

ZOOM

Giacomo Canepa

OLTRE IL CIGNO NERO

SEI DOMANDE ALLA STORIA
DEL WELFARE DOPO IL COVID-19

La pandemia di covid-19 ha generato un ampio bisogno di storia: di fronte a un presente incomprensibile e all'impreparazione delle società europee di fronte alla rapida diffusione del virus, numerosi sono stati i tentativi di ricostruire differenze e analogie con le grandi epidemie del passato, in primo luogo con l'epidemia di spagnola sedimentata nelle memorie familiari (Bianchi, Casellato e Contini 2021). Negli interrogativi sulla scarsa attenzione prestata alle epidemie e sulla rimozione della spagnola dalla memoria pubblica emergeva l'idea di una storia *magistra vitae*, di un'utilità della disciplina chiamata a trarre dal passato moniti o rassicurazioni per il presente. Gli storici, oltre a evidenziare le tracce della spagnola e le sue numerose eredità nei modelli di gestione della sanità pubblica, non hanno tardato a mettere in guardia contro le invocazioni frettolose delle epidemie del passato, evidenziando la singolarità degli agenti patogeni ma anche e soprattutto la specificità dei contesti (Lachenal e Thomas 2020). Come ha osservato Marc Bloch di fronte alla *strana disfatta* francese del 1939-40, le cosiddette lezioni del passato possono contribuire alla mancata comprensione del presente. Se è vero che ogni storia è storia contemporanea, le domande che il presente suscita sul passato devono aiutarci a mettere in discussione modelli interpretativi consolidati, mostrando la storicità di aspetti delle società contemporanee ormai considerati come naturali. Il mestiere di storico può includere la ricerca di precedenti comparatistici o l'impegno nella costruzione di un discorso pubblico, ma consiste soprattutto nell'affinamento, attraverso lo studio del passato, di strumenti critici che offrano la possibilità di prendere le distanze dall'attualità e porre ad essa nuove e diverse domande. In questa prospettiva, partendo dal ristretto punto di vista della storia delle politiche sociali, questo contributo cerca di delinearne il ruolo nei tentativi di dare profondità storica alla pandemia, per poi riflettere sulle potenzialità di alcune delle domande di ricerca più ampie che la nostra esperienza della crisi sanitaria ha potuto suscitare e formulare.

IL WELFARE NELLA CRISI

L'impatto delle grandi crisi sui sistemi di welfare ha interessato, nell'ultimo decennio, prima i politologi e poi gli storici, generando un ampio filone di studio sul nesso tra la guerra e lo sviluppo dei sistemi di protezione sociale. Ribaltando l'interpretazione della letteratura comparatista, che aveva individuato nella guerra un *cigno nero* – un evento imprevisto con effetti disastrosi su ampie fasce della popolazione, ma privo di conseguenze sulle strutture elefantache del welfare (Castles 2010) – o tutt'al più ipotizzato un impatto negativo delle spese militari sulla protezione sociale, questa letteratura ha mostrato il ruolo dei due conflitti mondiali nelle scelte di costruzione dei programmi previdenziali, assistenziali, sanitari. Da un lato, il welfare risultava essenziale allo sforzo bellico, come mostrano la coscrizione

di massa, i provvedimenti volti a rinforzare l'adesione della popolazione e i processi di smobilitazione. D'altra parte, i nuovi bisogni prodotti dal conflitto generavano consenso verso il welfare anche tra le classi più abbienti, spingendo verso un maggiore ruolo dello Stato per garantire l'eguaglianza dei cittadini e contribuendo, in particolare, alla diffusione dei principi dell'universalismo che teorizzavano la creazione di un sistema di protezione sociale volto all'intera popolazione a prescindere dalle differenze tra categorie professionali e dagli obiettivi della garanzia del reddito dei lavoratori salariati (Obinger, Petersen e Starke 2018).

Similmente alle più studiate guerre mondiali, anche la crisi sanitaria del 2020-2021 ha intrattenuto con le politiche sociali un doppio rapporto, su cui si soffermano i sei interrogativi di questo contributo. Se è risultato immediatamente evidente il bisogno di welfare e il consenso rispetto all'intervento pubblico generato dall'epidemia, i sistemi di protezione sociale hanno anche informato e strutturato la geometria della diffusione e le risposte dei governi alla pandemia (Conrad 2020). Guardando ai vari paesi europei, i primi studi hanno evidenziato come le modalità con cui essi hanno affrontato l'epidemia – nel confinamento più o meno rigido della popolazione e nell'integrazione dei redditi alla sospensione temporanea dei rapporti di lavoro con i conseguenti effetti sulle percentuali di lavoratori che hanno continuato l'attività in presenza, ma anche nella gestione delle residenze sanitarie assistite e nel triage dei casi ospedalieri – risultino direttamente collegate alle forme e al funzionamento delle strutture di welfare esistenti (Rosental 2020). Spunti interessanti vengono, in questo senso, dalla storiografia sui disastri, che ha sottolineato come perfino quelli di origine meteorologica o sismica abbiano ben poco di *naturale*. L'attenzione dello storico ai disastri si giustifica in ragione dell'intersecarsi, nel loro prodursi, di diverse temporalità: l'evento in sé – l'inondazione, la scossa tellurica o il virus – e il lungo periodo delle vulnerabilità della società costruita dall'uomo. Questa letteratura invita a leggere i disastri come *processi* di cui è possibile analizzare i contesti sociali, culturali e politici: le vulnerabilità delle società sono il frutto di *cause profonde*, che si traducono in *pressioni dinamiche* (come la rapida urbanizzazione, la deforestazione, i deficit istituzionali), creando in ultimo fragilità che l'evento naturale (l'alluvione, il terremoto o la pandemia) mette drammaticamente in luce (Wisner et al. 2004, p. 51).

La centralità del welfare state nelle modalità e nell'ampiezza della crisi pandemica trova conferma tanto nella legislazione con cui i vari paesi europei l'hanno affrontata – per esempio eliminando, ove presenti, i giorni di carenza per il versamento delle indennità di malattia per limitare i rischi di diffusione del virus da parte di soggetti debolmente sintomatici o casi-contatto – quanto nelle intrinseche caratteristiche dell'epidemia. Se, in Italia, il trattamento mediatico del covid-19 l'ha spesso comparato alla peste, risulta più corretto parlare di sindemia,

cioè di un insieme di vulnerabilità strettamente legate, che si rinforzano mutualmente con un impatto significativo sulla speranza di vita e sullo stato di salute della popolazione (Horton 2020). L'importanza dei fattori di co-morbidità – e in particolare delle malattie croniche – mostra come il covid-19 non sia assimilabile a una malattia infettiva. In questo senso, l'epidemia, pur avendo evidenziato l'incapacità di prevenire, controllare e contenere una pandemia mondiale, non segna una battuta di arresto di quel processo delineato dal paradigma della transizione epidemiologica che stabiliva un nesso tra il declino della mortalità legata alle malattie infettive e l'aumento delle malattie croniche non infettive. È quel modello, che occorre situare nel preciso contesto delle politiche demografiche rivolte ai paesi in via di sviluppo negli anni settanta (Weisz e Olszynko-Gryn 2010), ad avere dei limiti: da un lato, è soprattutto l'invecchiamento della popolazione mondiale a implicare la stagnazione della speranza di vita in buona salute a causa di tumori, malattie croniche e cardiovascolari; dall'altro, il covid-19 ha evidenziato interazioni e sinergie tra caratteristiche infettive e determinanti socio-ambientali che non rappresentano una novità nella storia della medicina (Mendelsohn 2002). Se la causa dell'epidemia è nota – il virus, che al più rientra nel campo d'indagine della bio-storia – la variabilità dei suoi effetti, diversi tra uomini e donne, ricchi e poveri, bianchi e neri, non rimanda a caratteristiche genetiche, ma alle società e al loro cambiamento nel tempo, di cui il sistema di welfare è parte integrante. Già durante il primo lockdown della primavera 2020 hanno destato attenzione le differenze tra le sovramortalità nella città di Parigi e nel dipartimento immediatamente attiguo della Seine-St-Denis, in cui l'età media è la più bassa dell'intera Francia e circa il 30% della popolazione ha meno di vent'anni. Contrariamente a quanto sarebbe intuitivo pensare, la Seine-St-Denis ha costituito, secondo i dati sulla sovramortalità rispetto agli stessi mesi del triennio precedente, il dipartimento francese più colpito dall'epidemia (+124,1%), in misura ben maggiore della città di Parigi (+69,1%) e del focolaio di Mulhouse nel nord-est del paese (+116,6%)¹. La motivazione di questo rapporto invertito non sta tanto nel mancato rispetto delle norme di confinamento (un'interpretazione che d'altra parte ignora l'affollamento degli alloggi e la proporzione di impieghi *in presenza* e nei settori più a rischio di contagio), quanto soprattutto nelle disuguaglianze strutturali di cui il dipartimento soffre fin dalla sua istituzione: un tasso di povertà quasi doppio rispetto alla media nazionale, il più alto numero di pazienti per medico che ne fa un deserto sanitario, l'elevatissima diffusione di malattie croniche come il diabete, i problemi cardiovascolari e la silicosi, l'altrettanto elevato numero di immigrati di recente arrivo in Francia. Più ampiamente, le statistiche mostrano come i comuni francesi dove il reddito medio è inferiore al primo quartile della distribuzione nazionale abbiano avuto una sovramortalità doppia rispetto agli altri².

Analogamente, gli impressionanti dati sulla sovrarmortalità in Italia durante la prima e la seconda ondata dell'epidemia sono certamente connessi all'elevata età media, alla fragilità della popolazione rispetto alle infezioni polmonari, ma anche agli elementi organizzativi della sanità e del sistema di welfare venuto strutturandosi negli ultimi trent'anni. Già nelle prime settimane dell'epidemia, di fronte alla saturazione delle terapie intensive, medici e infermieri di Bergamo hanno sottolineato la fragilità di un sistema centrato sui bisogni e sulle preferenze del paziente, spiegando la situazione lombarda con l'assenza di «servizi alla comunità, sul territorio» (Nacoti et al. 2020). Nel caso lombardo, la fragilità della medicina territoriale, l'inadeguata integrazione sociosanitaria nelle residenze sanitarie assistite e la diffusione delle malattie respiratorie croniche nella regione hanno costituito, in questo senso, degli elementi di vulnerabilità che hanno aggravato la sovrarmortalità, trasformando gli ospedali stessi in focolai di contagio.

Alla luce di questi elementi, appare allora lecito chiedersi quale sia l'apporto della crisi sanitaria legata al covid-19 ai nostri interrogativi storiografici: quali domande rivolte al passato può suscitare e, più ampiamente, quali attenzioni e precauzioni invita a prendere in considerazione nelle nostre riflessioni sulle trasformazioni storiche del welfare state? Questi interrogativi non riguardano, in questo senso, soltanto chi volesse indagare come la sanità sia stata impoverita negli ultimi trent'anni, riducendo la spesa rispetto al Pil, il personale, le capacità di ricovero ospedaliero, nel contesto di tagli agli stanziamenti di bilancio che sono andati, in Italia come in altri paesi europei, ben al di là della correzione di storture e sprechi. I sei aspetti che cercherò di delineare nelle prossime pagine, senza pretesa di esaustività, si rivolgono a chiunque intenda studiare la storia delle politiche sociali, nella misura in cui la crisi sanitaria che abbiamo vissuto condiziona e orienta, consapevolmente o implicitamente, il nostro sguardo sul welfare state.

SEI INDICAZIONI DELLA CRISI SANITARIA

I tempi dell'azione pubblica

La crisi sanitaria ha messo in luce, in primo luogo, la necessità di riflettere sui tempi dell'azione pubblica e più in generale sul rapporto tra i sistemi di protezione sociale e i momenti di crisi. Quando, in un dibattito televisivo del 2015 sulla riforma del sistema ospedaliero, la sindacalista della Cgt Rose-May Rousseau aveva ricordato che i sanitari sarebbero stati in prima linea in caso di epidemia, le sue parole erano state accolte con sufficienza dalla lobbista Agnès Verdier-

① *Évolution du nombre de décès entre le 1^{er} mars et le 30 avril 2020*, 26 giugno 2020, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4500439?sommaire=4487854>.

② Brandily, P. et al., *Une pandémie de la pauvreté*, 5 settembre 2020, <https://legrandcontinent.eu/fr/2020/09/05/une-pandemie-de-la-pauvrete/>



Distribuzione di medicinali come prevenzione dell'influenza spagnola nell'Inghilterra del 1919 (fonte: Gallica)



60529 - K164179

60529

ZOOM

Molinié, che si batte da anni per tagliare bilanci e personale della pubblica amministrazione³. Riproposte cinque anni più tardi, all'apice di una crisi che ha richiesto il massiccio trasferimento di pazienti da una regione all'altra del paese, quelle stesse parole non sono più sembrate tanto esagerate. Analogamente, in Italia, la crisi sanitaria ha evidenziato l'insostenibilità di quei regolamenti per gli standard ospedalieri che hanno posto come obiettivo finanziario un utilizzo medio dell'80-90% dei posti letto o dei proclami che giudicavano ormai superata la figura dei medici di famiglia. L'efficacia garantita in tempi normali si è rivelata drammaticamente inadatta in tempo di crisi, come hanno mostrato i dati sulla disponibilità di posti letto in terapia intensiva, significativamente inferiori a quelli degli altri paesi europei che pure hanno visto negli ultimi anni la penetrazione dei medesimi modelli aziendalistici nella gestione degli ospedali. Il livello delle restrizioni imposte ai cittadini è dipeso tanto dalla priorità data a considerazioni economiche e dalla gestione dei tempi dell'epidemia – e quindi dalla tempestività dei provvedimenti – quanto dalle presunte capacità di tenuta del sistema sanitario, frutto di scelte di più lungo periodo. In questo senso, la fragilità del sistema – e la relativa necessità che essa non incrinasse la legittimità politica dei vari livelli di governo – ha contribuito a dettare la misura di quelle restrizioni che attribuivano principalmente al cittadino le responsabilità nella diffusione dell'epidemia. La crisi sanitaria ha posto la questione del dimensionamento del sistema di protezione sociale e della sua progettazione in termini di resilienza, invitando a una riflessione sulle modalità e le forme che esso assume, trasformandosi, in tempi di crisi. Nella storia delle politiche sociali, gli interventi congiunturali e i dispositivi temporanei non rappresentano una prerogativa delle grandi crisi sistemiche come il covid-19, nella misura in cui il welfare intende fornire una risposta ai diversi rischi dell'esistenza. Nel caso italiano, la storia della Cassa integrazione straordinaria ne evidenzia il ruolo nella regolazione socioeconomica, mettendo in luce il carattere ambiguo di misure che, nate come provvisorie per rispondere a situazioni di crisi, diventano gradualmente elementi permanenti del sistema, ovviando all'assenza di provvedimenti strutturali (in questo caso contro la disoccupazione involontaria) (Serri 2016).

Il dibattito politico sulle necessarie trasformazioni post-pandemiche dei sistemi di welfare europei avviato nel marzo 2020 – al di là della disgraziata vicenda italiana di *Perché guariremo*, il volume scritto e poi mandato al macero dal ministro Roberto Speranza – invita poi a interrogarsi sul rapporto tra misure temporanee e ampi progetti riformatori. Gli studi politologici hanno mostrato come nelle politiche pubbliche di welfare il tempo non sia lineare: a lunghi periodi di stabilità possono fare seguito, in maniera imprevista, accelerazioni dovute a

③ *L'hôpital public est-il en train de mourir de ses 35h?*, 21 aprile 2015, https://www.bfmtv.com/replay-emissions/bfm-story/l-hopital-public-est-il-en-train-de-mourir-de-ses-35h_VN-201505210105.html.

eventi esterni, alle conseguenze incrociate di riforme in altri settori della protezione sociale o più recentemente alle logiche del *new public management*, che postula la rapida successione di riforme diverse per erodere gli assetti consolidati (Commaille, Simoulin e Thoemmes 2014). Nella storia del welfare italiano, ministeri temporanei come quello per l'Assistenza militare e le pensioni di guerra nel 1917-19 o quello per l'Assistenza post-bellica nel 1945-47 formularono in nome dell'emergenza ambiziosi progetti di riforma in discontinuità con il sistema esistente. In questo senso, le guerre, le crisi economiche, le catastrofi naturali e le pandemie risultano particolarmente interessanti, sia in quanto elementi che rivelano la natura e le caratteristiche del sistema di welfare sia in quanto momenti di ripensamento e accelerazione delle riforme delle politiche sociali (Landis Dauber 2012).

Il governo degli esperti

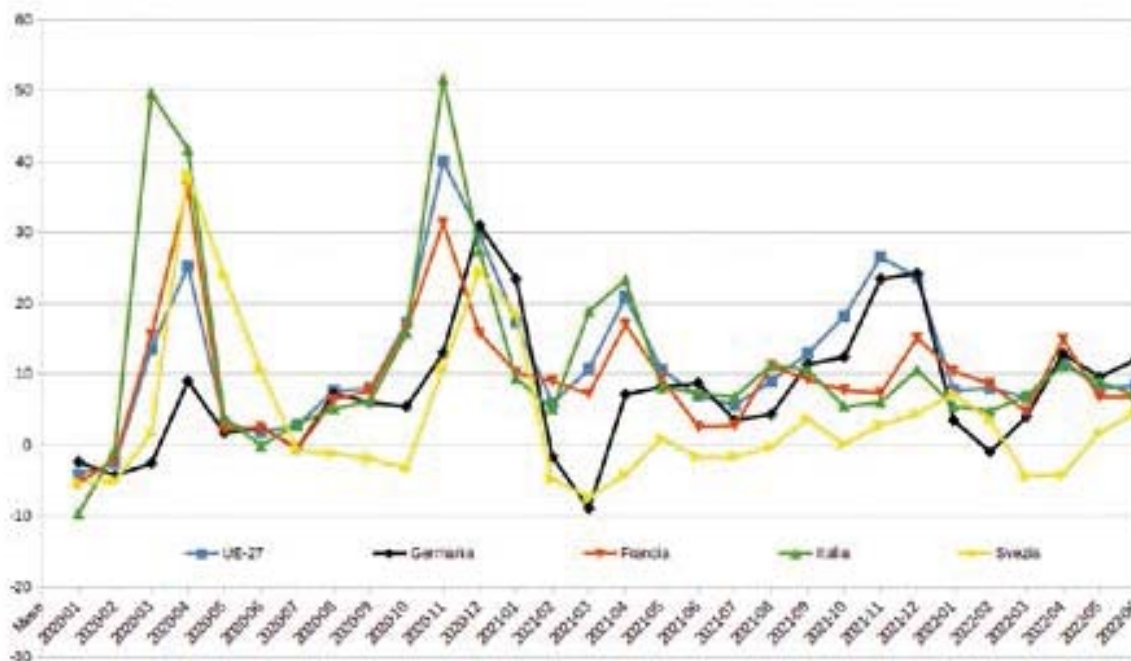
Una seconda direzione di ricerca preziosa sottolineata dalla crisi sanitaria riguarda il ruolo degli esperti. Singole figure, come l'epidemiologo Anders Tegnell in Svezia o il virologo Christian Drosten in Germania, hanno attirato l'attenzione dei media, portando in primo piano il problema dei rapporti tra expertise e decisione politica. Non si tratta di una novità: esperti e consulenti hanno accompagnato fin dagli anni ottanta del XIX secolo lo sviluppo e la programmazione delle diverse forme di Stato sociale, con ruoli che sono variati dalla validazione ex-post delle decisioni politiche, come per esempio nella Germania di Weimar, alla rappresentanza di gruppi di interessi o alla proposta di agende progressiste, come per esempio negli Stati Uniti della lotta per i diritti degli anni sessanta (Huret 2018). Un primo interrogativo evidenziato dalla crisi sanitaria riguarda, in questo senso, a quali esperti si è fatto ricorso nei momenti di crisi come nell'elaborazione delle riforme del sistema di protezione sociale. Nel 2020, ha suscitato polemiche il predominio dei medici su altre categorie di esperti, come gli economisti, i giuristi, i pedagogisti tanto nel dibattito pubblico quanto nelle istanze che informavano le decisioni dei governi; gli stessi contorni delle competenze di virologi, epidemiologi, immunologi e altri specialisti delle professioni sanitarie sono stati messi in discussione. Queste polemiche invitano ad analizzare le specificità delle retoriche utilizzate dai singoli gruppi di esperti, i loro obiettivi e il ruolo pubblico ad essi attribuito. Questi aspetti si definiscono nel rapporto con le istituzioni: il processo di *scientification* dell'azione pubblica non può essere ridotto a un'influenza determinista della scienza sulla politica (Lengwiler 2010), nella misura in cui gli spazi stessi di produzione del sapere scientifico rinviano, oltre che a idee e tecniche, ai contesti istituzionali che ne permettono lo sviluppo. A questo proposito, un secondo ordine di critiche ha riguardato le modalità di gestione della crisi da parte dei governi, accusati di aver ingabbiato in formule dicotomiche il dibattito

plurale proprio al sapere scientifico e di aver negletto le istituzioni e i piani predisposti preferendo la creazione di nuove istanze organizzative e il ricorso alle agenzie di *consulting* (Bergeron et al. 2020); in sintesi, cioè, di aver governato più strumentalizzando gli esperti che seguendo le loro indicazioni. Si può aggiungere che la situazione pandemica ha fatto seguito ad anni in cui gli standard degli esperti sanitari in materia di prevenzione delle epidemie erano state disattesi in nome del contenimento dei costi. Le vicende dei piani pandemici o della produzione di mascherine – al pari dell’erraticità delle posizioni dell’Oms – offrono, in questo senso, una possibile seconda domanda storiografica sulla debolezza dell’expertise e le difficoltà delle istanze che rappresentano, in tempi ordinari e nei momenti di crisi, i luoghi di mediazione con la pubblica amministrazione e i decisori politici.

Il governo dei numeri

La presenza degli esperti è stata accompagnata da un profluvio di dati, che dovevano, in primo luogo, simbolizzare la loro obiettività e statuire la loro autonomia professionale dalla politica. Quantificando, giorno per giorno, l’aumento o la diminuzione del pericolo, i risultati delle modellizzazioni della diffusione pandemica e il conteggio dei decessi hanno motivato le inedite restrizioni della vita pubblica in cui vari osservatori, con rimandi talora frettolosi a Foucault, hanno visto l’esercizio di un governo igienista e totalitario. I lavori di Theodore M. Porter suggerirebbero che il massiccio ricorso alla pretesa obiettività dei numeri, più che evocare il rischio di un “governo degli esperti”, potrebbe invece essere, contro-intuitivamente, il riflesso della fragilità dell’expertise (Porter 2020): specialmente nelle primissime fasi dell’epidemia, è risultata evidente la difficoltà degli esperti sanitari a far valere il doppio allarme sulla diffusione del virus e sul collasso del sistema sanitario opponendo la sola propria autorità professionale e universitaria alle resistenze di governi, amministrazioni locali e rappresentanti dei settori produttivi. L’utilizzo delle statistiche a consolidamento e legittimazione di pareri o provvedimenti ha accomunato, in questo senso, tutti i protagonisti del processo decisionale, con obiettivi che erano tuttavia spesso immediati e almeno parzialmente diversi a seconda degli attori.

Le critiche – in particolare quelle che rivendicavano l’esercizio delle libertà contro il primato della vita biologica e quelle che contrapponevano la sopravvivenza delle attività economiche alla sicurezza sanitaria – hanno riguardato sia l’uso che dei dati hanno fatto media e governi nel discorso pubblico volto a spiegare e giustificare i provvedimenti restrittivi sia la stessa pertinenza e importanza delle cifre. La polarizzazione del dibattito pubblico – se non postulata, quanto meno insita nel diffuso linguaggio bellicista – da un lato ha generato adesioni fideistiche, dall’altro ha rinforzato tendenze già diffuse a leggere ogni cifra come strumentale alla manipolazione



Eccesso di mortalità nei paesi europei tra il gennaio 2020 e il giugno 2022 rispetto alla media della mortalità mensile 2016-19 (fonte: dati Eurostat, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Excess_mortality_-_statistics)

della democrazia. In effetti, la valanga di dati e statistiche sanitarie si è rivelata, proprio in ragione della loro ricchezza e varietà, tutt'altro che univoca, mentre il loro utilizzo irriflesso nel dibattito pubblico alimentava ulteriore scetticismo. Le critiche all'aleatorietà delle statistiche sui contagiati e l'imprecisione di quelle sul numero di morti – sempre più divergente rispetto ai dati di sovramortalità via via disponibili – anziché avviare una riflessione sul carattere costruito di quei dati, *in primis* strutturato dalle istituzioni e dalla loro storia, hanno dato l'idea che potesse esistere una quantificazione ideale, se non perfetta almeno indiscutibile (Cahen, Cavalin e Ruiz 2020, p. 13). La banalizzazione di queste questioni ha nutrito le semplificazioni nei confronti delle politiche di risposta all'emergenza adottate dai paesi europei. L'incomparabilità dei parametri e dei dati ha permesso a numerosi governi di relativizzare i propri fallimenti nella gestione della pandemia denunciando la sottovalutazione delle stime di mortalità altrui: il disastroso fallimento del Belgio nella protezione delle case di riposo, che emergeva da un conteggio preciso, è stato così contrapposto dai commentatori locali all'evidente mancanza di dati affidabili della Gran Bretagna o dell'Italia, mentre i quotidiani di quest'ultima mettevano aprioristicamente in dubbio i dati degli altri paesi europei.

Il ricorso ai dati relativi all'eccesso di mortalità si è rapidamente imposto come unico indicatore realmente affidabile – analogamente a quanto era avvenuto alla fine del XIX secolo di fronte all'influenza russa – permettendo non solo di effettuare comparazioni più prudenti tra i diversi casi nazionali (quantificando, per esempio, i tragici esiti della prima e della seconda ondata dell'epidemia in Italia rispetto ai



Infermiere alla stazione parigina di La Chapelle, 1916 (fonte: Gallica)



ZOOM

vicini paesi europei: fig. 1), ma anche di sfumare consolidati miti, come l'assenza di effetti della circolazione del virus in Africa.

Anche i dati sull'eccesso di mortalità, tuttavia, non apportano certezze assolute, come emerge dalle differenze tra le quantificazioni dei decessi a livello globale, stimate tra 16 e 28 milioni di morti (Rosental 2023). Non basta, infatti, il semplice calcolo aritmetico sulla differenza tra il periodo dell'epidemia e gli anni precedenti; occorre correggere questo risultato sulla base di parametri che possono essere talora misurati (gli effetti dell'invecchiamento della popolazione), talora solo approssimativamente stimati (l'impatto di influenze stagionali, l'aumentare dei disastri legati al riscaldamento globale o ancora l'incremento delle vittime legate all'inquinamento atmosferico). La crisi del sistema sanitario e le misure di restrizione hanno aggiunto ulteriori variabili, come la sovramortalità legata al rinvio di operazioni chirurgiche e cure ospedaliere, il deterioramento della protezione sanitaria neonatale in molti paesi del Sud del mondo, o ancora la diminuzione della mortalità collegata agli incidenti stradali.

Le statistiche rappresentano, in realtà, costanti presenze nel discorso e nelle politiche di welfare e come tali un oggetto di studio all'incrocio di diverse discipline. Se guardiamo alla storia del welfare italiano novecentesco, l'importanza della statistica, rispettivamente attuariale e sanitaria, emerge sia nel dibattito sulla riforma del sistema di welfare nell'immediato secondo dopoguerra (quella che è stata impropriamente chiamata la mancata svolta universalistica) sia nel disegno del sistema sanitario nazionale negli anni settanta (Giorgi e Pavan 2021). La crisi sanitaria ha evidenziato come tutte le scelte politiche riguardanti i diversi programmi di welfare – l'investimento pubblico sulla dipendenza, sulla vecchiaia, sul personale ospedaliero – creino delle interdipendenze tra le diverse spese e si fondino, in questo senso, su una valutazione del numero di vite umane perdute e salvate (il che non significa, necessariamente, che queste diventino una merce scambiabile, ma semplicemente l'incorporamento nei processi decisionali delle politiche pubbliche di quanto la collettività è disposta a spendere). Sarebbe allora opportuno riportare la storia della quantificazione nell'alveo degli studi sul welfare, interrogandosi sul processo di individuazione, produzione e diffusione degli indicatori sociali e sanitari, sui contesti sociali, culturali e istituzionali del dibattito tra gli attori coinvolti nella costruzione e nella contestazione delle statistiche e, infine, sull'utilizzo di queste ultime nel disegno delle politiche pubbliche. Alain Desrosières ha evidenziato cinque diverse modalità con cui, in funzione degli obiettivi, lo stato novecentesco ha fatto ricorso alle statistiche: negli anni sessanta, si trattava per esempio di controllare i flussi finanziari necessari a rilanciare i consumi, mentre sul finire del secolo si è imposta la valutazione quantitativa dell'efficacia dei servizi (Desrosières 2003). La crisi del covid-19 permette di sottolineare la pertinenza e l'importanza di una storia degli indicatori, che spieghi come le statistiche sono state

quantificate, strumentalizzate e inserite nelle riforme della protezione sociale (Brissaud 2021). In Italia, l'epidemia ha evidenziato le gravi carenze della capacità conoscitiva del sistema sanitario italiano, sia per la frammentazione regionale sia per il suo concentrarsi sulla quantità e sui costi delle prestazioni. Nella primavera 2020, questo tipo di dati di natura essenzialmente economica, ignorando il numero degli effettivi contagiati, le comorbidity e i fattori di rischio, si è rivelato insufficiente per impostare misure di rapida protezione della collettività.

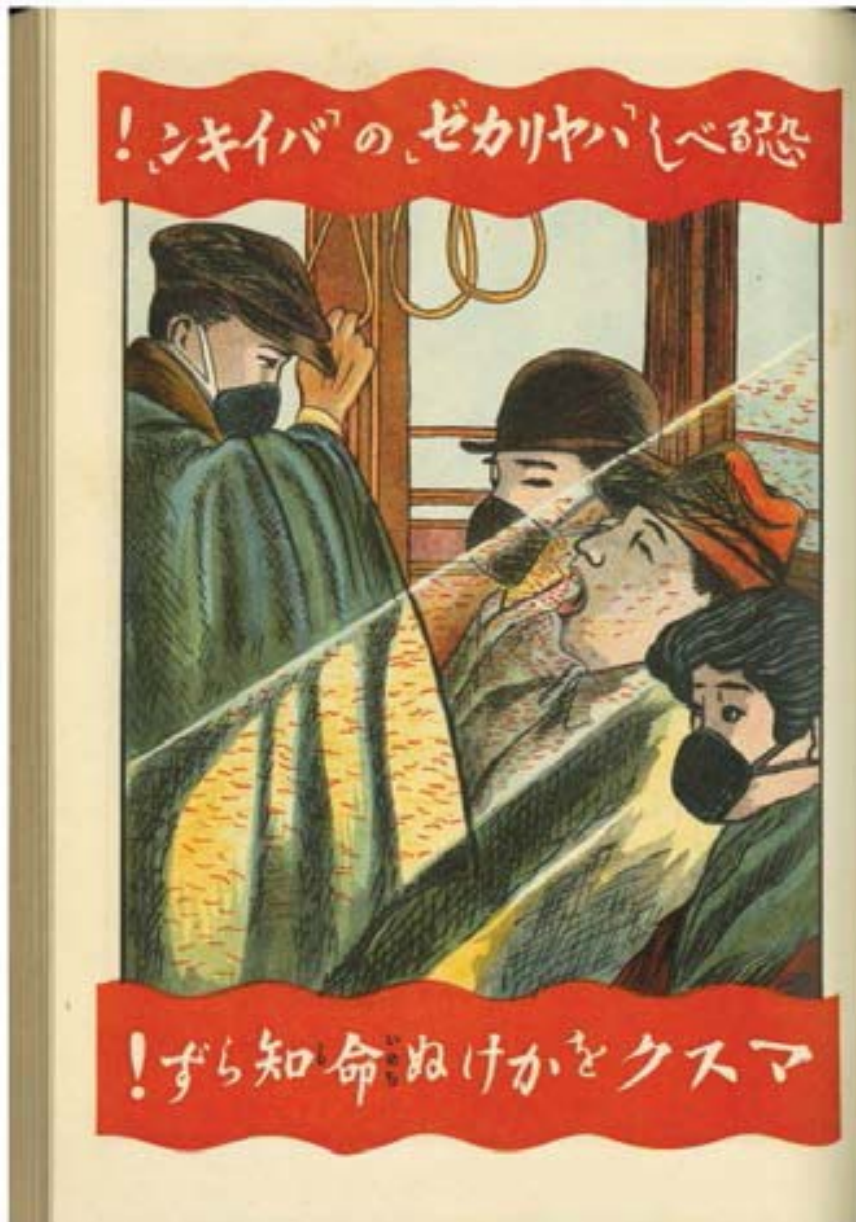
Il territorio e le disuguaglianze

L'indisponibilità di questo tipo di dati e l'abbondanza di quelli aggregati relativi alle spese accomuna al *policy-maker* anche la storiografia che, nel ricostruire il progressivo sviluppo di una copertura contro i rischi dell'esistenza, corre il pericolo di ignorare le lunghe continuità delle disuguaglianze sociali di salute. Già prima della crisi sanitaria, una ricerca calcolava come chi attraversa Torino sul tram che taglia la città dalla collina altoborghese al quartiere operaio delle Vallette veda salire dei passeggeri che per ogni chilometro percorso verso la periferia nordovest perdono mezzo anno di speranza di vita (Costa *et al.* 2017). Inoltre, i dati sulla speranza di vita in buona salute – un indicatore che negli ultimi vent'anni ha affiancato quelli sulla mortalità – mostrano differenze significative tra diverse aree del paese: nella provincia di Bolzano si vive in buona salute mediamente fino a 70 anni, mentre in Calabria solo fino a 52 (Pioggia 2020). Nel 2020, la minore o maggiore gravità della pandemia è dipesa anche dall'organizzazione dell'assistenza sanitaria nelle varie regioni: dove i presidi sul territorio erano fragili, il sistema ospedaliero è andato rapidamente in crisi. Si tratta, allora, di non considerare aprioristicamente il sistema di protezione sociale come un correttivo generico alla disuguaglianza, ma di prendere in considerazione i differenziali di salute tra un cittadino e l'altro – territoriali, professionali o derivanti dallo stesso accesso alle prestazioni e ai servizi – chiedendosi come e in quale misura questi siano stati tenuti in conto nel disegno e nelle pratiche del welfare state. I livelli essenziali delle prestazioni non rappresentano la sola chiave di comprensione ai diritti sociali soggiacenti al sistema di welfare: una maggiore attenzione alle disuguaglianze sociali di salute e il ricorso a *giochi di scala* tra locale e nazionale contribuirebbero a storicizzare temi cruciali del tempo presente, come il rapporto tra fattori di rischio professionali e ambientali, quello tra la medicina ospedaliera e il territorio come luogo di sperimentazione e innovazione, le modalità di integrazione tra sociale e sanitario, la non-autosufficienza. Alla storia degli sforzi dei precursori della medicina del lavoro e del movimento operaio, che riproduce i contorni dei problemi individuati dai protagonisti e in particolare la frontiera tra il luogo di lavoro e l'ambiente, può allora affiancarsi una storia dei limiti del riconoscimento delle malattie professionali e ambientali (Cavalin *et al.* 2020; Bartolini *et al.* 2021). Includendo accanto a fattori genetici le caratteristiche

socioeconomiche, socioculturali e socioambientali dello stato di salute, il concetto di «esposoma» – definito come l'insieme dei fattori ambientali e degli agenti patogeni ai quali ciascun individuo è esposto nel corso di tutta la vita – apre agli storici la possibilità di partecipare a inchieste pluridisciplinari sull'incidenza delle malattie croniche (Rosental, Cavalin e Vincent 2015).

I lavoratori e le lavoratrici del welfare

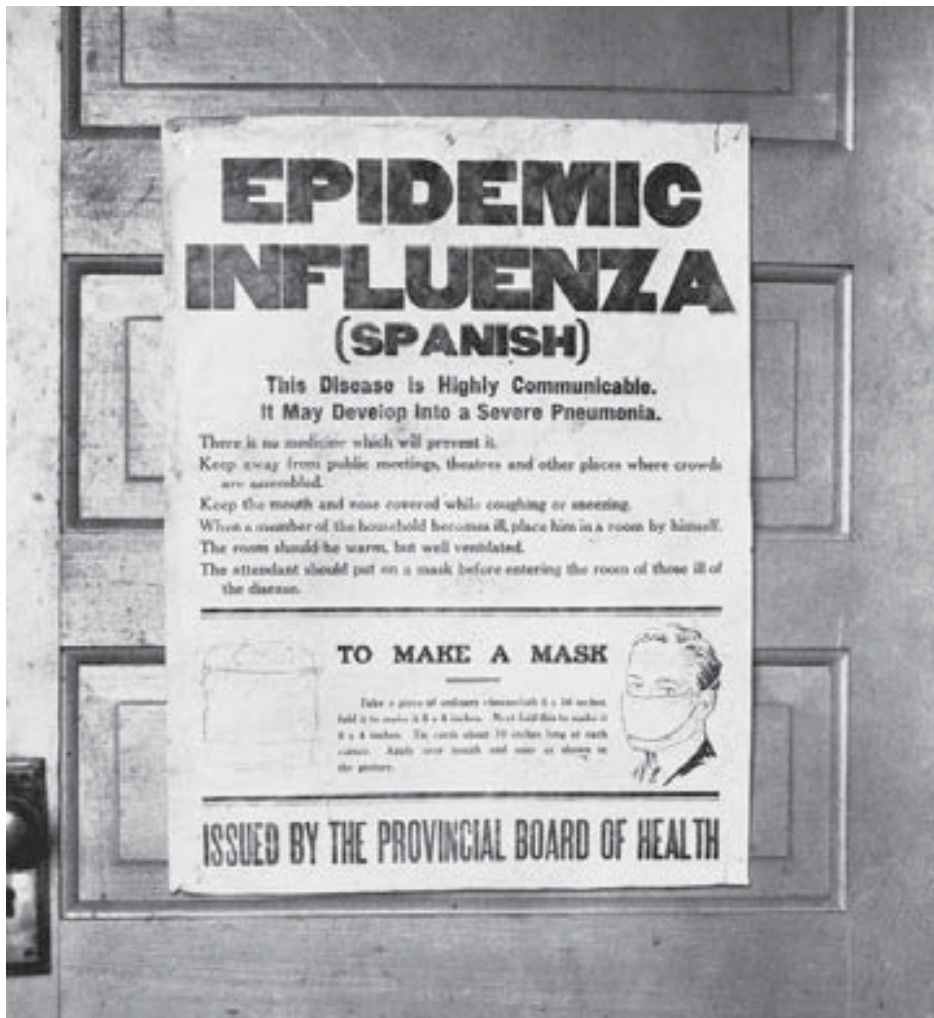
Tra le variabili che hanno influito sulla mortalità da covid-19, quella dell'età, con le relative co-morbidity, è stata rapidamente evidenziata dalla tragica vicenda delle residenze sanitarie assistite. La crisi sanitaria ha fatto emergere l'impreparazione dei paesi europei di fronte alle sfide poste dall'invecchiamento della popolazione, che da un lato rappresenta un effetto del welfare state e dall'altro implica un aumento del costo della salute e lo sviluppo di politiche per le persone non autosufficienti. La storia dell'invecchiamento della popolazione e delle sue conseguenze rappresenta in sé un tema di ricerca (Capuano 2021), ma lo squarcio che la crisi sanitaria ha aperto sulle trasformazioni dei nostri sistemi di protezione sociale nell'ultimo quarantennio ha portato al centro della riflessione sul welfare un gruppo di attori spesso ignorato tanto dal dibattito pubblico quanto dalla storiografia: i lavoratori – e specialmente le lavoratrici – del settore sanitario e sociale. Sono stati questi impieghi poco qualificati, precari e scarsamente retribuiti a rappresentare la cosiddetta «prima linea» nella lotta alla pandemia. In Italia, la crisi sanitaria ha rivelato gli effetti di anni di mancati investimenti nel numero insufficiente degli infermieri; in Svezia, la Commissione d'inchiesta sulla gestione della pandemia ha sottolineato che nella sovrarmortalità registrata nel paese, ampiamente superiore a quella dei vicini paesi scandinavi, ha giocato un ruolo importante la circolazione – tra una casa di riposo e l'altra ma anche nelle attività di assistenza a domicilio – degli operatori sanitari, il più importante gruppo professionale del paese, esposto al contagio dalle blande misure restrittive decise dall'Agenzia di sanità pubblica che ha governato la risposta nazionale alla pandemia (Aucante 2022). L'aumento del numero delle lavoratrici del settore della cura della persona nell'ultimo quarto del XX secolo, in corrispondenza con la generalizzazione della manodopera femminile nel mercato del lavoro, risulta strettamente collegato alle trasformazioni del welfare state contemporaneo (Betti 2019; Boris e Klein 2012). La storiografia sul welfare novecentesco, tuttavia, può guardare al ruolo che le donne hanno avuto precedentemente nelle attività di cura, all'interno del nucleo familiare, come lavoratrici domestiche o come infermiere degli ordini religiosi. L'analisi del lavoro di cura incrocia così la storia di genere e la storia della precarietà, includendo l'agency degli operatori sanitari in una storia che si è concentrata soprattutto sulle corporazioni professionali, in particolare sui medici e sugli assistenti sociali.



Un poster del Ministero degli Interni giapponese invita a sensibilizzare la popolazione sulla salute durante l'influenza spagnola, febbraio 1920 (fonte: Wikimedia)

Pubblico e privato

In ultimo luogo, la gravità che ha assunto nel 2020 la crisi sanitaria in Lombardia ha suscitato riflessioni sulle trasformazioni storiche dei rapporti pubblico/privato. La storiografia delle politiche sociali impiega il concetto di *mixed economy of welfare*, coniato negli anni ottanta, nell'ambito della riflessione sulla crisi di efficacia, finanziamento e legittimità del welfare state. Il dibattito dell'epoca, intrecciandosi con quello sulla crisi fiscale dello stato, distingueva rigidamente pubblico e privato per fare spazio al secondo. Un'ampia letteratura ha evidenziato le interazioni tra i due ambiti a partire dal XIX secolo, mostrando come il settore privato abbia continuato a giocare un ruolo importante nei sistemi di welfare, in complementarità o in concorrenza con l'intervento statale (Harris e Bridgen 2007). Le stesse trasformazioni evidenziate dalla letteratura sul nesso tra le guerre mondiali e lo sviluppo delle politiche sociali possono essere lette come cambiamenti



Un manifesto emesso dall'ufficio sanitario provinciale dell'Alberta per avvisare il pubblico dell'epidemia di influenza e fornire istruzioni su come realizzare una mascherina, 1918 (fonte: Wikimedia)

della bilancia della *mixed economy of welfare*, con il passaggio nelle competenze dello stato di funzioni che fino a quel momento erano state lasciate alla frammentata azione dei privati.

Le riflessioni scaturite dalla crisi del covid-19 – a breve distanza dall'anniversario del Servizio sanitario nazionale – hanno evidenziato lo scarto tra l'assetto del sistema con cui l'Italia ha affrontato la pandemia e il disegno originario degli anni settanta, mostrando come il riconoscimento di un diritto fondamentale alla salute, strumento del progetto costituzionale basato sulla realizzazione di una società capace di garantire il pieno sviluppo della persona e l'effettiva partecipazione politica dei cittadini, postulasse un ruolo attivo di indirizzo, erogazione diretta e verifica dell'amministrazione pubblica, non ristretta alla regolamentazione dell'erogazione dei servizi e alla garanzia delle prestazioni meno remunerative, come la medicina di urgenza (Giorgi e Taroni 2020). Le modalità dell'entrata del mercato nella sanità – con l'affermarsi di un sistema in cui il costo delle prestazioni diventa il criterio di orientamento delle scelte – non derivano unicamente dalla degenerazione partitica del modello del controllo democratico sui servizi (Vicarelli 1997): la crisi sanitaria invita

alla cautela nell'utilizzo del concetto di *mixed economy of welfare*, che non può rappresentare un'etichetta apposta su qualunque modalità di relazione tra pubblico e privato, ma unicamente un punto di partenza per l'analisi dei rapporti di potere, degli interessi dei singoli attori e dei loro obiettivi. Come hanno mostrato recenti studi che hanno esplorato la zona grigia tra politiche pubbliche e attività dei privati (Giomi, Keren e Labbé 2022), occorre analizzare le differenze negli strumenti giuridici di regolazione, nelle modalità di finanziamento, nelle pratiche di lavoro degli agenti istituzionali, che tracciano, in realtà, diversi e talora coevi regimi di *mixed economy of welfare*, collegati all'intenzionalità degli attori e ai loro regimi di temporalità. La stessa identità nominale dei concetti, infatti, può mascherare la trasformazione dei rapporti di potere tra pubblico e privato.

Un apporto alla migliore comprensione di questi aspetti può venire, oltre che dall'analisi combinata di fonti e attori diversi dei sistemi di welfare, dall'adozione di una prospettiva comparativa. Il confronto con altri paesi non esclude uno sguardo transnazionale, nella consapevolezza che i modelli delle politiche sociali circolano da un paese all'altro, venendo costantemente adattati, modificati, riformulati e talora ripudiati (Conrad 2011). L'attenzione alle organizzazioni internazionali, ai network di esperti e alle circolazioni di idee, principi e modelli non deve però perdere di vista le differenze nazionali: la crisi sanitaria ha mostrato le specificità delle risposte all'interno della stessa Unione europea, esattamente come le guerre mondiali avevano comportato evoluzioni certo simili, ma forgiate dalle condizioni sociali dei vari paesi, dalle caratteristiche della vita politica, dalle concezioni che i singoli governi avevano del corretto ruolo dello stato e della funzione del diritto pubblico nella regolazione dei diritti sociali.

Le forme che nelle diverse esperienze nazionali hanno assunto le tensioni identificate in queste poche pagine sono costitutive del tempo presente. La costruzione storica delle politiche sociali ha plasmato e continua a plasmare non solo la struttura della società contemporanea ma anche la concezione che del welfare, come cittadini e come storici, abbiamo oggi. La decostruzione e la storicizzazione delle categorie e dei problemi al centro dei dibattiti sul welfare risulta allora fondamentale per evitare il rischio dell'anacronismo, ma anche per sfumare l'opposizione tra passato e presente a favore di quell'interrogazione circolare che Marc Bloch indicava come l'oggetto stesso dell'operazione riflessiva del mestiere dello storico. I cantieri di ricerca che ho tratteggiato per la storia delle politiche sociali, nel ricostruire con precisione critica il passato, permettono di denaturalizzare un presente che può erroneamente apparire come *governo dei numeri*, riportando al centro le scelte politiche che presiedono all'adozione delle politiche pubbliche. Ognuna di queste scelte traduce il ruolo attribuito alle istituzioni e al mercato: le implicazioni finanziarie non sono né accessorie né irrilevanti, ma derivano dall'identificazione dei bisogni e del ruolo delle istituzioni e

quindi, in ultimo, da una definizione del rapporto tra stato e diritti socioeconomici del cittadino che articola, in forme più o meno esplicite, una visione del passato, del presente e del futuro. All'attualità travagliata dalla pandemia e dalle sue conseguenze la storia delle politiche sociali non può offrire né certezze, né grandi disegni interpretativi a supporto di suggerimenti operativi o di previsioni per l'avvenire, ma soltanto un contributo critico, particolarmente prezioso per un dibattito capace di cimentarsi in un'indispensabile e altrettanto critica analisi del tempo presente.

BIBLIOGRAFIA

Aucante, Y.

(2022) *The Swedish Experiment: The COVID-19 Response and Its Controversies*, Bristol University Press, Bristol.

Bartolini, S., Causarano, P., Zazzara, G. e Ziglioli, B.

(2021) *Ambiente, malattia, lavoro*, «Farestoria», n. 3, pp. 105–129.

Bergeron, H., Borraz, O., Castel, P. e Dedieu, F. (2020) *Covid-19: une crise organisationnelle*, Presses de Sciences Po, Paris.

Betti, E.

(2019) *Precari e precarie: una storia dell'Italia repubblicana*, Carocci, Roma.

Bianchi, R., Casellato, A. e Contini, G.

(2021) *Memorie della spagnola*, «Farestoria», n. 2, pp. 81–104.

Boris, E. e Klein, J.

(2012) *Caring for America: Home Health Workers in the Shadow of the Welfare State*, Oxford University Press, Oxford.

Botta, S.

(2020) *Macerie d'Italia. Storia politica di una nazione in lotta contro la natura*, Le Monnier, Firenze.

Brissaud, C.

(2021) *Des objectifs sanitaires à la rationalité budgétaire. La mise en marché des systèmes de santé saisie par la quantification*, «Revue Française de Socio-Économie», n. 26, pp. 27–46.

Cahen, F., Cavalin, C. e Ruiz, E.

(2020) *Des chiffres sans qualités ? Gouvernement et quantification en temps de crise sanitaire*, <https://hal-sciencespo.archives-ouvertes.fr/halshs-02659791v1>

Capuano, C.

(2021) *Le maintien à domicile. Une histoire transversale (France, XIXe-XXIe s.)*, Rue d'Ulm Editions, Paris.

Castles, F. G.

(2010) *Black Swans and Elephants on the Move: The Impact of Emergencies on the Welfare State*, «Journal of European Social Policy», n. 2, pp. 91–101.

Cavalin, C., Henry, E., Jouzel, J.-N. e Pélisse, J. (a cura di)

(2020) *Cent ans de sous-reconnaissance des maladies professionnelles*, Presses de Mines, Paris.

Commaille, J., Simoulin, V. e Thoemmes, J.

(2014) *Les temps de l'action publique entre accélération et hétérogénéité*, «Temporalités. Revue de sciences sociales et humaines», n. 19, <http://journals.openedition.org/temporalites/2818>.

Conrad, C.

(2011) *Social Policy History after the Transnational Turn, in Beyond Welfare State Models*, a cura di Kettunen, P. e Petersen, K., Edward Elgar Publishing, Cheltenham, pp. 218–40.

(2020) *Ein Virus Testet Den Wohlfahrtsstaat*, «Geschichte Und Gesellschaft», n. 3, pp. 429–42.

Costa, G., Stroschia, M., Zengarini, N. e Demaria, M. (a cura di)

(2017) *40 anni di salute a Torino*, Inferenze, Milano.

Desrosières, A.

(2003) *Managing the Economy*, vol. VII, in *The Cambridge History of Science*, a cura di Ross, D. e Porter, T. M., Cambridge University Press, Cambridge, pp. 553–64.

- Giomi, F., Keren, C. e Labbé, M. (a cura di)
(2022) *Public and Private Welfare in Modern Europe: Productive Entanglements*, Routledge, New York.
- Giorgi, C. e Pavan, I.
(2021) *Storia dello Stato sociale in Italia*, Il Mulino, Bologna.
- Giorgi, C. e Taroni F.
(2020) *Il Servizio sanitario nazionale di fronte alla pandemia. Passato e futuro delle politiche per la salute*, «Rivista Delle Politiche Sociali», https://www.ediesseonline.it/wp-content/uploads/2020/04/II-Servizio-sanitario-nazionale-di-fronte-alla-pandemia_Giorgi-e-Taroni.pdf
- Harris, B. e Bridgen, P. (a cura di)
(2007) *The 'Mixed Economy of Welfare' and the Historiography of Welfare Provision, in Charity and Mutual Aid in Europe and North America since 1800*, Routledge, New York, London, pp. 1-18.
- Horton, R.
(2020) *COVID-19 Is Not a Pandemic*, «The Lancet» n. 10255, p. 874.
- Huret, R.
(2018) *The Experts' War on Poverty: Social Research and the Welfare Agenda in Postwar America*, Cornell University Press, Ithaca.
- Lachenal, G. e Thomas, G.
(2020) *COVID-19: When History Has No Lessons*, «History Workshop Online», <http://www.historyworkshop.org.uk/covid-19-when-history-has-no-lessons/>.
- Landis Dauber, M.
(2012) *The Sympathetic State: Disaster Relief and the Origins of the American Welfare State*, University Of Chicago Press, Chicago.
- Lengwiler, M.
(2010) *Konjunktoren Und Krisen in Der Verwissenschaftlichung Der Sozialpolitik Im 20. Jahrhundert*, «Archiv Für Sozialgeschichte», n. 50, pp. 47–68.
- Mendelsohn, J. A.
(2002) *'Like All That Lives': Biology, Medicine and Bacteria in the Age of Pasteur and Koch*, «History and Philosophy of the Life Sciences», n. 1, pp. 3–36.
- Nacoti, M., Ciocca, A., Giupponi, A. et al.
(2020) *At the Epicenter of the Covid-19 Pandemic and Humanitarian Crises in Italy: Changing Perspectives on Preparation and Mitigation*, «New England Journal of Medicine», n. 2, pp. 1-5.
- Obinger, H., Petersen, K. e Starke, P. (a cura di)
(2018) *Warfare and Welfare: Military Conflict and Welfare State Development in Western Countries*, Oxford University Press, Oxford, New York.
- Pioggia, A.
(2020) *La sanità italiana di fronte alla pandemia. Un banco di prova che offre una lezione per il futuro*, «Diritto Pubblico», n. 2, pp. 385-403.
- Porter, Theodore M.
(2020) *Trust in Numbers: The Pursuit of Objectivity in Science and Public Life*, Princeton University Press, Princeton.
- Rosental, P-A.
(2020) *Les trente premiers jours. Leçons comparatives de la lutte contre la pandémie de coronavirus*, in *Le monde d'aujourd'hui*, a cura di Lazar, M., Plantin, G. e Ragot, X., Presses de Sciences Po, Paris, pp. 31-44.
(2023) *Les chiffres du Covid*, «L'Histoire», n. 505, pp. 12–19.
- Rosental, P-A., Cavalin, C. e Vincent, M.
(2015) *History and Social Sciences as Medical Research Tools: The 'Silicosis' Project and the Investigation of the Pathogenic Effects of Dust*, «Quaderni Storici» n. 150, pp. 785–812.
- Serri, N.
(2016) *La Cassa integrazione guadagni e l'illusione del welfare nell'Italia del dopoguerra (1941-1968)*, «Storia e Problemi Contemporanei», n. 72, pp. 119–138.
- Vicarelli, G.
(1997) *La politica sanitaria tra continuità e innovazione*, vol. III.2, in *Storia dell'Italia repubblicana*, a cura di Barbagallo, F., Einaudi, Torino, pp. 567-619.
- Weisz, G. e Olszynko-Gryn, J.
(2010) *The Theory of Epidemiologic Transition: The Origins of a Citation Classic*, «Journal of the History of Medicine and Allied Sciences», n. 3, pp. 287–326.
- Wisner, B., Macleod Blaikie, P., Cannon, T. e Davis, I.
(2004) *At Risk: Natural Hazards, People's Vulnerability and Disasters*, Routledge, London.

Tutti i link di questo articolo si intendono consultati l'ultima volta il 17 aprile 2023.

DIETRO LE QUINTE

ZAPRUDE 62

Ho trascorso il primo confinamento della primavera 2020 a Parigi, lavorando agli ultimi capitoli della mia tesi di dottorato sulla storia dei sistemi di legittimazione del diritto all'assistenza in Italia e Francia. L'esercizio della comparazione e lo studio delle circolazioni transnazionali intorno ai principi della riforma del settore assistenziale entravano in risonanza con un'attualità dove le parole del discorso pubblico – a partire da “lockdown” – assumevano, nei vari paesi europei, significati non sovrapponibili. Al tempo stesso, la crisi sanitaria suscitava una riflessione pubblica sulle politiche di sanità e welfare degli ultimi trent'anni, ponendo in evidenza temi che erano al centro delle mie ricerche sul periodo precedente, tra la Seconda guerra mondiale e gli anni settanta: l'articolazione di vulnerabilità sociali e sanitarie, la centralità della prevenzione e della riabilitazione rispetto alle logiche puramente curative, l'universalismo e l'individuazione di politiche mirate sulle popolazioni a rischio, la storia sociale della sicurezza/insicurezza sociale, la legittimazione dell'intervento pubblico e del ricorso alla fiscalità generale. Chi si è finora confrontato con la storia della crisi sanitaria ha dovuto fare i conti con i rischi delle interpretazioni del tempo presente e con la costante evoluzione della pandemia. Qui, sulla base delle discussioni con i colleghi del Laboratorio sugli studi di popolazione, della protezione sociale e sulla sanità Esopp sulla costruzione sociale e medica della malattia, sui repertori di gestione delle crisi e sulle risposte dei sistemi sanitari alle epidemie, provo a interrogarmi sulle domande storiografiche che il covid-19, emergendo come un soggetto politico in grado di rivelare tratti e contraddizioni delle società in cui viviamo, può porre alla ricerca storica sul lungo periodo.

AFTERSHOCK