezione: le proteste fanno rumore, ma non cambiano i problemi strutturali. È vero che la sola protesta non basta, e la storia delle promesse tradite lo dimostra; ma senza quelle lotte non ci sarebbero stati né i fondi, per quanto insufficienti, né le leggi, per quanto disattese. Senza conflitto, il silenzio sarebbe stato totale, e l'abbandono ancora più profondo. Chi invita i fragili a tacere e ad attendere, in fondo, difende l'ordine che li abbandona.

10. Sintesi: i fragili come soggetto politico

La ribellione dei dimenticati ha un valore che va oltre i singoli risultati, spesso magri. Ha dimostrato che le persone non autosufficienti e con disabilità sono soggetti politici, capaci di rivendicare, di proporre, di

incidere. Ha tenuto aperta una breccia in un muro di indifferenza. E ha mostrato che esiste una domanda di cura, organizzata e consapevole, che chiede non l'elemosina ma il diritto.

Resta però una domanda decisiva: contro che cosa, esattamente, si scontrano queste lotte? Le mobilitazioni per la non autosufficienza non nascono nel vuoto. Crescono mentre il pilastro su cui l'intero sistema di cura dovrebbe poggiare, il Servizio Sanitario Nazionale, arretra anno dopo anno: liste d'attesa che si allungano, reparti che chiudono, un mercato privato che avanza dove il pubblico si ritira. Nessuna rivendicazione di assistenza domiciliare può reggere se il servizio pubblico che dovrebbe garantirla viene smantellato. È a questa crisi, al cuore del diritto alla salute, che dedicheremo le pagine seguenti.

11. Le fonti di questo capitolo

La ricostruzione delle mobilitazioni del Comitato 16 Novembre, degli scioperi della fame e della sete, dei presidi e del progetto Restare a Casa si basa sulle cronache della stampa nazionale e dell'informazione specializzata sulla disabilità e le malattie rare relative agli anni delle proteste, e sui comunicati dello stesso Comitato. In particolare, la morte di Raffaele Pennacchio durante il presidio sotto il Ministero dell'Economia e delle Finanze è documentata dalle cronache dell'ottobre 2013; la scomparsa di Salvatore Usala dalle cronache del settembre 2016; il passaggio della presidenza a Mariangela Lamanna, dopo la morte di Laura Flamini, dalle fonti del 2017. Le informazioni sul Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza, sulla sua composizione, sulle proposte e sulle richieste di finanziamento provengono dai documenti del Patto e del Forum Disuguaglianze e Diversità, coordinati da Cristiano Gori.

I dati sulla legge delega numero 33 del 2023, sul decreto legislativo numero 29 del 2024 e sulla prestazione universale, con i relativi stanziamenti, sono tratti dalla documentazione parlamentare e dalle analisi delle organizzazioni del settore. Il principio niente su di noi senza di noi è il motto storico del movimento internazionale delle persone con disabilità, già richiamato nelle pagine precedenti.

Capitolo 17. La sanità che arretra

Liste d'attesa, privatizzazione e crisi del Servizio Sanitario Nazionale

«La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.»

Costituzione della Repubblica italiana, articolo 32

1. Un pilastro che si sgretola

Il Servizio Sanitario Nazionale è stato, per quasi mezzo secolo, uno dei pilastri della Repubblica e una delle conquiste più alte della storia sociale italiana: il diritto di ogni persona a essere curata, a prescindere dal reddito, dal lavoro, dal luogo di nascita. Oggi quel pilastro si sgretola sotto i nostri occhi. Le liste d'attesa diventano interminabili, gli ospedali chiudono reparti, il personale fugge, e una quota crescente di cittadini si rivolge al privato a pagamento o, semplicemente, rinuncia a curarsi.

Nel 2024 una persona su dieci ha dovuto rinunciare ad almeno una prestazione sanitaria necessaria. Senza che nessun governo lo abbia mai dichiarato apertamente, l'Italia sta scivolando verso un sistema sanitario misto, in cui accanto al pubblico universale cresce un mercato privato accessibile solo a chi può permetterselo. È la lenta erosione di un diritto, e di una promessa fatta a tutti.

2. Una conquista costruita per essere smontata

Il Servizio Sanitario Nazionale nasce nel 1978 con la legge 833, che supera il vecchio sistema mutualistico e fonda un servizio universale, finanziato dalla fiscalità generale e ispirato al principio costituzionale della tutela della salute come diritto fondamentale. Era, sulla carta, uno dei sistemi più avanzati al mondo. Ma a partire dagli anni novanta quel modello viene progressivamente smontato.

L'aziendalizzazione trasforma le unità sanitarie in aziende chiamate a far quadrare i bilanci; la regionalizzazione frammenta il sistema in

ventuno servizi sanitari diversi, con livelli di qualità e di accesso sempre più disuguali. Soprattutto, si afferma una cultura per cui la sanità è prima di tutto un costo da contenere, e non un investimento da proteggere. Quella cultura, condivisa nei fatti da governi di ogni colore, è la radice del declino attuale.

La pandemia del 2020 aveva mostrato in modo drammatico il prezzo di anni di tagli: reparti insufficienti, terapie intensive al collasso, personale stremato. Per un momento sembrò che la lezione fosse stata appresa, e che la sanità pubblica sarebbe tornata una priorità. È accaduto il contrario: passata l'emergenza, il definanziamento è ripreso, e la quota di ricchezza nazionale destinata alla salute ha ricominciato a scendere, come se nulla fosse stato.

3. Quindici anni di definanziamento

I numeri raccontano un definanziamento sistematico. La spesa sanitaria pubblica italiana si ferma attorno al 6% del prodotto interno lordo, contro una media dei Paesi OCSE di oltre il 7% e una media europea più alta. Secondo la Fondazione GIMBE, il divario di spesa pubblica pro capite rispetto agli altri grandi Paesi europei vale circa 889 euro a testa, per un deficit complessivo che sfiora i 52 miliardi di euro l'anno.

Anche all'interno del bilancio dello Stato la sanità perde peso: nel 2024 rappresentava circa il 13% della spesa pubblica complessiva, in calo rispetto agli anni precedenti. È il risultato di scelte ripetute, che in quindici anni hanno trattato la spesa sanitaria come la prima voce da comprimere ogni volta che bisognava far quadrare i conti. Non un destino, ancora una volta, ma una decisione.

A pagare questo arretramento sono in primo luogo le Regioni, che gestiscono concretamente la sanità. La maggior parte di esse chiude i bilanci in profondo rosso ed è costretta a coprire i disavanzi con risorse proprie, spesso sottratte ad altri capitoli di spesa, oppure aumentando le imposte locali e i ticket. Il definanziamento nazionale si scarica così sui territori, alimentando un circolo vizioso in cui i servizi peggiorano proprio dove i cittadini avrebbero più bisogno di tutele.

4. Le liste d'attesa e la rinuncia alle cure

L'effetto più immediato di questo arretramento sono le liste d'attesa. Per moltissime prestazioni i tempi del servizio pubblico sono incompatibili con i bisogni clinici: si attendono mesi per una visita specialistica, per un esame, per un intervento programmabile. Di fronte a tempi simili, i cittadini hanno due sole alternative: pagare di tasca propria nel privato oppure rinunciare. E sempre più spesso rinunciano.

Secondo l'ISTAT, nel 2024 circa 4 milioni di italiani hanno rinunciato a una prestazione a causa delle liste d'attesa, un dato cresciuto di oltre il 50% in un solo anno, mentre oltre 2 milioni hanno rinunciato per ragioni puramente economiche; tra chi soffre di malattie croniche la quota sale ancora. Complessivamente, le rinunce hanno raggiunto i 5,8 milioni di persone. Il decreto legge sulle liste d'attesa, varato in fretta nel 2024, è rimasto in larga parte inattuato, impantanato tra ostacoli tecnologici e conflitti tra Stato e Regioni.

Dietro le percentuali ci sono storie concrete: il tumore diagnosticato troppo tardi perché l'esame era prenotabile solo a distanza di un anno, la terapia interrotta perché non sostenibile, la malattia cronica che peggiora nell'attesa. La rinuncia alle cure non è una statistica astratta: è sofferenza evitabile e, in alcuni casi, sono vite che si sarebbero potute salvare. È il prezzo umano, spesso invisibile, di un diritto che resta scritto nella Costituzione ma viene negato nei fatti.

5. La spesa che ricade sulle famiglie

Dove arretra il pubblico, avanza il privato. Nel 2024 la spesa sanitaria complessiva in Italia ha superato i 185 miliardi di euro: di questi, circa 137 miliardi sono spesa pubblica e quasi 48 miliardi spesa privata. La parte più rilevante di questa spesa privata, oltre 41 miliardi, è pagata direttamente dalle famiglie di tasca propria, la cosiddetta spesa out of pocket, che ha raggiunto circa il 22% della spesa sanitaria totale.

È un livello che da oltre dieci anni supera la soglia del 15% indicata dall'Organizzazione mondiale della sanità come limite oltre il quale l'equità e l'accessibilità delle cure sono a rischio. In pratica, quasi un euro su quattro della spesa sanitaria esce direttamente dalle tasche dei

cittadini. Una quota minore, poco più di 6 miliardi, passa attraverso fondi sanitari, mutue e assicurazioni private: la cosiddetta sanità integrativa, che gode di agevolazioni fiscali il cui costo per le casse pubbliche non è mai stato reso noto, e che spinge i ceti più garantiti fuori dal sistema pubblico.

Questo spostamento non è neutro. La sanità integrativa, i fondi e le polizze collettive riguardano soprattutto i lavoratori più garantiti e i redditi medio-alti, mentre chi ha un lavoro precario o povero ne resta escluso e dipende interamente da un servizio pubblico sempre più debole. Così, anziché ridurre le disuguaglianze, il sistema misto le riproduce e le approfondisce, costruendo corsie di accesso diverse alle cure a seconda della busta paga.

6. La crisi del personale

Nessun sistema sanitario regge senza chi ci lavora, e proprio qui si misura una delle ferite più profonde. L'Italia è tra i primi Paesi europei per numero di medici, ma è in coda per numero di infermieri, ben al di sotto della media dell'Unione. La medicina territoriale è in sofferenza: all'inizio del 2024 mancavano oltre 5.500 medici di medicina generale e circa 500 pediatri di libera scelta, e per molte famiglie trovare un medico di base vicino a casa è diventato difficile.

Cresce la fuga dei professionisti, verso l'estero o verso il privato, attratti da retribuzioni più alte e da condizioni di lavoro meno logoranti: gli stipendi dei medici e degli infermieri italiani restano sotto la media OCSE. Le scuole di specializzazione vedono ogni anno restare scoperti molti posti, soprattutto nelle discipline più dure come la medicina d'emergenza, mentre crolla persino l'attrattiva del corso di laurea in infermieristica. È un sistema che, smettendo di investire sul personale, sta segando il ramo su cui è seduto.

Il vuoto lasciato dalle assunzioni mancate viene tamponato in modi che aggravano il problema: il ricorso ai medici a gettone, pagati a prestazione da cooperative private a costi spesso superiori, e l'aumento dei carichi di lavoro per chi resta. A questo si sommano il logoramento, il burnout e il crescente fenomeno delle aggressioni al personale, soprattutto nei pronto soccorso. È la spia di un sistema sotto pressione, in

cui chi cura è a sua volta lasciato senza tutele adeguate, e in cui il malessere degli operatori diventa un ulteriore motore della fuga.

7. Una privatizzazione strisciante

Messi insieme, questi dati disegnano una privatizzazione strisciante, mai annunciata e perciò più insidiosa. Non si tratta di una vendita esplicita del Servizio Sanitario Nazionale, ma di un suo svuotamento progressivo: si definanzia il pubblico fino a renderlo lento e inadeguato, e si lascia che il mercato privato ne raccolga la domanda inevasa. È una strategia che ha vincitori e vinti precisi.

Vincono le cliniche private, i fondi sanitari, le compagnie di assicurazione, l'intero ecosistema della sanità a pagamento, che prospera proprio grazie alle carenze del pubblico. Perdono i cittadini comuni, e tra loro soprattutto i più poveri, gli anziani, i malati cronici: chi può paga e si cura, chi non può aspetta o rinuncia. La salute torna a essere, come prima del 1978, una questione di censo. E lo Stato, invece di contrastare questo processo, lo asseconda, persino sovvenzionando con la leva fiscale i fondi integrativi che svuotano dall'interno il sistema universale.

8. La geografia diseguale della salute

A tutto questo si aggiunge una frattura territoriale antica e mai sanata. La qualità e l'accessibilità delle cure cambiano radicalmente da regione a regione: i livelli essenziali di assistenza, che dovrebbero essere garantiti ovunque allo stesso modo, sono rispettati pienamente solo in una parte del Paese, mentre il Mezzogiorno resta indietro. È la ragione dei cosiddetti viaggi della speranza, le decine di migliaia di pazienti che ogni anno lasciano il Sud per curarsi al Nord, con un enorme costo umano ed economico per le famiglie e per le regioni più povere.

La stessa Commissione europea, nel suo rapporto sull'Italia, ha segnalato il peggioramento dell'accesso alle cure e l'ampliarsi dei divari tra Nord e Sud. In questo quadro, i progetti di autonomia differenziata rischiano di aggravare ulteriormente la frammentazione, cristallizzando in legge le disuguaglianze esistenti invece di colmarle. La salute, che dovrebbe essere un diritto uguale per tutti, diventa così una lotteria che dipende dal luogo in cui si nasce e si vive.

9. Le obiezioni e perché non reggono

A difesa dell'esistente si oppongono alcuni argomenti. Il primo: la spesa sanitaria, in valore assoluto, è in realtà aumentata, dunque non si potrebbe parlare di tagli. È un argomento che inganna, perché ciò che conta non è la cifra nominale, ma il suo rapporto con il PIL, con l'inflazione, con l'invecchiamento della popolazione e con i costi crescenti delle nuove terapie: misurata così, la spesa pubblica arretra. Il secondo: il privato alleggerirebbe il pubblico, e un sistema misto sarebbe efficiente.

Ma il privato non alleggerisce nulla, perché seleziona le prestazioni più redditizie e lascia al pubblico quelle complesse e costose, scaricando comunque sui cittadini il costo delle cure. Il terzo argomento: il problema non sarebbero i fondi, ma gli sprechi e le inefficienze. Sprechi ne esistono, e vanno combattuti; ma nessuna lotta agli sprechi può colmare un divario di oltre cinquanta miliardi l'anno rispetto agli altri grandi Paesi europei. La verità è più semplice: per avere una buona sanità pubblica servono risorse pubbliche, e quelle risorse sono state deliberatamente negate.

10. Sintesi: la cura come merce, e la nuova frontiera

La sanità che arretra non è un incidente, ma il prodotto coerente delle scelte di spesa raccontate in queste pagine: definanziare la cura per finanziare altro, lasciando che il mercato occupi lo spazio rimasto libero. Il risultato è un diritto universale che si trasforma lentamente in una merce, accessibile a chi ha i mezzi e negata a chi non li ha. Difendere e rilanciare il Servizio Sanitario Nazionale, riportandone il finanziamento ai livelli europei, è perciò la prima e più urgente delle battaglie per la cura.

Ma su questo terreno indebolito si affaccia ora una promessa nuova, presentata come la soluzione di tutti i problemi: la tecnologia. Telemedicina, algoritmi e assistenza a distanza vengono offerti come la via per fare di più con meno. È a questa nuova frontiera, alle sue opportunità e soprattutto ai suoi rischi, che dedicheremo le pagine seguenti. Perché una tecnologia adottata per risparmiare, e non per curare meglio, rischia di trasformare l'arretramento del pubblico in qualcosa di definitivo.

11. Le fonti di questo capitolo

I dati sulla spesa sanitaria, sul suo rapporto con il PIL e con la spesa pubblica, sul divario rispetto ai Paesi europei e dell'OCSE, sulla spesa privata e out of pocket e sull'intermediazione dei fondi sanitari provengono dall'ottavo Rapporto della Fondazione GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale, presentato nell'autunno del 2025, dai dati ISTAT del sistema dei conti della sanità e dal rapporto della Ragioneria generale dello Stato. I dati sulla rinuncia alle cure e sulle liste d'attesa sono di fonte ISTAT, ripresi e analizzati dalla stessa Fondazione GIMBE, con riferimento allo stato di attuazione del decreto legge numero 73 del 2024.

I dati sulla carenza di personale, sui medici di medicina generale, sulle scuole di specializzazione e sulle retribuzioni rispetto alla media OCSE sono tratti dal medesimo Rapporto GIMBE. Il riferimento al peggioramento dell'accesso alle cure e ai divari territoriali tra Nord e Sud richiama il rapporto della Commissione europea sull'Italia del 2026. Il quadro storico richiama la legge numero 833 del 1978 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale.

Capitolo 18. L'algoritmo della cura

Digitalizzazione, teleassistenza e rischi della sostituzione tecnologica

«Ogni persona ha diritto alla protezione dei dati di carattere personale che la riguardano.»

Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, articolo 8

1. La promessa del miracolo digitale

Di fronte alla crisi della cura raccontata in queste pagine, una soluzione viene oggi presentata come quasi miracolosa: la tecnologia. Telemedicina, teleassistenza, sensori intelligenti, algoritmi e perfino robot di compagnia vengono offerti come la via per fare di più con meno, per assistere milioni di anziani e di persone con disabilità senza moltiplicare la spesa pubblica. È una promessa seducente, soprattutto per chi governa i bilanci: se una macchina può sorvegliare un anziano a distanza, forse non servirà assumere un infermiere; se un'applicazione può misurare i parametri vitali, forse non servirà una visita.

Ma dietro ogni promessa tecnologica si nasconde una domanda politica, troppo spesso taciuta: di chi è il problema che questa tecnologia risolve davvero? Quello della persona fragile, o quello di uno Stato che vuole spendere meno? La risposta a questa domanda decide se la digitalizzazione della cura sarà una conquista o l'ennesimo modo di abbandonare i più deboli, questa volta con un'aria di modernità.

2. Telemedicina e teleassistenza: il piano e i numeri

La digitalizzazione della cura non è un'ipotesi futura: è già in corso, e ha un nome preciso, il Piano nazionale di ripresa e resilienza. La sua Missione 6, dedicata alla salute, ha messo al centro proprio la telemedicina e l'assistenza domiciliare. L'investimento sulla telemedicina è stato portato da 1 miliardo a 1,5 miliardi di euro, con l'obiettivo di raggiungere 300 mila pazienti assistiti a distanza entro la metà del 2026, per poi puntare a quasi 800 mila negli anni successivi.

In parallelo, l'assistenza domiciliare integrata dovrebbe prendere in carico oltre 842 mila persone over 65, pari a circa il 10% degli anziani, coordinate da circa 600 centrali operative territoriali che gestiscono da remoto i dispositivi. Sulla carta, è una piccola rivoluzione organizzativa. La domanda è che cosa, di questa rivoluzione, serva davvero a curare meglio, e che cosa serva soltanto a contenere i costi del personale che non si vuole assumere.

C'è però un problema di fondo. Questi piani digitali si innestano su un sistema sanitario già indebolito e privo di personale: senza medici e infermieri sufficienti a leggere i dati, a richiamare i pazienti, a intervenire, la telemedicina rischia di restare un guscio tecnologico vuoto. I dispositivi raccolgono numeri che nessuno ha il tempo di interpretare, e l'assistenza domiciliare promessa si riduce a poche ore o a una telefonata. La tecnologia, da sola, non crea la cura che manca: può soltanto organizzarla meglio, a condizione che quella cura esista.

3. Ciò che la tecnologia può davvero fare

Sarebbe ingiusto, e sbagliato, negare i benefici reali di queste tecnologie. Il telemonitoraggio dei malati cronici, che in Italia sono oltre 24 milioni, permette di seguire a distanza i parametri vitali e di intervenire prima che una situazione precipiti, riducendo ricoveri evitabili e ospedalizzazioni. I sensori e i dispositivi indossabili possono rilevare una caduta, un'anomalia del battito, un cambiamento nelle abitudini, e dare l'allarme. Alcuni robot di compagnia, già usati all'estero, alleviano la solitudine e sostengono terapie non farmacologiche per le persone con demenza.

Per chi vive in aree isolate, lontano dagli ospedali, o per chi ha difficoltà a spostarsi, la possibilità di essere seguiti a casa propria è un progresso concreto. Usata bene, come strumento in più nelle mani di chi cura, la tecnologia può ampliare l'accesso e migliorare la qualità della vita. Il problema, come sempre, non è lo strumento, ma il modo e il fine con cui viene usato. La stessa innovazione può servire ad aggiungere cura o a sottrarla.

I numeri, dove la tecnologia è stata applicata con serietà e in contesti adeguati, parlano chiaro: alcune sperimentazioni di monitoraggio

intelligente nelle residenze per anziani hanno ridotto in modo significativo i ricoveri d'emergenza, intercettando in anticipo cadute e infezioni. Sono risultati che dimostrano il potenziale reale di questi strumenti. Ma quegli stessi numeri esistono soltanto dove la tecnologia si accompagna a personale formato e presente: l'algoritmo segnala, ma è sempre una persona che deve accorrere. Tolta la persona, resta soltanto un allarme che suona nel vuoto.

4. Il rovescio: sostituire la relazione con un costo in meno

Il rischio comincia quando la tecnologia smette di essere un aiuto a chi cura e diventa un sostituto di chi cura. Curare una persona anziana o con disabilità non è una transazione tecnica: è una relazione fatta di presenza, di ascolto, di contatto, di tempo. Una telecamera che sorveglia non tiene una mano; un sensore che misura la glicemia non si accorge della tristezza; un algoritmo che segnala un'anomalia non sostituisce la fiducia che si costruisce con una persona conosciuta.

Quando però l'obiettivo è ridurre i costi, la tentazione è esattamente questa: usare la macchina al posto della persona, trasformare gli operatori sopravvissuti in semplici esecutori di flussi di dati, ridurre la cura a un insieme di parametri da monitorare a distanza. Si continua a chiamarla assistenza, ma è abbandono travestito da innovazione. La relazione, che è il cuore della cura, diventa la prima voce da tagliare, perché è la più costosa e la meno misurabile.

5. La datificazione del corpo fragile

C'è poi un aspetto che porta diritto al cuore del nostro tempo: la trasformazione delle persone fragili in fonti di dati. I sistemi di assistenza intelligente si reggono su una sorveglianza continua: sensori in casa, telecamere, braccialetti che registrano sonno, movimento, battito, posizione. Si parla di una rete protettiva invisibile, di un compagno silenzioso ma attento; ma un compagno che osserva e registra tutto, ventiquattro ore al giorno, è prima di tutto un dispositivo di sorveglianza.

Ogni gesto dell'anziano diventa un dato, ogni dato un flusso che qualcuno raccoglie, conserva e analizza. È la logica che la studiosa

Shoshana Zuboff ha chiamato capitalismo della sorveglianza: l'estrazione di valore economico dai comportamenti umani trasformati in informazione. Applicata alla cura, questa logica fa del corpo fragile dell'anziano e della persona con disabilità una miniera di dati sanitari e comportamentali, preziosi per le imprese tecnologiche e assicurative, raccolti spesso senza un controllo reale da parte di chi vi è sottoposto e senza che ne tragga un beneficio proporzionato.

Si pone allora una questione di potere e di consenso. A chi appartengono questi dati? Chi può usarli, rivenderli, incrociarli? Una compagnia assicurativa che conosca ogni parametro vitale di una persona anziana potrebbe un domani modulare premi e coperture, o negarli. E il consenso, per chi è fragile, solo o cognitivamente vulnerabile, è spesso soltanto formale: si firma ciò che si è costretti ad accettare pur di ricevere assistenza. La sorveglianza, qui, non è il prezzo della sicurezza scelto liberamente, ma una condizione imposta a chi non ha alternative.

6. L'algoritmo che decide

La frontiera successiva è l'algoritmo che non si limita a osservare, ma decide. Già oggi sistemi automatici intervengono nell'assegnazione di prestazioni sociali, nella valutazione del bisogno, nella definizione delle priorità di accesso alle cure. Affidare queste decisioni a un algoritmo è pericoloso per due ragioni. La prima è l'opacità: spesso non è dato sapere in base a quali criteri il sistema decide, e il cittadino non può contestare una scelta che non comprende. La seconda è la discriminazione: un algoritmo apprende dai dati del passato, e rischia di riprodurre e amplificare le disuguaglianze esistenti, penalizzando chi è già povero, marginale, diverso dalla norma statistica.

L'Europa ha già conosciuto casi gravi. Nei Paesi Bassi un sistema automatico di individuazione delle frodi nei sussidi ha colpito ingiustamente migliaia di famiglie, spesso di origine straniera, in uno scandalo che ha fatto cadere un governo, mentre un altro sistema di profilazione dei cittadini è stato dichiarato illegittimo da un tribunale per violazione dei diritti umani. Quando un algoritmo, magari tarato sul costo marginale anziché sul bisogno reale, decide chi curare e chi rimandare a casa, la cura cessa di essere un diritto e diventa il prodotto di un calcolo.

A questo si aggiunge un pregiudizio specifico, una sorta di scarto algoritmico verso l'età e la disabilità: se un sistema calcola il valore di un intervento in base all'aspettativa di vita o alla produttività residua, l'anziano e il malato grave finiranno sempre in fondo alla lista. Per questo ogni decisione automatica che incide su un diritto dovrebbe restare contestabile davanti a una persona, e mai essere l'ultima parola. La cura non può essere appaltata a una formula che, per sua natura, considera i più fragili un investimento poco redditizio.

7. La cerniera con il controllo

È qui che questo libro incontra il suo gemello. La lettura critica della tecnologia che attraversa queste pagine è la stessa che percorre *Cyberfascismo*, il volume con cui *La cura negata* compone un dittico. Là si mostrava come il potere tecnologico e algoritmico possa comprimere la libertà attraverso la sorveglianza e il controllo; qui si mostra come la stessa logica possa comprimere la dignità attraverso l'abbandono.

Da una parte il controllo, dall'altra l'abbandono: sono due facce della medesima trasformazione, in cui la tecnologia, presentata come progresso neutrale, serve in realtà a ridurre i costi, a estrarre valore e a sottrarre potere alle persone. La digitalizzazione della cura non è né buona né cattiva in sé: lo diventa a seconda di chi la governa, con quali fini e a vantaggio di chi. Ed è proprio questa la domanda che il potere preferisce non porre, nascondendola dietro il linguaggio rassicurante dell'efficienza.

8. Lo specchio internazionale

Il confronto con altri Paesi aiuta a vedere il bivio. Il Giappone, alle prese con un invecchiamento ancora più rapido del nostro e con una grave carenza di manodopera, ha investito massicciamente nella robotica assistenziale, sviluppando robot capaci di sollevare i pazienti o di fornire compagnia. È un modello che mostra le potenzialità, ma anche i limiti, della sostituzione tecnologica della cura umana.

I Paesi nordeuropei seguono invece una strada diversa: usano la tecnologia come complemento di servizi pubblici già forti e ben finanziati, non come loro surrogato. La differenza è decisiva. Dove la cura

pubblica è solida, la tecnologia si aggiunge e la potenzia; dove la cura pubblica è stata smantellata, come in Italia, la tecnologia rischia di essere chiamata a tappare i buchi, a fare le veci di un personale che non c'è. La stessa innovazione, a seconda del contesto politico, può emancipare oppure impoverire.

Resta poi, ovunque, l'ostacolo del divario digitale. Proprio le persone che più avrebbero bisogno di questi servizi, gli anziani molto vecchi, chi ha disabilità cognitive o sensoriali, chi vive in povertà, sono spesso quelle meno capaci di usare uno smartphone o una piattaforma. Una cura affidata al digitale, senza un accompagnamento umano costante, rischia di escludere per la seconda volta chi è già escluso, sommando alla disuguaglianza sociale una disuguaglianza tecnologica. La modernità, anche qui, non è neutra: distribuisce vantaggi e svantaggi lungo le stesse linee di sempre.

9. Le obiezioni e perché non reggono

Gli argomenti a favore di una digitalizzazione senza riserve sono noti. Il primo: la tecnologia sarebbe neutrale, e tutto dipenderebbe da come la si usa. È vero solo a metà, perché nessuna tecnologia è davvero neutrale: incorpora gli interessi e gli obiettivi di chi la progetta e la finanzia, e una tecnologia pensata per risparmiare produrrà risparmi, non necessariamente salute. Il secondo: la telemedicina amplia l'accesso, raggiunge chi vive lontano o non può muoversi. È un beneficio reale, ma vale solo se si aggiunge ai servizi e non se li sostituisce, e a condizione di non escludere proprio gli anziani e le persone con disabilità meno alfabetizzate al digitale, che sono moltissime.

Il terzo argomento: criticare significherebbe avere paura del progresso, essere nuovi luddisti. Ma non si tratta di rifiutare la tecnologia, bensì di pretendere che serva le persone e non i bilanci, e di non confondere l'efficienza con la cura. Il progresso, quando lascia indietro i più deboli per risparmiare sulle loro vite, non è affatto progresso: è soltanto una forma più sofisticata e meglio raccontata dello stesso, vecchio abbandono.

10. Sintesi: lo strumento e il padrone

La conclusione è semplice e netta. La tecnologia è uno strumento potente e, come ogni strumento, dipende da chi lo impugna e per quale scopo. Nelle mani di un sistema pubblico forte, finanziato e orientato ai diritti, la telemedicina e i dispositivi intelligenti possono ampliare la cura e migliorarla. Nelle mani di uno Stato che vuole spendere meno, diventano l'alibi perfetto per sostituire le persone con le macchine, sorvegliare invece di assistere, calcolare invece di curare. La vera domanda non è quanta tecnologia, ma chi la controlla e a vantaggio di chi.

E questa domanda non si risolve nei laboratori, ma nel conflitto sociale e politico. Perché nessuna tecnologia, per quanto avanzata, può colmare il vuoto lasciato da un diritto che non esiste. Alla fine di questo percorso resta dunque la questione decisiva: che cosa dovrebbe esistere al posto del sistema dell'abbandono? Non basta denunciare ciò che non funziona, occorre indicare l'alternativa. È il passaggio dalla protesta alla proposta, e quella proposta ha un nome preciso, attorno al quale si è coagulato il meglio delle mobilitazioni raccontate in queste pagine: il superamento della logica della carità e la costruzione di un vero servizio pubblico per la non autosufficienza. È di questo che parleremo nelle pagine seguenti.

11. Le fonti di questo capitolo

I dati sugli investimenti del Piano nazionale di ripresa e resilienza in telemedicina e assistenza domiciliare, sugli obiettivi di pazienti assistiti e sulle centrali operative territoriali provengono dai documenti del Ministero della Salute relativi alla Missione 6 e dalle analisi pubblicate tra il 2024 e il 2026 sullo stato di attuazione. Le informazioni sulle tecnologie di assistenza, sui dispositivi indossabili, sui sensori e sui robot di compagnia, con i relativi benefici e rischi, sono tratte dalla letteratura specialistica e dalla stampa di settore sull'age tech e sull'intelligenza artificiale applicata alla cura, comprese le analisi critiche apparse su riviste sanitarie nel 2025 e nel 2026.

Il concetto di capitalismo della sorveglianza fa riferimento all'opera di Shoshana Zuboff. I casi europei di algoritmi nel welfare richiamano vicende documentate nei Paesi Bassi, tra cui lo scandalo dei sussidi per

l'infanzia e la dichiarazione di illegittimità di un sistema di profilazione dei cittadini. Il riferimento al dittico richiama Cyberfascismo, il volume con cui questo libro dialoga.

Capitolo 19. Dalla carità al diritto

Un Servizio Nazionale per la Non Autosufficienza

«Ogni individuo, in quanto membro della società, ha diritto alla sicurezza sociale.»

Dichiarazione universale dei diritti umani, articolo 22

1. Dalla carità al diritto

Tutto ciò che abbiamo raccontato fin qui converge in una sola, semplice alternativa: la cura delle persone non autosufficienti e con disabilità può essere trattata come un atto di carità, oppure come un diritto. Sono due mondi opposti. Nel mondo della carità, l'assistenza è una concessione: dipende dalle risorse che avanzano, dalla buona volontà di un Comune, da un sussidio che oggi c'è e domani forse no, dalla generosità di una famiglia lasciata sola.

Nel mondo del diritto, invece, l'assistenza è una prestazione esigibile: spetta alla persona perché è cittadina, in misura uniforme su tutto il territorio, e può essere pretesa, se necessario, anche davanti a un giudice. L'Italia, oggi, vive ancora in larga parte nel primo mondo. Questo capitolo prova a descrivere come sarebbe il secondo, e quale strumento potrebbe realizzarlo: un Servizio Nazionale per la Non Autosufficienza.

2. La trappola della carità

Per capire la portata di questa proposta bisogna guardare al sistema attuale, che ne è esattamente l'opposto. Oggi la risposta pubblica alla non autosufficienza è frammentata e largamente affidata al denaro. È divisa tra tre soggetti che spesso non si parlano: lo Stato, attraverso l'INPS, eroga prestazioni monetarie come l'indennità di accompagnamento; le Regioni e le ASL gestiscono la sanità; i Comuni gestiscono i servizi sociali. La persona non autosufficiente e la sua famiglia sono lasciate sole a ricomporre questo puzzle, tra uffici diversi, valutazioni ripetute, graduatorie e bandi.

Soprattutto, il pilastro del sistema è un trasferimento di denaro, l'indennità di accompagnamento, erogato senza alcun vincolo di destinazione e senza che a esso corrisponda un servizio. È la quintessenza della logica della carità: ti do una somma, e poi arrangiati. Il risultato è la lotteria geografica già descritta, in cui ciò che ottieni dipende non dal tuo bisogno, ma dal luogo in cui vivi e, troppo spesso, dalla capacità della tua famiglia di sopperire da sola.

Per una famiglia, tutto questo si traduce in un calvario burocratico. Bisogna rivolgersi a uffici diversi per la stessa persona, ripetere più volte la medesima storia a interlocutori che non comunicano tra loro, ottenere un riconoscimento dall'INPS, un altro dall'ASL, un altro ancora dal Comune, ciascuno con i propri tempi e le proprie regole. Chi ha strumenti culturali ed economici riesce, faticosamente, a districarsi; chi non li ha resta indietro. La frammentazione non è un dettaglio organizzativo: è essa stessa una forma di esclusione.

3. Che cos'è un Servizio Nazionale per la Non Autosufficienza

L'alternativa ha un modello già esistente sotto gli occhi di tutti: il Servizio Sanitario Nazionale. Così come, dal 1978, il diritto alla salute è garantito a tutti i cittadini attraverso un servizio pubblico, universale e finanziato dalla fiscalità generale, allo stesso modo si potrebbe garantire il diritto alla cura di lungo termine.

Un Servizio Nazionale per la Non Autosufficienza significherebbe questo: prestazioni definite per legge come livelli essenziali, esigibili da chiunque ne abbia bisogno, uguali su tutto il territorio nazionale; una valutazione del bisogno unica e standardizzata, al posto delle cinque o sei valutazioni diverse di oggi; un punto unico di accesso, dove la persona e la famiglia trovino una risposta integrata invece di un labirinto; e soprattutto servizi reali, domiciliari e residenziali, non soltanto assegni. La cura smetterebbe di essere una concessione e diventerebbe un diritto di cittadinanza, come la salute e l'istruzione.

In concreto, significherebbe che una persona che perde l'autosufficienza, o la sua famiglia, possa rivolgersi a un solo sportello, ricevere una valutazione del proprio bisogno e vedersi garantire, di

diritto, un pacchetto di assistenza: ore di aiuto a domicilio, supporto infermieristico, sollievo per chi assiste, gli ausili necessari e una soluzione residenziale dignitosa quando la casa non basta più. Non un favore da implorare, ma una risposta dovuta, certa nei tempi e uguale ovunque. È la differenza, semplice e radicale, tra mendicare e avere diritto.

4. La riforma che poteva esserlo

Questa idea non è un'utopia astratta: l'Italia ci è andata vicino, almeno sulla carta. La legge delega del 2023 sulla riforma dell'assistenza agli anziani aveva quattro pilastri ambiziosi: una nuova governance capace di superare la frammentazione, attraverso un Sistema Nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente; una nuova assistenza domiciliare; un ripensamento della residenzialità; e una riforma dell'indennità di accompagnamento. Era, potenzialmente, l'embrione di quel servizio nazionale.

Ma il decreto attuativo ne ha svuotato la sostanza. Il sistema integrato, che avrebbe dovuto coordinare sanità, sociale e prestazioni monetarie, è stato ridotto al solo comparto sociale, escludendo proprio la sanità e i trasferimenti: mantenuto nella forma, cancellato nella sostanza. E i diritti promessi sono stati definiti come livelli essenziali delle prestazioni sociali, non come livelli essenziali di assistenza sanitaria: una differenza tecnica dalle conseguenze enormi, perché i primi, a differenza dei secondi, restano condizionati alle risorse messe a bilancio e non sono pienamente esigibili. Un diritto che si piega alla cassa non è un vero diritto.

È la lezione più amara di questa vicenda: non basta scrivere una buona riforma se poi se ne tradisce l'impianto e non la si finanzia. Il rischio, anzi, è ancora più insidioso, perché il Paese può considerare la partita ormai chiusa, convinto di aver già riformato la non autosufficienza, mentre nella vita reale delle persone non è cambiato quasi nulla.

5. I pilastri di un vero servizio

Che cosa servirebbe, dunque, per costruire davvero quel servizio? Il primo pilastro è una nuova domiciliarità: non poche ore di assistenza

spalmate su mesi, ma una presa in carico continuativa, intensa e integrata, che permetta alla persona di restare nella propria casa, come chiede da sempre il movimento. Il secondo è un ripensamento della residenzialità, superando il modello dell'istituto totale verso strutture più piccole, aperte e a misura di persona, e potenziando le alternative comunitarie.

Il terzo pilastro è l'integrazione effettiva tra sanità e sociale, oggi separati da muri burocratici che scaricano sulle famiglie il compito di abatterli. Il quarto è una valutazione multidimensionale unica del bisogno, che misuri ciò di cui la persona ha realmente bisogno e vi commisuri le prestazioni. Su tutto, la condizione che rende reale ogni pilastro: che queste prestazioni siano definite come diritti esigibili, e non come concessioni revocabili a seconda dei capitoli di bilancio.

A questi pilastri se ne aggiunge uno spesso dimenticato: le persone che la cura la fanno. Nessun servizio può funzionare senza personale formato, retribuito dignitosamente e in numero sufficiente, dagli operatori sociosanitari agli infermieri di comunità, fino all'emersione e alla qualificazione del lavoro delle assistenti familiari, oggi confinato nel sommerso. Investire nella cura significa anche creare lavoro buono, regolare e socialmente utile: l'esatto contrario della logica che nella cura vede soltanto un costo da comprimere.

6. Il nodo dell'indennità di accompagnamento

Il punto più delicato è la riforma dell'indennità di accompagnamento. Si tratta di un trasferimento monetario, di circa cinquecento euro al mese, erogato senza limiti di reddito a milioni di persone: un presidio universale prezioso, conquistato con le lotte, che nessuno propone seriamente di abolire. Il problema è che, da sola, una somma fissa non basta e non garantisce nulla sulla qualità della cura: spesso finisce, come si è visto, a pagare in nero una badante.

L'idea, allora, non è cancellare l'indennità, ma collegarla a un progetto di assistenza e alla valutazione del bisogno, dando alla persona la possibilità di scegliere se ricevere denaro, servizi o una combinazione dei due, come avviene nei sistemi più avanzati. È un terreno politicamente minato, perché ogni ipotesi di modifica viene subito agitata

come un attacco a un diritto acquisito; ma senza affrontarlo, il sistema resterà sbilanciato sui trasferimenti e povero di servizi.

7. Lo specchio internazionale

Gli altri grandi Paesi europei hanno affrontato il problema con decisione, costruendo sistemi strutturati che all'Italia mancano. La Germania, dal 1995, ha istituito un'assicurazione obbligatoria per la non autosufficienza, considerata il quinto pilastro del proprio sistema di protezione sociale e finanziata da un contributo dedicato sui redditi: garantisce una valutazione standardizzata su tutto il territorio, con livelli di bisogno uniformi, e incentiva esplicitamente le prestazioni in servizi rispetto al puro contributo in denaro.

La Francia ha creato un quinto ramo della sicurezza sociale dedicato all'autonomia; il Giappone, dal 2000, ha introdotto un'assicurazione pubblica per l'assistenza di lungo termine; la Spagna ha varato da tempo una legge sulla dipendenza. Modelli diversi, alcuni fondati sull'assicurazione sociale, altri sul servizio universale finanziato dalle tasse, ma con un tratto comune: tutti hanno riconosciuto la non autosufficienza come un rischio sociale collettivo, da affrontare con uno strumento pubblico strutturato, e non come una disgrazia privata da lasciare alle famiglie.

Dal confronto emerge una lezione netta per l'Italia. I sistemi che funzionano hanno tre caratteristiche comuni: una valutazione del bisogno unica e valida su tutto il territorio, un finanziamento dedicato e stabile, e una chiara preferenza per i servizi rispetto ai soli trasferimenti in denaro. Sono esattamente i tre punti su cui l'Italia è più debole. Non mancano, dunque, i modelli da cui imparare: manca, finora, la decisione politica di farlo.

8. Diritto, non assistenza: la posta politica

La scelta tra questi modelli non è soltanto tecnica, ma profondamente politica. Si può affrontare la non autosufficienza con un'assicurazione, in cui ciascuno versa per coprire un rischio futuro, oppure con un servizio pubblico universale, finanziato dalla fiscalità generale secondo il principio per cui ciascuno contribuisce in base alle proprie possibilità e

riceve in base ai propri bisogni. La prospettiva di questo libro è chiaramente la seconda.

Un servizio universale sul modello del Servizio Sanitario Nazionale è l'unico che realizzi pienamente il passaggio dalla carità al diritto, perché non lega la cura alla capacità contributiva del singolo e non apre la porta al mercato assicurativo privato, che trasformerebbe la non autosufficienza nell'ennesimo affare. Affidare la cura al mercato significa, ancora una volta, far pagare di più chi ha più bisogno e meno mezzi. La cura come diritto, invece, è cura come uguaglianza: ed è per questo che è una battaglia di sinistra.

C'è anche una ragione di lungo periodo. Un servizio universale crea solidarietà e coesione, perché lega il destino di tutti a un'istituzione comune che ciascuno ha interesse a difendere; un sistema fondato sul mercato e sulla carità, al contrario, divide, separando chi può comprarsi la cura da chi deve elemosinarla. Difendere e costruire la cura pubblica significa difendere l'idea stessa di una comunità che non abbandona i propri membri più fragili, e che riconosce nella vulnerabilità non un'eccezione, ma una parte della condizione di tutti.

9. Le obiezioni e perché non reggono

Le obiezioni sono prevedibili. La prima: un servizio universale costerebbe troppo, l'Italia non potrebbe permetterselo. Ma il Paese spende già molto per la non autosufficienza, solo che lo fa male, in trasferimenti monetari disordinati anziché in servizi efficaci; e le risorse aggiuntive necessarie, come si è visto, sono una frazione di ciò che si trova senza difficoltà per altre priorità. La seconda: l'assicurazione privata o integrativa sarebbe più sostenibile del servizio pubblico. È falso: le polizze private costano care, escludono i più poveri e i più malati e finiscono per coprire soprattutto chi ne ha meno bisogno.

La terza obiezione: il sistema attuale, fondato sulla famiglia e sulle badanti, in fondo funziona. Funziona, lo abbiamo visto, soltanto perché scarica costi e fatica su donne, familiari e lavoratrici migranti sottopagate, ed è destinato a saltare con il crollo demografico, quando i caregiver familiari saranno sempre meno. Nessuna di queste obiezioni

regge alla prova dei fatti: ciò che manca non è la sostenibilità, ma la volontà politica di riconoscere la cura come un diritto di tutti.

10. Sintesi: il diritto ha un costo, e va pagato

Costruire un Servizio Nazionale per la Non Autosufficienza significa compiere, per la cura di lungo termine, lo stesso passaggio che nel 1978 si compì per la salute: dal favore al diritto, dalla frammentazione all'universalismo, dalla carità alla cittadinanza. È una riforma di civiltà, non un capitolo di spesa da contenere.

Ma un diritto, per essere reale, deve essere finanziato: senza risorse adeguate e stabili, anche il più bel disegno resta una cornice vuota, come ha dimostrato la riforma tradita di questi anni. E qui si apre la domanda decisiva, che riguarda non soltanto la non autosufficienza ma l'idea stessa di ciò che è pubblico e di tutti: come si finanzia un diritto, e come lo si rende davvero universale e uguale dal Nord al Sud del Paese. È di questo, della cura come bene comune, che parleremo nelle pagine seguenti.

11. Le fonti di questo capitolo

Le caratteristiche della legge delega numero 33 del 2023 e del decreto legislativo numero 29 del 2024, con i quattro pilastri della riforma, il Sistema Nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente e la sua trasformazione, sono documentate dalle analisi del Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza, delle riviste Welforum e I Luoghi della Cura e dalla documentazione parlamentare. La distinzione tra livelli essenziali delle prestazioni sociali e livelli essenziali di assistenza sanitaria, e le sue conseguenze sull'esigibilità dei diritti, è discussa tra gli altri dalla rivista Vita e dal Coordinamento nazionale per il diritto alla sanità delle persone anziane malate.

I dati sui modelli internazionali, in particolare sull'assicurazione tedesca per la non autosufficienza introdotta nel 1995 e sulla sua valutazione standardizzata, sul quinto ramo francese per l'autonomia e sull'assicurazione giapponese del 2000, sono tratti dalla letteratura comparata sui sistemi di long term care, tra cui i contributi di Franco

Pesaresi e del Network Non Autosufficienza. Il riferimento al Servizio Sanitario Nazionale richiama la legge numero 833 del 1978.

Capitolo 20. La cura come bene comune

Finanziamento pubblico, universalismo e uguaglianza territoriale

«A fini di utilità generale la legge può riservare originariamente o trasferire, mediante espropriazione e salvo indennizzo, allo Stato, ad enti pubblici o a comunità di lavoratori o di utenti determinate imprese o categorie di imprese, che si riferiscano a servizi pubblici essenziali o a fonti di energia o a situazioni di monopolio ed abbiano carattere di preminente interesse generale.»

Costituzione della Repubblica italiana, articolo 43

1. La cura come bene comune

Il capitolo precedente si è chiuso con una domanda: come si finanzia un diritto, e come lo si rende uguale per tutti, dal Nord al Sud del Paese. È la domanda che separa le buone intenzioni dalle riforme reali, e che porta al cuore di una scelta di civiltà. La cura delle persone fragili non è una merce da comprare sul mercato, né un'elemosina da distribuire ai poveri: è un bene comune, qualcosa che riguarda l'intera collettività e che definisce il tipo di società in cui vogliamo vivere.

Come la salute, l'acqua, l'istruzione, la cura appartiene a quella sfera di beni che non possono essere abbandonati alla logica del profitto senza che ne vada della dignità di tutti. Riconoscerla come bene comune significa porre tre questioni inseparabili, che danno il titolo a questo capitolo: chi paga, secondo quale principio, e con quale garanzia di uguaglianza tra i territori.

2. Che cosa significa bene comune

L'espressione bene comune non è uno slogan generico. Indica quei beni che non appartengono né allo Stato come apparato né ai privati, ma alla collettività, e che sono funzionali all'esercizio dei diritti fondamentali della persona. Su questo terreno ha lavorato, anni fa, una commissione di

giuristi guidata da Stefano Rodotà, che provò a dare ai beni comuni un riconoscimento giuridico.

La cura rientra pienamente in questa categoria. Non perché sia un oggetto materiale, ma perché ne possiede i tratti: riguarda tutti, prima o poi, perché tutti siamo stati o saremo fragili; non può essere negata a nessuno senza ledere la dignità della persona; e la sua qualità determina la qualità stessa della convivenza civile. Trattare la cura come un bene comune significa sottrarla tanto alla logica del mercato, che la trasforma in profitto, quanto a quella della carità, che la trasforma in concessione, per collocarla dove le appartiene: tra i diritti garantiti a tutti.

C'è anche una dimensione che rende la cura un bene comune in senso profondo: la sua reciprocità nel tempo. Ognuno di noi è stato accudito da bambino e, con ogni probabilità, avrà bisogno di essere accudito da anziano. La cura è il filo che lega le generazioni, il debito che restituiamo a chi ci ha cresciuti e l'investimento che facciamo per noi stessi nel futuro. Trattarla come un costo da scaricare sui singoli significa spezzare quel filo, e negare la natura stessa di ciò che ci tiene insieme come società.

3. Universalismo contro selettività

La prima scelta di fondo riguarda chi ha diritto alla cura. Due sono le strade. La prima è la selettività: riservare l'assistenza pubblica solo ai più poveri, sottoponendo l'accesso a soglie di reddito e a verifiche dei mezzi. La seconda è l'universalismo: garantire la cura a tutti coloro che ne hanno bisogno, in quanto cittadini, a prescindere dal reddito. La prospettiva di questo libro è nettamente universalista, per ragioni che non sono soltanto morali ma anche pratiche.

I sistemi selettivi, che si rivolgono ai soli poveri, finiscono quasi sempre per diventare poveri essi stessi: servizi di serie B, sottofinanziati e stigmatizzanti, che nessun ceto medio ha interesse a difendere. I sistemi universali, al contrario, coinvolgono tutti, e proprio per questo godono di un sostegno politico ampio e sono più difficili da smantellare. È la lezione del Servizio Sanitario Nazionale: è forte finché è di tutti, diventa fragile quando si trasforma nel servizio dei soli poveri.

Vi è anche una ragione di efficienza, spesso trascurata. Un sistema universale, gestito pubblicamente, ha costi amministrativi più bassi, non

deve selezionare e controllare di continuo chi ha diritto e chi no, e non lascia spazio ai margini di profitto del privato. Paradossalmente, garantire la cura a tutti può costare meno che frammentarla tra mille bandi, graduatorie e verifiche dei requisiti. L'universalismo non è generosità sprovveduta: è anche buona amministrazione.

4. Dove sono i soldi

Resta la domanda più concreta: dove trovare le risorse. Allineare la spesa italiana per la cura di lungo termine, ferma attorno all'1,2% del prodotto interno lordo, ai livelli dei principali partner europei richiederebbe alcuni miliardi di euro l'anno; la stessa riforma della non autosufficienza, secondo le organizzazioni del settore, ne chiedeva poco più di uno per partire. Sono cifre tutt'altro che impossibili, se si guarda a dove i soldi già ci sono.

La prima fonte è la lotta all'evasione fiscale: in Italia ogni anno sfuggono al fisco circa 80 miliardi di euro, una somma enorme che, anche solo in parte recuperata, basterebbe a finanziare più volte un servizio nazionale per la non autosufficienza. La seconda è una tassazione più giusta, che chieda di più ai grandi patrimoni e alle rendite, oggi tassati assai meno del lavoro. La terza, già richiamata in queste pagine, è la riallocazione delle risorse destinate al riarmo, che valgono molte volte ciò che servirebbe per la cura. Il denaro, insomma, esiste. Il problema è un altro.

Vale la pena soffermarsi sull'evasione, perché smentisce da sola la favola della scarsità. Il tax gap italiano è tra i più alti d'Europa e si concentra soprattutto tra i lavoratori autonomi e le partite IVA, che evadono una quota altissima del dovuto, mentre il lavoro dipendente paga fino all'ultimo centesimo. A ciò si aggiunge il peso crescente delle rendite finanziarie e immobiliari, tassate con aliquote ridotte rispetto al lavoro. Recuperare anche solo una parte di queste somme e riequilibrare il prelievo basterebbe a finanziare stabilmente la cura, senza alcun bisogno di nuovo debito.

5. Una questione di scelte, non di scarsità

Il problema è che la scarsità di risorse per la cura non è un dato di natura, ma il risultato di una scelta politica. Quando si dice che non ci sono i soldi per la non autosufficienza si afferma una cosa falsa: i soldi ci sono, e si trovano puntualmente per ciò che si considera prioritario. Si sono trovati per il riarmo, per i condoni fiscali, per ridurre le imposte a chi ha di più. Non si trovano per la cura perché chi ne ha bisogno conta poco, ha poca voce, non minaccia gli equilibri di potere.

La retorica della scarsità serve esattamente a questo: a far passare per necessità tecnica ciò che è una decisione politica, e a spegnere il conflitto prima che nasca. Smascherarla è il primo passo. La domanda non è se possiamo permetterci la cura, ma perché abbiamo deciso di non permettercela, mentre ci permettiamo dell'altro. È, ancora una volta, una questione di priorità e di potere, non di contabilità.

6. Contro la lotteria geografica

La seconda grande questione è l'uguaglianza tra i territori. Oggi la cura in Italia è una lotteria geografica: ciò che si riceve dipende dalla Regione, talvolta dal Comune in cui si vive. La copertura dei posti nelle strutture residenziali, per fare un solo esempio, passa da quasi il 30% degli anziani nella provincia di Bolzano a circa l'1% in Campania e in Sardegna. È una disuguaglianza che viola il principio costituzionale di uguaglianza e che condanna milioni di persone a un'assistenza peggiore solo perché nate nel posto sbagliato.

Dietro queste percentuali ci sono famiglie costrette a emigrare per curarsi, anziani che restano senza un posto in una struttura vicina, figli che si trasferiscono o si indebitano per assistere un genitore lontano. La lotteria geografica non distribuisce soltanto servizi diversi: distribuisce destini diversi, e lo fa lungo la frattura storica tra il Nord e il Sud del Paese, aggravando una disuguaglianza che dura da oltre un secolo e mezzo e che la Repubblica avrebbe dovuto colmare, non ratificare.

Lo strumento per superarla esiste, ed è previsto dalla Costituzione: i livelli essenziali delle prestazioni, che lo Stato deve garantire in modo uniforme su tutto il territorio nazionale. Un servizio nazionale per la non

autosufficienza degno di questo nome deve fondarsi proprio su questo: prestazioni esigibili, identiche da Bolzano a Reggio Calabria, finanziate dallo Stato per colmare i divari e non per fotografarli. L'uguaglianza territoriale non è un lusso, ma la condizione stessa perché si possa parlare di un diritto.

7. La minaccia dell'autonomia differenziata

Proprio mentre si discute di uguaglianza territoriale, una riforma va nella direzione opposta: l'autonomia differenziata. La legge approvata nel 2024 consentirebbe alle Regioni di trattenere risorse e competenze, con il rischio di accentuare i divari invece di colmarli. Applicata alla sanità e all'assistenza, significherebbe cristallizzare in legge la lotteria geografica, premiando chi già sta meglio e abbandonando il Mezzogiorno.

La Corte costituzionale, con una sentenza dello stesso 2024, ne ha svuotato di contenuti i punti più pericolosi, stabilendo tra l'altro che i livelli essenziali delle prestazioni non possono essere decisi dal solo governo e devono garantire uniformità a tutti i cittadini; un ampio movimento ne ha poi chiesto l'abrogazione con un referendum, dichiarato però inammissibile.

Nei mesi successivi, però, il percorso è ripartito. Nel febbraio 2026 il Consiglio dei ministri ha approvato gli schemi di intesa preliminare tra il Governo e le Regioni Liguria, Lombardia, Piemonte e Veneto; nel luglio successivo il Senato prima e la Camera poi hanno approvato le risoluzioni che ne autorizzano la prosecuzione, concludendo il passaggio parlamentare sulle pre-intese. Le materie sono quattro: protezione civile, professioni, previdenza complementare e integrativa e, soprattutto, tutela della salute nella forma del coordinamento della finanza pubblica. Non è un dettaglio tecnico. A essere devoluta non è genericamente la sanità, ma la leva che ne governa i conti: il potere di decidere quante risorse trattenere sul territorio e come impiegarle. Le stesse risoluzioni ne riconoscono implicitamente la delicatezza, imponendo che la sanità viaggi in un allegato separato rispetto alle altre tre materie, in quanto incide su diritti civili e sociali.

Il processo non è concluso: servono ancora le intese definitive e una legge approvata a maggioranza assoluta da entrambe le Camere, e resta

sospesa la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni, il cui disegno di legge delega giace in commissione al Senato dall'agosto 2025. Ma la direzione è tracciata, e quattro Regioni del Nord hanno già in mano il primo pezzo di carta. Mentre queste pagine vengono licenziate, la frattura territoriale del diritto alla salute non è più un'ipotesi di scuola: è un procedimento in corso.

La partita, dunque, resta apertissima. Difendere la cura come bene comune significa anche opporsi a ogni disegno che spezzi l'unità del diritto alla cura lungo le linee della ricchezza dei territori.

8. Lo specchio internazionale

Gli altri Paesi che hanno costruito sistemi solidi di cura lo hanno fatto dotandosi di un finanziamento dedicato e stabile, sottratto alle oscillazioni delle leggi di bilancio annuali. La Germania ha istituito un contributo specifico per la non autosufficienza; la Francia ha creato un ramo apposito della sicurezza sociale, con risorse proprie; i Paesi nordici finanziano la cura attraverso una fiscalità generale elevata ma fortemente redistributiva.

Modelli diversi, ma accomunati da un principio: la cura, riconosciuta come rischio collettivo, ha bisogno di risorse certe e vincolate, non delle briciole che avanzano a fine anno. È l'esatto contrario del modello italiano, in cui il finanziamento della non autosufficienza è precario, frammentato e ostaggio della trattativa annuale sulla manovra. Senza un canale di finanziamento stabile, ogni servizio nazionale resterà un edificio costruito sulla sabbia.

La lezione per l'Italia è chiara: senza un fondo dedicato e protetto, alimentato da entrate proprie e non rimesso in discussione ogni anno in sede di manovra, nessuna riforma della cura potrà reggere nel tempo. È una scelta tecnica solo in apparenza; in realtà è il modo in cui una comunità decide di mettere al riparo un diritto, sottraendolo agli umori della politica di bilancio e alle emergenze del momento. Un diritto che ogni anno va rinegoziato non è ancora, fino in fondo, un diritto.

9. Le obiezioni e perché non reggono

Le obiezioni sono le solite. La prima: non ci sono i soldi, e aumentare la spesa farebbe esplodere il debito. Ma, come si è visto, le risorse esistono, nell'evasione, nelle rendite, nelle spese che si sceglie di privilegiare; e una popolazione curata è anche più produttiva e meno costosa in ricoveri ed emergenze. La seconda: l'universalismo sarebbe uno spreco, perché finanzia la cura anche a chi potrebbe pagarsela. Ma è proprio l'universalità a rendere il sistema equo e sostenibile, perché chi ha di più contribuisce di più attraverso le tasse e tutti hanno diritto al servizio: è la logica della sanità pubblica, non un privilegio.

La terza obiezione: le Regioni dovrebbero essere libere di organizzarsi come credono. Ma la libertà di una Regione ricca di offrire di più non può tradursi nella condanna di una Regione povera a offrire di meno, quando in gioco c'è un diritto fondamentale che dovrebbe essere uguale per tutti. L'autonomia non può diventare il nome elegante della disuguaglianza. Nessuna di queste obiezioni regge: dietro ognuna si nasconde, ancora una volta, una scelta su chi debba contare e chi possa essere lasciato indietro.

10. Sintesi: dal principio al programma

Riconoscere la cura come bene comune significa tenere insieme tre principi: il finanziamento pubblico, attraverso risorse certe e una tassazione giusta; l'universalismo, che garantisce la cura a tutti come diritto e non ai soli poveri come elemosina; e l'uguaglianza territoriale, che assicura le stesse prestazioni a chiunque, ovunque viva. Sono i pilastri su cui poggia ogni sistema di cura civile, ed è esattamente ciò che oggi in Italia manca.

Ma i principi, da soli, non bastano. Per diventare realtà devono tradursi in misure concrete, in leggi, in stanziamenti precisi, in un'agenda politica che indichi non soltanto che cosa fare, ma come e con quali risorse. È il passaggio dal principio al programma. E un programma per la cura, organico e finanziato, è ciò che proveremo a delineare nelle pagine seguenti. Dai principi affermati fin qui alle proposte capaci di tradurli in legge: è l'ultimo tratto del cammino.

11. Le fonti di questo capitolo

Il concetto di bene comune richiama l'elaborazione giuridica sui beni comuni, tra cui i lavori della commissione presieduta da Stefano Rodotà. I dati sull'evasione fiscale, pari a circa 80 miliardi di euro l'anno, provengono dalla Relazione sull'economia non osservata e sull'evasione fiscale e contributiva del Ministero dell'Economia e delle Finanze. I dati sulla spesa per la non autosufficienza in rapporto al PIL e sulle disuguaglianze territoriali, comprese le coperture residenziali tra la provincia di Bolzano e le regioni del Sud, sono quelli dell'Osservatorio Long Term Care del CERGAS Bocconi già citati nel libro, mentre le richieste di finanziamento della riforma provengono dal Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza.

Le vicende dell'autonomia differenziata fanno riferimento alla legge numero 86 del 2024, alla sentenza della Corte costituzionale numero 192 del 2024 e alla successiva sentenza numero 10 del 2025 sull'inammissibilità del referendum abrogativo. Gli sviluppi del 2026, dagli schemi di intesa preliminare approvati dal Consiglio dei ministri nel febbraio alle risoluzioni votate da Senato e Camera nel luglio, sono ricostruiti sugli atti parlamentari e sulle cronache di Quotidiano Sanità. I riferimenti ai sistemi di finanziamento esteri richiamano la letteratura comparata sui sistemi di long term care già utilizzata nel libro.

Capitolo 21. Un programma per un ampio fronte politico e sociale

Proposte legislative, coperture finanziarie e agenda politica

«Tutti i cittadini hanno diritto di associarsi liberamente in partiti per concorrere con metodo democratico a determinare la politica nazionale.»

Costituzione della Repubblica italiana, articolo 49

1. Dalle parole ai fatti

Un libro che si limita a denunciare ciò che non funziona ha fatto solo metà del proprio lavoro. L'altra metà è indicare ciò che si dovrebbe fare, in modo abbastanza concreto da poter essere discusso, criticato e, un giorno, realizzato. Questo capitolo prova a farlo: a trasformare i principi affermati fin qui, la cura come diritto, l'universalismo, l'uguaglianza territoriale, il finanziamento pubblico, in un programma organico, con proposte precise e con le relative coperture.

Non è un libro dei sogni, ma un insieme di misure praticabili, in larga parte già elaborate dalle organizzazioni sociali e dagli esperti, che attendono soltanto una volontà politica capace di assumerle. È, in altre parole, un programma aperto. Si rivolge alla coalizione progressista, ma non soltanto a essa: parla a tutte le forze politiche e sociali che, dentro e fuori quel perimetro, considerano i diritti sociali un fondamento della democrazia e non una variabile del bilancio.

2. Il metodo: una riforma di sistema, non mance

La prima scelta è di metodo. Per anni la politica ha affrontato la non autosufficienza e la fragilità con la logica delle mance: un bonus qui, un piccolo fondo là, una misura una tantum buona per un comunicato stampa ma incapace di cambiare la vita delle persone. Questa logica va abbandonata. Ciò che serve non è l'ennesimo sussidio frammentato, ma una riforma di sistema, organica e strutturale, che costruisca servizi stabili e diritti esigibili.

La differenza non è tecnica, ma politica: la mancia tiene il cittadino in una condizione di dipendenza e di incertezza, il diritto lo rende titolare di una garanzia. Un vero programma per la cura deve avere il respiro di una riforma di legislatura, non l'orizzonte di una singola manovra di bilancio.

C'è anche una ragione di urgenza. L'Italia invecchia rapidamente, il numero delle persone non autosufficienti è destinato a crescere e quello dei caregiver familiari a diminuire: ogni anno perso rende il problema più grande e la sua soluzione più costosa. Rinviare non è una scelta neutra, ma una decisione che scarica sul futuro, e sui più deboli, il prezzo dell'inerzia di oggi. Da qui partono i quattro pilastri che seguono.

3. Primo pilastro: un Servizio Nazionale per la Non Autosufficienza

Il primo pilastro è la creazione di un Servizio Nazionale per la Non Autosufficienza, costruito sul modello del Servizio Sanitario Nazionale. Le sue caratteristiche sono già state descritte: prestazioni definite come diritti esigibili, uguali su tutto il territorio; un punto unico di accesso; una valutazione multidimensionale unica del bisogno. Sul piano operativo, il cuore della riforma è una nuova assistenza domiciliare, oggi quasi inesistente: pacchetti di cura personalizzati, garantiti tutti i giorni dell'anno, perché la non autosufficienza non va in vacanza.

Accanto a essa, una residenzialità di qualità, con più tempo dedicato a ciascun ospite, sostenuta da un contributo statale stabile per ogni giornata di assistenza nelle strutture pubbliche. Le organizzazioni del settore hanno quantificato il costo: poco più di un miliardo di euro per avviare la riforma, e a regime una cifra stimata tra i 5 e i 7 miliardi l'anno. È molto, ma è alla portata di un grande Paese, se lo decide.

Una misura apparentemente minore, ma decisiva, è il superamento delle valutazioni multiple. Oggi una stessa persona può dover affrontare cinque o sei accertamenti diversi, presso enti diversi, per ottenere prestazioni diverse. Un'unica valutazione, valida per tutti i canali, eliminerebbe un calvario burocratico e libererebbe tempo e risorse da destinare alla cura vera. Semplificare, qui, non significa tagliare, ma restituire dignità: il sistema deve adattarsi alla persona, non la persona al sistema.

4. Secondo pilastro: rifinanziare e ripubblicizzare il Servizio Sanitario Nazionale

Non c'è cura della fragilità senza una sanità pubblica forte. Il secondo pilastro è dunque il rilancio del Servizio Sanitario Nazionale, oggi defanziato e in via di privatizzazione strisciante. Concretamente: riportare progressivamente la spesa sanitaria pubblica ai livelli medi europei, colmando il divario di oltre 50 miliardi l'anno che ci separa dai principali partner; un piano straordinario di assunzioni di medici e infermieri, con retribuzioni adeguate.

A questo si aggiungono un investimento massiccio nella medicina territoriale, nelle case di comunità e nei medici di base, e un piano nazionale per abbattere le liste d'attesa, riportando dentro il pubblico le prestazioni oggi spinte verso il privato. Invertire la rotta significa smettere di considerare la sanità un costo da comprimere e tornare a vederla come ciò che è: un investimento nella vita delle persone e nella tenuta della società.

Un sistema sanitario forte è anche un sistema che previene, invece di limitarsi a inseguire l'emergenza. Significa investire nella medicina di prossimità, nella prevenzione e nella presa in carico delle cronicità, che assorbono la quota maggiore della spesa. E significa porre fine alle storture più evidenti, come il ricorso ai medici a gettone pagati a peso d'oro dalle cooperative private, restituendo risorse e stabilità al personale strutturato del servizio pubblico.

5. Terzo pilastro: il lavoro di cura, dignità e diritti

Nessun servizio esiste senza chi lo svolge, e gran parte del lavoro di cura in Italia è oggi invisibile, sottopagato o sommerso. Il terzo pilastro riguarda dunque chi cura. Primo: una legge che riconosca finalmente il caregiver familiare, quasi sempre una donna, attribuendogli diritti previdenziali, tutele e un sostegno economico, perché la cura gratuita dentro le famiglie non sia più data per scontata.

Secondo: l'emersione e la qualificazione del lavoro delle assistenti familiari, le badanti, oltre un milione di persone in larga parte straniere e spesso sfruttate, attraverso regolarizzazione, contratti veri, formazione e

lotta al lavoro nero. Investire nella cura significa anche creare lavoro buono, regolare e dignitoso, riconoscendo che prendersi cura degli altri è una delle attività più preziose di una società, e non un ripiego da pagare il meno possibile.

Valorizzare il lavoro di cura ha anche una precisa logica economica. È un settore ad alta intensità di lavoro, che a parità di spesa pubblica crea molti più posti di lavoro dell'industria pesante o degli armamenti, e che genera occupazione non delocalizzabile, radicata nei territori. Investire nella cura, dunque, non è soltanto giusto: è anche una delle politiche economiche più efficaci e socialmente utili che un Paese possa scegliere.

6. Quarto pilastro: autodeterminazione e vita indipendente

Il quarto pilastro riguarda le persone con disabilità e il loro diritto a essere protagoniste della propria vita. Significa attuare davvero, e finanziare, gli strumenti già previsti dalla legge ma rimasti in larga parte sulla carta: il progetto di vita individuale, costruito con la persona e non su di essa, e il budget di progetto, che mette insieme le diverse risorse attorno a obiettivi scelti dall'interessato.

Significa investire nella vita indipendente e nella deistituzionalizzazione, superando il modello dell'istituto a favore di soluzioni abitative e comunitarie. E significa riformare l'indennità di accompagnamento collegandola, senza cancellarla, a una valutazione del bisogno e a un progetto di assistenza, lasciando alla persona la libertà di scegliere tra denaro e servizi. È la traduzione concreta del principio niente su di noi senza di noi.

A questo si lega un impegno più ampio: rendere la società accessibile, perché la disabilità nasce non soltanto dalla condizione della persona, ma dalle barriere che essa incontra. Significa investire nell'abbattimento delle barriere architettoniche e digitali, nell'inclusione scolastica e lavorativa, nei trasporti, perché l'autonomia non si costruisce solo con l'assistenza, ma con un ambiente che non escluda. La cura, in questo senso, è anche progettare un mondo in cui tutti possano starci.

7. Le coperture: dove prendere i soldi

A questo punto arriva la domanda che azzera ogni discussione: chi paga? La risposta di questo programma è netta, e le cifre tornano. La prima fonte è la lotta seria all'evasione fiscale, che in Italia sottrae ogni anno circa 80 miliardi di euro: recuperarne anche solo una frazione finanzierebbe l'intera riforma della cura. La seconda è una tassazione più equa, che riporti il prelievo sui grandi patrimoni e sulle rendite finanziarie verso i livelli del lavoro dipendente, oggi assai più tassato.

La terza è la riallocazione di una parte delle risorse destinate al riarmo, che assorbe decine di miliardi e si appresta a crescere ancora. Messe insieme, queste fonti coprono molte volte i cinque-sette miliardi necessari a regime. Su tutto, una scelta strutturale: un fondo dedicato e stabile per la cura, alimentato da entrate proprie e sottratto alla trattativa annuale sulla manovra, perché un diritto non può dipendere ogni anno dagli umori del bilancio.

La vera copertura, in fondo, non è una voce contabile ma una decisione: stabilire che la vita e la dignità delle persone fragili valgono almeno quanto un nuovo sistema d'arma. Una volta compiuta questa scelta, i numeri si trovano; finché non la si compie, mancheranno sempre, qualunque sia la ricchezza del Paese. È questa l'unica scarsità reale: non quella delle risorse, ma quella della volontà.

8. L'uguaglianza come bussola: i diritti esigibili e il Sud

Un programma per la cura ha una bussola costante: l'uguaglianza. Tutte le prestazioni previste devono essere definite come livelli essenziali esigibili, garantiti dallo Stato in modo identico da Bolzano a Reggio Calabria. Questo richiede uno sforzo particolare verso il Mezzogiorno e le aree interne, dove i servizi sono più carenti: non basta promettere gli stessi diritti, occorre destinare più risorse a chi parte da più indietro, per colmare i divari e non per fotografarli.

E richiede, coerentemente, l'opposizione a ogni forma di autonomia differenziata che spezzi l'unità del diritto alla cura lungo le linee della ricchezza dei territori. L'uguaglianza non è un dettaglio del programma: è la sua ragione d'essere, il filo che tiene insieme tutti i pilastri e che

distingue una riforma di giustizia da un semplice riordino amministrativo.

In concreto, ciò significa accompagnare la definizione dei livelli essenziali con un meccanismo di monitoraggio e con poteri sostitutivi reali: se una Regione non garantisce le prestazioni dovute, lo Stato deve poter intervenire per assicurarle, perché un diritto non garantito in una parte del Paese è un diritto negato. Senza strumenti di garanzia, i livelli essenziali restano enunciazioni di principio, come già troppe volte è accaduto, belle nelle leggi e assenti nella vita.

9. Le obiezioni e perché non reggono

Un programma così verrà liquidato con le obiezioni di sempre. La prima: sarebbe un libro dei sogni, irrealistico e troppo costoso. Ma ogni misura qui proposta è stata elaborata da esperti e organizzazioni sociali, e dotata di coperture: ciò che manca non è la fattibilità, ma la decisione politica. La seconda: sarebbe troppo statalista, soffocherebbe il mercato e la libertà di scelta. Al contrario, è proprio garantendo a tutti una base pubblica di diritti che si rende ciascuno più libero, anche di scegliere; il mercato, lasciato solo, esclude chi non può pagare.

La terza obiezione: meglio procedere per piccoli passi, una misura alla volta. È la strada già percorsa, e ha prodotto la frammentazione e l'abbandono che conosciamo; i piccoli passi, senza un disegno d'insieme, girano in tondo. La verità è che un programma organico esiste già nelle sue parti, sparse tra proposte di legge, documenti e rivendicazioni: manca solo chi abbia il coraggio politico di tenerle insieme e di pagarne il prezzo.

10. A chi si rivolge questo programma

Un programma non è soltanto un elenco di misure: è anche una domanda rivolta a qualcuno. Queste pagine si rivolgono in primo luogo alla coalizione progressista, perché è in quel campo che una riforma della cura dovrebbe trovare la propria casa naturale. Ma fermarsi lì sarebbe un errore, e una scelta politicamente miope. L'appello contenuto in questo capitolo si apre a un fronte più ampio: a tutte le forze di opposizione che riconoscono nei diritti sociali il fondamento della convivenza democratica, dalle formazioni riformiste fino alla sinistra di alternativa, e

alle esperienze civiche e di movimento che da anni tengono viva questa battaglia fuori dai palazzi.

Accanto ai partiti, il programma parla ai soggetti che la cura la praticano e la rivendicano ogni giorno: i sindacati confederali e di base, le associazioni delle persone con disabilità e dei malati cronici, i comitati dei familiari e dei caregiver, le organizzazioni del terzo settore, le reti sanitarie e territoriali, le società scientifiche e professionali che da anni denunciano il definanziamento. È dall'intreccio tra rappresentanza politica e organizzazione sociale che può nascere la massa critica capace di imporre la cura nell'agenda pubblica: nessuna delle due parti, da sola, ha finora avuto la forza di riuscirci.

Un'apertura larga, però, non è un'apertura indistinta. Restano fuori da questo appello le forze che hanno costruito la propria identità politica sull'idea opposta: quelle di destra e di centrodestra, che considerano la fragilità un affare privato della famiglia o del mercato, e quelle che si presentano come centriste, moderate o liberali ma ne condividono l'impianto di fondo, il rigore di bilancio eretto a dogma, la compressione della spesa sociale, la privatizzazione strisciante della sanità, la subordinazione dei diritti alle compatibilità finanziarie. Su questo terreno non esiste una terza via: si sceglie di finanziare i diritti oppure di comprimerli, e chi ha praticato per trent'anni la seconda strada non può essere l'interlocutore di una riforma che la rovescia.

Il criterio, dunque, non è l'appartenenza a una sigla o a una alleanza elettorale, ma l'adesione a un principio: che la cura sia un diritto esigibile, garantito dallo Stato e finanziato dalla fiscalità generale, e non una prestazione da acquistare sul mercato. Chiunque condivide questo principio, in Parlamento o nei territori, dentro o fuori le coalizioni esistenti, è parte del fronte a cui queste pagine si rivolgono.

11. Sintesi: un programma, una scelta di campo

Le proposte raccolte in questo capitolo non sono un elenco tecnico, ma una scelta di campo. Dicono che la cura viene prima delle armi, che i diritti vengono prima dei profitti, che l'uguaglianza viene prima dei privilegi territoriali. Sono, nel senso più pieno, un programma per l'intero fronte politico e sociale che a quel modello si oppone: l'asse attorno a cui

costruire un'alternativa a una società che ha scelto di abbandonare i più fragili.

Un programma, però, non vive senza un soggetto che lo porti avanti. Misure come queste non si realizzano da sole, né per buona volontà dei governi: nascono da un'alleanza tra chi la fragilità la vive, chi la cura e chi crede che una società si misuri da come tratta i suoi membri più deboli. Costruire questa alleanza, dare voce e forza a una coalizione larga attorno alla cura, è il primo punto del programma, quello da cui dipendono tutti gli altri.

Realizzarle non richiede risorse introvabili, ma una diversa gerarchia di valori e un diverso rapporto di forze. Resta, alla fine di questo cammino, una domanda più grande di ogni singola misura: che tipo di Repubblica vogliamo essere? Una comunità che lascia indietro chi è fragile, o una che riconosce nella cura il proprio fondamento? È a questa domanda, alla visione di una Repubblica della cura, che dedicheremo le pagine conclusive.

12. Le fonti di questo capitolo

Le proposte programmatiche di questo capitolo raccolgono e sistematizzano elaborazioni provenienti da diverse fonti già richiamate nel libro. Le misure per la non autosufficienza, l'assistenza domiciliare, la residenzialità e i relativi costi, circa un miliardo e trecento milioni per avviare la riforma e una stima tra i cinque e i sette miliardi annui a regime, fanno riferimento alle proposte del Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza e del Network Non Autosufficienza.

I dati sul divario di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale provengono dalla Fondazione GIMBE, quelli sull'evasione fiscale dalla Relazione del Ministero dell'Economia e delle Finanze, quelli sulla spesa militare dall'Osservatorio Milex. Le proposte sul caregiver familiare, sul lavoro delle assistenti familiari, sul progetto di vita e sul budget di progetto richiamano la normativa vigente e le elaborazioni delle organizzazioni sindacali e del movimento delle persone con disabilità già richiamate e discusse nei capitoli precedenti del libro.

Capitolo 22. La Repubblica della cura

Un nuovo patto sociale fondato sulla dignità della persona

«L'Italia è una Repubblica democratica, fondata sul lavoro. La sovranità appartiene al popolo, che la esercita nelle forme e nei limiti della Costituzione.»

Costituzione della Repubblica italiana, articolo 1

1. Che Repubblica vogliamo essere

Alla fine di questo viaggio resta una domanda che nessun dato e nessuna proposta possono esaurire: che tipo di Repubblica vogliamo essere? Tutto ciò che abbiamo raccontato, la solitudine delle famiglie, lo sfruttamento di chi assiste, le armi preferite alla cura, le lotte dei dimenticati, la sanità che arretra, gli algoritmi che sorvegliano e abbandonano, non è soltanto una somma di problemi tecnici. È il sintomo di una scelta più profonda su che cosa una società consideri importante e su chi consideri degno di attenzione.

Questo capitolo conclusivo prova a dare un nome alla risposta che l'intero libro ha cercato: una Repubblica della cura, fondata non sul profitto, non sulla forza, non sulla presunta autosufficienza dei più forti, ma sulla dignità di ogni persona e sul riconoscimento che abbiamo bisogno gli uni degli altri.

2. Il filo rosso di questo libro

Ripercorrere la strada fatta aiuta a vedere il disegno. Siamo partiti da una crisi demografica e da milioni di famiglie lasciate sole; abbiamo incontrato l'esercito invisibile delle assistenti familiari, le strutture residenziali, la povertà che si intreccia con la disabilità, il diritto all'autodeterminazione negato. Abbiamo visto la scelta di spendere per le armi ciò che si nega alla cura, la ribellione di chi non ha accettato l'abbandono, la sanità pubblica smantellata, la tecnologia usata per risparmiare anziché per curare.

E abbiamo incontrato chi non si è arreso: i movimenti, le coalizioni, le proposte concrete per un servizio nazionale, per un finanziamento giusto, per un programma di trasformazione. Il filo rosso che lega tutte queste pagine è uno solo: una società che abbandona i suoi membri più fragili non lo fa per mancanza di mezzi, ma perché è costruita attorno a un'idea sbagliata di che cosa sia un essere umano.

Dietro ognuno di quei capitoli ci sono volti concreti: la figlia che lascia il lavoro per assistere la madre, l'anziano solo in una casa troppo grande, la lavoratrice che manda i soldi a figli lontani, il malato che attende mesi una visita, la persona con disabilità a cui si nega il diritto di decidere della propria vita. La cura negata non è un'astrazione statistica: è fatta di milioni di esistenze concrete, ferite ogni giorno da scelte prese altrove. È a loro, prima che a ogni teoria, che questo libro ha voluto dare voce.

3. Il mito dell'individuo autosufficiente

Quell'idea sbagliata ha un nome: il mito dell'individuo autosufficiente. È la rappresentazione, cara al pensiero liberale e al capitalismo contemporaneo, di un essere umano autonomo, razionale, produttivo, che basta a se stesso e nulla deve agli altri. In questa visione, chi non è autosufficiente, il bambino, l'anziano, il malato, la persona con disabilità, appare come un'eccezione, una deviazione dalla norma, un costo.

La fragilità diventa così un fallimento, e la dipendenza una colpa o una vergogna. È su questo mito che si fonda l'abbandono: se l'uomo normale è quello che ce la fa da solo, allora chi non ce la fa è un problema da gestire al minor costo possibile, da relegare nella sfera privata della famiglia o da affidare al mercato. Ma quel mito è semplicemente falso, e su una menzogna non si può costruire una società giusta.

4. La verità dell'interdipendenza

La verità è esattamente opposta: nessuno basta a se stesso, mai. Ognuno di noi è stato totalmente dipendente da bambino, lo sarà probabilmente da anziano, e in mille momenti della vita, una malattia, un lutto, una crisi, ha avuto e avrà bisogno degli altri. L'autonomia non è il

punto di partenza dell'esistenza umana, ma una conquista fragile e temporanea, resa possibile proprio dalla cura che riceviamo.

Siamo, alla radice, esseri interdipendenti e vulnerabili, e la vulnerabilità non è l'eccezione che riguarda alcuni sfortunati, ma la condizione comune a tutti. Riconoscerlo cambia ogni cosa: la cura smette di essere un servizio residuale per una minoranza svantaggiata e diventa ciò che ci riguarda tutti, in ogni fase della vita, perché tutti abbiamo curato e saremo curati. La cura è, semplicemente, il modo in cui gli esseri umani si tengono in vita gli uni con gli altri.

Basta una malattia improvvisa, un incidente, un anno in più sulle spalle, perché chi si credeva forte e indipendente scopra di colpo quanto dipenda dagli altri. La frontiera tra chi cura e chi è curato non separa due categorie di persone, ma attraversa la vita di ciascuno, e cambia continuamente di posto. Per questo una società che abbandona i fragili non punisce qualcun altro: punisce il proprio futuro, e ciascuno dei suoi membri nel momento in cui sarà più debole.

5. L'etica della cura come paradigma politico

Questa intuizione non è nuova, ed è stata elaborata soprattutto dal pensiero femminista. A partire dagli anni ottanta, studiose come Carol Gilligan e Joan Tronto hanno mostrato che la cura non è solo un sentimento privato, tradizionalmente attribuito alle donne e per questo svalutato, ma un vero e proprio paradigma etico e politico. Tronto ha proposto di abbattere i confini morali che relegano la cura nella sfera domestica e di pensare a una democrazia della cura, in cui l'attenzione, la responsabilità e l'ascolto dei bisogni diventino principi organizzatori della vita pubblica.

In questa prospettiva la cura è definita in senso ampio come tutto ciò che facciamo per mantenere, continuare e riparare il nostro mondo, in modo da potervi vivere nel modo migliore. Smettere di considerarla un lavoro femminile gratuito, e riconoscerla come fondamento della convivenza, è prima ancora che una riforma una rivoluzione culturale, che restituisce valore e dignità a ciò che davvero ci tiene insieme.

C'è un nodo che questa prospettiva porta alla luce con particolare forza: il lavoro di cura è stato per secoli scaricato gratuitamente sulle

donne, e proprio per questo svalutato, reso invisibile, escluso dal conteggio della ricchezza. Riconoscere la cura come fondamento politico significa anche riconoscere e retribuire questo lavoro, liberando le donne da un fardello imposto e restituendo a tutta la società la consapevolezza di doverne dividere il peso. La questione della cura è, in questo senso, anche una questione di giustizia tra i generi.

6. Una Repubblica fondata sulla cura

È qui che la visione incontra la Costituzione. La Repubblica italiana, recita il suo primo articolo, è fondata sul lavoro. Si potrebbe dire, senza tradirne lo spirito ma anzi compiendolo, che una Repubblica giusta debba essere fondata anche sulla cura. Del resto i principi ci sono già: la Costituzione impegna la Repubblica a rimuovere gli ostacoli che limitano di fatto l'uguaglianza, riconosce i doveri inderogabili di solidarietà e tutela la salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività.

Una Repubblica della cura non chiede di inventare valori nuovi, ma di prendere finalmente sul serio quelli che la Carta proclama: trasformare la solidarietà da parola in istituzione, l'uguaglianza da promessa in servizio, la dignità da principio astratto in diritto esigibile. È il patto sociale che dà il titolo a queste pagine: un patto fondato sulla dignità di ogni persona, a prescindere dalla sua utilità produttiva, dal suo reddito e dalla sua età.

Una Repubblica così intesa non sarebbe più debole, ma più forte: perché una comunità che si prende cura dei suoi membri genera fiducia, coesione e appartenenza, l'esatto contrario della paura e della solitudine su cui prosperano le derive autoritarie. Mettere la cura al centro non è un cedimento sentimentale, ma il modo più solido di tenere insieme una società e di difendere la democrazia da chi si nutre proprio dell'abbandono e del rancore che esso semina.

7. Contro l'abbandono e contro il controllo

Questo libro nasce in dialogo con un altro, Cyberfascismo, e insieme i due compongono il ritratto di un medesimo potere visto da due lati. Da una parte il controllo: la sorveglianza, gli algoritmi, la profilazione che comprimono la libertà. Dall'altra l'abbandono: il definanziamento, la

solitudine, la fragilità lasciata a se stessa. Sono le due facce di uno stesso modello, che tratta gli esseri umani come dati da sfruttare o come costi da tagliare, mai come persone da riconoscere.

La Repubblica della cura è l'alternativa a entrambe: a chi vuole controllarci e a chi vuole abbandonarci, oppone una società che si prende cura, che vede nella vulnerabilità non una minaccia da sorvegliare né un peso da scaricare, ma il legame stesso che ci rende comunità. Prendersi cura, in questo senso, è anche un atto di resistenza: la forma più concreta e quotidiana del rifiuto di un mondo che misura le persone dalla loro utilità.

Non si tratta, si badi, di scegliere tra la difesa della libertà e la difesa dei più deboli: è la stessa battaglia. Una società che sorveglia i suoi cittadini e una che abbandona i suoi fragili condividono la medesima radice, l'idea che le persone valgano soltanto per ciò che producono o per i dati che generano. Difendere la cura, dunque, è difendere insieme la libertà e la dignità, le due metà di un'unica idea di essere umano.

8. Non un'utopia, ma una scelta

Si dirà che è un sogno. Ma questo libro ha cercato di dimostrare il contrario, con i numeri e con le proposte. Le risorse esistono, nascoste nell'evasione, nelle rendite, nelle spese che si sceglie di privilegiare. I modelli esistono, costruiti da altri Paesi che hanno fatto della cura un diritto. Le proposte esistono, elaborate da movimenti, esperti e organizzazioni sociali, e raccolte nel programma delle pagine precedenti. Non manca nulla, se non la decisione politica di cambiare la gerarchia delle priorità e il rapporto di forze che la sostiene.

La Repubblica della cura non è dunque un'utopia da rimandare a un futuro indefinito: è una possibilità concreta, qui e ora, che attende soltanto di essere scelta. E ogni scelta, in democrazia, è anche il frutto di un conflitto: si realizzerà nella misura in cui chi ne ha bisogno e chi vi crede saprà organizzarsi, allearsi e farsi sentire. Le idee, da sole, non si fanno strada: hanno bisogno di chi le porti avanti.

Cambiare le priorità, del resto, comincia dal modo in cui nominiamo le cose. Finché la cura sarà chiamata costo e la spesa militare investimento, finché la persona non autosufficiente sarà un peso e il

profitto un merito, le scelte andranno in una sola direzione. Ribaltare queste parole, restituire alla cura il suo nome di valore e di diritto, è già parte della battaglia. Anche per questo serviva un libro: per dire che un'altra gerarchia è possibile, e che ha già i suoi argomenti e le sue ragioni.

9. Le obiezioni e perché non reggono

Le obiezioni, anche qui, sono prevedibili. La prima: parlare di cura sarebbe sentimentalismo, buono per i convegni ma inadatto alla durezza del mondo reale. Al contrario, nulla è più realistico della cura, perché nessuno sfugge alla vulnerabilità: prima o poi riguarderà ciascuno di noi e le persone che amiamo. La seconda: il mondo funzionerebbe sulla competizione e non sulla cooperazione, e sarebbe ingenuo pensare di rovesciarne le leggi. Ma le società umane sono sempre state tenute insieme dalla cura, molto prima e molto più che dalla competizione; è il mito dell'individuo solo a essere un'astrazione recente e fragile.

La terza obiezione: la cura sarebbe una questione privata, che riguarda le famiglie e in particolare le donne. Ma è proprio questa relegazione nel privato, e sulle spalle delle donne, il problema da superare: la cura è una questione pubblica, politica, che riguarda tutti. Nessuna di queste obiezioni regge: dietro ognuna si nasconde, ancora una volta, la difesa di un ordine che ha già deciso chi merita attenzione e chi può essere lasciato indietro.

10. La dignità come fondamento

Si misura una civiltà dal modo in cui tratta i suoi membri più deboli. È una frase antica, ripetuta tante volte da rischiare di svuotarsi; eppure resta il criterio più vero. Una società che lascia morire i propri anziani nella solitudine, che costringe i malati a mendicare l'assistenza, che preferisce le armi alla salute e gli algoritmi alle persone, è una società che ha smarrito il proprio fondamento. La Repubblica della cura propone di ritrovarlo: mettere al centro non il profitto, non la forza, non la presunta autosufficienza dei più forti, ma la dignità di ogni essere umano, a partire dal più fragile.

È una scelta di campo e una scelta di civiltà insieme. Perché la cura negata di cui parla il titolo di questo libro non è soltanto quella sottratta a chi ne ha bisogno: è la cura che una società nega a se stessa quando dimentica che siamo, gli uni per gli altri, irrimediabilmente necessari. Restituirla, trasformandola da fatto privato in fondamento pubblico, è il compito che ci attende: il più urgente e il più umano di tutti.

11. Le fonti di questo capitolo

I riferimenti all'etica della cura richiamano l'opera di Carol Gilligan, in particolare il volume del 1982 tradotto in italiano come *Con voce di donna*, e quella di Joan Tronto, tra cui *Confini morali* e gli scritti sulla democrazia della cura, oltre ai contributi di studiose come Eva Feder Kittay, Virginia Held e Sara Ruddick. La definizione della cura come tutto ciò che facciamo per mantenere, continuare e riparare il nostro mondo è ripresa dall'elaborazione di Joan Tronto e Berenice Fisher.

I principi costituzionali citati fanno riferimento agli articoli primo, secondo, terzo e trentaduesimo della Costituzione italiana. Il riferimento al dittico richiama *Cyberfascismo*, il volume con cui questo libro dialoga e con il quale condivide l'analisi critica del potere contemporaneo, letto dal lato del controllo in quell'opera e dal lato dell'abbandono in questa.

CONCLUSIONE

LA SCELTA DAVANTI A NOI

Ogni epoca è chiamata a rispondere a una domanda fondamentale. La nostra è più semplice di quanto appaia: che cosa faremo della fragilità umana?

Per oltre venti capitoli abbiamo attraversato dati, leggi, bilanci, statistiche, trasformazioni sociali e scelte politiche. Abbiamo visto come la non autosufficienza non sia una condizione marginale ma una realtà che coinvolge milioni di persone. Abbiamo osservato il progressivo arretramento delle politiche pubbliche, il peso crescente scaricato sulle famiglie, le disuguaglianze territoriali, la fatica dei caregiver, la precarietà del lavoro di cura e la distanza sempre più ampia tra le promesse della Costituzione e la vita concreta delle persone.

Ma questo libro non è stato scritto per raccontare soltanto ciò che non funziona: è stato scritto per mostrare che nulla di tutto questo è inevitabile. L'abbandono non è una legge della natura, non è una conseguenza obbligata dell'invecchiamento della popolazione, non è il risultato automatico della scarsità delle risorse.

È una scelta.

Ogni volta che un diritto viene rinviato perché mancano i fondi, mentre altre priorità trovano immediatamente copertura finanziaria; ogni volta che una famiglia viene lasciata sola ad affrontare il peso della non autosufficienza; ogni volta che il valore economico prevale sul valore umano, siamo di fronte a una scelta.

La buona notizia è che ciò che nasce da una scelta può essere cambiato da una scelta diversa.

La storia del welfare, della sanità pubblica, dei diritti delle persone con disabilità e delle conquiste sociali del Novecento insegna che nessun diritto è stato concesso spontaneamente. Tutti sono stati conquistati attraverso la partecipazione, l'impegno civile, il conflitto democratico e la capacità di immaginare una società più giusta.

Anche oggi la sfida non riguarda soltanto le persone fragili: riguarda tutti, perché nessuno è immune dalla possibilità di avere bisogno di cura, dalla malattia, dalla vecchiaia, dalla dipendenza dagli altri. La fragilità non è l'eccezione della condizione umana: è la sua verità più profonda.

Per questo motivo una società che investe nella cura non compie un gesto di generosità. Compie un atto di intelligenza collettiva. Costruisce il futuro che un giorno servirà a ciascuno di noi.

La vera alternativa che abbiamo davanti non è tra spendere o non spendere: è tra due idee di società.

La prima considera la cura un costo da contenere, una questione privata da affidare alle famiglie, al mercato o alla fortuna individuale.

La seconda riconosce la cura come un diritto, una responsabilità collettiva e uno dei pilastri della democrazia.

La prima produce solitudine, esclusione, una società dello scarto; la seconda produce cittadinanza, comunità, una società della dignità.

Il futuro dipenderà dalla scelta tra questi due modelli.

Questo libro non pretende di possedere tutte le risposte. Vuole però contribuire a rendere impossibile una giustificazione: dopo aver conosciuto i numeri, le storie e le conseguenze dell'abbandono, nessuno potrà più dire di non sapere.

La Repubblica promessa dalla Costituzione non è ancora compiuta, ma continua a indicare una direzione. Sta a noi decidere se percorrerla.

Perché il modo in cui trattiamo le persone più fragili non racconta chi sono loro. Racconta chi siamo noi. E racconta il Paese che vogliamo diventare.

MANIFESTO PER UNA REPUBBLICA DELLA CURA

Dieci principi per restituire dignità, diritti e cittadinanza alle persone fragili

La Repubblica riconosce che la fragilità non è un'eccezione dell'esistenza umana, ma una sua condizione universale. Per questa ragione la cura non può essere considerata una concessione, una forma di assistenza residuale o una merce da acquistare sul mercato. La cura è un diritto fondamentale della persona e un dovere della comunità.

Questo Manifesto propone dieci principi per una nuova politica della cura.

I. La cura è un diritto universale

Ogni persona, indipendentemente dall'età, dal reddito, dal luogo di residenza o dalla condizione di salute, ha diritto a ricevere le cure, l'assistenza e i sostegni necessari per vivere con dignità. Nessuno deve essere lasciato indietro perché povero, solo o residente nel territorio sbagliato.

II. La non autosufficienza è un rischio sociale

Come la malattia, la disoccupazione o l'infortunio, la non autosufficienza deve essere riconosciuta come un rischio che riguarda l'intera collettività. La sua tutela non può essere affidata esclusivamente alle famiglie o alle disponibilità economiche individuali.

III. La dignità della persona viene prima dei vincoli di bilancio

I diritti fondamentali non possono essere subordinati alle esigenze contabili. La programmazione economica deve essere al servizio della persona e non la persona al servizio dei bilanci. La garanzia dei diritti sociali rappresenta un obbligo costituzionale della Repubblica.

IV. Nessuna famiglia deve essere lasciata sola

La famiglia svolge una funzione fondamentale nella cura, ma non può essere trasformata in un sostituto dello Stato. Le istituzioni hanno il

dovere di affiancare, sostenere e integrare il lavoro di cura svolto dai nuclei familiari.

V. Riconoscimento pieno dei caregiver familiari

I caregiver familiari svolgono una funzione sociale essenziale. Il loro lavoro deve essere riconosciuto giuridicamente, sostenuto economicamente e tutelato attraverso adeguate misure previdenziali, assistenziali e lavorative.

VI. Priorità all'assistenza domiciliare e alla vita indipendente

Ogni persona deve poter scegliere, quando possibile, di vivere nel proprio ambiente familiare e sociale. L'assistenza domiciliare, i progetti di vita indipendente e i servizi territoriali devono diventare il centro del sistema della cura.

VII. Superare le disuguaglianze territoriali

I diritti non possono dipendere dal codice di avviamento postale. La qualità e l'accessibilità dei servizi devono essere garantite in modo uniforme sull'intero territorio nazionale, superando le profonde disparità tra regioni e territori.

VIII. Valorizzare il lavoro di cura

Il lavoro di cura costituisce una risorsa fondamentale per la società. Deve essere adeguatamente riconosciuto, qualificato, retribuito e tutelato. La dignità di chi cura è parte integrante della dignità di chi viene curato.

IX. Nulla su di noi senza di noi

Le persone con disabilità, le persone non autosufficienti e le loro organizzazioni rappresentative devono partecipare direttamente ai processi decisionali che riguardano la loro vita. Nessuna politica può essere costruita senza l'ascolto di chi vive quotidianamente queste condizioni.

X. Costruire una nuova alleanza tra le generazioni

La cura non divide le generazioni. Le unisce. Una società che investe nella cura degli anziani, delle persone con disabilità e delle persone fragili

investe contemporaneamente nel futuro dei giovani, nella coesione sociale e nella qualità della democrazia.

Questo Manifesto non rappresenta un punto di arrivo.

Rappresenta un impegno.

L'impegno a costruire una Repubblica nella quale la dignità umana non dipenda dalla produttività economica.

Una Repubblica nella quale la fragilità non generi esclusione.

Una Repubblica nella quale la cura sia riconosciuta come bene comune.

Perché una società civile non si misura dalla ricchezza che accumula, ma dalla capacità di prendersi cura delle persone che hanno più bisogno di essere accompagnate.

La Repubblica della cura non è un'utopia.

È una scelta politica.

Ed è una scelta che possiamo ancora compiere.

Glossario

Voci in ordine alfabetico, pensate per il lettore non specialista. Ogni voce riporta il termine e una definizione essenziale.

Assistenza domiciliare integrata (ADI). Insieme di prestazioni sanitarie e sociali erogate a domicilio della persona non autosufficiente, per evitarne o ritardarne il ricovero. La sua intensità si misura anche in ore medie di assistenza per paziente all'anno.

Autonomia differenziata. Meccanismo previsto dall'articolo 116, terzo comma, della Costituzione, che consente alle Regioni a statuto ordinario di ottenere competenze legislative e amministrative ulteriori rispetto a quelle comuni. La legge 86 del 26 giugno 2024, nota come legge Calderoli, ne disciplina l'attuazione: il trasferimento avviene mediante intese negoziate tra Governo e singola Regione e approvate poi con legge, e può riguardare fino a ventitré materie, tra cui la tutela della salute. La sentenza della Corte costituzionale 192 del 2024 ne ha dichiarato illegittime numerose parti, vietando la devoluzione di intere materie in blocco, subordinandola alla previa determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni e restituendo un ruolo effettivo al Parlamento; la sentenza 10 del 2025 ha dichiarato inammissibile il referendum abrogativo. Nel luglio 2026 le Camere hanno approvato in via definitiva le intese preliminari con Liguria, Lombardia, Piemonte e Veneto, che comprendono anche la tutela della salute. Nel libro è indicata come il principale fattore di frattura dell'uguaglianza territoriale nel diritto alla cura.

Autosufficienza. Nel senso ideologico criticato nel libro, la pretesa che l'individuo adulto, sano e produttivo sia la condizione normale dell'essere umano, e che la dipendenza sia un'eccezione anziché una fase comune della vita.

Capitalismo della sorveglianza. Espressione di Shoshana Zuboff per indicare l'estrazione di valore economico dai comportamenti umani trasformati in dati, applicata nel libro anche al corpo fragile reso fonte di informazione.

Caregiver familiare. La persona, quasi sempre un familiare e nella maggioranza dei casi una donna, che si fa carico in modo continuativo dell'assistenza a un congiunto non autosufficiente, spesso senza riconoscimento giuridico né economico.

Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità. Trattato internazionale adottato nel 2006 e ratificato dall'Italia nel 2009, che afferma il paradigma dell'autodeterminazione e della vita indipendente e il principio nulla su di noi senza di noi.

Cure di lungo termine (long term care). L'insieme dei servizi e dei sostegni, sanitari e sociali, destinati alle persone che per età o condizione hanno bisogno di assistenza continuativa. La relativa spesa pubblica si misura in percentuale del prodotto interno lordo.

Etica della cura. Filone di pensiero, sviluppato tra le altre da Carol Gilligan e Joan Tronto, che pone la relazione di cura e l'interdipendenza al centro della vita morale e politica, contro il modello dell'individuo isolato e autosufficiente.

Fondi sanitari integrativi. Forme di copertura sanitaria privata, spesso sostenute da agevolazioni fiscali, che affiancano il sistema pubblico e rischiano di erodere dall'interno il principio dell'universalismo.

Fondo per la non autosufficienza. Stanziamento pubblico destinato al sostegno delle persone non autosufficienti, oggetto negli anni di continui annunci, tagli e dirottamenti.

Indennità di accompagnamento. Trasferimento monetario erogato in misura fissa, indipendente dal reddito e dalla gravità, a chi non è in grado di compiere autonomamente gli atti quotidiani della vita. Rappresenta una quota maggioritaria della spesa pubblica per la non autosufficienza.

ISEE sociosanitario. Indicatore della situazione economica usato per l'accesso a prestazioni sociosanitarie. Soglie molto basse possono restringere una misura ai soli quasi indigenti.

Livelli essenziali di assistenza (LEA). Le prestazioni che il Servizio Sanitario Nazionale deve garantire a tutti i cittadini in modo uniforme su tutto il territorio nazionale.

Non autosufficienza. La condizione di chi non può curare sé stesso e mantenere una normale vita di relazione senza l'aiuto determinante di altri, secondo la definizione richiamata anche dalla Corte costituzionale.

Pareggio di bilancio. Principio dell'equilibrio dei conti pubblici, introdotto nella Costituzione nel 2012 con la riforma dell'articolo 81, che nella prassi viene spesso anteposto alla garanzia dei diritti sociali.

Pflegeversicherung. L'assicurazione pubblica obbligatoria per la non autosufficienza istituita in Germania nel 1995, che riconosce la cura come diritto permanente legato al bisogno e non all'indigenza.

Prestazione universale. Misura sperimentale italiana per il biennio 2025-2026 destinata agli anziani non autosufficienti gravissimi, con requisiti molto stringenti che ne hanno fortemente limitato la platea effettiva.

Privatizzazione del rischio. Il meccanismo per cui un bisogno collettivo, come la non autosufficienza, viene ridefinito come responsabilità individuale, legittimando il ritiro dello Stato e lo scarico del peso sulle famiglie.

Servizio Sanitario Nazionale. Sistema pubblico e universale istituito con la legge numero 833 del 1978 in attuazione dell'articolo 32 della Costituzione, fondato sul principio della salute come diritto di tutti.

SLA (sclerosi laterale amiotrofica). Malattia neurodegenerativa altamente invalidante che conduce alla totale non autosufficienza; è al centro delle battaglie del Comitato 16 Novembre.

Società dello scarto. Espressione che indica un sistema in cui chi non produce reddito tende a essere percepito come un'eccedenza, un peso di cui la collettività vorrebbe alleggerirsi.

Spesa out of pocket. La spesa sanitaria pagata direttamente di tasca propria dai cittadini, indice della misura in cui il sistema pubblico non copre i bisogni di salute.

Vita indipendente. Il principio per cui ogni persona con disabilità deve poter essere protagonista del proprio progetto di vita, vivendo nel proprio ambiente con i sostegni necessari, anziché essere destinataria passiva di assistenza.

Welfare familista. Modello di protezione sociale, tipico dei Paesi mediterranei, che presuppone la famiglia, e al suo interno soprattutto le donne, come principale responsabile della cura dei membri fragili, in supplenza dei servizi pubblici.

Bibliografia generale e sitografia

Opere e riferimenti teorici

Zygmunt Bauman, Vite di scarto.

Berenice Fisher e Joan Tronto, elaborazione della definizione di cura come ciò che facciamo per mantenere, continuare e riparare il nostro mondo.

Michel Foucault, Nascita della biopolitica, sul tema dell'imprenditore di sé.

Carol Gilligan, Con voce di donna, 1982.

Byung-Chul Han, sulle nozioni di società della stanchezza e della prestazione.

Virginia Held, sull'etica della cura.

Eva Feder Kittay, sull'etica della cura e la dipendenza.

Sara Ruddick, sul pensiero materno e la cura.

Joan Tronto, Confini morali, e gli scritti sulla democrazia della cura.

Shoshana Zuboff, Il capitalismo della sorveglianza.

Fonti normative e giurisprudenziali

Costituzione della Repubblica italiana, articoli 2, 3, 32, 38 e 81.

Statuto albertino, 1848.

Legge numero 833 del 1978, istituzione del Servizio Sanitario Nazionale.

Legge numero 180 del 1978, in materia di chiusura dei manicomi.

Legge numero 104 del 1992, diritti delle persone con disabilità.

Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, 2006, ratificata con legge numero 18 del 2009.

Corte costituzionale, sentenza numero 36 del 2013 e sentenza numero 275 del 2016.

Legge delega numero 33 del 2023 e decreto legislativo numero 29 del 2024, in materia di non autosufficienza.

Legge di bilancio 2026, legge numero 199 del 30 dicembre 2025; DPCM del 20 aprile 2026 sul Piano nazionale per la non autosufficienza 2025-2027; circolare INPS numero 153 del 19 dicembre 2025.

Fonti statistiche e rapporti, con sitografia

Osservatorio Long Term Care del CERGAS, SDA Bocconi, ed Essity: sdabocconi.it.

Fondazione GIMBE, Rapporto sul Servizio Sanitario Nazionale: gimbe.org.

Istituto nazionale di statistica, ISTAT: istat.it.

Istituto nazionale della previdenza sociale, INPS: inps.it.

Ragioneria generale dello Stato: rgs.mef.gov.it.

Commissione europea, relazioni sull'Italia: commission.europa.eu.

Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico, OCSE: oecd.org.

RINGRAZIAMENTI

Nessun libro nasce davvero da una sola persona.

Dietro ogni pagina scritta, ogni riflessione sviluppata e ogni idea trasformata in parola esistono incontri, affetti, esperienze condivise e persone che, in modi diversi, contribuiscono a rendere possibile il cammino.

Il primo ringraziamento va a mia moglie, Beata Iolanta Kloczkowska. Con pazienza, affetto e determinazione mi ha sempre incoraggiato a leggere, a studiare, a non smettere mai di approfondire e di interrogarmi sulla realtà che mi circonda. Il suo sostegno costante ha rappresentato negli anni un punto di riferimento fondamentale, non soltanto nella vita personale, ma anche nel mio percorso umano e culturale.

Un ringraziamento speciale va a mia figlia Iulia. Con generosità e competenza mi ha affiancato nell'autoproduzione e nell'editing delle mie opere, aiutandomi a trasformare idee, appunti e progetti in lavori concreti. Senza il suo contributo molte delle attività legate alla scrittura e alla pubblicazione sarebbero state molto più difficili.

Ringrazio tutte le persone che nel corso degli anni hanno condiviso con me battaglie civili, mobilitazioni sociali e percorsi di impegno collettivo. Le lotte per i diritti delle persone con disabilità, per la non autosufficienza, per il diritto alla cura e per una società più giusta hanno rappresentato una straordinaria scuola di umanità e di consapevolezza.

Il mio pensiero va alle associazioni, ai movimenti, ai caregiver familiari, agli operatori sociali e sanitari, ai volontari e a tutte le persone che ogni giorno, spesso lontano dai riflettori, si prendono cura di chi vive condizioni di fragilità. Questo libro è anche il frutto delle loro esperienze, delle loro testimonianze e della loro tenacia.

Un ricordo particolare va a Laura, Tore e Raffaele, compagni di viaggio e di lotta che non sono più tra noi. La loro assenza continua a pesare, ma il loro esempio continua a illuminare il cammino di quanti credono nella giustizia sociale, nella dignità della persona e nella forza della solidarietà.

Ringrazio inoltre studiosi, ricercatori, giornalisti, operatori del settore e tutte le fonti che hanno contribuito ad arricchire il patrimonio di conoscenze necessario alla realizzazione di questo lavoro.

Infine, desidero ringraziare le migliaia di persone che, direttamente o indirettamente, hanno condiviso con me storie di vita, difficoltà, speranze e rivendicazioni. A loro appartiene il cuore di questo libro.

Se queste pagine riusciranno a contribuire, anche in minima parte, alla costruzione di una società più attenta ai diritti, alla dignità e alla cura delle persone fragili, il merito non sarà soltanto dell'autore, ma di tutte le donne e gli uomini che continuano ogni giorno a credere che nessuno debba essere lasciato indietro.

NOTA BIOGRAFICA DELL'AUTORE

Mario Sommella nasce a Reggio Calabria nel 1962 e vive oggi a Latisana, in Friuli Venezia Giulia. Operaio, scrittore e attivista politico e sociale, ha dedicato gran parte della propria vita all'impegno per i diritti sociali, la partecipazione democratica e l'autodeterminazione delle persone più fragili.

Dopo il diploma in Ragioneria lavora dapprima nel settore amministrativo, quindi entra in Aeritalia, poi Alenia e oggi Leonardo, dove svolge per quasi vent'anni l'attività di operaio collaudatore nel comparto aeronautico. Sono gli anni in cui matura la propria coscienza sindacale e politica all'interno delle lotte del movimento operaio, partecipando alle iniziative della FIOM-CGIL e alle vertenze per la difesa dell'occupazione e dei diritti dei lavoratori. L'occupazione dello stabilimento di Pomigliano d'Arco nel 1993, con gli scioperi e le mobilitazioni degli anni successivi, rappresenta una delle tappe fondamentali della sua formazione: la sua autentica università della lotta sociale, maturata nei luoghi del lavoro e nelle realtà di base.

Nel 2006 perde completamente la vista a causa del glaucoma. È una condizione che cambia profondamente la sua esistenza ma non interrompe il suo impegno civile; al contrario, rafforza la convinzione che dignità, diritti e inclusione debbano essere garantiti a tutte le persone come elementi fondamentali della cittadinanza democratica. Negli anni successivi partecipa alle battaglie del Comitato 16 Novembre Malati SLA, contribuendo alle mobilitazioni nazionali che hanno portato all'attenzione delle istituzioni il tema della non autosufficienza e del diritto alla cura. Da quell'esperienza nasce la convinzione che le persone con disabilità debbano essere protagoniste delle decisioni che le riguardano, e non semplici destinatarie di politiche elaborate da altri.

Il suo percorso attraversa diverse esperienze della sinistra sociale e delle reti di cittadinanza attiva. Nel 2012 contribuisce alla costruzione del nodo napoletano di ALBA e, nel 2013, fonda con Salvatore Usala, storico segretario e tra i fondatori del Comitato 16 Novembre Malati SLA, il nodo tematico nazionale Alba Articolo 3, dedicato alla disabilità, all'autorappresentanza e ai diritti sociali. Nel 2014 viene eletto nel

Comitato Operativo Nazionale di ALBA. Nello stesso periodo intraprende, insieme al compagno di viaggio Cuono, un lungo cammino attraverso l'Italia delle lotte sociali e dei conflitti territoriali, da Lampedusa alla Val di Susa, incontrando lavoratori, movimenti e comunità impegnate nella difesa dei diritti, dell'ambiente e della giustizia sociale.

Tra il 2014 e il 2017 consegue la laurea in Scienze della Comunicazione con una tesi dedicata alla comunicazione politica nell'era digitale, approfondendo in seguito i propri studi in psicologia, processi cognitivi e tecnologie. È stato presidente dell'Assemblea Permanente Prima Le Persone e aderisce al Movimento Mondiale per la Vita Indipendente, sostenendo il principio secondo cui ogni persona deve poter essere protagonista del proprio progetto di vita. Entra quindi a far parte di Azione Civile, il movimento politico fondato da Antonio Ingroia, dove assume responsabilità nell'ambito delle politiche sociali e della disabilità, portando avanti proposte sulla non autosufficienza, sui diritti delle persone con disabilità e sulla piena attuazione dei principi costituzionali. Nel suo impegno promuove modelli organizzativi fondati sulla trasparenza e sull'orizzontalità, sintetizzati nel principio «una persona, un'idea, un voto».

Parallelamente svolge attività di scrittore, saggista e divulgatore. Attraverso il blog mariosommella.com affronta temi legati alla disabilità, alle politiche sociali, ai diritti civili, alla comunicazione e alle trasformazioni tecnologiche, oltre ai principali processi politici e geopolitici contemporanei. Tra le sue opere figurano «Palestina. Terra, vita e dignità», dedicato alla storia e all'autodeterminazione del popolo palestinese; «Olof Palme. Intrigo internazionale», dedicato alla figura dello statista svedese e alle vicende che ne segnarono la tragica scomparsa; e «Cyberfascismo. Anatomia di un dominio invisibile», analisi critica delle nuove forme di potere, controllo e manipolazione nell'ecosistema digitale. Con il presente volume, «La cura negata. Anatomia dell'abbandono», affronta i temi della non autosufficienza, del diritto alla cura e del progressivo arretramento dello Stato sociale.

Convinto che la fragilità non sia una condizione marginale ma una dimensione universale dell'esperienza umana, Mario Sommella prosegue il proprio impegno culturale e politico per una società fondata sull'uguaglianza sostanziale, sulla solidarietà, sull'ecosocialismo e sulla

piena attuazione della Costituzione. Per lui la scrittura non è soltanto uno strumento di comunicazione, ma una forma di partecipazione alla vita pubblica: un modo per dare voce a chi troppo spesso resta ai margini del dibattito, nella convinzione che il grado di civiltà di una società si misuri dalla capacità di garantire dignità, diritti e opportunità alle persone più fragili.