MEMORIE DI PANDEMIA

IL SOLCO DEL DRAMMA

Gianluca Cappellozza

Spiegare a parlamentari europei, olandesi, tedeschi, un finanziamento per la ripresa post coronavirus per l'Italia non è cosa semplice anche se l'Italia dal 1980 ad oggi ha contribuito con versamenti pari a 140 miliardi di euro per la tenuta dell'Unione: così ci dicono in tv i politici maggiormente autonomisti a livello regionale.

Se fossi un politico italiano eletto nella mia circoscrizione Nord Est Italia, e i politici colleghi europei mi chiedessero un esempio pratico dal mio territorio sul contenimento dei costi pubblici sanitari sarebbe un bel problema.

Ecco perché!

Nella provincia a sud di Padova, con tasso elevato di popolazione over 65 anni, quattro ospedali collocati nei paesi di Monselice, Este, Conselve, Montagnana, perfettamente funzionanti ben dislocati sul territorio hanno avuto la chiusura di circa l'80% dei vari reparti, nel corso degli ultimi dieci anni. La cessazione dell'attività di tre pronto soccorso su quattro e la chiusura di molti reparti negli ex nosocomi di Monselice, Este. Conselve. Raccontata così la vicenda, in un dibattito politico europeo, scatenerebbe un ampio consenso e una profonda positività nei confronti della politica sanitaria italiana per il contenimento dei costi secondo linee guida dei programmi economici dell'Unione Europea. Così ci è sempre stato raccontato da tv e giornali.

Giustificare che quasi in concomitanza alla chiusura dei reparti ospedalieri dei quattro nosocomi perfettamente funzionanti a sud di Padova (sono presenti uffici di assistenza sociale, guardia medica, ecc..), è avvenuta la nuova costruzione e l'avvio di un quinto ospedale da 350 posti letto nel bel mezzo dei campi arabili in territorio località Schiavonia, frazione, in Comune di Monselice per un bacino di 180.000 abitanti con circa 350 posti letto, senza nessuna protesta popolare e nessuna ribellione di sorta, diventa difficile. Tanto che nell'emergenza Covid proprio per la mancanza di posti letto, si sono dovute costruire tende parallele all'ospedale nuovo di

Schiavonia spesso inquadrato nei tg nazionali, essendo i vari reparti degli ex ospedali di Monselice, Este, Conselve, chiusi. Tenuto conto della popolazione anziana del territorio con scarsa possibilità di movimento la scelta di un nuovo ospedale e la quasi totale chiusura degli altri quattro appare discutibile. Per i *caregiver* l'accompagnamento ospedaliero, nel nuovo ospedale di Schiavoia è quasi d'obbligo. Il territorio è privo di metropolitana, le corriere che raggiungono la nuova struttura ospedaliera sono poche e spesso richiedono cambi di linea rendendo difficile se non impossibile per l'anziano il raggiungimento della struttura ospedaliera. La battuta che circola è la seguente: "E' un buon ospedale per giovani".

Ma nelle abitazioni tra *caregiver* e disabili anziani la trasversalità di relazione e la pratica dei bisogni primari come va?

L'Esperienza del coronavirus ha catapultato improvvisamente il lavoro "dell'operaio della tastiera" dall'ufficio dove prestava servizio alla stanza di casa improvvisando spazi, relazioni e modalità non prima valutate e minimamente preventivate spesso in convivenza con disabili anziani.

Un vaccino va preventivato prima di una pandemia fare ricerca dopo a epidemia in corso è già tardi. Un po' come sostengono certi virologi giustamente.

La "digitalizzazione stalinista casalinga" allo stesso modo, in quanto forzata, ci getta di fronte anche ad un altro problema. Non la meritocrazia ma una specie di "mediocrazia ondivaga di simpatia di relazione". Improvvisamente il trascorso esperienziale lavorativo soprattutto di chi ha vissuto per anni dentro la contrattazione decentrata pare azzerato e superato dalla scaltrezza informatica di chi anche con poca base di conoscenza informatica ma con alto grado di simpatia/relazione/aziendale supera ogni livello culturale di affermazione esperienziale pregressa dimostrando il fallimento organizzativo molte volte quando l'istituto da gestire ha carattere di autonomia e strumentalità.

Non solo il tracciamento informatico diventa la modalità di controllo della dirigenza amministrativo e/o della figura apicale di comando che di fatto esce vincitrice nella vicenda coronavirus/uffici dove vige la contrattazione decentrata: Enti locali, Sanità, Comuni, certe Case di riposo. Il piano della performance, fortemente voluto negli accordi nazionali da parte pubblica e sindacati maggiormente rappresentativi Cgil, Cisl, Uil, diventa per certi caregiver la pentola, la rana e l'acqua tiepida all'inizio e bollente poi.

Non esistendo più ormai da anni, nei contratti pubblici decentrati poc'anzi citati, l'avanzamento di carriera in base all'anzianità la progressione economica di carriera si basa quasi esclusivamente sul bilancio delle performance (ex punteggio produttività) fortemente sganciate dalla conciliazione dei tempi di vita e lavoro di chi assiste disabili gravi. Griglie informatiche impostate da parte pubblica strettamente in relazione quasi in simbiosi con il sindacato maggiormente rappresentativo.

Spesso i sindacati di base, pur avendo eletto rappresentati RSU, non raggiungendo la rappresentatività di sigla con sbarramento al 5% e non avendo sottoscritto il contratto nazionale decentrato pubblico di categoria, non vengono fatti sedere ai tavoli del confronto con la parte pubblica. I primi ad opporsi e non volerli ai tavoli condivisi sono spesso i sindacati maggiormente rappresentativi.

Rimane incernierato e senza via di uscita l'assistente famigliare comunemente conosciuto come caregiver (in inglese chi si prende cura di una persona cara disabile sia esso un figlio od una figlia che assiste un disabile anziano o un figlio disabile). La conciliazione dei tempi di vita e lavoro non viene per molti caregiver percepita come agilità. L'impostazione domiciliare dello smart working ne è un esempio. Non tiene conto degli spazi domiciliari (legati al benessere economico del nucleo/famiglia chi è più benestante può permettersi una abitazione più ampia), delle sequenze patologiche dell'anziano che notte e giorno spesso a seconda della gravità delle

pluripatologie della persona in età senile richiede l'intervento dell'assistente famigliare.

Il *caregiver* nel posto di lavoro è spesso tacciato di assenteismo, molte volte nemmeno sostenuto dalla sigla sindacale di appartenenza (spesso i sindacalisti di professione a cui si rivolge l'assistente famigliare sono giovani, non raggiungono i cinquanta anni, non hanno genitori disabili, hanno poca sensibilità sul tema). L'assistente famigliare, oltre a trovarsi solo con sé stesso, vive o ha vissuto le sue vicende professionali con notevoli ripercussioni economiche in negativo sulla sua carriera. I suoi racconti della disabilità famigliare ad amici, parenti, colleghi assumono contorni grotteschi quasi patetici per chi ascolta e non vive in prima persona il dramma.

Notevoli, come vi dicevo poco fa, le ripercussioni economiche nella carriera professionale da lavoro dipendente del caregiver dove a volte scatta prima il licenziamento. Il badante famigliare spesso non trova nemmeno momenti di supporto sostanziale e confronto non solo con la sua stessa sigla sindacale a cui aderisce ma nemmeno con i servizi sociali del paese per alcuni caregiver totalmente inutili limitandosi a qualche colloquio sporadico senza alcun supporto domiciliare concreto.

Provare a discutere sui crimini da mobbing sul caregiver nella Pubblica amministrazione complica non poco un quadro già complesso. *Mobbing*?! dall'inglese *[to] mob* «assalire, molestare»; quindi «molestia, angheria») sul lavoro in Italia.

Iniziamo quindi a porci le prime domande: perché non si certificano le competenze acquisite del *caregiver* con una gradualità che tenga conto anche del titolo di studio di chi già svolge già attività quotidiana di caregiver? Esiste una normativa specifica che tuteli dal mobbing il *caregiver* che svolga attività lavorativa precaria o dipendente presso organi della pubblica amministrazione o del lavoro privato?

Il badante famigliare (*caregiver*) assicurato contrattualmente anche con l'Inail può far valere le sue rimostranze? Se sì, come? Attraverso quali percorsi?

E ancora. Chi è oggi l'assistente famigliare? Quali sono i suoi compiti all'interno del nucleo famigliare e all'esterno in relazione con i servizi sociali del Comune di appartenenza?

E ancora. Il disabile anziano istituzionalizzato subisce una nuova forma di *mobbing*, isolato dal suo nucleo di appartenenza, spesso con pochi contatti famigliari costretto, voglia o non voglia, ad avere comunque un buon rapporto con gli operatori della Casa di riposo: Oss, infermieri al fine di evitare vessazioni personali (angherie, dispetti a vario titolo, vero *mobbing*), spesso nascoste alle famiglie. Maltrattamenti che negli ultimi anni è stato possibile ravvisare solo mediante eccellenti filmati a circuito chiuso grazie all'intervento di carabinieri e guardia di finanza. E qui la giustizia dovrebbe fare un passo oltre e una volta ravvisate fare scattare pene esemplari. L'emergenza coronavirus ha evidenziato alcune sfaccettature.

Però, e purtroppo c'è un però! L'emergenza coronavirus ha prevalso. L'istituzionalizzazione di molti positivi Covid ha innescato, nelle case di riposo impossibilitate all'isolamento come modello organizzativo pre esistente, un contagio con vere e proprie stragi di anziani.

Qui si dovrebbe aprire un dibattito etico di una società soprattutto occidentale che dimentica gli anziani e li trasfigura come qualcosa da lasciare là, da dimenticare, da gestire alla meno peggio dimenticando il vissuto personale della persona e i tanti caregiver che ante istituzionalizzazione hanno fatto l'impossibile per gestire a casa propria la persona in là con gli anni.

L'esperienza coronavirus ha replicato, soprattutto al nord dove si riteneva di avere impostato un modello perfetto di integrazione socio sanitaria, pubblico - privato, i fortissimi limiti in termini di

sicurezza, igiene sanitaria di molte istituzioni: Case di riposo RSA, ecc...

Le vicende qui sopra accennate, la trasversalità del titolo del presente lavoro, ci induce a porci altre domande sull'altro anello debole della catena il *caregiver*. La sua domiciliarità, la sua complessità quotidiana tra conciliazione di vita e lavoro, senza agevolazioni fiscali, pre pensionamenti indipendenti dall'età anagrafica del caregiver (oggi l'unica forma di pre pensionamento richiede un requisito anagrafico di 63 anni con almeno 30 anni di contributi versati se si assiste un disabile da almeno 6 mesi). Se il secondo requisito, cioè i 30 anni di contributi, sono spesso insiti nel badante famigliare la soglia anagrafica dei 63 anni è l'altra faccia della medaglia nel senso che o il disabile risulta già deceduto o viene a mancare il badante famigliare.

Il *caregiver*, "nella sua alta laboriosità invisibile tra le mura di casa", spesso giocandosi la carriera fa una scelta di vita e umanità, pur abbattendo i costi della collettività con minori ricoveri, minori chiamate e accessi al pronto soccorso con riduzione dei costi sanitari, contrazione degli esami ematochimici e radiografici, minore degenza ospedaliera. Molti dimenticato l'effetto psichico della vicenda e cioè che il *caregiver* nella disabilità senile vive spesso un "tremendo effetto specchio" della sua di vecchiaia poiché anche il badante famigliare invecchia.

L'anziano perde abilità a differenza del bambino che ne acquisisce nel corso del tempo. Una trasversalità, ritornando al titolo del presente lavoro, che presenta diverse sfaccettature che richiederebbe anche la complessità di analisi di una nuova figura del sociologo non accademico che sappia unire la preparazione professionale statistico umanistica alla possibilità di intervenire dal punto di vista pratico sanitario: somministrazione farmaci, iniezioni.

Praticamente nuove competenze certificate dalla sua esperienza di caregiver che abbatte i costi della collettività e nel collaborare con

la medicina del territorio solleva da ulteriori oneri il già oberato medico di base. La domiciliarità poggia su pilastri fondanti e trasversali: un buon caregiver e un bravo medico di base (rari i medici disponibili a fare ciò) che sappiano viaggiare nella stessa lunghezza d'onda sono alla base di una buona domiciliarità integrata. Uno scenario di un lavoro usurante caregiver/medico di base, che vede pressoché ininfluente il ruolo dell'assistente sociale comunale.

Ci si pone altre domande.

Il caregiver con l'esperienza, la certificazione delle competenze acquisite nella cura della persona, la gradualità della valutazione del titolo di studio già in possesso (anche non sociologo), potrebbe oggi ricoprire ruoli professionali specifici in sanità? La preparazione dell'assistente famigliare è spesso frutto di preparazione improvvisata e/o puntuale/metodica in un percorso estremamente lungo che va dal riconoscimento della patologia invalidante dell'assistito (normalmente un famigliare) alla quotidianità sanitaria? La conciliazione di vita e lavoro è fattibile in che termini e il *caregiver* si può ammalare come un qualsiasi lavoratore? Si! Con quali conseguenze? Quali sono le difficoltà del *caregiver* lavoratore a tempo determinato, indeterminato, precario, disoccupato?

In una Europa avviata a livello di continente verso una prospettiva di invecchiamento della popolazione quali le risposte sociali ed economiche per il disabile anziano e per il *caregiver*?

Siamo pronti ad impostare una nuova prospettiva di politica economica che incardinata nell'invecchiamento della popolazione possa essere strumento graduale evolutivo economico per il futuro occupazionale di molti giovani?

La scuola, l'impresa, lo Stato, la politica, sono pronti ad interfacciarsi in una prospettiva di un mondo in cambiamento, in movimento e invecchiamento?

La grande sfida del futuro porterà in auge una parola: *invecchiamento.*

L'esperienza della pandemia da coronavirus ha dimostrato la vulnerabilità dell'anello debole della popolazione: gli anziani ospiti spesso in residenza che hanno dimostrato forti limiti sanitari di igiene e prevenzione.

Il rovescio della medaglia è continente come l'Africa, che nell'arco di 10 – 15 anni non paiono proiettati in una prospettiva di invecchiamento in quanto territori potenzialmente giovani che possono permettersi di rinviare al futuro temi di assoluta priorità quali la senilità non più posticipabili per l'Europa o nazioni come il Giappone?

I dati europei dimostrano chiaramente quanto importante sia la questione *caregivers (assistenti famigliari* in lingua italiana). I dati sgranati dalle varie statistiche parlano all'incirca di 9 milioni di persone con disabilità in Europa, 7 milioni di *caregiver*, circa un 60% sono donne tra i 45 e i 55. Dato poco conosciuto e in aumento sono i caregiver uomini. Maschi che assistono genitori disabili anziani nelle patologie legate all'invecchiamento quali demenza senile, alzheimer, con un incremento delle patologie oncologiche e tumorali.

La Regione che ad oggi ha dato un minimo di parvenza alla figura del caregiver pare essere l'Emilia-Romagna. Una Regione che ha colto il tema grazie anche alla presenza di una rete sul territorio che lavora da anni sul tema disabilità, invecchiamento e patologie correlate.

Anche in diversi paesi Europei si è attivi da tempo nel supporto alle famiglie che abbiamo un disabile all'interno del nucleo famigliare con una indennità di base assegnata dalle autorità comunali. Dalle ricerche svolte sembra simile al nostro Icd (Impegnativa di cura domiciliare) presente in Regione Veneto. Vi sono oggi figure professionali che potrebbero avere un ruolo pratico operativo sanitario, non limitato alla mera statistica, all'imputazione di dati, creazione di tabelle Excel?! Si! Il sociologo non accademico pratico operativo.

La certificazione delle competenze di chi oggi fa assistenza è sempre più importante come una analisi sulla previdenza in termini di pre pensionamento anticipato per il *caregiver*.

Domande che continuiamo a porci.

Individuare la figura del sociologo non accademico pratico operativo nel rapporto con il paziente inserendo la professione a pieno in regime ambulatoriale-domiciliare sarà possibile con scelte politiche lungimiranti? L'altra domanda da porsi è se la categoria dei sociologi sia pronta ad un a nuova prospettiva pratico operativa? Al momento direi di no!

Tornando a noi. Quali costi? Solo economici? Direi di no.

A quali figure professionali che ricoprono oggi ruoli didattici nella scuola, in qualità di insegnanti, e che svolgano anche attività di caregiver quali certificazioni delle competenze possiamo attribuire in una prospettiva del rilancio economico post coronavirus?

I costi in termini psico fisici per il *caregiver* che si trovi a gestire uno o più anziani disabili ultra ottantenni a domicilio con tutti i problemi correlati dalla somministrazione dei pasti, farmaci, gestione dei malori di breve e lunga durata diurni e notturni, manie di persecuzione, fissazioni abitative legate all'atmosfera casalinga poca o troppa luminosità dell'ambiente, temperatura della casa troppo alta o troppo bassa, ecc.

Spesso si parla di efficienza veneta nella medicina del territorio. Che cosa si intende? Nell'avere la presenza quotidiana di un infermiere? Oggi non mi risulta esista questa possibilità.

L'Italia nella gestione domiciliare dell'anziano disabile e nel ruolo centrale del caregiver è in profondo ritardo rispetto ad altri paesi europei? Direi abbastanza.

Quali supporti economici per la famiglia del *caregiver*?

A livello nazionale. L'indennità di accompagnamento, che a volte spetta al disabile grave, emolumento economico non sempre elargito ma condizionato dalla valutazione autonoma di una Commissione Medica di Prima Istanza che valuterà a seconda della condizionalità comunicata da un medico certificatore dell'Inps o dal proprio medico di base l'effettiva gravità del caso.

A livello regionale. L'anziano può fruire di un assegno di cura domiciliare ad esempio nella Regione Veneto condizionato dalla situazione economica mobiliare e immobiliare attraverso l'Isee. L'indicatore della situazione economica equivalente. Ciò significa che se un figlio od una figlia trasferiscono la propria residenza all'interno del nucleo del disabile, ad esempio madre o padre, avendo un reddito proprio da lavoro dipendente anche molto modesto e dovendo conciliare lavoro di cura e lavoro al disabile grave verrà negato l'assegno di cura domiciliare in quanto la sommatoria delle proprietà mobiliari fa schizzare la soglia oltre ai limiti di reddito annullando i sostegni economici del disabile.

Lo stesso progetto del pre pensionamento del *caregiver*, prima citato in un passaggio, richiede requisiti pressoché irraggiungibili: assistenza ad un disabile grave da almeno 6 mesi, 30 anni di contributi previdenziali regolarmente versati, condizionamento pensionistico legato all'età anagrafica con almeno 63 anni di età.

La politica, sull'ultimo esempio pensionistico riportato, si giustifica adducendo la mancanza del requisito anagrafico.

Ma allora che cosa ci ha insegnato l'esperienza coronavirus?

Molte cose direi dal punto di vista economico partendo dall'analisi dei piccoli paesi. A fronte di un decremento di molte attività commerciali vi è stato un notevole incremento pari anche al 40% delle vendite nei supermercati. Allo stesso modo in notevole ascesa le vendite nelle farmacie che nei paesi sotto soglia minima abitanti possono godere vere condizioni di monopolio essendo limitati a seguiti del coronavirus gli spostamenti. Tenuto presente che i

clienti delle due attività citate supermercati e farmacie sono anziani, caregiver e badanti famigliari che assistono a domicilio persone in età senile perché politicamente non si sceglie di costituire un fondo Inps speciale (pre pensionamento *caregiver*) sovvenzionato per l'appunto da supermercati e farmacie visto che l'aumento delle loro rendite finanziare è stato possibile anche grazie ai molti disabili domiciliari o persone in età senile non istituzionalizzate ma viventi nelle loro abitazioni.

La fotografia varia da Regione a Regione in quanto le politiche sanitarie e sociali sono in carico alle Regioni stesse non essendo come gli Esteri una competenza nazionale. Condivido chi oggi attribuisce la piena responsabilità sanitaria emergenza coronavirus alle Regioni. Non si può ora scaricare sullo Stato scelte di chiusure di nosocomi di scelta puntuale regionale.

In attesa di nuove disposizioni governative i *caregiver* italiani rimangono sospesi tra modernità e speranze future al fine di vedere riconosciuta dal punto di vista previdenziale e giuridica la loro fatica quotidiana del vivere con la disabilità grave di un loro famigliare.

La senilità fa da specchio con la gravità di una emergenza sanitaria in corso che il coronavirus ci ha sbattuto in faccia giorno dopo giorno.

C'è una emergenza sanitaria in corso!

Prende il nome di invecchiamento costante della popolazione italiana ed europea.