



# MEMORIE DI PANDEMIA

**ANZIANI E DISABILI:  
COME LI TUTELIAMO  
DURANTE E DOPO DI NOI ?**

Leonardo Callegari

## Leonardo Callegari

è cooperatore, sociologo, specializzato in relazioni industriali e del lavoro all'Università di Bologna, presidente di [A.I.L.eS.](#) (Associazione di promozione della Inclusione Lavorativa e Sociale) di Bologna.

Come presidente di C.S.A.P.S.A. (Centro Studi Analisi di Psicologia e Sociologia Applicate) si è occupato di progettazione, coordinamento, valutazione di servizi di welfare, di politica attiva del lavoro e di formazione degli operatori della mediazione.

Ha scritto contributi sui temi della inclusione di fasce deboli, della cooperazione sociale, della negoziazione con le aziende e della responsabilità sociale di impresa.

e mail: [callegari.csapsa@gmail.com](mailto:callegari.csapsa@gmail.com)

Il coronavirus ci insegna, se mai ce ne fosse stato bisogno, che le persone anziane (25 % della popolazione italiana over 65 anni) non possono essere trattate come scarti, come un rifiuto da abbandonare in ospizi, case di riposo, Rsa.

La morte di migliaia di anziani deceduti per il contagio, nella più completa solitudine, senza il conforto di persone a loro care, trasferiti in obitori e cimiteri, senza funerale, su camion militari, considerati non in priorità di cura a fronte dei limiti di una sanità pubblica oggetto di continui tagli di personale, con presidi e attrezzature insufficienti, è semplicemente inaccettabile.

L'esimio costituzionalista Gustavo Zagrebelsky nel suo articolo comparso su *La Repubblica* di maggio 2020, "La vita, prima di tutto", critica il diffuso darwinismo sociale che nel tempo del Covid 19 si è manifestato nelle crepe del nostro stato sociale e in quella che dovrebbe essere una sanità universale, con il diritto alle cure per tutti.

Soprattutto osserva, con rincrescimento, che

*"...dopo tante tragedie di cui portiamo un ricordo bruciante o che sono nostre contemporanee ma non vogliamo vedere, dobbiamo identificare questo nucleo in questo: che non tutte le vite hanno il medesimo valore. Ci vergogniamo di ammetterlo e non lo diciamo, ma ci comportiamo tante volte proprio così. Per esempio, di fronte alle vite in pericolo che potremmo salvare e non*

*lo facciamo perché sarebbero un peso per noi che, di fronte a loro, siamo i più forti, forse i più adatti a vivere “a casa nostra”. Oppure di fronte alle vite degli anziani che non sono più “produttive” e anzi costose e, chiedendo misure di previdenza, frenano lo slancio creativo dei giovani. È stato un momento di grave e tragico sbandamento culturale il fatto stesso che si sia pesato il valore delle vite, abbandonando gli anziani o richiudendoli in insediamenti “dedicati”, perché s’infettassero tra loro. E non ha proprio avuto un significato il fatto che si sia discusso di quella pesa nei momenti dell’insufficienza delle risorse sanitarie, dovendosi preferire qualcuno a qualcun altro? Scelte tragiche, ma ancor più tragico è che vi sia chi ha detto che alcune vite, quelle giovani, valgono più di quelle vecchie...”*

La Costituzione, ricorda Zagrebelsky, ci dice

*“che la vita e la salute sono valori primari che valgono per tutti; che la vita d’ogni essere umano ha la medesima dignità e non può essere pesata, cioè relativizzata chissà secondo quali parametri; che le spese destinate alla salute devono stare in cima alla lista e non in fondo come un residuo, che lo stato sociale non può sacrificarsi a nessun idolo produttivistico”.*

Gli anziani, invece, giudicati non più produttivi e soprattutto non più consumatori convenienti alla nostra

economia dello sperpero, per ricordare la lezione di Zigmunt Bauman, diventati un aggravio per i propri congiunti, quando con i loro risparmi non possono più vicariare la mancanza di lavoro di figli e nipoti, finiscono dimenticati in luoghi diversi dalla propria abitazione, con cure precarie (causa di tante morti durante una non arginata pandemia) e con l'associata perdita di autonomia, dignità e libertà.

Certo, con l'invecchiamento subentrano malattie, patologie invalidanti, incapacità di provvedere a se stessi. Fintanto che un coniuge o un familiare sono disponibili come *care giver* a prestare il proprio aiuto le persone anziane restano nella loro casa. Altrettanto, la propria dimora, con il sostegno di una assistente familiare, convivente o meno, rimane il luogo migliore dove trascorrere il più serenamente possibile l'ultima parte della vita.

Ma sembra che questa non sia la tendenza prevalente. Più sbrigativo, per tante "buone e ineluttabili ragioni", è risultata la soluzione del ricovero in struttura, finanche richiesta dalle stesse persone anziane, per "non essere di peso". Amaro destino, l'essere esauditi in una scelta non desiderata, ma obbligata dalle circostanze e da piccoli o grandi segnali di insofferenza, rimprovero, ragioni indipendenti dalla volontà di chi quel peso non lo vuole portare, a partire dai figli che si sono fatti distanti la propria vita, spesso loro stessi con problemi di sussistenza da affrontare o, semplicemente, dediti al proprio personale o familiare interesse.

La persona anziana finisce così nelle mani di chi dovrebbe averne cura, professionale, per scelta di mestiere, che presuppone, oltre alla tecnica, capacità empatica e di relazione umana. Purtroppo, spesso, niente di tutto questo, anche nelle RSA più costose e blasonate ! Figuriamoci in quelle più abbordabili economicamente, dove si risparmia sul personale, sugli stipendi e sulla qualità alberghiera.

Drammaticamente illuminante è la testimonianza riportata nello speciale di *La Repubblica* su “La strage silenziosa delle Rsa”, del 31 maggio us, di un anziano avvocato, consapevole di essere prossimo alla morte, in una casa di riposo tra le tante investita dallo tsunami del coronavirus:

*“Certo non potevo mai immaginare di finire in un luogo del genere. Apparentemente tutto pulito e in ordine, ci sono anche alcune persone educate ma poi di fatto noi siamo solo dei numeri, per me è stato come entrare già in una cella frigorifera...In questi mesi mi sono anche chiesto più volte: ma quelli perché hanno scelto questo lavoro se poi sono sempre nervosi, scorbutici, cattivi ? Vorrei che sappiate tutti che per me non dovrebbero esistere le case di riposo, le Rsa, le “prigioni” dorate e quindi, sì, ora che sto morendo lo posso dire: mi sono pentito. Se potessi tornare indietro supplicherei mia figlia di farmi restare con voi fino all’ultimo respiro, almeno il dolore delle vostre lacrime unite alle mie avrebbero avuto più senso di quelle di un*

*povero vecchio, qui dentro anonimo, isolato e trattato come un oggetto arrugginito e quindi anche pericoloso”*

Certo, non può essere, non è sempre, così. Sappiamo di strutture con personale assistenziale e infermieristico che ci mettono il cuore, oltre alla competenza ed alla responsabile attenzione nei confronti delle persone accolte. Ma è pur vero che questa non è la regola, ma l’ammirevole eccezione. La norma è che una persona anziana, solitamente non più in grado di provvedere a sé stessa, dipendente da altri anche per i più semplici atti quotidiani (mangiare, andare in bagno, lavarsi, vestirsi, ecc.), deve porsi in soggezione nel chiedere i più ovvi riguardi. Entra dentro ad una gestione seriale dei bisogni, tutta standardizzata, che lascia poco o nessuno spazio alle soggettività ed alla relazione umana.

C’è poco tempo per fare colazione, consumare i pasti principali, essere coinvolti in attività riabilitative e di intrattenimento. Men che meno esprimere individuali preferenze e desideri. I bisogni fisiologici vengono risolti con il pannolone, e senza cambi si convive per tutta la giornata.

Se non si è in grado di alzarsi e muoversi con le proprie gambe si viene lasciati a letto, perdendo le ultime autonomie residue. Ogni richiesta gentile, finanche ogni supplica, vengono vissute con fastidio da personale che ha sempre altro da fare, che è oberato e

non ha tempo per le singole esigenze, chiamato a più elevate priorità.

Si perde la propria dignità, la propria libertà e umanità, entrando in un ordine quasi fordista del trattamento della vecchiaia in attesa che giunga il fine vita a far posto ad altri. E altri “inutili” anziani non mancano, mai, sono già in lista d’attesa, tristemente ignari di ciò che li aspetta, con il complice sollievo di parenti e congiunti che pensano di aver fatto la cosa giusta nel collocare la persona, altrove dalla sua dimora, per l’ultima destinazione.

Del resto, allo scopo di ridurre i costi del ricovero in struttura, soprattutto se a gestire è una società privata che deve fare profitti, è la voce del personale che maggiormente ne risente (minori qualificazione, formazione, retribuzione, garanzie contrattuali e maggiori carichi di lavoro, straordinari, ferie non godute, ecc.). A condizioni lavorative peggiori rimangono certamente quelli molto motivati, dediti ad un compito che diventa quasi una missione (e sono la minoranza).

Nel maggior numero dei casi sono operatori, soprattutto socio-sanitari, pochi gli infermieri professionali, che hanno bisogno di lavorare, che devono loro stessi sopravvivere ad un impiego che non amano e che devono essenzializzare, addebitando ai tanti limiti del sistema la loro pragmatica indifferenza, la scarsa attenzione umana, il loro *burn out* nei confronti degli ospiti, specie se affetti da patologie

(depressione, demenze, *alzheimer*) che ne compromettono comportamento e carattere.

Quando poi il “vecchio” non capisce, e si comporta male, in una sorta di perversa, brutale pedagogia dell’anziano, con il poco tempo a disposizione si passa alle maniere forti, fisiche nel senso letterale del termine (fino alle violenze ed agli abusi documentati dalle cronache e perseguiti penalmente) o, il più delle volte, chimiche, con l’uso eccessivo di tranquillanti e psicofarmaci.

Del resto, le strutture assistenziali pubbliche risentono dei tagli che sono stati fatti negli ultimi decenni, al pari di quelli effettuati nel sistema sanitario, con le evidenti carenze dimostrate a fronte della emergenza pandemica e l’insufficiente ruolo complementare del privato, che pur ha avuto ampio, ulteriore, spazio per ampliarsi.

Il caso lombardo testimonia abbondantemente questa deriva !

A loro volta, per le strutture convenzionate con l’ente pubblico, gestite da società profit e da enti del terzo settore, i parametri economici a copertura dei costi sostenuti sono rimasti da 10 anni invariati, nonostante le condizioni più complesse degli anziani ricoverati, con evidenti riflessi sulla qualità del servizio reso e/o sulla maggiorata entità delle rette, o quota parte delle medesime, a carico direttamente delle famiglie e delle persone ospitate.

A questa regola non sfugge il nostro *welfare* regionale emiliano romagnolo, per tanti versi avanzato, ma anche depotenziato oltre misura, burocratizzato e appoggiato spesso “a peso morto” sulle spalle del non profit, che vicaria come può e assorbe molte delle esternalità negative del pubblico (insufficienti riconoscimenti economici; pagamenti con ritardi incomprensibili delle competenze maturate da mesi o addirittura anni; attenzione borbonica, quasi persecutoria, alle procedure da parte degli apparati regionali, ecc.)

Un sistema profondamente da rivedere, per emendarlo di strutturali insufficienze e renderlo meno esposto alla inaudita permeabilità di eventi quali il Covid 19 che hanno decimato in particolare gli over 70 rispetto alla restante popolazione italiana (27.000 sono gli anziani con oltre 70 anni morti durante la pandemia, oltre la metà dei quali ospiti in residenze sanitarie assistenziali).

Va ribadito che “Senza anziani non c’è futuro”, unendoci all’appello internazionale lanciato dalla Comunità di Sant’Egidio, per ri-umanizzare le nostre società, contro una sanità selettiva, firmato tra gli altri dal filosofo Jurgen Habermas, dall’ex premier Romano Prodi, dall’arcivescovo di Bologna Matteo Zuppi, affinché non scivoli nel dimenticatoio quanto avvenuto e ci si prodighi in ogni modo per evitare che possa ancora succedere.

Non può essere che si accrediti la linea di pensiero secondo la quale la vita di una persona anziana valga meno di quella di un giovane, di chi è in salute o di chi ha una speranza di vita migliore.

Per usare le parole dell'appello:

*“La tesi che una più breve speranza di vita comporti una diminuzione “legale” del suo valore e, da un punto di vista giuridico, una barbarie. Che ciò avvenga mediante un’imposizione (dello Stato e delle autorità sanitarie) esterna alla volontà della persona, rappresenta un’ulteriore intollerabile espropriazione dei diritti dell’individuo”.*

Gli anziani, “durante” la loro vita si meritano ben altro !

Innanzitutto, hanno diritto alla riconoscenza, al rispetto e ad un trattamento degno della migliore umana civiltà. In particolare, dovrebbero:

- stare nella loro casa con una assistenza domiciliare e cure, da parte di medici di base che non siano solo prescrittori di farmaci e di adeguati presidi sanitari, infermieristici, riabilitativi territoriali, nei limiti del possibile senza bisogno di trasferimenti in struttura (ospedaliera, sanitaria, assistenziale);
- usufruire, al posto delle case di riposo e delle Rsa, di forme di *cohousing*, condomini solidali, residenze condivise dove gli anziani possano avere una loro autonomia di vita e un sostegno

individualizzato/personalizzato, con assistenti familiari e infermieri motivati e competenti, condivisi anche con altri co abitanti;

- avere *care giver* e assistenti informati, formati sulle principali patologie delle terza/quarta età (demenza senile, completa mancanza di autonomia, ecc. ), con ausili e supporti consulenziali c/o case della salute territoriali pubbliche o enti del no profit;
- aspettarsi che figli o parenti occupati, in organizzazioni con programmi di *welfare aziendale*, possano richiedere tra i servizi di cui usufruire l'assistenza domiciliare, attività di pulizia, *dog sitteraggio*, consegna di spesa e medicinali, accompagnamenti a visite o tempo libero, ecc. funzionali al mantenimento dell'anziano nel proprio ambiente domestico.

Se per gli anziani queste sono esigenze da corrispondere durante la loro vita, altrettanto dicasi per le persone disabili, giovani o adulti esse siano, quando non ci sono le famiglie che le possono aiutare, quindi soprattutto nel cosiddetto "dopo di noi".

Non può esserci come unica o prevalente prospettiva esistenziale, abitativa, di aiuto e cura per un persona disabile il ricovero in struttura.

In particolare, per chi ha una disabilità complessa, che si incrocia con una altrettanto complessa occupabilità, quindi con la mancanza di lavoro e di reddito, il problema si pone drammaticamente già in età semplicemente adulta e si

acutizza quando purtroppo interviene la perdita dei genitori.

Sono per gli adulti disabili assolutamente preferibili piccole comunità abitative, gruppi appartamento semi autogestiti, con l'aiuto di enti del terzo settore, forme *di housing sociale/cohousing*, analoghe a quelle per persone anziane.

Esempi virtuosi che vanno in questa direzione già sono attivi nel nostro territorio regionale e metropolitano bolognese, con il concorso sia di enti del non profit, quali l'associazione AIAS e la Fondazione Dopo di Noi, che di pubbliche istituzioni, come ERP e l'ASP Città di Bologna.

Trattasi, nel caso della gestione di AIAS, di condomini partecipati che accolgono persone disabili in piccoli appartamenti autonomi, senza barriere ed anche domotizzati, con sale e servizi comuni, compreso il servizio reso da un portiere sociale e da operatori preposti al supporto in caso di bisogno.

Oppure, nel caso della Fondazione Dopo di Noi, in collaborazione con la cooperativa sociale CADIAI di Bologna, il riferimento va al sistema residenziale diffuso costituito da appartamenti di proprietà ASP abitati da piccoli gruppi di persone disabili, con il supporto di personale educativo.

Tali forme di abitare condiviso, che fanno leva sul mutuo aiuto e sul supporto personalizzato di addetti appositamente formati, vanno promosse e incentivate, tanto per le persone disabili che per gli anziani.

Del resto, la variabile età e la condizione di disabilità sono largamente connesse e interscambiabili. Non è forse vero che tutti, con l'avanzare dell'età e con le possibili, concomitanti patologie, siamo destinati ad una riduzione delle nostre capacità e autonomie, ovvero a diventare, in maggiore o minor misura, disabili.

La disabilità, quindi, ci riguarda direttamente, non è questione di altri, più sfortunati di noi, che anche in età giovanile debbono convivere con deficit e limitazioni funzionali.

Per gli uni e per gli altri, per noi stessi, dobbiamo prospettare un oggi e un domani diverso dal custodialismo anonimo delle strutture socio assistenziali. L'assistenza domiciliare in primis e le forme variamente nominate di *housing sociale/cohousing* sono tra queste (v. allegato Un Patto Metropolitan per l'Inclusione - *Cohousing* sociale)

Da considerare, inoltre, i servizi che possono essere resi a congiunti anziani o disabili di lavoratori occupati in imprese con programmi di welfare aziendale, in particolare quando tali programmi sono complementari a quelli resi dai pubblici servizi.

Nello specifico si parla di *welfare cooperativo territoriale*, che può prevedere servizi quali l'assistenza domiciliare, il disbrigo di pratiche, la consegna di spesa alimentare e medicinali; più in generale di tutto ciò che può aiutare le persone anziane e disabili a rimanere nel proprio ambiente di vita, non isolate e non destinate al ricovero in strutture segreganti.

La questione, poi (per coltivare una suggestione), della solitudine da un lato e del bisogno di aiuto dall'altro, non potrebbe essere almeno in parte affrontata con la reciprocità di anziani e disabili ?

Una persona disabile che non riesce a trovare o mantenere un lavoro nel profit potrebbe, se motivata e adeguata dal punto di vista relazionale, essere una buona compagnia per una persona anziana e provvedere ad alcune sue esigenze (fare la spesa, comprare farmaci, gestire il cane e gatto di casa, accompagnare per una passeggiata, fare le faccende domestiche, ecc.).

Sarebbe un impiego socialmente utile da considerare condizione sufficiente per essere destinatari di una misura di sostegno al reddito.

A sua volta, una persona anziana nella relazione con un giovane o adulto disabile potrebbe ridare pienezza alla propria esistenza riacquisendo un ruolo “quasi genitoriale” o di “nonno acquisito”, sentendosi utile nell'insegnare la propria esperienza, avendo con chi relazionarsi, con chi poter uscire di casa e mantenere alcune delle proprie abitudini.

Tutt'altra cosa che finire in una camera di un ospizio, senza nulla da fare, se non rimanere a letto e aspettare catatonici i pasti o, nel migliore dei casi, guardare la televisione.

Flavia Franzoni di IRESS, nel suo recente contributo “C'è tanto bisogno di welfare di comunità”, giustamente osserva che

*“...Lo spaccato di vita emerso in questi giorni ha reso evidente come sia necessario investire in nuovi modi di abitare (co-housing, appartamenti assistiti, ecc.) che consentano di rimanere nelle proprie case più a lungo. È emersa la necessità di una nuova organizzazione della medicina territoriale e in particolare dell’assistenza domiciliare. Progetti che come vedremo hanno bisogno di calarsi in una comunità che sia attiva attorno ad essi”.*

La stessa Franzoni, nell’interrogarsi su “Quale welfare per la città delle relazioni?”, precisa (e noi con lei) che

*“Se vogliamo rispondere davvero ai bisogni delle persone fragili, (ad esempio un disabile che può ancora vivere nella sua casa) , le singole prestazioni assistenziali erogate dal Comune o dall’Asl, (siano esse un contributo economico o qualche ora di assistenza o cura domiciliare) non sono da sole pienamente efficaci. Lo sono solo se quella stessa persona e la sua famiglia (i care giver insomma) sono sostenute anche da un vicino di casa che “da una mano”, da una parrocchia che le invita a qualche festa o gita, da una palestra che offre qualche ora di attività motoria. Insomma, se la persona può contare su reti relazionali, su una comunità che diventa risorsa. Sono importanti anche le panchine sotto casa in cui potersi sedere per chiacchierare con i conoscenti, perché welfare comunitario vuol dire*

*avere luoghi e arredi urbani che ti consentano di incontrarsi con gli altri in modo semplice”.*

La frattura che si è evidenziata con il coronavirus nella gestione sistemica della marginalità, rappresentata dalle persone anziane e, analogamente, dalle persone disabili, con solo le strutture professionali di un welfare istituzionale ha prodotto di fatto in molti casi abbandono e morte sociale, prima ancora di quella fisica, per mancanza di terapie intensive e respiratori.

Questo, oltre a ricordarci che la sanità pubblica non va depauperata con continui tagli, induce alla discontinuità, ad orientare lo sguardo, per dirla con il sociologo Everardo Minardi nella sua intervista del 26 maggio 2020 sul *Disagio della civiltà* a *Radio Onda d’Urto*, verso le dimensioni della intersoggettività di mondo vitale, verso le reti di sostegno prossimale, per la ricostruzione di (micro) comunità che possano rappresentare un ancoraggio esistenziale, appartenenza e senso per le persone più esposte al distanziamento sociale.

Come già indicato da Flavia Franzoni, anche per Minardi bisogna ripartire dal basso, dalle relazioni del mondo della vita quotidiana, dai rapporti di vicinato e dalle dimensioni di familiarità secondaria, elettive, quando mancano quelle primarie, per trovare risposte che non si affidino solo ai tecnici, alle macro strutture, alla gestione burocratica dei bisogni o allo scambio di mercato, senza considerare l’importanza dei comportamenti solidali gratuiti, della mutualità, dei

rapporti di vicinanza e del dono che si sono in tanti casi resi evidenti durante la crisi pandemica.

Comportamenti in grado di fare la differenza, ad esempio per le persone anziane sole, sulla possibilità o meno di rimanere nella propria casa, facendo affidamento sull'aiuto di qualche vicino o convivendo con altri con i quali poter condividere interessi, occasioni di incontro, problemi quotidiani e di salute, soluzioni da trovare assieme.

Va, dunque, ridato valore alla comunità, sia per la medicina che non può essere solo ricondotta agli ospedali, ma deve riscoprire l'importanza dei medici di base e dei presidi sanitari territoriali, che per il nostro welfare, insufficiente se non riconosce la forza generativa delle reti di sostegno solidale, della reciprocità, della capacità di autogestione dei bisogni sociali insita nelle aggregazioni di società civile e nelle organizzazioni di terzo settore, a partire dalle più piccole e più radicate nelle realtà locali.

3 giugno 2020

## MEMORIE DI PANDEMIA

Questa collana di piccoli quaderni non è una iniziativa editoriale, ma uno strumento per dare voce a coloro che, a partire dal loro ambito di lavoro sociale, vogliono dare voce a sensazioni, riflessioni, prime elaborazioni provocate dalla estesa e drammatica situazione prodotta dalla pandemia da Covid-19, non solo in un tempo breve, ma di lungo periodo.

In questa prospettiva si è ritenuto di condividere quanto viene messo a disposizione di tutti, nel contesto della rete di comunicazione e di cooperazione che si sta sviluppando con il *LAB di sociologia applicata pratica clinica*.



[www.sociologiaclinica.it](http://www.sociologiaclinica.it)

