

NUOVI argomenti

Mensile del Sindacato Pensionati Italiani Cgil della Lombardia

Numero 12 • Dicembre 2020

Spedizione in abbonamento postale 45% art. 2 comma. 20/B legge 662/96 - filiale di Milano

Ci dicevano:
**"ANDRÀ TUTTO
BENE"**

*...ma
avevamo
paura*



Lombardia

Sommario

- 2** **Introduzione**
Ci dicevano: "Andrà tutto bene"
...ma avevamo paura
Valerio Zanolla
- 7** **CI DICEVANO: "ANDRÀ TUTTO BENE"
...MA AVEVAMO PAURA**
Sintesi della ricerca
- 8** È venuta meno la socialità
Maurizio Bonati
- 10** Al medico di base un ruolo
più proattivo
Antonio Clavenna
- 12** Ci dicevano: "Andrà tutto bene"
...ma avevamo paura
Le slide
*A cura di Maurizio Bonati
e Antonio Clavenna*
- 20** Le analisi stratificate per genere
- 28** Le analisi stratificate per residenza
- 37** **TESTIMONIANZE DAL TERRITORIO**
- 38** Bergamo
Più attenzione ai servizi
sul territorio
Mario Belotti
- 40** Milano
Un numero unico per supplire
al contatto umano
Michele Lomonaco
- 42** Cremona
Nuove priorità sono emerse
con la pandemia
Daniela Chiodelli
- 44** Lodi
I nostri anziani un patrimonio
da salvaguardare
Daniela Saesani
- 46** Pavia
Riprogettare le Rsa
è una necessità
Osvaldo Galli
- 48** Varese
Lavoriamo per essere vicini
ai nostri iscritti
Salvatore Giglio
- 51** **INTERVENTI**
- 52** Reagire alla cultura
dello scarto
Don Virgilio Colmegna
- 55** Dobbiamo dare grande attenzione
alla prevenzione
Silvio Angelo Garattini
- 58** **Conclusioni**
Abbiamo bisogno
di comunità
Antonella Pezzullo
- 68** **LETTI PER VOI**
Per saperne di più
Erica Ardenti

Nuovi Argomenti Spi Lombardia

Publicazione mensile del Sindacato Pensionati Italiani
Cgil Lombardia

Numero 12 • Dicembre 2020

Direttore responsabile: Erica Ardenti

Editore: MIMOSA srl uninominale, presidente Pietro Giudice

Impaginazione: A&B, Besana in Brianza (MB)

Prestampa digitale, stampa, confezione:

RDS WEBPRINTING S.r.l.

Via Belvedere, 42 - 20862 Arcore (MB)

Registrazione Tribunale di Milano n. 477 del 20 luglio 1996

Numero singolo Euro 2,00

Abbonamento annuale Euro 10,32

Introduzione

CI DICEVANO: "ANDRÀ TUTTO BENE" ...MA AVEVAMO PAURA

Valerio Zanolla *Segretario generale Spi Lombardia*

Perché quest'indagine?

Perché lo Spi Cgil è un sindacato che rappresenta le persone anziane e pensionate, i loro diritti, i loro bisogni e le loro aspettative e questo è un impegno che, ancora di più in una fase come questa, dobbiamo portare avanti anche se la situazione si complica e ha ricadute sulla vita di tutti i giorni. Molti sanno che lo Spi Lombardia è un'organizzazione diffusa sul territorio, con 430mila iscritti, con sedi e recapiti in quasi tutti i comuni e con più presenze nelle grandi città. Il nostro compito è negoziare nuovi diritti per le persone anziane, siamo un sindacato, ma oltre alla negoziazione diamo ai nostri iscritti e pensionati una molteplicità di servizi di carattere fiscale, previdenziale e sociale.

Siamo un avamposto di democrazia in una delle regioni più progredite del paese. Per questo abbiamo ritenuto doveroso farci carico di un'analisi su cosa stava succedendo dentro la nostra regione e cosa stava capitando alle persone anziane che vogliamo rappresentare e difendere. Per alcuni l'epidemia dovuta al Sars Cov 2, come nel libro *La Peste* di Camus, poteva somigliare a un brutto sogno, un incubo che sa-



rebbe finito al risveglio, ma i giorni passavano. *Ci dicevano "Andrà tutto bene!"... ma avevamo paura* e oggi sappiamo che saranno necessari altri mesi perché siamo dentro la fase due.

Non era, ad esempio, un incubo ma una dura realtà quando ci siamo messi, noi dello Spi della Lombardia, già dalla fine di febbraio a sorvegliare con più attenzione quello che accadeva

nelle Rsa quei luoghi dove vivevano le persone più fragili. E, a partire dalla fine di febbraio e poi nei mesi successivi, si è abbattuto sulla nostra regione e in particolare su alcune province, quello che molti hanno chiamato uno tsunami. Dei contagi e delle morti hanno scritto e parlato in molti attingendo a piene mani alle varie metafore disponibili. Noi oggi siamo qui per dare conto di come – di fronte al Covid-19 e soprattutto di fronte alle misure decise dal governo per arrestarne la diffusione – le persone anziane hanno reagito e abbiamo visto che le reazioni sono state differenti. Del resto ognuno di noi è diverso dagli altri, ha stili di vita, luoghi di residenza, affetti familiari diversi, storie personali che giocoforza non sono mai paragonabili. C'è chi ha parenti vicini e chi non ne ha o li

ha lontani e ha dovuto trascorrere magari anche mesi senza mai poterli vedere. Per di più abitare in una grande città o nelle periferie o nelle campagne cambia di molto. Vivere in coppia o da soli, abitare in una delle tante villette dei nostri comuni o in un piccolo appartamento poteva fare, e fa la differenza, anche oggi davanti alla notizia di un nuovo *lockdown*.

Per capirne di più la segreteria dello Spi Lombardia si è posta e ha posto molte domande agli over 65 con l'aiuto dell'Istituto Mario Negri.

Ci siamo chiesti:

- come ha pesato tutto questo sulle condizioni fisiche, psicologiche e di salute delle persone anziane?
- di che cosa avranno avvertito di più la mancanza?
- come hanno trascorso il tempo dell'isolamento? Sappiamo che molti anziani si lasciano andare perché si sentono soli, inutili e indifesi, anche a causa degli acciacchi.
- e più in generale, che tipo di vita fanno i nostri anziani normalmente dal punto di vista delle attività culturali, sportive, ricreative?

Le tante nostre iniziative, realizzate negli anni, ci hanno fatto conoscere molte abitudini, interessi e passioni delle persone che rappresentiamo. Ma, con la paura del contagio, tutto è stato diverso. Ci si domandava se fosse finita per colpa della pandemia l'epoca in cui pensavamo alla nostra età come fase della vita pienamente attiva e piena di nuove opportunità di svago e di interessi da soddisfare.

Eravamo abituati da anni a fare i conti con l'appellativo *diversamente giovani*, e questo ci consentiva, anche in pensione, di essere dinamicissimi. Inventavamo il futuro, viaggiavamo e, perché no, curavamo il nostro aspetto e ci dedicavamo allo sport, alle attività culturali al volontariato.

Non dimentichiamoci che oltre a negoziare con i comuni, a dare servizi previdenziali fiscali e assistenziali alle persone che tutti i giorni vengono nei nostri uffici lo Spi Cgil Lombardia organizza tutti gli anni quelli che chiamiamo Giochi di LiberEtà ai quali partecipano in tutta la regione migliaia di pensionati e ragazzi ospiti nelle residenze sanitarie per disabili. Ci siamo costruiti, insomma, un ultimo capitolo della nostra vita all'insegna della leggerezza,

dell'ottimismo e del volontariato sociale senza pesare sui figli e sui nipoti.

Il coronavirus, nel giro di poche settimane, ha cancellato un quadro così idilliaco. Fino a meno di un anno fa, la terza e quarta età erano viste, dalla pubblicità e dal mercato, come un'isola di serenità. Oggi sono assediate dalla paura del contagio, dalla sofferenza e anche dalla morte.

Anzi, per un certo periodo ci siamo presi degli untori e eravamo visti come dei privilegiati, con la certezza del reddito, in taluni casi percepito senza meritarcelo. Ci caricavano di colpe che non erano e non sono nostre, tipo il debito pubblico e il sistema pensionistico considerato, a ragione, penalizzante per i giovani. Il nostro è un paese dove lo sport più praticato è lo scarica barile. Cercare qualcuno a cui dare la colpa è lo sport nazionale. Riteniamo sia puerile farlo tra partiti ma diventa pericolosamente ridicolo se lo si scatena tra le generazioni.

I diritti che abbiamo non ci sono state regalati, anzi. Noi siamo la prima generazione, e forse l'ultima che ha versato e verserà pienamente i contributi pensionistici, molti di noi per oltre quarant'anni di lavoro. Certo, la precarietà attuale genera incertezze e un forte calo della contribuzione individuale e in una società individualista come questa, che noi abbiamo combattuto scontata, si tratta di una conseguenza quasi scontata. Lavori? Guadagni! Paghi? Pretendi! Altrimenti zitto, niente solidarietà. Ci viene assegnata anche la colpa che lasceremo ai nostri figli un debito pubblico esagerato, intanto vorrei dire che i nostri genitori e i nostri nonni, non certamente solo per colpa loro ci hanno lasciato città bombardate, ponti distrutti e scuole e servizi da ricostruire. Durante i quarant'anni e più che abbiamo lavorato abbiamo modernizzato l'Italia e conquistato diritti. Oggi questi diritti li stanno togliendo? Bisogna attivarsi ma non ci dicano che noi non siamo andati in piazza per difenderli. E non ci dicano che noi non contribuiamo all'economia del nostro paese, la no tax area per i pensionati supera di poco gli 8 mila euro, per i lavoratori attivi dal 1° luglio la no tax area è di 12.000 euro. Poi come non ricordare che durante la prima fase della pandemia si è persino assistito a un atteggiamento di cinismo politico mai visto

prima nei confronti di una generazione di anziani, colpevoli soltanto di essere vecchi e con plurime patologie.

Con il semplice appellativo “sono vecchi” si è giustificata la morte di migliaia di persone, al di là di ciò che hanno rappresentato nella nostra società, e che ancora rappresentano, e ciò che svolgono in supporto delle loro famiglie, oltre che in sostituzione ad un welfare clamorosamente deficitario.

E da questo punto di vista è quello che sta capitando ancora, ad esempio con la polemica che si è aperta con la frase che gli anziani non sono: “indispensabili allo sforzo produttivo del paese”. Polemica seguita da molti altri interventi che ci suggeriscono di rimanere sempre e solo chiusi in casa.

Già, chiusi in casa, in attesa che qualcuno ci porti il morbo, come è capitato nelle case di riposo, chiuse ai parenti ma aperte al contagio.

- Ma siamo sicuri che siano solo gli anziani a rischio?
- Come ne escono i giovani dal Covid se sono stati in terapia intensiva?

• Quale certezza abbiamo che non avranno conseguenze durature nel futuro? La scienza su questo non ha ancora dato risposte.

Dire di stare a casa agli anziani sembra quasi un volersi lavare la coscienza, anche i giovani hanno bisogno di protezione e soprattutto di una sanità che sia presente nel territorio, che sappia cogliere i segnali di come si muove il contagio. Il dibattito sull'obbligo di stare a casa per le persone anziane è una sorta di arma di distrazione di massa.

Sono milioni le persone anziane, un terzo della popolazione in Lombardia, con interessi e compiti nella società senza i quali molte cose verrebbero meno, lo vediamo in Cgil. I nostri servizi, l'accoglienza nelle Camere del Lavoro e nel volontariato in generale, a tutti i livelli.

Per questo crediamo sia più importante che tutti rispettino le regole. L'impressione è che ci siano ex sessantottini che vogliono riprodurre la celebre frase di Mao Zedong: *colpirne uno per educarne cento*. Ora sono andati più avanti e per salvarsi, senza cambiare niente, cercano e trovano, come fa la destra, il colpevole, sempre le persone anziane.

Secondo loro il sistema sociale e sanitario del nostro paese va bene così, basta che le persone più fragili stiano rinchiusi in casa.

Rinchiuderne trenta per salvarne settanta, ma il loro obiettivo vero mi pare sia, salvare la sanità privata e la medicina ospedalocentrica che ha fallito!

E soprattutto salvare i loro profitti, una sanità che ora ci fa subire delle conseguenze a causa della pandemia ma che già prima costringeva molte persone anziane a rinunciare alle cure per ragioni economiche.

Da tutte queste considerazioni e da molte altre ancora abbiamo preso lo spunto per effettuare questa indagine somministrata attraverso un questionario compilato anche online. Condotta in collaborazione con l'Istituto Mario Negri. Abbiamo ricevuto 1.480 risposte tra i mesi di luglio e settembre, di over 65 residenti in Lombardia. Una fotografia della condizione degli anziani e di come il Covid-19 abbia cambiato le loro vite.

Con i ricercatori dell'istituto abbiamo deciso di indagare su quanto vissuto dagli anziani in tut-



CI DICEVANO “ANDRÀ TUTTO BENE” MA AVEVAMO PAURA

4 Novembre 2020
Streaming diretta Facebook
pagina [SPI CGIL LOMBARDIA](#)
Ore 9,30

Apertura lavori e relazione introduttiva:
Valerio Zanolla - Segretario Generale Spi Cgil Lombardia

Presentano la ricerca:
Maurizio Bonati - Responsabile del Dipartimento di Salute Pubblica, Istituto Mario Negri

Antonio Clavenna - Ricercatore, Dipartimento di Salute Pubblica, Istituto Mario Negri

Testimonianze dalle province lombarde

Intervengono:
Don Virgilio Colmegna - Presidente Fondazione Casa della Carità, Milano
Silvio Angelo Garattini - Presidente Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS, Milano

Conclude:
Antonella Pezzullo - Segreteria Nazionale Spi Cgil



to quel periodo di fine inverno e inizio primavera, a partire dalle loro condizioni pregresse che sono utili per capire come ha inciso la pandemia. Sulle diverse situazioni economiche individuali, culturali, abitative. Somministrando una serie di domande, poco meno di una settantina su vari aspetti della loro vita e sulle loro condizioni di salute, di come trascorrevano prima del Covid il loro tempo libero, come si alimentavano, per poi entrare nel particolare delle conseguenze fisiche, psichiche e su come avevano vissuto il periodo di quarantena.

Volevamo capire quale sarebbe stato l'impatto dell'epidemia Covid-19 e come venivano accolte le misure di contenimento in atto sulle attività quotidiane, sulle relazioni sociali e sulla salute fisica e psicologica.

- Avrà avuto il *lockdown* un impatto sulla salute?
- Ci sono conseguenze indipendentemente dall'infezione Covid-19, sulla condizione fisica?
- Si sono manifestati nuovi sintomi di malattia o sono diventati più acuti sintomi di malattie già presenti?
- Come è stato il rapporto con il proprio medico?
- Ci sono stati problemi sulla frequenza dei rapporti con lo stesso, le modalità, il grado di soddisfazione, sia per consulti/visite che per le prescrizioni di farmaci, visite o esami;
- se ci sono state modifiche nell'attività fisica, nell'alimentazione o nelle abitudini di vita, per esempio orari del sonno, tempo dedicato a hobby, TV, lettura.

Guardare alla luce di queste risposte la seconda virulenta ondata e nella prospettiva del nuovo *lockdown* potrebbe aiutarci ad affrontare con maggiore consapevolezza la nuova difficile fase e nel rapporto con i sindaci e le istituzioni per avere più argomenti per rivendicare soluzioni che nella prima fase non sono state individuate, e soprattutto cercare di evitare i disagi che abbiamo letto nelle risposte. È anche questo un obiettivo della ricerca, trovare idee per lavorare assieme con le istituzioni con le Ats e le associazioni di volontariato, affinché in caso di nuove chiusure, agli anziani non manchino affetto, supporti, sanità nel territorio e servizi. Guardare a questa fase affermando con forza che sì, siamo ancora vivi e da questa indagine abbiamo capito che invecchiare e basta non è la soluzio-

ne. Noi sappiamo come Spi che se intorno alla persona anziana c'è un progetto, una rete di assistenza che funziona, anche interesse per la storia che lui ci può raccontare ecco che la longevità può essere una risorsa. Lo abbiamo capito dalle risposte che ci sono state date. Gli over 65 hanno ancora molti progetti per il loro futuro, e questo potrà valere anche per i giovani di oggi quando anche loro invecchieranno. Chiediamo a loro di non bruciarsi i ponti dietro le spalle. Anzi chiediamo loro di lavorare e lottare assieme a noi per ridare vita allo spirito della legge 833 del 1978 di Riforma sanitaria, che è stata conquistata con le lotte di coloro che adesso si vorrebbe rinchiudere nelle case.

Perché, concludendo, una cosa mi piace sottolineare emersa alla fine dell'indagine, gli over 65 hanno voglia di imparare e vedono positivamente il futuro per questo sarebbe un crimine trattarli come dei soggetti incapaci e se dovessimo rinchiuderli da soli in casa sarebbe un altro fallimento perché apparirebbe come un evidente fallimento della società che dimostra di non essere stata capace e di non essere capace di difenderli come si difendono tutti gli altri. Ad ognuno sia data la possibilità di vivere serenamente gli ultimi anni della propria vita senza discriminazioni ma, ovviamente, nel pieno rispetto delle norme emanate dalle istituzioni, che devono valere per tutti. ■

CI DICEVANO: "ANDRÀ TUTTO BENE" ...MA AVEVAMO PAURA

Sintesi della ricerca

A cura di Maurizio Bonati, Antonio Clavenna
Dipartimento di Salute Pubblica
Laboratorio per la Salute Materno Infantile



IMN
ISTITUTO DI RICERCHE
FARMACOLOGICHE
MARIO NEGRI · IRCCS

È VENUTA MENO LA SOCIALITÀ

Maurizio Bonati *Responsabile Dipartimento di Salute pubblica, Istituto Mario Negri*

Il solo titolo dell'iniziativa *Ci dicevano: "andrà tutto bene"*, ma avevamo paura sintetizza quella che è stata la ragione dell'inchiesta e quello che è stato l'obiettivo.

La popolazione selezionata, perché è quella dello Spi, ha rappresentato tutta la regione. L'inchiesta è stata condotta in un periodo particolare, il periodo estivo in cui si diceva "tutto andrà bene", si usciva e si guardava avanti speranzosi, ma allo stesso tempo si aveva paura. In sintesi, è la paura, l'insicurezza, quella che aleggia, anche oggi in attesa, oltretutto, di provvedimenti che sono spesso inefficaci, ritardati e, comunque, non compresi dai cittadini. Il clima di attesa e indecisione è quello che fundamentalmente caratterizza il quotidiano, in particolar modo in un periodo che si protrae senza certezze.

Il profilo della popolazione che ha risposto a questa iniziativa è stato quello di una popolazione che si attesta mediamente intorno ai settanta anni, con una prevalenza leggera degli uomini – di solito sono le donne che rispondono ai questionari – con un livello culturale, educativo e formativo che corrisponde alla licenza media per la metà della popolazione e che, fundamentalmente, prima della pensione aveva una forma occupazionale da dipendente. La quasi totalità di chi ha risposto utilizza in-



ternet molto più di prima. È una popolazione che ha fiducia nel futuro, nonostante tutto e pur reclamando, in particolar modo sulla salute. È una popolazione positiva, spera ovviamente nel meglio. La seconda ondata della pandemia al momento dell'intervista sembrava lontana, eppure per vari aspetti, sembra una popolazione dimenticata e in attesa di sapere. **Questo indi-**

pendentemente dalla residenza (in città o in periferia) o di vivere in una zona critica per l'incidenza della pandemia.

Una popolazione che tutto sommato investe anche nel proprio benessere fisico. Infatti è quella dei giovani pensionati che si sottopongono a controlli medici periodicamente e regolarmente, cercano di investire per non perdere memoria, fanno esercizi, ma poco per quanto riguarda la parte di attività motoria. È una popolazione che assume farmaci, è ipertesa almeno nei tre quarti, ha magari disturbi nell'addormentarsi – come almeno il 10/12 per cento della popolazione cosiddetta in salute – quindi rappresentativa di quello che era e che è, purtroppo, la situazione.

È una popolazione che, in particolar modo dopo la prima fase, si è chiusa in casa, esce poco o meno, non fa attività sportiva o motoria. Fa poca ginnastica, fa sì qualcosa per man-



Un momento della diretta Fb. Da sinistra Valerio Zanolla, la moderatrice dell'incontro Giulia Fabbri, Maurizio Bonati e Antonio Clavenna

tenersi in buona forma fisica, ma non segue ed è irrispettosa dei consigli dietetici. Questo è un altro di quegli aspetti a cui sarebbe utile pensare per poi rilanciare quelli che sono gli effetti secondari della pandemia.

L'interazione con i familiari, con gruppi organizzati o con amici, è venuta meno. È una popolazione che non frequenta o frequentava poco i centri di aggregazione (p. es., i centri sociali per anziani) e questo ancor meno dopo la prima ondata. La grande totalità di quanti utilizzano i servizi sociali della terza età è poco soddisfatta e lo è per niente della qualità dei servizi sanitari locali.

Rispetto alle attività sociali emerge un dato importante perché i due terzi di coloro che hanno risposto hanno dichiarato che dedica tempo al volontariato. Quando poi si chiede cosa intenda per volontariato si vede che la metà ha nipoti in età scolare per cui il suo volontariato, la sua offerta sociale, è il dedicarsi ai nipoti. Questo è uno dei punti che potrebbe

essere ulteriormente preso in considerazione per disegnare un nuovo welfare e, perché no, da ripensare anche in considerazione del fatto che – se il 16 per cento di chi ha risposto ha dei familiari a carico o delle persone non autosufficienti – in realtà la risposta sul volontariato è che si prendono cura di persone care. **Altra considerazione necessaria alla luce dei risultati dell'indagine è che le donne appaiono meno resilienti degli uomini e quindi necessitano di maggiori attenzioni nelle iniziative che si intraprenderanno nell'ambito del welfare; con lungimiranza, anche perché le donne vivono più degli uomini. ■**

AL MEDICO DI BASE UN RUOLO PIÙ PROATTIVO

Antonio Clavenna *Ricercatore, dipartimento di Salute pubblica, Istituto Mario Negri*

Il mio compito è quello di cercare di riassumere quali sono i dati che riguardano più da vicino l'esperienza della popolazione anziana che ha risposto rispetto all'epidemia di Covid-19 e alle misure di quarantena forzata a cui siamo tutti costretti nel periodo tra marzo e maggio. Durante la prima fase dell'epidemia Covid-19 circa una persona su cinque ha riferito di avere avuto un contatto con una persona che poi è risultata positiva all'infezione. Spesso erano persone che non facevano parte del nucleo familiare, uno su dieci ha effettuato almeno una volta un tampone per la ricerca del virus Sars-Cov-2, il quattro per cento riferisce di aver avuto dei sintomi potenzialmente riconducibili al Covid, che potrebbe voler dire Covid positivi accertati o anche persone con un sospetto di Covid, che non è stato poi confermato con il tampone diagnostico. Solo un quarto di queste persone sono state ricoverate in ospedale per cui, nella maggior parte dei casi, la malattia, accertata o presunta, è stata gestita a domicilio. Il sei per cento ha avuto un lutto all'interno del nucleo familiare dovuto all'infezione Covid-19.

Durante l'epidemia, il 53% ha dovuto modificare le proprie abitudini; comunque, possiamo leggere questo dato anche in un altro modo; poco meno della metà della popolazione an-



ziana che ha risposto non ha modificato sostanzialmente le sue abitudini di vita.

Abbiamo poi valutato se durante l'epidemia le persone avessero percepito il loro benessere psicologico come migliorato, peggiorato o uguale rispetto al periodo precedente. In questo caso solo un terzo riferisce di aver percepito come peggiorato il proprio benessere psicologico, ma in realtà forse non è

proprio così, è una percezione personale che non trova riscontro rispetto ad altri dati.

L'altro dato interessante è che questa percezione di benessere psicologico peggiorato è più alta nelle persone che hanno malattie croniche o che assumono farmaci, mentre è più bassa nelle persone che hanno uno stato di salute buono nel senso che sono sostanzialmente sane. Le variabili che ci aspettavamo potessero influenzare questa percezione non hanno avuto un impatto, penso, ad esempio, al vivere da soli, oppure risiedere in province che sono state più pesantemente colpite dalla prima fase dell'epidemia.

Sempre durante l'epidemia Covid-19 osserviamo un quaranta per cento di anziani che riferiscono di essersi sentiti sempre o a volte, abbandonati. Questo è un dato su cui vale la pena riflettere, in particolar modo alla luce dei fattori che pongono più a rischio di sentirsi abbandonati e dei fattori protettivi. Quelli più a rischio

in questo caso sono: il genere femminile, il fatto di vivere da soli, il fatto di essere residente in province come Bergamo, Brescia, Cremona, Lodi, che nella prima fase dell'epidemia sono state più fortemente colpite. L'aver dei nipoti e il fatto di svolgere frequentemente un'attività fisica e motoria, sono associati a una minore sensazione di abbandono, per cui c'è da pensare a possibili interventi per il prossimo futuro su come far fronte a questo.

Durante la quarantena forzata, come dicevamo prima, un terzo di persone hanno avvertito il proprio benessere psicologico come peggiorato – ma nel momento in cui veniva chiesto se erano presenti alcuni sintomi, alcuni stati d'animo, le due risposte più frequenti sono state: “mi sono sentito ansioso”, circa la metà dei casi, “mi sono sentito impotente” circa un terzo dei casi – solo tre su dieci hanno riferito di sentirsi in qualche modo fiduciosi o di avere dei sentimenti positivi rispetto alla propria esperienza. In totale, circa due terzi delle persone che hanno risposto, hanno manifestato dei sintomi potenzialmente associati a una situazione di stress, come ansia, tristezza, spavento. Andando a verificare se c'erano delle variabili che po-

tevano influire sulla probabilità di sviluppare questi sintomi, vediamo che, coerentemente con quanto noto e anche con quanto abbiamo evidenziato in altre indagini simili fatte sulla popolazione generale, il genere femminile è un po' più a rischio del genere maschile e chi ha malattie croniche è molto più a rischio di avere ansia, stress, paura. L'altro dato ci dice che chi ha vissuto più da vicino la prima fase dell'epidemia è molto più esposto ad avere il rischio di sviluppare ansia, paura, depressione – anche se nel nostro campione è poco rappresentata la provincia di Bergamo rispetto ad altre indagini che abbiamo effettuato.

Che cosa è mancato maggiormente durante la quarantena forzata? Forse può apparire scontato, ma sei persone su dieci ci dicono che è mancato maggiormente il fatto di non poter vedere i familiari, l'altra risposta più frequente è il non poter mantenere i rapporti sociali, la rete sociale che frequentavano prima del *lockdown*, pochi hanno risposto che è mancata la possibilità di svolgere attività fisica.

L'ultima delle sottolineature che mi permettono di fare rispetto a questi dati, e che mi sembra importante, riguarda il rapporto con il medico curante. Anche qui emerge un dato da sottolineare, circa la metà dice: “i miei contatti con il mio medico, sono stati simili a quelli che c'erano prima dell'epidemia e prima del *lockdown*”, ma, a fronte di questo, abbiamo tre anziani su dieci che ci dicono che durante l'epidemia non hanno avuto contatti con il medico di base. Da un lato sono anziani sicuramente più giovani, mediamente più sani, però dà l'idea che tre anziani su dieci non hanno il proprio medico, e forse questo è un rimando anche al fatto che il medico di base dovrebbe avere un ruolo più proattivo – quantomeno anche solo una telefonata – trattandosi di una popolazione più a rischio sia per la malattia che per le conseguenze indirette anche di tipo psicologico dell'epidemia. Forse una telefonata può essere utile, può far piacere. ■



CI DICEVANO: "ANDRÀ TUTTO BENE" ...MA AVEVAMO PAURA

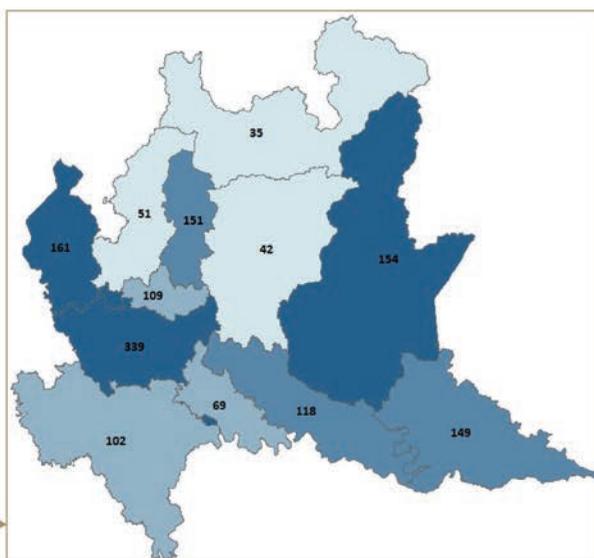
Le slide

A cura di Maurizio Bonati e Antonio Clavenna

POPOLAZIONE



1480
residenti in Lombardia
(luglio-settembre)



POPOLAZIONE



femmine



≥ 70 anni



≤ licenza media



dipendente

ASPETTI GENERALI

Problemi economici?

SI

NO

10

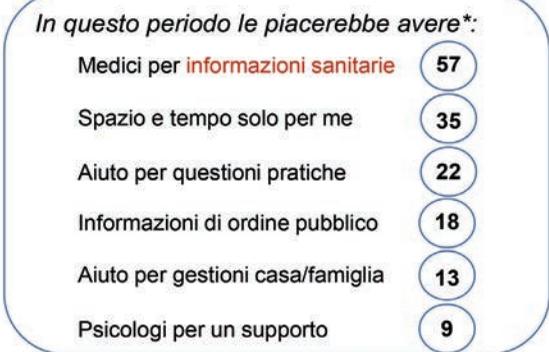
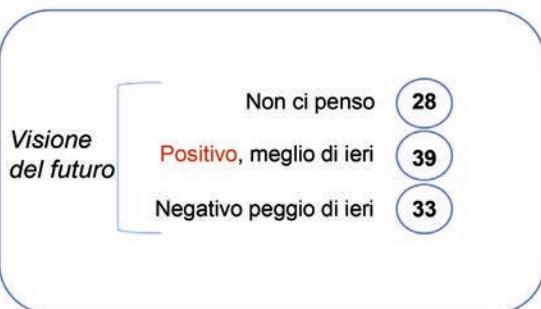
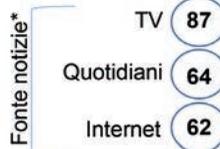
90



Si informa quotidianamente dei problemi sociali, politici ed economici del mondo?

93

7



* Possibilità di risposta multipla

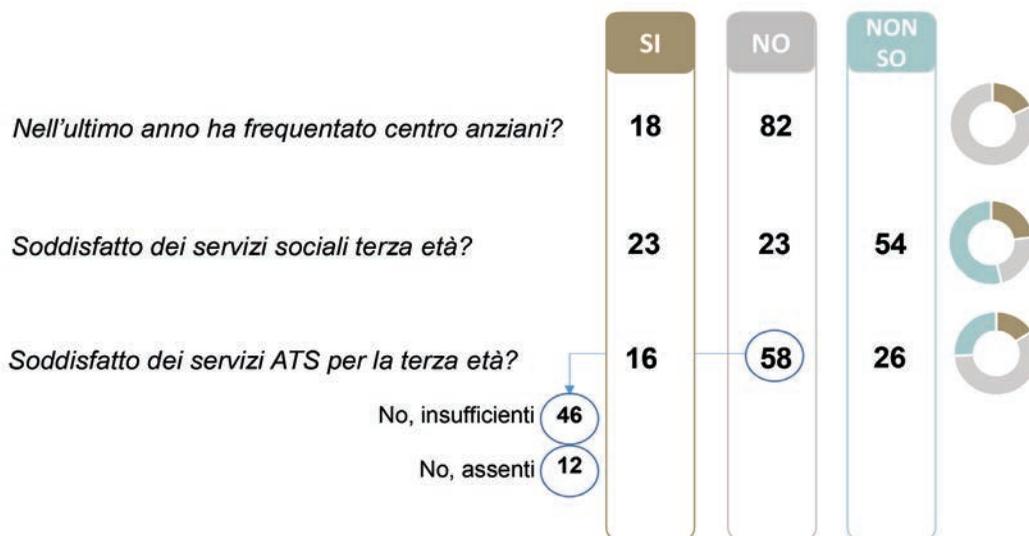
SALUTE

	SI	NO	
<i>Controlli medici regolari?</i>	79	21	
<i>Memoria indebolita?</i>	46	54	
<i>Perdita forze fisiche?</i>	67	33	
<i>Malattie croniche?</i>	65	35	
<i>Farmaci quotidiani</i>	77	23	
<i>Psicofarmaci per calmarsi o per dormire?</i>	12	88	
<i>Interventi chirurgici (ultimi 5 anni)?</i>	19	81	
<i>Ha effettuato la vaccinazione antinfluenzale nella stagione 2019/2020?</i>	50	50	

BENESSERE FISICO

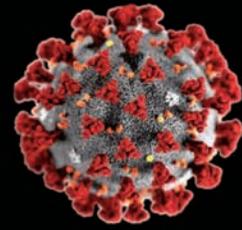
	SI	NO	
<i>Partecipa ad attività sportive?</i>	34	66	
<i>Abitualmente fa camminate?</i>	77	23	
<ul style="list-style-type: none"> da solo/a 54 famigliari 38 gruppi organizzati 8 			
<i>Fa ginnastica in casa o altrove?</i>	38	62	
<i>Fa di tutto per avere una buona forma fisica?</i>	62	38	
<i>Dieta?</i>	31	69	

SERVIZI



ATTIVITÀ SOCIALI



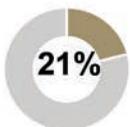


lockdown

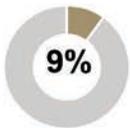
the end ?

4 maggio 2020

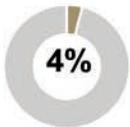
DURANTE L'EPIDEMIA COVID-19



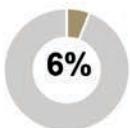
ha avuto contatti con soggetti positivi (nella maggior parte esterni a famiglia)



ha effettuato almeno una volta il tampone



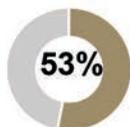
hanno avvertito sintomi da COVID-19 (60 soggetti), ma solo $\frac{1}{4}$ sono stati ricoverati



ha avuto decessi in famiglia



DURANTE L'EPIDEMIA COVID-19



ha modificato le proprie abitudini

ritiene che il proprio benessere psicologico

non è cambiato

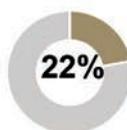


VS

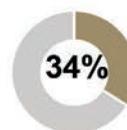
lo considera peggiorato



La percentuale di soggetti con benessere psicologico peggiorato è minore in chi è in buona salute



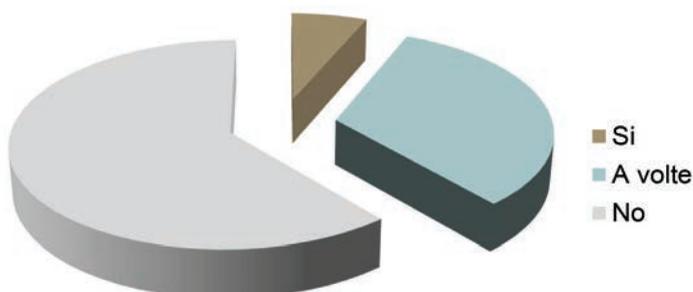
VS



Età, sesso, tipo di abitazione, vivere da soli, provincia di residenza non influenzano la percezione del proprio benessere psicologico

DURANTE L'EPIDEMIA COVID-19

Si è sentito abbandonato?



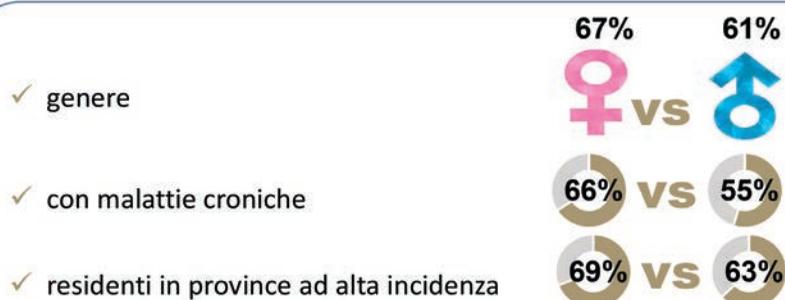
Il senso di abbandono è risultato maggiore in **donne**; residenti in **province ad alta incidenza**; chi vive da **solo**. Avere nipoti e svolgere attività fisica sono associati a una riduzione di questa sensazione



DURANTE LA QUARANTENA FORZATA

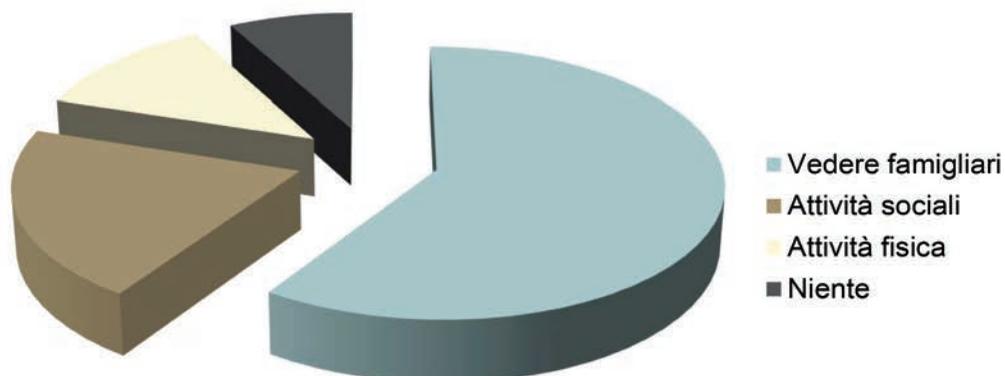


Il rischio maggiore in:



DURANTE L'EPIDEMIA COVID-19

E' mancato maggiormente



DURANTE L'EPIDEMIA COVID-19

I contatti con il medico di base sono stati



CONCLUSIONI

- ✓ Stanno moderatamente bene seppur preoccupati
- ✓ Prevalentemente sono sedentari e abitudinari
- ✓ Disponibili alle attività sociali

COMUNQUE

Una potenziale risorsa anche in tempi di pandemia

LE ANALISI STRATIFICATE PER GENERE

Contenuto del report:

- Tabella 1. Numero di questionari ricevuti
- Tabella 2. Distribuzione dei questionari ricevuti per regione, provincia e tipo di compilazione
- Tabella 3. Sezione anagrafica
- Tabella 4. Sezione famiglia
- Tabella 5. Sezione aspetti generali
- Tabella 6. Sezione salute
- Tabella 7. Sezione tempo libero
- Tabella 8. Sezione benessere fisico
- Tabella 9. Sezione Covid-19
- Tabella 10. Sezione quarantena

Tabella 1. Numero di questionari ricevuti

Questionari	N
Ricevuti	1.539
Senza consenso	24
Validi	1.515
Validi elettronici	906
Validi cartacei	609
Validi dei residenti in Lombardia con sesso noto	1.464

Tabella 2. Distribuzione dei questionari ricevuti per regione e tipo di compilazione

Variabile	Valore	Cartacei	Elettronici	Totale
Totale		609	906	1.515
Regione	Piemonte	1 (0.2)	3 (0.3)	4 (0.3)
	Valle d'Aosta	-	-	-
	Lombardia	605 (99.7)	875 (97.4)	1.480 (98.3)
	Trentino Alto Adige	-	-	-
	Veneto	1 (0.2)	2 (0.2)	3 (0.2)
	Friuli Venezia Giulia	-	2 (0.2)	2 (0.1)
	Liguria	-	-	-
	Emilia Romagna	-	4 (0.4)	4 (0.3)
	Toscana	-	4 (0.4)	4 (0.3)
	Umbria	-	-	-
	Marche	-	-	-
	Lazio	-	3 (0.3)	3 (0.2)
	Abruzzo	-	1 (0.1)	1 (0.1)
	Molise	-	-	-
	Campania	-	2 (0.2)	2 (0.1)
	Puglia	-	1 (0.1)	1 (0.1)
	Basilicata	-	-	-
	Calabria	-	-	-
	Sicilia	-	1 (0.1)	1 (0.1)
	Sardegna	-	-	-
	Dato mancante	2	8	10

Tabella 3. Sezione anagrafica

Variabile	Valore	Femmine	Maschi	Totale	Test	p
Totale		647	817	1.464		
Età	mediana (q1 - q3)	69,0 (66,0 - 73,0)	70,0 (67,0 - 74,0)	69,0 (66,0 - 73,0)	W	0.0001 *
	Dato mancante	27	44	71		
Classe di età	<65	67 (10.8)	60 (7.8)	127 (9.1)	C	<0.0001 *
	65-69	287 (46.3)	283 (36.6)	570 (40.9)		
	70-74	147 (23.7)	264 (34.2)	411 (29.5)		
	75-79	63 (10.2)	108 (14.0)	171 (12.3)		
	80+	56 (9.0)	58 (7.5)	114 (8.2)		
	Dato mancante	27	44	71		
Provincia ad alta incidenza	Si	143 (22.1)	236 (28.9)	379 (25.9)	C	0.0033 *
	No	504 (77.9)	581 (71.1)	1.085 (74.1)		
	Dato mancante	-	-	-		
Comune capoluogo	Si	150 (24.6)	161 (20.8)	311 (22.5)	C	0.0904
	No	459 (75.4)	613 (79.2)	1.072 (77.5)		
	Dato mancante	38	43	81		
Titolo di studio	Elementare	100 (15.8)	109 (13.6)	209 (14.5)	C	<0.0001 *
	Media	207 (32.6)	359 (44.7)	566 (39.4)		
	Diploma	264 (41.6)	288 (35.9)	552 (38.4)		
	Laurea	63 (9.9)	47 (5.9)	110 (7.7)		
	Dato mancante	13	14	27		
Occupazione precedente	Libero professionista	27 (4.4)	46 (5.9)	73 (5.2)	C	<0.0001 *
	Dipendente	476 (78.4)	708 (90.3)	1.184 (85.1)		
	Casalinga/o	104 (17.1)	30 (3.8)	134 (9.6)		
	Dato mancante	40	33	73		
Tipo di abitazione	Monolocale	11 (1.7)	23 (2.9)	34 (2.4)	C	0.2138
	Bilocale	116 (18.4)	129 (16.0)	245 (17.0)		
	Trilocale o più	505 (79.9)	655 (81.2)	1.160 (80.6)		
	Dato mancante	15	10	25		

Province ad alta incidenza: Bergamo, Brescia, Cremona, Lodi.

Tabella 4. Sezione famiglia

Variabile	Valore	Femmine	Maschi	Totale	Test p
Figli	Si	507 (79.7)	695 (86.4)	1.202 (83.5)	C 0.0006 *
	No	129 (20.3)	109 (13.6)	238 (16.5)	
	Dato mancante	11	13	24	
Numero di figli	Nessuno	129 (20.8)	109 (13.9)	238 (17.0)	C 0.0002 *
	1	227 (36.6)	278 (35.5)	505 (36.0)	
	2	202 (32.6)	330 (42.2)	532 (37.9)	
	>2	62 (10.0)	65 (8.3)	127 (9.1)	
	Dato mancante	27	35	62	
Nipoti	Si	310 (62.5)	472 (68.6)	782 (66.0)	C 0.0286 *
	No	186 (37.5)	216 (31.4)	402 (34.0)	
	Dato mancante	151	129	280	
Nipoti minorenni	Si	230 (49.4)	371 (56.9)	601 (53.8)	C 0.0126 *
	No	236 (50.6)	281 (43.1)	517 (46.2)	
	Dato mancante	181	165	346	
Numero di nipoti minorenni	Nessuno	236 (50.6)	281 (43.1)	517 (46.2)	C 0.0832
	1	83 (17.8)	138 (21.2)	221 (19.8)	
	2	88 (18.9)	132 (20.2)	220 (19.7)	
	>2	59 (12.7)	101 (15.5)	160 (14.3)	
	Dato mancante	181	165	346	
Cura nipoti minorenni	Si	140 (61.7)	224 (62.2)	364 (62.0)	C 0.8940
	No	87 (38.3)	136 (37.8)	223 (38.0)	
	Dato mancante	3	11	14	
Motivo cura nipoti minorenni	Accompagnamento	53 (37.9)	101 (45.1)	154 (42.3)	C 0.1742
	Altro	87 (62.1)	123 (54.9)	210 (57.7)	
	Dato mancante	-	-	-	
Con chi abita	Da solo (flag)	216 (33.6)	149 (18.5)	365 (25.2)	C <0.0001 *
	Genitori o suoceri (flag)	19 (3.0)	21 (2.6)	40 (2.8)	C 0.6896
	Partner (flag)	347 (54.0)	586 (72.8)	933 (64.4)	C <0.0001 *
	Figli (flag)	130 (20.2)	141 (17.5)	271 (18.7)	C 0.1902
	Fratelli o sorelle (flag)	10 (1.6)	11 (1.4)	21 (1.5)	C 0.7653
	Altri parenti (flag)	9 (1.4)	9 (1.1)	18 (1.2)	C 0.6308
	Coinquilini (flag)	3 (0.5)	2 (0.2)	5 (0.3)	F 0.6606
	Dato mancante	4	12	16	
Ha famigliari non autosufficienti	Si	110 (17.4)	118 (14.8)	228 (15.9)	C 0.1802
	No	523 (82.6)	681 (85.2)	1.204 (84.1)	
	Dato mancante	14	18	32	
Specifica famigliari non autosufficienti	Coniuge (flag)	11 (10.0)	22 (18.6)	33 (14.5)	C 0.0638
	Genitori (flag)	59 (53.6)	60 (50.8)	119 (52.2)	C 0.6736
	Fratelli (flag)	35 (31.8)	33 (28.0)	68 (29.8)	C 0.5252
	Figli (flag)	7 (6.4)	4 (3.4)	11 (4.8)	C 0.2951
	Dato mancante	-	-	-	
Cura famigliari non autosufficienti	Si	65 (59.6)	66 (55.9)	131 (57.7)	C 0.5728
	No	44 (40.4)	52 (44.1)	96 (42.3)	
	Dato mancante	1	-	1	
Famigliare in RSA	Si	38 (6.0)	50 (6.2)	88 (6.1)	C 0.8477
	No	598 (94.0)	754 (93.8)	1.352 (93.9)	
	Dato mancante	11	13	24	
Lutti in famiglia nell'ultimo mese	Si	267 (43.6)	362 (45.9)	629 (44.9)	C 0.3884
	No	345 (56.4)	426 (54.1)	771 (55.1)	
	Dato mancante	35	29	64	

Tabella 5. Sezione aspetti generali

Variabile	Valore	Femmine	Maschi	Totale	Test	p
Soddisfatto del lavoro svolto	Si	570 (91.3)	767 (96.2)	1.337 (94.1)	C	0.0001 *
	No	54 (8.7)	30 (3.8)	84 (5.9)		
	Dato mancante	23	20	43		
Continua ad imparare	Si	510 (80.8)	631 (78.8)	1.141 (79.7)	C	0.3391
	No	121 (19.2)	170 (21.2)	291 (20.3)		
	Dato mancante	16	16	32		
Problemi economici	Si	70 (11.1)	77 (9.6)	147 (10.3)	C	0.3690
	No	562 (88.9)	723 (90.4)	1.285 (89.7)		
	Dato mancante	15	17	32		
Progetti per il futuro	Si	420 (66.7)	529 (65.7)	949 (66.1)	C	0.7052
	No	210 (33.3)	276 (34.3)	486 (33.9)		
	Dato mancante	17	12	29		
Informazione quotidiana	Si	582 (91.8)	756 (94.0)	1.338 (93.0)	C	0.0986
	No	52 (8.2)	48 (6.0)	100 (7.0)		
	Dato mancante	13	13	26		
Fonte notizie	Quotidiani (flag)	332 (57.5)	512 (68.4)	844 (63.7)	C	<0.0001 *
	Settimanali (flag)	73 (12.7)	111 (14.8)	184 (13.9)	C	0.2575
	TV (flag)	505 (87.5)	652 (87.0)	1.157 (87.3)	C	0.7982
	Radio (flag)	172 (29.8)	181 (24.2)	353 (26.6)	C	0.0211 *
	Internet (flag)	343 (59.4)	481 (64.2)	824 (62.1)	C	0.0756
	Altro (flag)	52 (9.0)	50 (6.7)	102 (7.7)	C	0.1134
	Dato mancante	5	7	12		
Fa volonariato	Si	384 (59.7)	582 (71.8)	966 (66.4)	C	<0.0001 *
	No	259 (40.3)	229 (28.2)	488 (33.6)		
	Dato mancante	4	6	10		
Interessi	Si	508 (81.5)	697 (88.5)	1.205 (85.4)	C	0.0003 *
	No	115 (18.5)	91 (11.5)	206 (14.6)		
	Dato mancante	24	29	53		
Soddisfatto della vita	Si	530 (84.5)	723 (90.8)	1.253 (88.1)	C	0.0003 *
	No	97 (15.5)	73 (9.2)	170 (11.9)		
	Dato mancante	20	21	41		
Si sente sereno	Si	496 (78.2)	724 (89.4)	1.220 (84.5)	C	<0.0001 *
	No	138 (21.8)	86 (10.6)	224 (15.5)		
	Dato mancante	13	7	20		
Visione futuro	Positivo	148 (23.5)	229 (28.3)	377 (26.2)	C	0.0022 *
	Migliore di ieri	35 (5.5)	67 (8.3)	102 (7.1)		
	Peggior di ieri	173 (27.4)	227 (28.1)	400 (27.8)		
	Negativo	66 (10.5)	89 (11.0)	155 (10.8)		
	Non ci penso	209 (33.1)	197 (24.4)	406 (28.2)		
	Dato mancante	16	8	24		
Desideri	Medico (flag)	308 (51.6)	456 (61.6)	764 (57.1)	C	0.0002 *
	Psicologo (flag)	70 (11.7)	55 (7.4)	125 (9.3)	C	0.0074 *
	Informazioni (flag)	102 (17.1)	147 (19.9)	249 (18.6)	C	0.1944
	Tempo per me (flag)	215 (36.0)	247 (33.4)	462 (34.6)	C	0.3138
	Aiuto pratico (flag)	140 (23.5)	159 (21.5)	299 (22.4)	C	0.3915
	Aiuto domestio (flag)	102 (17.1)	76 (10.3)	178 (13.3)	C	0.0003 *
	Dato mancante	50	77	127		
Difficoltà compilazione	Si	6 (0.9)	5 (0.6)	11 (0.8)	C	0.7634
	Qualcuna	34 (5.3)	40 (5.0)	74 (5.2)		
	No	598 (93.7)	753 (94.4)	1.351 (94.1)		
	Dato mancante	9	19	28		

Tabella 6. Sezione salute

Variabile	Valore	Femmine	Maschi	Totale	Test p
Memoria indebolita	Si	319 (50.1)	350 (43.2)	669 (46.2)	C 0.0093 *
	No	318 (49.9)	460 (56.8)	778 (53.8)	
	Dato mancante	10	7	17	
Perdita forza fisica	Si	459 (73.4)	501 (62.8)	960 (67.5)	C <0.0001 *
	No	166 (26.6)	297 (37.2)	463 (32.5)	
	Dato mancante	22	19	41	
Malattie croniche	Si	398 (64.1)	532 (66.6)	930 (65.5)	C 0.3269
	No	223 (35.9)	267 (33.4)	490 (34.5)	
	Dato mancante	26	18	44	
Soddisfatto della salute	Si	443 (71.0)	639 (80.3)	1.082 (76.2)	C <0.0001 *
	No	181 (29.0)	157 (19.7)	338 (23.8)	
	Dato mancante	23	21	44	
Disabile	Si	68 (10.8)	86 (10.7)	154 (10.8)	C 0.9659
	No	562 (89.2)	716 (89.3)	1.278 (89.2)	
	Dato mancante	17	15	32	
Grado disabilità	Leggera	32 (49.2)	39 (46.4)	71 (47.7)	C 0.9342
	Media	20 (30.8)	28 (33.3)	48 (32.2)	
	Grave	13 (20.0)	17 (20.2)	30 (20.1)	
	Dato mancante	3	2	5	
Farmaci quotidiani	Si	476 (75.3)	635 (78.7)	1.111 (77.2)	C 0.1304
	No	156 (24.7)	172 (21.3)	328 (22.8)	
	Dato mancante	15	10	25	
Autosufficiente	Si	607 (95.7)	789 (97.9)	1.396 (96.9)	C 0.0186 *
	No	27 (4.3)	17 (2.1)	44 (3.1)	
	Dato mancante	13	11	24	
Da chi è seguito	Badante	19 (86.4)	12 (85.7)	31 (86.1)	F 0.5611
	Parente	3 (13.6)	1 (7.1)	4 (11.1)	
	Entrambi	-	1 (7.1)	1 (2.8)	
	Dato mancante	5	3	8	
Psicofarmaci	Si	107 (16.9)	56 (7.0)	163 (11.4)	C <0.0001 *
	No	525 (83.1)	744 (93.0)	1.269 (88.6)	
	Dato mancante	15	17	32	
Interventi chirurgici (ultimi 5 anni)	Si	113 (17.7)	166 (20.5)	279 (19.3)	C 0.1798
	No	524 (82.3)	642 (79.5)	1.166 (80.7)	
	Dato mancante	10	9	19	
Ospedalizzato (più di 7 giorni nell'ultimo anno)	Si	59 (9.3)	95 (11.8)	154 (10.7)	C 0.1275
	No	573 (90.7)	707 (88.2)	1.280 (89.3)	
	Dato mancante	15	15	30	
Fiducia medici e specialisti	Si	554 (87.7)	741 (92.3)	1.295 (90.2)	C 0.0034 *
	No	78 (12.3)	62 (7.7)	140 (9.8)	
	Dato mancante	15	14	29	
Soddisfatto dei servizi sanitari	Si	124 (19.7)	160 (20.0)	284 (19.8)	C 0.2555
	No	258 (40.9)	358 (44.6)	616 (43.0)	
	Non so	249 (39.5)	284 (35.4)	533 (37.2)	
	Dato mancante	16	15	31	
Soddisfatto dei servizi ATS	Si	98 (15.5)	139 (17.4)	237 (16.5)	C 0.0424 *
	No, insufficienti	277 (43.7)	381 (47.6)	658 (45.9)	
	No, assenti	73 (11.5)	99 (12.4)	172 (12.0)	
	Non so	186 (29.3)	182 (22.7)	368 (25.6)	
	Dato mancante	13	16	29	
Controlli medici regolari	Si	492 (77.1)	642 (79.7)	1.134 (78.5)	C 0.2437
	No	146 (22.9)	164 (20.3)	310 (21.5)	
	Dato mancante	9	11	20	
Vaccino antinfluenzale	Si	275 (43.4)	440 (54.9)	715 (49.8)	C <0.0001 *
	No	359 (56.6)	362 (45.1)	721 (50.2)	
	Dato mancante	13	15	28	

Tabella 7. Sezione tempo libero

Variabile	Valore	Femmine	Maschi	Totale	Test	p
Frequenta centro anziani	Si	89 (14.0)	167 (20.7)	256 (17.8)	C	0.0011 *
	No	545 (86.0)	641 (79.3)	1.186 (82.2)		
	Dato mancante	13	9	22		
Partecipazione eventi culturali	Si	367 (58.3)	502 (62.4)	869 (60.6)	C	0.1142
	No	263 (41.7)	303 (37.6)	566 (39.4)		
	Dato mancante	17	12	29		
Lettura	Si	563 (88.9)	701 (87.4)	1.264 (88.1)	C	0.3728
	No	70 (11.1)	101 (12.6)	171 (11.9)		
	Dato mancante	14	15	29		
Arte	Si	234 (37.0)	246 (30.6)	480 (33.4)	C	0.0105 *
	No	399 (63.0)	559 (69.4)	958 (66.6)		
	Dato mancante	14	12	26		
Soddisfatto servizi sociali	Si	121 (19.1)	207 (25.7)	328 (22.8)	C	0.0001 *
	No	130 (20.5)	201 (24.9)	331 (23.0)		
	Non so	384 (60.5)	398 (49.4)	782 (54.3)		
	Dato mancante	12	11	23		
Viaggi	Si	275 (43.2)	308 (38.3)	583 (40.5)	C	0.0584
	No	361 (56.8)	496 (61.7)	857 (59.5)		
	Dato mancante	11	13	24		

Tabella 8. Sezione benessere fisico

Variabile	Valore	Femmine	Maschi	Totale	Test	p
Attività sportive	Si	254 (40.3)	232 (28.9)	486 (33.9)	C	<0.0001 *
	No	376 (59.7)	571 (71.1)	947 (66.1)		
	Dato mancante	17	14	31		
Camminate	Si	465 (73.1)	643 (80.4)	1.108 (77.2)	C	0.0011 *
	No	171 (26.9)	157 (19.6)	328 (22.8)		
	Dato mancante	11	17	28		
Compagni camminate	Da solo	219 (47.1)	383 (59.6)	602 (54.3)	C	<0.0001 *
	Famigliari	196 (42.2)	226 (35.1)	422 (38.1)		
	Gruppi organizzati	50 (10.8)	34 (5.3)	84 (7.6)		
	Dato mancante	-	-	-		
Frequenza camminate	1 a settimana	143 (32.8)	169 (28.2)	312 (30.1)	C	0.2023
	2-3 a settimana	188 (43.1)	264 (44.0)	452 (43.6)		
	>3 a settimana	105 (24.1)	167 (27.8)	272 (26.3)		
	Dato mancante	29	43	72		
Ballo	Si	62 (9.8)	85 (10.5)	147 (10.2)	C	0.6374
	No	573 (90.2)	723 (89.5)	1.296 (89.8)		
	Dato mancante	12	9	21		
Ginnastica	Si	253 (40.0)	292 (36.5)	545 (38.0)	C	0.1661
	No	379 (60.0)	509 (63.5)	888 (62.0)		
	Dato mancante	15	16	31		
Cura forma fisica	Si	387 (61.1)	499 (62.5)	886 (61.9)	C	0.6107
	No	246 (38.9)	300 (37.5)	546 (38.1)		
	Dato mancante	14	18	32		
Dieta	Si	212 (33.9)	224 (28.1)	436 (30.6)	C	0.0175 *
	No	413 (66.1)	574 (71.9)	987 (69.4)		
	Dato mancante	22	19	41		
Alimentazione sana	Si	554 (87.1)	667 (83.3)	1.221 (85.0)	C	0.0433 *
	No	82 (12.9)	134 (16.7)	216 (15.0)		
	Dato mancante	11	16	27		

Tabella 9. Sezione Covid-19

Variabile	Valore	Femmine	Maschi	Totale	Test	p
Cambio abitudini	Si	343 (54.1)	415 (51.4)	758 (52.6)	C	0.3011
	No	291 (45.9)	393 (48.6)	684 (47.4)		
	Dato mancante	13	9	22		
Benessere psicologico	Molto meglio	2 (0.3)	3 (0.4)	5 (0.3)	C	0.6476
	Meglio	17 (2.7)	27 (3.3)	44 (3.0)		
	Uguale	408 (64.1)	533 (65.8)	941 (65.0)		
	Peggior	195 (30.6)	235 (29.0)	430 (29.7)		
	Molto peggior	15 (2.4)	12 (1.5)	27 (1.9)		
	Dato mancante	10	7	17		
Contatti con positivi Covid-19	Si	129 (20.3)	180 (22.4)	309 (21.5)	C	0.3203
	No	508 (79.7)	623 (77.6)	1.131 (78.5)		
	Dato mancante	10	14	24		
Tipo di contatti	Famigliari conviventi	15 (11.6)	22 (12.2)	37 (12.0)	C	0.8768
	Famigliari non conviventi	40 (31.0)	60 (33.3)	100 (32.4)		
	Esterni alla famiglia	74 (57.4)	98 (54.4)	172 (55.7)		
	Dato mancante	-	-	-		
Sintomi Covid-19	Si	20 (3.1)	37 (4.6)	57 (4.0)	C	0.1604
	No	616 (96.9)	768 (95.4)	1.384 (96.0)		
	Dato mancante	11	12	23		
Ricoverato Covid-19	Si	5 (27.8)	9 (25.7)	14 (26.4)	F	1.0000
	No	13 (72.2)	26 (74.3)	39 (73.6)		
	Dato mancante	2	2	4		
Dimissione domiciliare Covid-19	Si	2 (40.0)	4 (50.0)	6 (46.2)	F	1.0000
	No	3 (60.0)	4 (50.0)	7 (53.8)		
	Dato mancante	-	1	1		
Tampone Covid-19	Si	44 (7.0)	77 (9.6)	121 (8.4)	C	0.0772
	No	586 (93.0)	725 (90.4)	1.311 (91.6)		
	Dato mancante	17	15	32		
Decessi Covid-19 in famiglia	Si	35 (5.6)	44 (5.6)	79 (5.6)	C	0.9791
	No	589 (94.4)	745 (94.4)	1.334 (94.4)		
	Dato mancante	23	28	51		
Decessi Covid-19 famigliari conviventi	Si	4 (0.6)	2 (0.3)	6 (0.4)	F	0.4147
	No	620 (99.4)	787 (99.7)	1.407 (99.6)		
	Dato mancante	23	28	51		
Si è sentito isolato o abbandonato	Si	51 (7.9)	41 (5.1)	92 (6.4)	C	0.0032 *
	A volte	229 (35.6)	243 (30.2)	472 (32.6)		
	No	364 (56.5)	520 (64.7)	884 (61.0)		
	Dato mancante	3	13	16		

Tabella 10. Sezione quarantena

Variabile	Valore	Femmine	Maschi	Totale	Test	p
Umore quarantena	Alleghro (flag)	-	8 (1.1)	8 (0.6)	F	0.0096 *
	Ansioso (flag)	304 (49.7)	327 (44.4)	631 (46.8)	C	0.0519
	Apatico (flag)	37 (6.0)	34 (4.6)	71 (5.3)	C	0.2408
	Arrabbiato (flag)	60 (9.8)	112 (15.2)	172 (12.8)	C	0.0031 *
	Confuso (flag)	105 (17.2)	107 (14.5)	212 (15.7)	C	0.1850
	Euforico (flag)	1 (0.2)	2 (0.3)	3 (0.2)	F	1.0000
	Fiducioso (flag)	126 (20.6)	224 (30.4)	350 (25.9)	C	<0.0001 *
	Impotente (flag)	200 (32.7)	243 (33.0)	443 (32.8)	C	0.9096
	Spaventato (flag)	131 (21.4)	110 (14.9)	241 (17.9)	C	0.0020 *
	Spensierato (flag)	8 (1.3)	19 (2.6)	27 (2.0)	C	0.0971
	Stanco (flag)	78 (12.7)	66 (9.0)	144 (10.7)	C	0.0248 *
	Triste (flag)	124 (20.3)	143 (19.4)	267 (19.8)	C	0.6936
	Dato mancante	35	80	115		
Contatti col medico	Più frequenti	40 (6.5)	63 (8.4)	103 (7.6)	C	0.0277 *
	Uguali	272 (44.4)	353 (47.2)	625 (46.0)		
	Meno frequenti	97 (15.8)	137 (18.3)	234 (17.2)		
	Assenti	203 (33.2)	195 (26.1)	398 (29.3)		
	Dato mancante	35	69	104		
Nuove attività	Si	249 (41.6)	282 (37.6)	531 (39.4)	C	0.1382
	No	350 (58.4)	468 (62.4)	818 (60.6)		
	Dato mancante	48	67	115		
Specifiche nuove attività	Bricolage (flag)	18 (7.3)	30 (10.8)	48 (9.1)	C	0.1644
	Computer (flag)	54 (21.9)	106 (38.1)	160 (30.5)	C	<0.0001 *
	Cucina (flag)	114 (46.2)	75 (27.0)	189 (36.0)	C	<0.0001 *
	Film (flag)	75 (30.4)	90 (32.4)	165 (31.4)	C	0.6205
	Giardinaggio (flag)	68 (27.5)	90 (32.4)	158 (30.1)	C	0.2272
	Libri (flag)	99 (40.1)	116 (41.7)	215 (41.0)	C	0.7019
	Social (flag)	56 (22.7)	67 (24.1)	123 (23.4)	C	0.6997
	Sport (flag)	40 (16.2)	53 (19.1)	93 (17.7)	C	0.3899
	Altro (flag)	53 (21.5)	42 (15.1)	95 (18.1)	C	0.0593
	Dato mancante	2	4	6		
Mancanza maggiore	Vedere famigliari	400 (65.5)	411 (54.4)	811 (59.4)	C	0.0005 *
	Attività sociali	102 (16.7)	180 (23.8)	282 (20.6)		
	Attività fisica	67 (11.0)	98 (13.0)	165 (12.1)		
	Niente	42 (6.9)	66 (8.7)	108 (7.9)		
	Dato mancante	36	62	98		
Servizio mancato maggiormente	Uffici comunali	39 (6.4)	78 (10.5)	117 (8.7)	C	<0.0001 *
	Patronato	60 (9.9)	117 (15.8)	177 (13.1)		
	Centro anziani	27 (4.4)	51 (6.9)	78 (5.8)		
	Niente	481 (79.2)	494 (66.8)	975 (72.4)		
	Dato mancante	40	77	117		

LE ANALISI STRATIFICATE PER RESIDENZA

Contenuto del report:

- Tabella 1. Numero di questionari ricevuti
- Tabella 2. Distribuzione dei questionari ricevuti per regione, provincia e tipo di compilazione
- Tabella 3. Sezione anagrafica
- Tabella 4. Sezione famiglia
- Tabella 5. Sezione aspetti generali
- Tabella 6. Sezione salute
- Tabella 7. Sezione tempo libero
- Tabella 8. Sezione benessere fisico
- Tabella 9. Sezione Covid-19
- Tabella 10. Sezione quarantena

Tabella 1. Numero di questionari ricevuti

Questionari	N
Ricevuti	1.539
Senza consenso	24
Validi	1.515
Validi elettronici	906
Validi cartacei	609
Validi dei residenti in Lombardia con Comune noto	1.398

Tabella 2. Distribuzione dei questionari ricevuti per regione e tipo di compilazione

Variabile	Valore	Cartacei	Elettronici	Totale
Totale		609	906	1.515
Regione	Piemonte	1 (0.2)	3 (0.3)	4 (0.3)
	Valle d'Aosta	-	-	-
	Lombardia	605 (99.7)	875 (97.4)	1.480 (98.3)
	Trentino Alto Adige	-	-	-
	Veneto	1 (0.2)	2 (0.2)	3 (0.2)
	Friuli Venezia Giulia	-	2 (0.2)	2 (0.1)
	Liguria	-	-	-
	Emilia Romagna	-	4 (0.4)	4 (0.3)
	Toscana	-	4 (0.4)	4 (0.3)
	Umbria	-	-	-
	Marche	-	-	-
	Lazio	-	3 (0.3)	3 (0.2)
	Abruzzo	-	1 (0.1)	1 (0.1)
	Molise	-	-	-
	Campania	-	2 (0.2)	2 (0.1)
	Puglia	-	1 (0.1)	1 (0.1)
	Basilicata	-	-	-
	Calabria	-	-	-
	Sicilia	-	1 (0.1)	1 (0.1)
	Sardegna	-	-	-
	Dato mancante	2	8	10

Tabella 3. Sezione anagrafica

Variabile	Valore	Capoluogo	Altro	Totale	Test	p
Totale		312	1.086	1.398		
Sesso	Femmine	150 (48.2)	459 (42.8)	609 (44.0)	C	0.0904
	Maschi	161 (51.8)	613 (57.2)	774 (56.0)		
	Dato mancante	1	14	15		
Età	mediana (q1 - q3)	70,0 (67,0 - 74,0)	69,0 (66,0 - 73,0)	70,0 (66,0 - 74,0)	W	0.1412
	Dato mancante	21	40	61		
Classe di età	<65	22 (7.6)	97 (9.3)	119 (8.9)	C	0.7567
	65-69	115 (39.5)	428 (40.9)	543 (40.6)		
	70-74	87 (29.9)	304 (29.1)	391 (29.2)		
	75-79	43 (14.8)	130 (12.4)	173 (12.9)		
	80+	24 (8.2)	87 (8.3)	111 (8.3)		
	Dato mancante	21	40	61		
Provincia ad alta incidenza	Si	84 (26.9)	283 (26.1)	367 (26.3)	C	0.7598
	No	228 (73.1)	803 (73.9)	1.031 (73.7)		
	Dato mancante	-	-	-		
Titolo di studio	Elementare	37 (12.1)	166 (15.6)	203 (14.8)	C	<0.0001 *
	Media	94 (30.7)	447 (42.0)	541 (39.5)		
	Diploma	129 (42.2)	392 (36.8)	521 (38.0)		
	Laurea	46 (15.0)	60 (5.6)	106 (7.7)		
	Dato mancante	6	21	27		
Occupazione precedente	Libero professionista	16 (5.5)	53 (5.1)	69 (5.2)	C	0.8396
	Dipendente	251 (86.0)	886 (85.3)	1.137 (85.4)		
	Casalinga/o	25 (8.6)	100 (9.6)	125 (9.4)		
	Dato mancante	20	47	67		
Tipo di abitazione	Monolocale	8 (2.6)	25 (2.3)	33 (2.4)	C	0.0992
	Bilocale	64 (20.9)	169 (15.8)	233 (16.9)		
	Trilocale o più	234 (76.5)	876 (81.9)	1.110 (80.7)		
	Dato mancante	6	16	22		

Province ad alta incidenza: Bergamo, Brescia, Cremona, Lodi.

Tabella 4. Sezione famiglia

Variabile	Valore	Capoluogo	Altro	Totale	Test	p
Figli	Si	232 (77.1)	917 (85.5)	1.149 (83.6)	C	0.0005 *
	No	69 (22.9)	156 (14.5)	225 (16.4)		
	Dato mancante	11	13	24		
Numero di figli	Nessuno	69 (23.4)	156 (14.9)	225 (16.8)	C	0.0015 *
	1	110 (37.3)	373 (35.7)	483 (36.0)		
	2	91 (30.8)	420 (40.2)	511 (38.1)		
	>2	25 (8.5)	96 (9.2)	121 (9.0)		
	Dato mancante	17	41	58		
Nipoti	Si	143 (62.2)	601 (66.9)	744 (65.9)	C	0.1817
	No	87 (37.8)	298 (33.1)	385 (34.1)		
	Dato mancante	82	187	269		
Nipoti minorenni	Si	104 (47.3)	466 (55.1)	570 (53.5)	C	0.0370 *
	No	116 (52.7)	379 (44.9)	495 (46.5)		
	Dato mancante	92	241	333		
Numero di nipoti minorenni	Nessuno	116 (52.7)	379 (44.9)	495 (46.5)	C	0.0342 *
	1	41 (18.6)	172 (20.4)	213 (20.0)		
	2	44 (20.0)	162 (19.2)	206 (19.3)		
	>2	19 (8.6)	132 (15.6)	151 (14.2)		
	Dato mancante	92	241	333		
Cura nipoti minorenni	Si	61 (63.5)	291 (63.0)	352 (63.1)	C	0.9184
	No	35 (36.5)	171 (37.0)	206 (36.9)		
	Dato mancante	8	4	12		
Motivo cura nipoti minorenni	Accompagnamento	29 (47.5)	120 (41.2)	149 (42.3)	C	0.3649
	Altro	32 (52.5)	171 (58.8)	203 (57.7)		
	Dato mancante	-	-	-		
Con chi abita	Da solo (flag)	89 (29.0)	254 (23.7)	343 (24.9)	C	0.0584
	Genitori o suoceri (flag)	9 (2.9)	31 (2.9)	40 (2.9)	C	0.9708
	Partner (flag)	196 (63.8)	701 (65.4)	897 (65.0)	C	0.6160
	Figli (flag)	39 (12.7)	216 (20.1)	255 (18.5)	C	0.0030 *
	Fratelli o sorelle (flag)	-	21 (2.0)	21 (1.5)	C	0.0135 *
	Altri parenti (flag)	2 (0.7)	13 (1.2)	15 (1.1)	F	0.5431
	Coinquilini (flag)	2 (0.7)	2 (0.2)	4 (0.3)	F	0.2163
	Dato mancante	5	14	19		
Ha famigliari non autosufficienti	Si	50 (16.5)	166 (15.6)	216 (15.8)	C	0.7047
	No	253 (83.5)	898 (84.4)	1.151 (84.2)		
	Dato mancante	9	22	31		
Specifica famigliari non autosufficienti	Coniuge (flag)	12 (24.0)	23 (13.9)	35 (16.2)	C	0.0879
	Genitori (flag)	20 (40.0)	91 (54.8)	111 (51.4)	C	0.0661
	Fratelli (flag)	17 (34.0)	44 (26.5)	61 (28.2)	C	0.3021
	Figli (flag)	2 (4.0)	9 (5.4)	11 (5.1)	F	1.0000
	Dato mancante	-	-	-		
Cura famigliari non autosufficienti	Si	29 (58.0)	98 (59.4)	127 (59.1)	C	0.8606
	No	21 (42.0)	67 (40.6)	88 (40.9)		
	Dato mancante	-	1	1		
Famigliare in RSA	Si	20 (6.6)	62 (5.8)	82 (6.0)	C	0.6223
	No	285 (93.4)	1.007 (94.2)	1.292 (94.0)		
	Dato mancante	7	17	24		
Lutti in famiglia nell'ultimo mese	Si	139 (47.0)	461 (44.2)	600 (44.8)	C	0.3921
	No	157 (53.0)	583 (55.8)	740 (55.2)		
	Dato mancante	16	42	58		

Tabella 5. Sezione aspetti generali

Variabile	Valore	Capoluogo	Altro	Totale	Test	p
Soddisfatto del lavoro svolto	Si	285 (93.8)	995 (94.1)	1.280 (94.0)	C	0.8029
	No	19 (6.3)	62 (5.9)	81 (6.0)		
	Dato mancante	8	29	37		
Continua ad imparare	Si	257 (85.1)	830 (77.9)	1.087 (79.5)	C	0.0065 *
	No	45 (14.9)	235 (22.1)	280 (20.5)		
	Dato mancante	10	21	31		
Problemi economici	Si	26 (8.8)	110 (10.3)	136 (9.9)	C	0.4521
	No	270 (91.2)	962 (89.7)	1.232 (90.1)		
	Dato mancante	16	14	30		
Progetti per il futuro	Si	212 (69.3)	694 (65.2)	906 (66.1)	C	0.1800
	No	94 (30.7)	371 (34.8)	465 (33.9)		
	Dato mancante	6	21	27		
Informazione quotidiana	Si	296 (96.7)	984 (92.2)	1.280 (93.2)	C	0.0056 *
	No	10 (3.3)	83 (7.8)	93 (6.8)		
	Dato mancante	6	19	25		
Fonte notizie	Quotidiani (flag)	200 (68.0)	606 (62.2)	806 (63.5)	C	0.0667
	Settimanali (flag)	41 (13.9)	130 (13.3)	171 (13.5)	C	0.7876
	TV (flag)	261 (88.8)	849 (87.1)	1.110 (87.5)	C	0.4406
	Radio (flag)	103 (35.0)	229 (23.5)	332 (26.2)	C	<0.0001 *
	Internet (flag)	210 (71.4)	576 (59.1)	786 (61.9)	C	0.0001 *
	Altro (flag)	23 (7.8)	72 (7.4)	95 (7.5)	C	0.8023
	Dato mancante	2	9	11		
Fa volentieri	Si	222 (71.6)	704 (65.2)	926 (66.7)	C	0.0361 *
	No	88 (28.4)	375 (34.8)	463 (33.3)		
	Dato mancante	2	7	9		
Interessi	Si	268 (89.6)	886 (84.1)	1.154 (85.4)	C	0.0178 *
	No	31 (10.4)	167 (15.9)	198 (14.6)		
	Dato mancante	13	33	46		
Soddisfatto della vita	Si	266 (88.1)	934 (88.4)	1.200 (88.4)	C	0.8606
	No	36 (11.9)	122 (11.6)	158 (11.6)		
	Dato mancante	10	30	40		
Si sente sereno	Si	254 (82.7)	912 (85.1)	1.166 (84.6)	C	0.3175
	No	53 (17.3)	160 (14.9)	213 (15.4)		
	Dato mancante	5	14	19		
Visione futuro	Positivo	83 (27.3)	273 (25.6)	356 (25.9)	C	0.0731
	Migliore di ieri	30 (9.9)	66 (6.2)	96 (7.0)		
	Peggior di ieri	86 (28.3)	294 (27.5)	380 (27.7)		
	Negativo	24 (7.9)	125 (11.7)	149 (10.9)		
	Non ci penso	81 (26.6)	310 (29.0)	391 (28.5)		
	Dato mancante	8	18	26		
Desideri	Medico (flag)	171 (59.4)	557 (56.4)	728 (57.1)	C	0.3749
	Psicologo (flag)	37 (12.8)	82 (8.3)	119 (9.3)	C	0.0198 *
	Informazioni (flag)	54 (18.8)	183 (18.5)	237 (18.6)	C	0.9361
	Tempo per me (flag)	96 (33.3)	351 (35.6)	447 (35.1)	C	0.4855
	Aiuto pratico (flag)	55 (19.1)	232 (23.5)	287 (22.5)	C	0.1150
	Aiuto domestico (flag)	39 (13.5)	137 (13.9)	176 (13.8)	C	0.8834
	Dato mancante	24	99	123		
Difficoltà compilazione	Si	1 (0.3)	10 (0.9)	11 (0.8)	C	0.5585
	Qualcuna	16 (5.3)	52 (4.9)	68 (5.0)		
	No	287 (94.4)	1.004 (94.2)	1.291 (94.2)		
	Dato mancante	8	20	28		

Tabella 6. Sezione salute

Variabile	Valore	Capoluogo	Altro	Totale	Test	p
Memoria indebolita	Si	142 (46.3)	492 (45.7)	634 (45.8)	C	0.8593
	No	165 (53.7)	585 (54.3)	750 (54.2)		
	Dato mancante	5	9	14		
Perdita forza fisica	Si	192 (63.6)	717 (67.7)	909 (66.8)	C	0.1789
	No	110 (36.4)	342 (32.3)	452 (33.2)		
	Dato mancante	10	27	37		
Malattie croniche	Si	192 (64.4)	698 (65.7)	890 (65.4)	C	0.6924
	No	106 (35.6)	365 (34.3)	471 (34.6)		
	Dato mancante	14	23	37		
Soddisfatto della salute	Si	222 (74.2)	805 (76.2)	1.027 (75.8)	C	0.4796
	No	77 (25.8)	251 (23.8)	328 (24.2)		
	Dato mancante	13	30	43		
Disabile	Si	24 (7.9)	120 (11.3)	144 (10.5)	C	0.0948
	No	279 (92.1)	946 (88.7)	1.225 (89.5)		
	Dato mancante	9	20	29		
Grado disabilità	Leggera	10 (43.5)	57 (49.1)	67 (48.2)	C	0.1501
	Media	11 (47.8)	34 (29.3)	45 (32.4)		
	Grave	2 (8.7)	25 (21.6)	27 (19.4)		
	Dato mancante	1	4	5		
Farmaci quotidiani	Si	228 (74.8)	825 (77.0)	1.053 (76.5)	C	0.4079
	No	77 (25.2)	246 (23.0)	323 (23.5)		
	Dato mancante	7	15	22		
Autosufficiente	Si	301 (98.0)	1.039 (97.0)	1.340 (97.2)	C	0.3296
	No	6 (2.0)	32 (3.0)	38 (2.8)		
	Dato mancante	5	15	20		
Da chi è seguito	Badante	3 (75.0)	23 (85.2)	26 (83.9)	F	0.5329
	Parente	1 (25.0)	3 (11.1)	4 (12.9)		
	Entrambi	-	1 (3.7)	1 (3.2)		
	Dato mancante	2	5	7		
Psicofarmaci	Si	28 (9.2)	126 (11.8)	154 (11.2)	C	0.1922
	No	278 (90.8)	940 (88.2)	1.218 (88.8)		
	Dato mancante	6	20	26		
Interventi chirurgici (ultimi 5 anni)	Si	54 (17.6)	213 (19.9)	267 (19.4)	C	0.3691
	No	253 (82.4)	858 (80.1)	1.111 (80.6)		
	Dato mancante	5	15	20		
Ospedalizzato (più di 7 giorni nell'ultimo anno)	Si	21 (6.8)	127 (12.0)	148 (10.8)	C	0.0105 *
	No	287 (93.2)	935 (88.0)	1.222 (89.2)		
	Dato mancante	4	24	28		
Fiducia medici e specialisti	Si	278 (91.1)	956 (89.6)	1.234 (89.9)	C	0.4272
	No	27 (8.9)	111 (10.4)	138 (10.1)		
	Dato mancante	7	19	26		
Soddisfatto dei servizi sanitari	Si	42 (13.7)	233 (21.9)	275 (20.1)	C	0.0060 *
	No	145 (47.2)	444 (41.8)	589 (43.0)		
	Non so	120 (39.1)	385 (36.3)	505 (36.9)		
	Dato mancante	5	24	29		
Soddisfatto dei servizi ATS	Si	38 (12.4)	183 (17.2)	221 (16.1)	C	0.0468 *
	No, insufficienti	134 (43.8)	499 (46.9)	633 (46.2)		
	No, assenti	40 (13.1)	121 (11.4)	161 (11.8)		
	Non so	94 (30.7)	261 (24.5)	355 (25.9)		
	Dato mancante	6	22	28		
Controlli medici regolari	Si	244 (79.5)	843 (78.5)	1.087 (78.7)	C	0.7094
	No	63 (20.5)	231 (21.5)	294 (21.3)		
	Dato mancante	5	12	17		
Vaccino antinfluenzale	Si	147 (48.4)	543 (50.8)	690 (50.3)	C	0.4528
	No	157 (51.6)	526 (49.2)	683 (49.7)		
	Dato mancante	8	17	25		

Tabella 7. Sezione tempo libero

Variabile	Valore	Capoluogo	Altro	Totale	Test	p
Frequenta centro anziani	Si	49 (16.0)	197 (18.4)	246 (17.9)	C	0.3232
	No	258 (84.0)	873 (81.6)	1.131 (82.1)		
	Dato mancante	5	16	21		
Partecipazione eventi culturali	Si	202 (66.9)	629 (58.9)	831 (60.7)	C	0.0121 *
	No	100 (33.1)	439 (41.1)	539 (39.3)		
	Dato mancante	10	18	28		
Lettura	Si	274 (89.3)	937 (88.1)	1.211 (88.3)	C	0.5683
	No	33 (10.7)	127 (11.9)	160 (11.7)		
	Dato mancante	5	22	27		
Arte	Si	123 (40.3)	336 (31.4)	459 (33.4)	C	0.0037 *
	No	182 (59.7)	733 (68.6)	915 (66.6)		
	Dato mancante	7	17	24		
Soddisfatto servizi sociali	Si	49 (16.0)	268 (25.1)	317 (23.1)	C	0.0018 *
	No	69 (22.5)	244 (22.9)	313 (22.8)		
	Non so	189 (61.6)	555 (52.0)	744 (54.1)		
	Dato mancante	5	19	24		
Viaggi	Si	120 (39.1)	437 (41.0)	557 (40.6)	C	0.5489
	No	187 (60.9)	629 (59.0)	816 (59.4)		
	Dato mancante	5	20	25		

Tabella 8. Sezione benessere fisico

Variabile	Valore	Capoluogo	Altro	Totale	Test	p
Attività sportive	Si	125 (40.8)	342 (32.1)	467 (34.1)	C	0.0046 *
	No	181 (59.2)	722 (67.9)	903 (65.9)		
	Dato mancante	6	22	28		
Camminate	Si	244 (79.2)	811 (76.3)	1.055 (77.0)	C	0.2828
	No	64 (20.8)	252 (23.7)	316 (23.0)		
	Dato mancante	4	23	27		
Compagni camminate	Da solo	135 (55.3)	444 (54.7)	579 (54.9)	C	0.9530
	Famigliari	90 (36.9)	307 (37.9)	397 (37.6)		
	Gruppi organizzati	19 (7.8)	60 (7.4)	79 (7.5)		
	Dato mancante	-	-	-		
Frequenza camminate	1 a settimana	66 (27.7)	230 (30.7)	296 (30.0)	C	0.2796
	2-3 a settimana	100 (42.0)	331 (44.2)	431 (43.7)		
	>3 a settimana	72 (30.3)	188 (25.1)	260 (26.3)		
	Dato mancante	6	62	68		
Ballo	Si	16 (5.2)	126 (11.8)	142 (10.3)	C	0.0008 *
	No	293 (94.8)	943 (88.2)	1.236 (89.7)		
	Dato mancante	3	17	20		
Ginnastica	Si	134 (43.5)	388 (36.4)	522 (38.0)	C	0.0229 *
	No	174 (56.5)	679 (63.6)	853 (62.0)		
	Dato mancante	4	19	23		
Cura forma fisica	Si	198 (64.9)	646 (60.8)	844 (61.7)	C	0.1953
	No	107 (35.1)	416 (39.2)	523 (38.3)		
	Dato mancante	7	24	31		
Dieta	Si	108 (35.8)	307 (28.9)	415 (30.4)	C	0.0229 *
	No	194 (64.2)	754 (71.1)	948 (69.6)		
	Dato mancante	10	25	35		
Alimentazione sana	Si	258 (83.8)	900 (84.7)	1.158 (84.5)	C	0.6756
	No	50 (16.2)	162 (15.3)	212 (15.5)		
	Dato mancante	4	24	28		

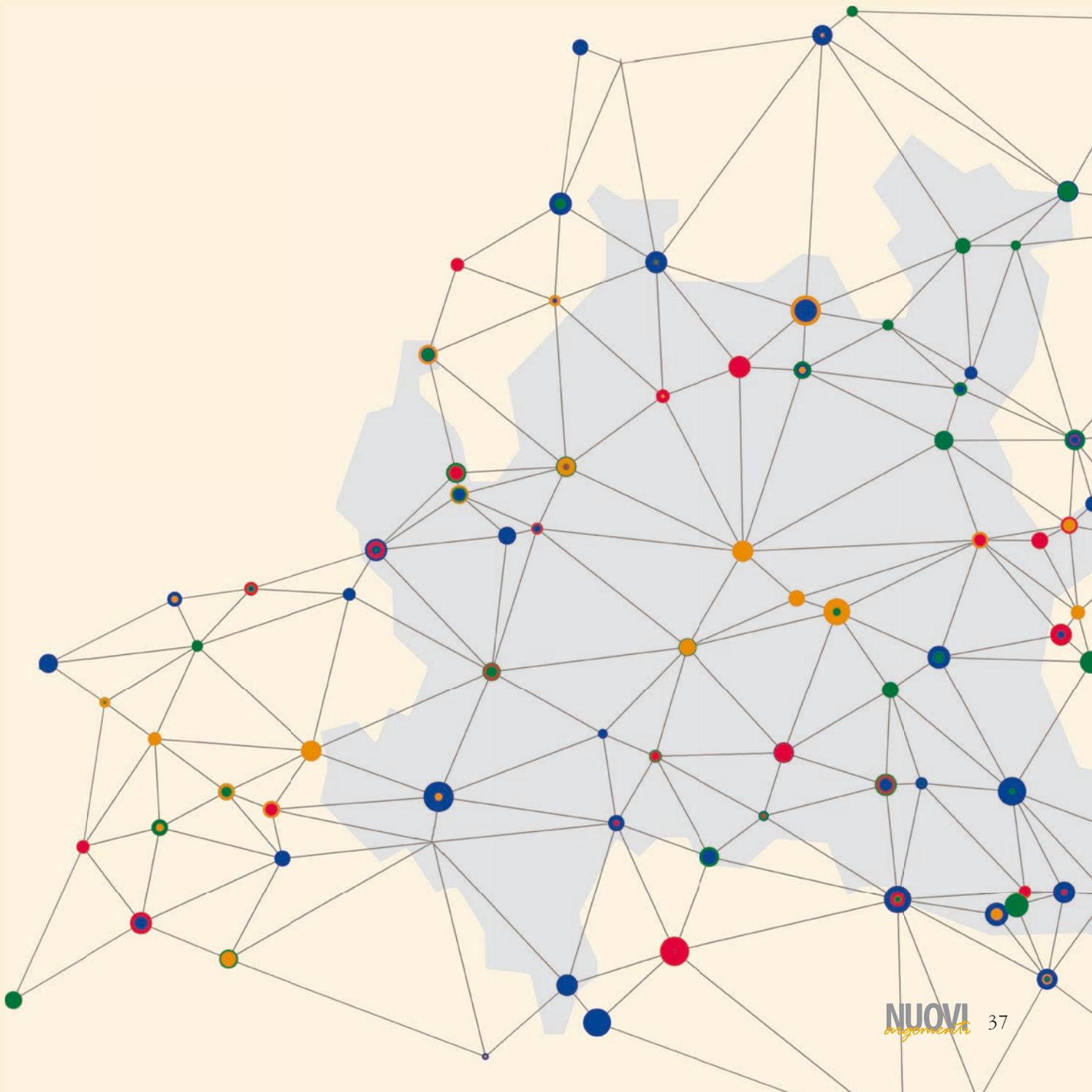
Tabella 9. Sezione Covid-19

Variabile	Valore	Capoluogo	Altro	Totale	Test	p
Cambio abitudini	Si	164 (53.4)	558 (52.0)	722 (52.3)	C	0.6613
	No	143 (46.6)	515 (48.0)	658 (47.7)		
	Dato mancante	5	13	18		
Benessere psicologico	Molto meglio	1 (0.3)	4 (0.4)	5 (0.4)	C	0.0243 *
	Meglio	14 (4.5)	28 (2.6)	42 (3.0)		
	Uguale	182 (58.9)	711 (66.4)	893 (64.8)		
	Peggior	109 (35.3)	302 (28.2)	411 (29.8)		
	Molto peggior	3 (1.0)	25 (2.3)	28 (2.0)		
Dato mancante	3	16	19			
Contatti con positivi Covid-19	Si	76 (24.7)	217 (20.4)	293 (21.3)	C	0.1048
	No	232 (75.3)	848 (79.6)	1.080 (78.7)		
	Dato mancante	4	21	25		
Tipo di contatti	Famigliari conviventi	16 (21.1)	18 (8.3)	34 (11.6)	C	0.0037 *
	Famigliari non conviventi	16 (21.1)	75 (34.6)	91 (31.1)		
	Esterni alla famiglia	44 (57.9)	124 (57.1)	168 (57.3)		
	Dato mancante	-	-	-		
Sintomi Covid-19	Si	19 (6.2)	36 (3.4)	55 (4.0)	C	0.0267 *
	No	289 (93.8)	1.034 (96.6)	1.323 (96.0)		
	Dato mancante	4	16	20		
Ricoverato Covid-19	Si	1 (5.3)	11 (36.7)	12 (24.5)	F	0.0167 *
	No	18 (94.7)	19 (63.3)	37 (75.5)		
	Dato mancante	-	6	6		
Dimissione domiciliare Covid-19	Si	-	6 (60.0)	6 (54.5)	F	0.4545
	No	1 (100.0)	4 (40.0)	5 (45.5)		
	Dato mancante	-	1	1		
Tampone Covid-19	Si	24 (7.9)	92 (8.6)	116 (8.5)	C	0.6908
	No	280 (92.1)	976 (91.4)	1.256 (91.5)		
	Dato mancante	8	18	26		
Decessi Covid-19 in famiglia	Si	16 (5.4)	61 (5.8)	77 (5.7)	C	0.7631
	No	283 (94.6)	989 (94.2)	1.272 (94.3)		
	Dato mancante	13	36	49		
Decessi Covid-19 famigliari conviventi	Si	1 (0.3)	5 (0.5)	6 (0.4)	F	1.0000
	No	298 (99.7)	1.045 (99.5)	1.343 (99.6)		
	Dato mancante	13	36	49		
Si è sentito isolato o abbandonato	Si	22 (7.2)	65 (6.0)	87 (6.3)	C	0.7162
	A volte	101 (32.9)	345 (32.1)	446 (32.3)		
	No	184 (59.9)	665 (61.9)	849 (61.4)		
	Dato mancante	5	11	16		

Tabella 10. Sezione quarantena

Variabile	Valore	Capoluogo	Altro	Totale	Test	p
Umore quarantena	Allegro (flag)	1 (0.3)	7 (0.7)	8 (0.6)	F	0.6901
	Ansioso (flag)	144 (48.6)	460 (46.6)	604 (47.1)	C	0.5369
	Apatico (flag)	26 (8.8)	44 (4.5)	70 (5.5)	C	0.0041 *
	Arrabbiato (flag)	41 (13.9)	127 (12.9)	168 (13.1)	C	0.6598
	Confuso (flag)	51 (17.2)	151 (15.3)	202 (15.7)	C	0.4237
	Euforico (flag)	1 (0.3)	2 (0.2)	3 (0.2)	F	0.5450
	Fiducioso (flag)	82 (27.7)	253 (25.6)	335 (26.1)	C	0.4771
	Impotente (flag)	94 (31.8)	321 (32.5)	415 (32.3)	C	0.8048
	Spaventato (flag)	63 (21.3)	168 (17.0)	231 (18.0)	C	0.0941
	Spensierato (flag)	6 (2.0)	20 (2.0)	26 (2.0)	C	0.9994
	Stanco (flag)	36 (12.2)	99 (10.0)	135 (10.5)	C	0.2945
	Triste (flag)	61 (20.6)	193 (19.6)	254 (19.8)	C	0.6898
		Dato mancante	16	99	115	
Contatti col medico	Più frequenti	32 (10.8)	64 (6.4)	96 (7.4)	C	0.0161 *
	Uguali	121 (41.0)	473 (47.3)	594 (45.8)		
	Meno frequenti	45 (15.3)	178 (17.8)	223 (17.2)		
	Assenti	97 (32.9)	286 (28.6)	383 (29.6)		
		Dato mancante	17	85	102	
Nuove attività	Si	115 (39.8)	384 (38.6)	499 (38.8)	C	0.7038
	No	174 (60.2)	612 (61.4)	786 (61.2)		
		Dato mancante	23	90	113	
Specifica nuove attività	Bricolage (flag)	9 (7.9)	35 (9.2)	44 (8.9)	C	0.6599
	Computer (flag)	37 (32.5)	112 (29.6)	149 (30.2)	C	0.5538
	Cucina (flag)	39 (34.2)	132 (34.8)	171 (34.7)	C	0.9033
	Film (flag)	44 (38.6)	108 (28.5)	152 (30.8)	C	0.0406 *
	Giardinaggio (flag)	23 (20.2)	127 (33.5)	150 (30.4)	C	0.0067 *
	Libri (flag)	43 (37.7)	161 (42.5)	204 (41.4)	C	0.3655
	Social (flag)	24 (21.1)	91 (24.0)	115 (23.3)	C	0.5126
	Sport (flag)	21 (18.4)	63 (16.6)	84 (17.0)	C	0.6543
	Altro (flag)	28 (24.6)	63 (16.6)	91 (18.5)	C	0.0554
		Dato mancante	1	5	6	
Mancanza maggiore	Vedere famigliari	173 (58.1)	591 (58.7)	764 (58.5)	C	0.5382
	Attività sociali	69 (23.2)	203 (20.2)	272 (20.8)		
	Attività fisica	36 (12.1)	125 (12.4)	161 (12.3)		
	Niente	20 (6.7)	88 (8.7)	108 (8.3)		
		Dato mancante	14	79	93	
Servizio mancato maggiormente	Uffici comunali	26 (8.9)	87 (8.8)	113 (8.8)	C	0.2129
	Patronato	31 (10.6)	132 (13.3)	163 (12.7)		
	Centro anziani	11 (3.8)	62 (6.2)	73 (5.7)		
	Niente	224 (76.7)	712 (71.7)	936 (72.8)		
		Dato mancante	20	93	113	

TESTIMONIANZE DAL TERRITORIO



PIÙ ATTENZIONE AI SERVIZI SUL TERRITORIO

Mario Belotti *Spi Bergamo*

Parlando dell'impatto sul nostro territorio della pandemia da Sars Cov 2 e di quanto avvenuto all'interno delle Rsa – che in provincia di Bergamo hanno pagato un tributo molto alto in termini di vite umane – la mia impressione è che da febbraio tutte le strutture, non solo quelle residenziali, si siano trovate abbandonate. Nessuno era preparato a dare risposte concrete ma ciò che più è pesato è stato l'essere da soli a fronteggiare la situazione: “ci siamo trovati a dover decidere in prima persona senza il sostegno delle istituzioni su tutti i problemi che nascevano all'interno di queste realtà.”

I lavoratori, in prima battuta, e i parenti – messi nella condizione di non avere più notizie dei loro cari – sono le persone che più hanno sofferto e che hanno dovuto sobbarcarsi sulle spalle le conseguenze dell'impatto del Covid-19.

Non credo valga la pena rivedere quello che è successo: è sotto gli occhi di tutti la gravità di ciò che Bergamo, insieme a Brescia, ha vissuto nella tragica primavera.

Credo invece valga la pena cominciare a ragionare, come si è appena detto anche negli interventi tecnici, sulla possibilità di un futuro migliore sebbene oggi si sia di nuovo in presenza di una recrudescenza della pandemia. Il Dpcm che verrà adottato domani, ci farà ripiombare in un



lockdown cosiddetto locale, ci spiegano che la Lombardia è una zona rossa e che dovremo sottostare a regole che vanno rispettate sicuramente, ma che, secondo me, andavano pensate in modo più confacente alle varie realtà delle province lombarde.

Bisogna pensare a una *riabilitazione* delle strutture protette, non solo delle Rsa. Riabilitarle cioè nei confronti dell'opinione pubblica e

ridare a queste strutture il riconoscimento del lavoro di cura che svolgono sul territorio.

Sostengo questo perché ciò che è stato scritto a fiumi sulla stampa e diffuso dai media nei mesi scorsi, ha fatto, per un certo verso, piombare queste strutture in una sorta di inferno. Uso una parola forte perché chi ha gestito e sta gestendo queste strutture è passato dall'essere carceriere a essere eroe e viceversa.

È stata per loro dura affrontare da soli questa esperienza. Pur sapendo che le istituzioni, le Ats e le altre strutture territoriali, erano anch'esse in difficoltà ci si aspettava da loro un coordinamento e un aiuto che sono mancati.

Le Rsa hanno dovuto sobbarcarsi interamente la questione del mantenimento di un servizio dignitoso all'interno di queste strutture anche con forti criticità economiche da affrontare.

È notizia di oggi, sui quotidiani locali, che Regione Lombardia ha deciso di dare un ri-

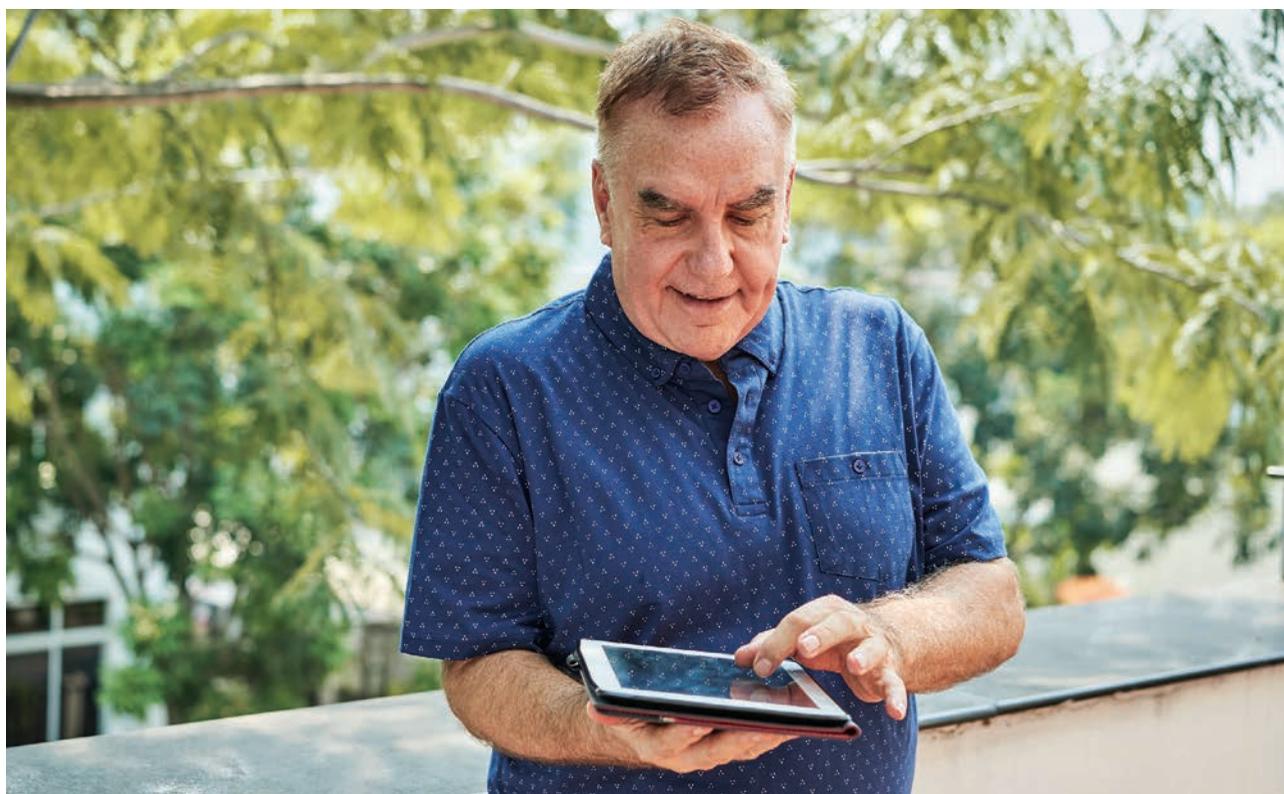
storo a queste strutture in continua sofferenza. Credo vada rivista la *mission* delle Rsa e un riposizionamento più concreto del welfare di queste realtà all'interno di una rete che pensi più alla prossimità e che dialoghi costantemente col territorio per affrontare le problematiche presenti. Mi riferisco a una medicina del territorio che dovrebbe vedere come ultima spiaggia le strutture residenziali e che dialoga e costruisce rete per rispondere ai bisogni dei cittadini con un'età superiore ai 65 anni. Penso alla solitudine, alla difficoltà di reperire dei pasti, alle difficoltà per i farmaci, alle liste di attesa che sono state congelate per i controlli specialistici negli ospedali che, per ovvi motivi, danno risposte soprattutto al Covid "dimenticandosi", non per colpa loro, di quelle patologie presenti sul territorio che producono più o meno gli stessi effetti della pandemia del Covid.

Credo sia necessario pensare a una burocrazia che non sia soffocante per queste strutture e che eviti di produrre solo una "dispersione" di tempo. Dispersione che incide pesantemente sulla qualità dei servizi erogati all'interno delle Rsa a favore degli ospiti, in particolare delle famiglie che si dovranno adeguare a questo nuovo *lockdown*, rivedendo di nuovo i loro piani per re-

stare costantemente in contatto con i loro cari. Per mantenere il contatto con le famiglie, lo stanno facendo a proprie spese le strutture senza nessun contributo degli enti sovrastrutturali e comprensoriali, va implementato l'acquisto di tablet, telefoni, smartphone per l'uso di whatsapp, skype o quant'altro.

La ricerca ha fatto emergere lo stress psicosociale: la solitudine, il non poter dialogare con altri anziani, fare sport all'aperto, frequentare le famiglie, soprattutto i nipoti che si sono sentiti "abbandonati" dai nonni e i nonni che si sono sentiti "abbandonati" dai loro nipoti. Tra le famiglie si è in parte provveduto a questo disagio mettendo in atto quel collegamento tecnologico che ormai sui social la fa da padrone.

Non vorrei aggiungere altro, ma vorrei solo che prendessimo visione di questa difficoltà e contribuissimo a mantenere alta la guardia su quello che danno i servizi alla terza età nei territori. Ho parlato pensando alla mia provincia, Bergamo, ma vale per tutta la Lombardia. È necessario che ogni ente, ogni istituzione si prenda carico, per quanto di sua competenza, di una fetta di questa grande riforma volta a rivedere e riposizionare le Rsa in un welfare reale e non effimero, e che dia garanzie ai ricoverati. ■



UN NUMERO UNICO PER SUPPLIRE AL CONTATTO UMANO

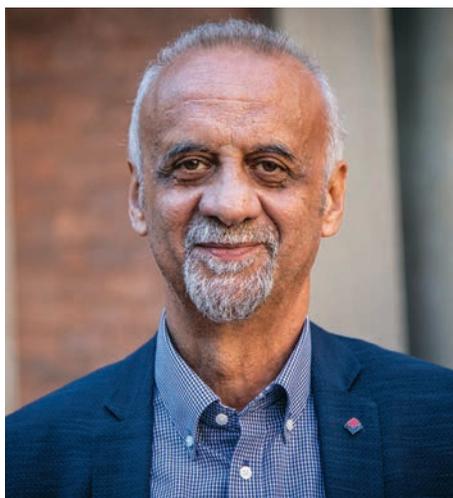
Michele Lomonaco *Segreteria Spi Milano*

Parto dalla sperimentazione del numero unico telefonico, che Cgil Milano ha attivato per tutta la fase uno di Covid-19, per introdurre la nostra esperienza rispetto all'impatto che il virus, e la chiusura che ne è conseguita, ha avuto riguardo alla popolazione anziana di una città di grandi dimensioni come Milano.

Il numero unico è nato col duplice intento di rendere agibile una serie di servizi altrimenti irraggiungibili, causa la chiusura di Camere del Lavoro e leghe Spi, ma anche di tenere vivo un contatto "umano" con gli iscritti e le persone che gravitano attorno alle nostre sedi.

Ebbene, vale anche per la mia esperienza personale, in molte delle chiamate ricevute l'interlocutore, specialmente se anziano, non solo ha mostrato di gradire il contatto ma si è dilungato e "allargato" nella conversazione sconfinando in considerazioni legate al disagio, alle paure e soprattutto all'isolamento che, seppur antecedente al Covid, da questo veniva pesantemente rimarcato e reso insopportabile. La richiesta di Isee o la domanda di reversibilità diventavano quasi delle scusanti per intrattenersi con una persona disponibile.

Da qui ne deriva quanto, già prima del Covid, come Spi andavamo sostenendo: va modificato alla radice l'approccio nei confronti degli



anziani over 65 che, ormai in numeri consistenti e crescenti, vivono soli e privi di assistenza e conforto.

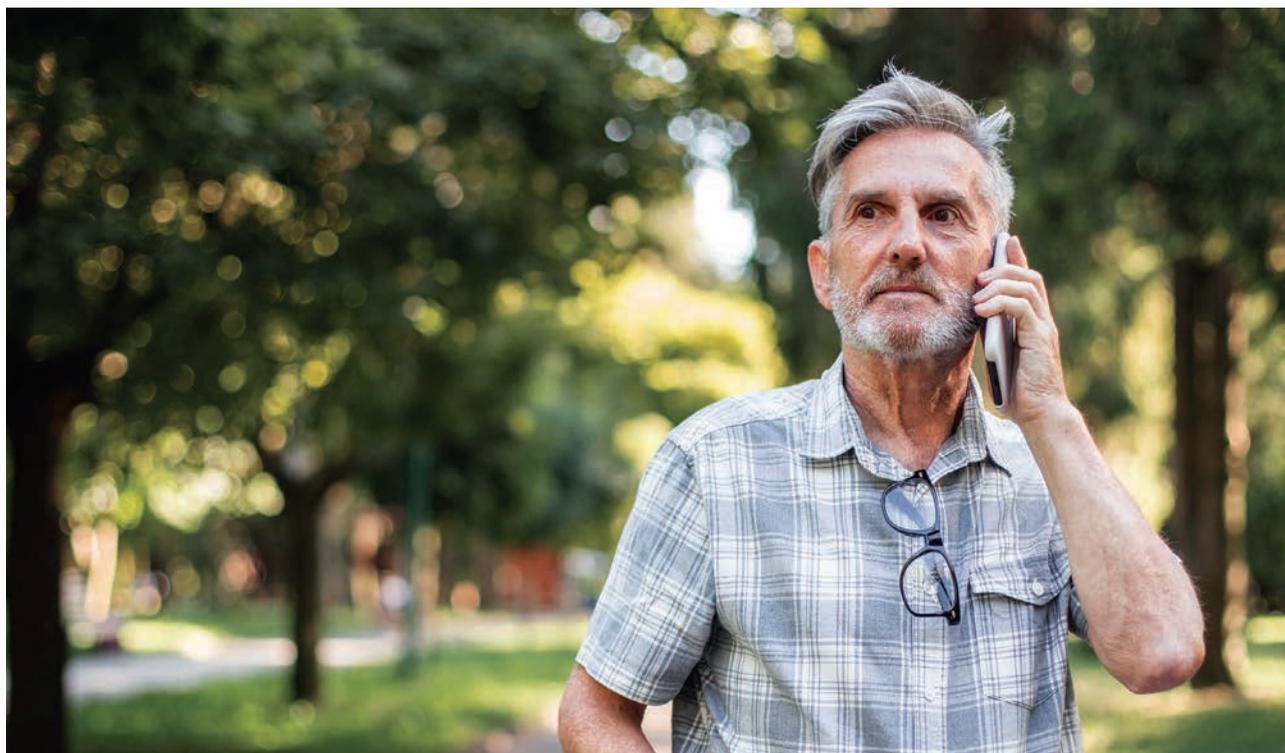
Non possiamo parcheggiarli a casa loro sino a quando sono autonomi e poi destinarli alle Rsa quando non lo sono più.

Può e deve esistere un approccio molto più attento e socialmente responsabile che attivi meccanismi di sollievo, assistenza e aiuto

presso le proprie abitazioni attraverso il rafforzamento e la forte integrazione tra assistenza domiciliare integrata, servizi di assistenza domiciliare comunale, unità speciali di continuità assistenziale, infermiere di comunità, assistenti sociali ecc.

Diffondere e strutturare, specialmente nelle grandi città, luoghi di ritrovo diurni e serali a socialità diffusa e trovare impieghi per anziani/pensionati in attività socialmente utili.

In aggiunta a quanto detto mi permetto anche una proposta, forse velleitaria ma a mio avviso efficace: perché non ripristinare/istituire il servizio civile di massa (ad esempio per un periodo di sei mesi) durante il quale impiegare decine di migliaia di giovani ventenni a supporto degli anziani per compagnia, spesa, accompagnamento alle visite ecc.? Questo, forse, potrebbe essere un tassello concreto di quello scambio generazionale citato il più delle volte a sproposito.



E ancora, sull'onda delle nostre proposte in campo socio-sanitario, chiediamo un cambio radicale e in controtendenza rispetto alla presenza della medicina sul territorio vicina ai pazienti; il poliambulatorio, casa della salute o Presst, che dir si voglia, nei quartieri rassicura ed è gradito e riconosciuto purché efficiente, attrezzato, con pluriservizi e, appunto, facilmente raggiungibile.

Il medico di medicina generale deve, associandosi con suoi colleghi, consentire che presso ambulatori comuni si assicuri una presenza costante, attraverso la turnazione, di almeno un medico per molte ore al giorno e per l'intera settimana. La certezza di una interlocuzione medica nell'ambulatorio associato contribuirebbe tra l'altro ad alleviare il ricorso oggi molto frequente al Pronto Soccorso. Il nuovo medico di medicina generale deve anche tornare a fare il medico che visita a domicilio quando necessario, anche perché, ad esempio, seguire e monitorare il Covid sul territorio (di concerto con le Usca come in altre regioni) avrebbe limitato quel contagio che invece l'ospedale ha contribuito a diffondere.

Ansia, paura, abbandono, disagio psicologico sono stati acuiti sensibilmente dalla chiusura ma esistevano anche prima, è d'obbligo inter-

venire strutturalmente e velocemente per migliorare la situazione e affrontare finalmente con soluzioni efficaci l'ineludibile invecchiamento della società. Questo potrebbe essere un modo per superare in positivo questa tragica pandemia.

Si può e si deve attuare una sanità più sana, nonostante i disastri di Gallera e Fontana. ■

NUOVE PRIORITÀ SONO EMERSE CON LA PANDEMIA

Daniela Chiodelli *Segreteria Spi Cremona*

Oggi siamo qui per analizzare i contenuti dei questionari sugli anziani e cercare di interpretare i nuovi bisogni alla luce di quanto accaduto in questo terribile 2020.

La pandemia ha cambiato il nostro modo di pensare e soprattutto di *sentire*. Sono emerse nuove priorità e solo quando tutto sarà finito, se è vero che “nulla sarà come prima”, la letteratura ci darà

un quadro più completo su quanto avvenuto, mettendo in fila i fatti, i ritardi (molti) le mancate responsabilità di una classe dirigente che si è dimostrata non all'altezza del compito assegnato e non solo in ambito sanitario.

Ora viviamo una seconda ondata, largamente prevista e ancora ci dimostriamo impreparati mentre nella società emergono alcuni comportamenti che non ci saremmo mai aspettati.

Da una parte notiamo la paura di molti e dall'altra l'insofferenza di altri alle restrizioni imposte dai decreti. Siamo passati dai canti sui balconi alle piazze piene di gente rancorosa: il lavoro verso la salute, il reddito individuale verso la tutela collettiva... quasi un quesito etico, potremmo dire. È forse cambiato il paradigma? Viene prima la salute o il lavoro? Possiamo ancora parlare di solidarietà circolare e di gratuità verso chi è più fragile – non importa se anziano, malato, disoccupato o immigrato – come di un valore da



tutti riconosciuto al di là del bisogno immediato?

In tutta questa confusione, che occupa le nostre giornate, gli anziani più fragili sono i più colpiti; anche se le loro condizioni di vita e di salute non sono cambiate ora hanno più paura, si rinchiodano in casa perché hanno visto in televisione quanto accaduto la scorsa primavera e temono di finire in uno di quei bruttissimi luoghi che

sono le Rsa, dimenticati da tutti, lontani dagli affetti senza alcuna certezza della cura.

Noi dello Spi a Cremona, due anni fa, abbiamo realizzato un'interessante indagine – attraverso un questionario indirizzato alla popolazione over 65 – grazie alla collaborazione dei nostri volontari nelle leghe. I quesiti erano per lo più gli stessi dell'indagine di oggi e già emergevano alcuni contenuti comuni: la solitudine dei più anziani, la scarsa qualità dello stile di vita – poco sport o movimento in genere, pochi momenti di socialità anche culturale, problemi di salute via via comuni al passare degli anni. Diversa è l'immagine degli over più giovani e in buona salute: viaggi, sport, ballo e tanto altro ma soprattutto la possibilità di spostarsi e muoversi in autonomia, cosa invece non possibile per i molti più in età. Per questi ultimi è indispensabile affidarsi all'aiuto di una persona vicina, familiare o altro; per fortuna tante sono

le associazioni di volontari che prestano parte del proprio tempo libero a chi ne ha bisogno. E poi c'è il problema della casa, non sempre agevole e adatta all'avvicinarsi della non autosufficienza, fattore che aumenta giorno su giorno la paura di non farcela da soli.

Va anche detto che nei nostri piccoli comuni i sindaci cercano di non lasciare indietro o solo nessun cittadino, ma non basta. Anche le amministrazioni hanno il fiato corto. Intervengono sulle emergenze ma difficile è la visione, a lunga distanza, su come il territorio possa essere una risorsa se cambiano i criteri, anche burocratici, che tengono insieme le varie competenze di una amministrazione comunale, spostando più risorse sul sociale e sugli anziani bisognosi, non di fondi, ma di servizi alla persona.

Naturalmente il 2020 aggiunge a tutto questo l'emergenza Covid, nemico invisibile, virus sconosciuto e crudele. E i nostri anziani, incollati al televisore, passano ore se non giornate a seguire i numeri, i fatti e i misfatti, sollecitati da una informazione che spinge sulle emozioni, che alimenta il contraddittorio aggiungendo alla tristezza della solitudine, confusione e ansia.

Ora, trascorsi alcuni mesi da quella che pensavamo la fine della pandemia, possiamo affermare che sul territorio, dal punto di vista sanitario, poco o nulla è cambiato. La medicina territoriale è rimasta quella conosciuta, medici di base che mancano, per cui si è fortunati se si riesce a trovare un sanitario che, nel momento del bisogno, venga a casa a fare una visita. Ovviamente parlo della realtà che conosco. Ospedali più organizzati sì, ma rispetto a una riforma della sanità territoriale certamente nella realtà lombarda non si vedono cambiamenti significativi. Mi riferisco a più prossimità, più presidi specialistici, l'infermiere di famiglia, analisi e diagnostica non rinviata a tempi biblici.

Nel frattempo è emersa un'altra pandemia, quella dei malati cronici no Covid che, nei mesi scorsi, non hanno potuto curarsi, peggiorando le loro condizioni di salute e qualità di vita. Questo i nostri anziani l'hanno compreso benissimo e fra i *rimpalli* delle competenze (tocca al governo centrale, no ai governatori di Regione!) hanno ben chiaro di quanto, con le loro fragilità, siano a rischio!

Il prezzo che pagheremo sarà altissimo in tutti i sensi – sanitari, economici e anche culturali. Lo pagheranno ancor di più i giovani, privati di certezze per il loro futuro in termini di studio e di lavoro; i più anziani, per quanto già detto, e le donne, ancora una volta chiamate a prendersi cura un po' di tutto: dei figli per la scuola a distanza, della loro salute e di quella di familiari anziani o malati. L'Italia è già ultima in Europa per partecipazione delle donne al lavoro produttivo, per il minor salario, per la difficoltà di trovare una nuova occupazione quando si è dovuto lasciare il lavoro (e sono tante!).

Tutto ciò ci chiama in causa anche come sindacato. Nonostante le numerose iniziative fatte in questi mesi – i tavoli sulla riorganizzazione sanitaria in Lombardia, il sostegno dato tramite i nostri servizi alle persone che necessitano di contatti con la pubblica amministrazione – la nostra visibilità generale si è un po' annacquata. Siamo scomparsi dall'agenda generale, dalla televisione senz'altro se non per qualche presa di posizione di alcuni dirigenti sindacali più noti. La pandemia ci costringerà a rivedere la nostra azione sindacale, misurandone risultati e limiti. Sono emerse nuove priorità, all'interno delle grandi difficoltà del lavoro e dell'occupazione che il virus ha amplificato. ■

I NOSTRI ANZIANI UN PATRIMONIO DA SALVAGUARDARE

Daniela Saresani *Segreteria Spi Lodi*

A inizio anno era opinione comune che il nuovo virus fosse una cosa che non ci riguardava, era confinato in Cina e, quindi, lontano da noi.

La suocera di mia figlia, ammalata da dieci anni di Alzheimer ma non ancora anziana, si era aggravata molto ed era arrivato il momento di trovare per lei una Rsa che potesse meglio seguirla dal punto di vista medico, siamo a inizio Febbraio 2020.

La ricerca si è dimostrata subito difficile perché le liste di attesa in Lombardia sono, per i nuclei Alzheimer, notoriamente lunghe. Inaspettatamente il 17 Febbraio una Rsa di Codogno ci ha contattato: “che fortuna!”, ci siamo detti. Martedì 18 Febbraio era già ricoverata. I figli si sono recati a Codogno anche il 19 e il 20 per parlare coi medici e per espletare le formalità e l’inserimento.

L’ormai famoso venerdì 21 Febbraio, giorno del primo paziente Covid di Codogno, anche questa Rsa inibisce l’ingresso ai parenti, nessuno può più varcare i cancelli. I figli rassegnati tornano a casa. Nei giorni seguenti dalla Rsa arrivano alcune telefonate dallo psicologo, unico medico deputato a parlare coi parenti. Ci rassicura: la paziente sta bene e si sta ambientando! Subito, però, sia i fratelli che le rispettive consorti si ammalano e per due di loro residenti in Puglia



sarà necessario il ricovero in terapia intensiva per tre lunghe settimane.

Qui in Lombardia la nostra famiglia è molto ben supportata dal medico di medicina generale, mentre l’Ats si fa sentire una sola volta e la Regione tace. Nessun tampone è previsto in questa fase. Solo quarantena domiciliare. Anche a me viene chiesto di restare a casa perché avevo avuto

un contatto con loro. Personalmente la prendo come una punizione, una forzatura, perché non ho sintomi. Contatto l’Ats e mi confermano la quarantena.

Nei giorni seguenti la Rsa di Codogno ci fornisce informazioni altalenanti: la paziente a volte ha febbre, ma poi migliora... Mia figlia, mio genero e io siamo ancora in quarantena nelle nostre rispettive abitazioni, come anche gli altri parenti in Puglia, di cui due ricoverati. La sera del 6 Marzo arriva una chiamata da Codogno per informarci che la situazione è improvvisamente peggiorata, la nostra cara ha la febbre alta ed è entrata in coma! Il medico del 118 ci comunica che non è il caso di spostarla in ospedale. Muore appena dopo mezzanotte, sabato 7 marzo dopo soltanto diciotto giorni in Rsa, senza averla mai rivista, toccata, accarezzata, senza aver mai parlato con lei, nemmeno una videochiamata. Assunta se ne è andata così, in punta

di piedi... Aveva soltanto settant'anni ma per l'opinione comune forse era già una *vecchia*. Ecco che inizia il calvario delle formalità per il funerale. Codogno è ancora zona rossa e non si può entrare né uscire dal perimetro dei nove paesi coinvolti (nemmeno le salme, se non dietro benestare del prefetto). Con l'aiuto delle pompe funebri, del nostro sindaco e del medico di famiglia, riusciamo a espletare tutto l'iter burocratico. Negli stessi giorni finisce la nostra restrizione domiciliare, anche se nessuno di noi era sicuro di essersi negativizzato. Siamo riusciti a ottenere la tumulazione nel nostro cimitero con la presenza del solo parroco che ha celebrato una piccola funzione e benedetto la bara. Una cerimonia squallidissima. Purtroppo questo rituale è capitato a tante altre famiglie in questo maledetto periodo.

Noi abbiamo saputo solo dopo l'estate che mio genero e mia figlia hanno effettivamente contratto il virus, grazie ai test sierologici fatti privatamente o con il Comune. Io invece sono risultata negativa, l'ho scoperto col test che ha organizzato lo Spi di Lodi.

La morale di questa storia è che:

- nelle Rsa così come negli ospedali e sicuramente anche nelle nostre case, il virus era già presente prima del 21 Febbraio – altrimenti non si spiegherebbe un contagio così virulento in poche ore di permanenza a Codogno;
- la Lombardia ha lasciato i suoi residenti abbandonati a se stessi, senza tamponi né certezze, l'Ats non richiamava nessuno;
- solo a distanza di parecchi mesi i nostri politici hanno messo rimedio alle mancanze autorizzando test sierologici e tamponi ma la situazione era già *scappata di mano*.

L'ultimo dato che disponiamo è che su 1314 ospiti nelle Rsa del Lodigiano ci sono stati 594 decessi, ma non è dato saperne la causa, a oggi nessuno ci ha comunicato ufficialmente se la nostra congiunta appartiene al triste conteggio dei morti per Covid o per altre cause.

Lo slogan della prima ondata del virus era *Andrà tutto bene* ma evidentemente non è andata così... almeno non per noi.

Finisco con una considerazione. I nostri anziani sono un patrimonio da preservare, i nostri genitori e i nostri nonni, i babysitter dei nostri figli,



sono la nostra storia, una enciclopedia umana, coloro che hanno contribuito alla ricostruzione dell'Italia nel dopoguerra. Non dobbiamo dimenticarci di loro e soprattutto non possiamo abbandonarli a loro stessi né segregarli in casa. Non facciamoli sentire soli né morire senza nessun caro accanto!

Andrà tutto bene in questa seconda ondata del contagio? Incrociamo le dita. ■

RIPROGETTARE LE RSA È UNA NECESSITÀ

Oswaldo Galli *Segretario generale Spi Pavia*

Durante il *lockdown*, come Spi Cgil territoriale la preoccupazione è stata quella di mantenere vive le relazioni tra il nostro gruppo dirigente e le decine e decine di volontari che tutti i giorni sono in attività presso le nostre sedi, sparse sul territorio, e che affrontano le diverse esigenze portate dai pensionati e dai cittadini che si rivolgono a noi. Inoltre, abbiamo cercato di sostenere un giusto rapporto, seppur in termini nuovi, con strutture presenti sul territorio come le Rsa e i vari circoli oltre che con le diverse associazioni vicine alla Cgil, come l'Auser. Abbiamo anche provveduto ad attivare numeri telefonici dedicati alle varie problematiche e canali digitali come Facebook e WhatsApp. Ciò ci ha permesso di dialogare, esprimere le nostre opinioni sui vari fatti che nel frattempo accadevano e seguirne l'evoluzione collettivamente. L'utilizzo di questi strumenti ci ha aiutato molto e abbiamo, alla ripresa, raccolto in un volume dal titolo *La buona giornata*, tutto quello che ci siamo raccontati.

L'altra attività che ci ha permesso di rimanere collegati all'insieme dell'organizzazione ai vari livelli è stata sia l'organizzazione che la partecipazione a video-conferenze. Nel frattempo non abbiamo abbandonato le celebrazioni del 25 Aprile e del 1 Maggio, anche in questi casi or-



ganizzando specifiche videoconferenze alle quali hanno partecipato diverse decine dei nostri volontari.

Abbiamo conosciuto situazioni nuove, a volte drammatiche, a volte belle. In un qualche modo ci sembrava di esorcizzare la paura.

Nel nostro territorio ci sono un centinaio di Rsa, con circa settemila ospiti, mentre circa mille sono, a vario titolo,

lavoratori impiegati. Tale situazione assume caratteristiche di un vero e proprio "sistema produttivo territoriale". Le risorse messe dalle famiglie sono elevate, quanto quelle messe da altri e generano un volano economico di grande valore. Penso che tutto questo, per noi pavesi e per lo stesso sindacato, meriterebbe l'avvio di una profonda riflessione per individuare non solo nuove rivendicazioni ma anche nuovi modelli sindacali in grado d'incidere maggiormente per una diversa tutela a favore sia degli ospiti che dei lavoratori inseriti in questo comparto.

La pandemia della scorsa primavera nelle Rsa pavesi ha significato oltre 750 decessi: questo il dato ufficiale, mentre il dato stimato dalla Cgil parla di non meno di mille. Anche per questo abbiamo voluto, nel nostro comitato direttivo di ottobre, ricordare i morti da Covid nelle Rsa, e appeso nelle nostre sedi un loro ricordo.

Durante la chiusura totale di questa primavera

abbiamo concentrato le nostre rivendicazioni su tre fronti. Il primo è stato quello di chiedere a tutte le Rsa del territorio di essere messi a conoscenza delle singole situazioni e delle scelte che andavano facendo, di rimanere in collegamento con i familiari, che premevano per avere notizie dei loro cari e della loro salute. In particolare abbiamo insistito affinché gli ospiti contagiati fosse ricoverati presso gli ospedali. Invece, come si sa, è successo il contrario. Adirittura, in alcune Rsa del pavese sono stati ospitati malati da Covid provenienti da altri territori mentre altre, in parte private, sono state adibite al ricovero solo di ospiti con patologia Covid o post Covid. Da alcune Rsa ci è arrivata una richiesta d'aiuto nel ricercare e reperire dispositivi di protezione individuale assolutamente assenti sul mercato. Su questo versante abbiamo fatto ciò che abbiamo potuto.

Il secondo fronte ha riguardato la richiesta ai sindaci – in quanto autorità sanitaria sul territorio comunale – di verificare gli accadimenti interni alla Rsa ubicata sul proprio territorio e di esaminare, con urgenza, la situazione nelle strutture dominate case famiglia. A questo proposito rimarco la mia convinzione che questa struttura non vada ripensata ma chiusa, perché non offre, né in tempo di Covid né in situazione di normalità, la sicurezza adeguata.

La terza strada percorsa, con più interventi e in sinergia con la confederazione e la categoria della Funzione pubblica, è stata quella di chiedere chiarimenti e confronti sia con Ats provinciale che con la Prefettura. A tale proposito mi permetto di sottolineare che la collaborazione che ci dovrebbe essere tra le due categorie deve essere pensata e praticata per poter incidere, con profondità, sulla situazione di questo comparto. Alcune brevi considerazioni riguardanti le Rsa. La struttura delle Rsa va modificata, ripensata, riprogettata, sia per l'impatto sanitario che per l'impatto sociale, rispetto l'architettura. Deve essere rivista in rapporto con gli ospiti, con il personale, che nella gestione dei costi. Deve assicurare il collegamento con un presidio territoriale o con la casa della salute, collegarsi alla medicina territoriale, operativa, con la tele medicina.

Elemento centrale deve essere l'ospite, che deve essere al centro della nuova elaborazione. Va vi-

sto come una persona che deve mantenere una propria qualità della vita, sia individuale che collettiva, sociale. In questo senso penso al collegamento con biblioteche comunali, con sale internet, allo sviluppo della scuole della terza età come al lavorare sulla memoria della propria vita. E altro ancora come si può ben comprendere.

Il personale delle strutture è l'altra parte dell'approfondimento che va attuato, occorre ripensarne l'attività all'interno delle strutture. La qualificazione, la tecnologia a supporto dell'impegno quotidiano, il numero in rapporto agli ospiti e alla capacità di dividersi tra l'ospite che ha problemi sanitari e chi invece è autonomo – non solo in termini di mobilità ma anche di capacità intellettuale e rapporto con la società esterna. L'intervento sanitario non in emergenza ma in routine, come ad esempio le analisi non solo per gli ospiti ma anche per il personale. E in questo periodo di Covid, è importante avere a disposizione i mezzi di protezione come anche effettuare tamponi in modo frequente, ogni settimana e non solo se il sintomo si fa sentire. Non si dovrà ricadere nella situazione che abbiamo già visto. Continueremo ad attivarci anche in questo periodo che si prospetta complicato. ■

LAVORIAMO PER ESSERE VICINI AI NOSTRI ISCRITTI

Salvatore Giglio *Spi Varese*

Veramente un'esperienza terrificante quella che stiamo vivendo, la relazione lo ha messo bene in vista come anche gli interventi dei ricercatori che hanno analizzato i dati. Io non voglio indicare soluzioni per il futuro, soluzioni che non avevamo nemmeno prima del Covid, rispetto a quello che gli anziani stanno vivendo in questo paese. Credo che d'ora in poi, come del resto stiamo cercando di fare, bisognerà affrontare il futuro in modo diverso, sia per quanto riguarda le Rsa che la medicina territoriale e quant'altro. Davvero un'esperienza terrificante di cui ancora non si vede la fine. Per noi, che stavamo bene, lo stare chiusi in casa, uscendo solo per fare la spesa e mettersi in fila ai supermercati, ma soprattutto il non vedere genitori, zii, nonni è stato un vero e proprio dramma. Questo nella prima fase dei contagi. E chi ha sofferto di più, l'ho potuto constatare personalmente, sono stati i nostri anziani chiusi nelle case di riposo. Nel periodo di *lockdown* le visite sono state sospese e questo, a mio avviso, ha inciso molto sulle condizioni di salute e sul morale dei nostri ricoverati. Erano abituati a ricevere visite. Io ho avuto una mia parente, ricoverata in Rsa che è deceduta a marzo. Periodicamente la lasciavano uscire e noi la portavamo a casa: apprezzava molto poter rivedere il luogo e le cose che aveva sempre avuto e utilizzato. Purtroppo non ci si poteva vedere più: un giorno stava benino, un altro un po' meno, un altro ancora aveva la febbre. Così l'unico modo per poter dialogare sono state le videoconferenze quasi quotidiane. Utili da un lato ma del tutto inutili a colmare

il vuoto derivato dal mancato contatto umano, quel contatto fatto di un abbraccio, di un sorriso. Percepivamo le sue difficili condizioni di salute e la paura di non liberarsi dei danni che la malattia le stava producendo. E al dolore e alla fatica fisica si accompagnava anche quanto derivava dall'isolamento, dal non poter più abbracciare i propri cari. Chissà quanto le sarà mancato quel tornare a casa periodicamente, ritornare in quel luogo dove per anni ha curato le sue cose che conservava con meticolosa cura. Poi la tragedia, quella dei funerali: fatti in fretta, pochi congiunti, nessuna cerimonia religiosa se non l'accompagnamento al cimitero da parte di un parroco. Quasi un funerale di nascosto, per non farsi sorprendere dal Covid. Che brutta esperienza, veramente una brutta esperienza, non solo per noi ma per tante famiglie.

Mi rimarranno sempre impressi i camion dei militari che trasportava le salme nei cimiteri limitrofi con enorme dolore dei famigliari. Ecco io una cosa vorrei chiedere a coloro che oggi, di fronte alla ripresa del Covid, non trovano di meglio che ironizzare e deridere le misure di sicurezza prescritte dalla gravità della situazione. Vorrei che si fermassero un momento a riflettere sul dramma che stanno vivendo le persone ospiti delle Rsa, sui rischi del contagio e della solitudine. E non solo gli ospiti ma che il personale che vi lavora.

Come Spi per affrontare in qualche modo l'inizio di questa pandemia, a un certo punto abbiamo pensato, insieme al nostro rappresentante provinciale, di metterci in contatto fra noi atti-

visti. Ed è una cosa che ci ha aiutati, il dialogare fra noi ci ha aiutato, in quelle tremende giornate, nell'uscire dall'isolamento. Inoltre qualcuno ha cercato di contattare i propri iscritti.

È la cosa, che penso, dovremmo ora ripetere. Ripetere con più forza. Intanto perché hanno bisogno di poter parlare con qualcuno. Qualcuno che li rassicuri che davvero tutto andrà bene e speriamo in fretta.

E speriamo che ci possa essere presto la parola fine con un vaccino che ci permetta di sconfiggere questo virus. Ecco noi su questo siamo una popolazione attiva, attiva e combattiva, come lo siamo sempre stati nel nostro passato. A me fa orrore quando – le domeniche, i giorni festivi e prefestivi, girando a piedi per il centro delle città – si vedono tutti 'sti ragazzi ammassati e senza mascherina davanti ai bar. Come se mettere la mascherina fosse una cosa che limita la loro vita. Ma non è così! Penso che lo facciano anche in contrapposizione a quello che dice la televisione o si legge sui giornali e nei comunicati medici. Abbiamo dunque il compito di convincere assolutamente anche loro e con noi questo compito che l'ha anche don Virgilio. Io

credo che negli oratori – e ne esistono tanti – non si dovrebbe solamente giocare a pallone, tante altre cose ci sarebbero da fare tra cui dare un'educazione civica.

Siamo stati sorpresi da un'altra cosa: durante l'inizio di questa pandemia ci siamo trovati a traslocare da una sede a un'altra ma una volta aperta la sede di Castellanza dopo una settimana abbiamo dovuto chiuderla per riaprirla dopo due mesi. Io mi auguro che tali fatti non si debbano ripetere, però se questo serve per salvare vite facciamolo.

Personalmente penso che siamo in ritardo, se alla fine di settembre si fosse chiuso tutto ora potremmo avere dei risultati diversi. Lascio stare perché non voglio entrare nel merito di eventuali errori di altri che sono in grado di parlare solamente a cose fatte, senza riuscire a proporre nulla di serio. Ci saranno momenti in cui si potrà discutere di questo.

Io mi auguro che presto finisca tutto quanto. Lavoriamo tutti quanti per stare vicini ai nostri iscritti, lavoriamo insieme fornendo i nostri servizi per fare in modo che la gente si senta meno sola, meno abbandonata. ■



INTERVENTI

- 52 Don Virgilio Colmegna
*Presidente Fondazione Casa della Caritas,
Milano*
- 55 Silvio Angelo Garattini
*Presidente Istituto di ricerche farmacologiche
Mario Negri Irccs, Milano*
- 58 **Conclusioni**
Antonella Pezzullo
Segreteria Spi nazionale

REAGIRE ALLA CULTURA DELLO SCARTO

Don Virgilio Colmegna *Presidente Fondazione Casa della Carità, Milano*

Grazie per avermi invitato a riflettere insieme.

La ricerca fa intravedere tante sollecitazioni, il primo dato che voglio sottolineare è che è bene stare attenti, bisogna tenere sotto osservazione e monitorare anche il clima che si vive. Credo sia indicativo, tra i tanti dati, il fatto che gran parte del tempo legato alla ricerca di informazione, passi soprattutto attraverso la tv, dove c'è un'invasione, un'overdose di comunicazioni che spesso creano ansia.

Il clima, in questa seconda ondata della pandemia, è cambiato. Se prima c'erano gli eroi, gli operatori sanitari, adesso si possono anche imbrattare i muri e attaccare gli stessi operatori sanitari. C'è un clima conflittuale, molto pesante, di individualismo esasperato.

In questa situazione il tema degli anziani diventa importante, l'anzianità attiva, l'anzianità che fa cittadinanza, io la chiamo l'etica della cittadinanza attiva. È un po' strano che si parli degli anziani come fossero "altri", parliamo soprattutto di anziani che sono capaci di essere portatori di un'etica di cittadinanza attiva.

Credo sia il problema del protagonismo degli anziani, della cittadinanza attiva, a rimettere in discussione continuamente la cultura tecnocratica dove l'anziano diventa un peso.

Nell'enciclica sulla fraternità e l'amicizia *Fra-*



telli tutti al numero 98, Papa Francesco usa un linguaggio significativo là dove dice: “Voglio ricordare quegli ‘esiliati occulti’ – mi sembra drammatica in un certo senso – che vengono trattati come corpi estranei della società. Tante persone con disabilità ‘sentono di esistere senza appartenere e senza partecipare’. Ci sono ancora molte cose che (impediscono) loro una cittadinanza piena’. L’obiettivo è non solo assisterli, ma

la loro ‘partecipazione attiva alla comunità civile’”. Questo è il clima, e il tema fondamentale diventa: è una cittadinanza attiva? Qui emerge l'etica della cittadinanza che deve essere una cittadinanza inclusiva dove sostanzialmente l'impostazione che rende privatistica la cultura – tecnocratica nel senso negativo, quello che Papa Francesco chiama “paradigma tecnocratico” – si riversa sulla condizione di persone anziane isolate. Edgar Morin dice che non esiste l'anzianità, esiste il continuo partire di cittadini appartenenti che si interrogano, che si inquietano, entrano in condivisione tra di loro, da qui la capacità di essere protagonisti.

Certo il dramma delle Rsa ha fatto intravedere che dove c'è una difficoltà non scatta solidarietà. Qui c'è da ripensare, lo diceva Bonati prima, il tema di un nuovo welfare, il tema di far vedere che si è protagonisti attivi, che non si è passivi, non si è solo un peso. Se vince la questione

dell'essere peso, nasce la mentalità *custodialistica*. Tutti sanno che di fatto l'anzianità porta con sé anche nel tempo, il tema della sofferenza fisica, delle malattie, della cronicità di alcune sofferenze. Tutto questo è estremamente importante che rientri in un meccanismo di cura, di attenzione, di cambiamento profondo nel tema della salute e di protagonismo della persona. Prima la persona, prima la comunità, proprio perché altrimenti, se diventa un peso, vince la mentalità contenitiva.

Non sono in discussione semplicemente le Rsa. I venticinque milioni di persone che hanno problemi di cronicità nel nostro Paese hanno bisogno di risposte dalla comunità territoriale, dalla comunità locale, bisogna allargare le reti. Sta diventando quasi un mantra che si ripete: basta con la cultura ospedalocentrica, dobbiamo andare a fare la medicina sul territorio, territorio inteso come comunità.

Questa non è semplicemente un'affermazione, perché i ritardi sono spaventosi, strutturali,

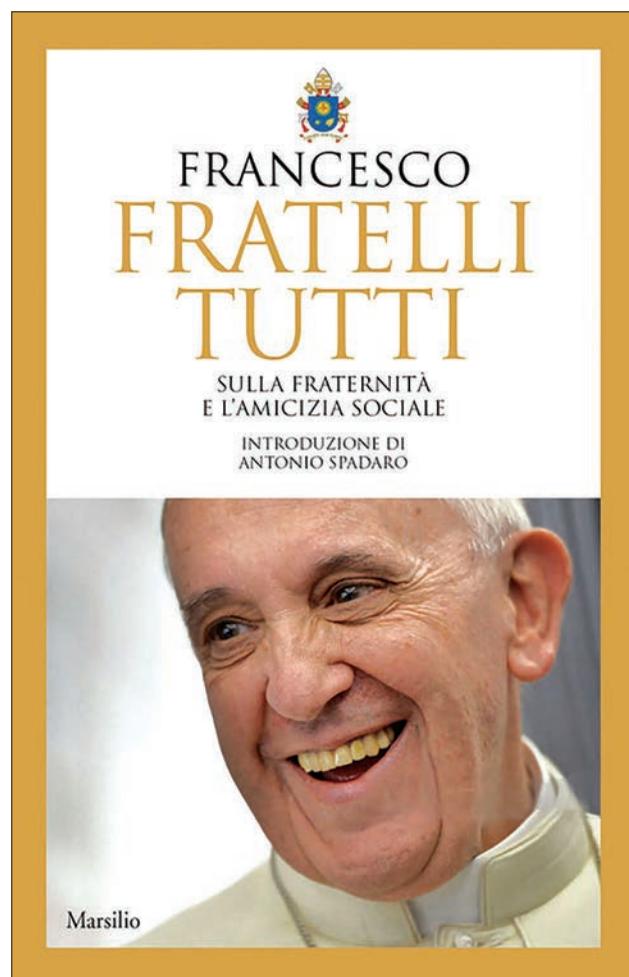
come vediamo. Abbiamo bisogno di una cultura che rimetta in discussione anche la cultura della salute, della sanità. "Dalla sanità alla salute", questo lo dice l'Oms, lo dice rispetto i temi dei determinanti sociali che vanno a integrare il tema dell'inclusione della cittadinanza attiva, i processi di partecipazione attiva, il tema della medicina e del medico del territorio. Dovremo affrontare il tema di come entrano in un sistema di salute, di sanità, rimettere in discussione anche il fatto di essere una cultura solo di consulenze non partecipativa. Tutti dibattiti urgenti, dove urgenti vuol dire che altrimenti l'emergenza travolge la quotidianità.

Il Covid sta creando non solo problemi sanitari ed economici, che sono fondamentali e chiedono l'urgenza, ma anche etici che sono evidentemente drammatici e fanno intravedere che l'impianto culturale, pseudoculturale del capitalismo, della produzione come cultura privatistica, produce continuamente drammi. Si scontra con la debolezza, la fragilità, che vorrebbe essere superata, attraversata da quello che io chiamo delirio di onnipotenza.

Il Covid ci rimette fragili, deboli, la scienza ci dà i suoi limiti, si affida a una politica che continuamente, in questo periodo, sta dandoci un bagaglio di informazioni che creano disorientamento. Pensate a quello che stiamo attendendo tutti: quale sarà la nuova circolare che uscirà e che cambierà anche gli stili di vita? Ce l'hanno già detto e ridetto in televisione, siamo qui tutti ad aspettare, e diventa un dibattito più esterno che non coglie la drammaticità di alcune riflessioni.

Il Covid sta creando anche problemi etici, pone interrogativi urgenti. Quando c'è in gioco la vita o la salute di ogni individuo, ogni individuo è uguale all'altro, giovane, vecchio, ricco, povero, uomo, donna. Qui sta la scelta costituzionale: la salute è un diritto non una concessione di alcuni, non una realtà di natura privatistica. Giustamente il sindacato avverte questo come diritto fondamentale, qui si esprime la consapevolezza di una cittadinanza attiva e si richiama a una coesione sociale che la centralità della salute pone come priorità culturale politica.

Non può essere considerata una dépendance



delle dinamiche di attenzione. Abbiamo bisogno di servizi che si muovono, che non aspettano, che vanno incontro sul territorio, la domiciliarità è una categoria culturale che si traduce in una attività di carattere politico, credo sia importante. Il milione di badanti, spesso di popolazione immigrata, che sono nel nostro Paese fa intravedere anche il vuoto e un welfare domestico che sottolinea un grande bisogno di ricostruire reti di prossimità.

Questo è un lavoro che va fatto, va fatto nelle realtà intermedie, va fatto da realtà come il sindacato che sta ponendo questo problema. Credo sia importante perché è determinante l'impegno a questo livello, abbiamo bisogno di condivisione di pensieri e azioni. Nell'inchiesta la paura, l'angoscia, l'uso di farmaci ansiolitici che aumenta, ci fanno vedere questo territorio, terra di nessuno, che trema dentro la coscienza di ciascuno. Abbiamo bisogno di immettere coraggio, abbiamo bisogno di recuperare quel sentimento di passione, quell'affettività che c'è negli anziani che diventano nonni, che creano questo legame straordinario tra l'anziano, il nonno, e il bimbo nell'età dell'innocenza. C'è un'alleanza inedita tra anziani e bimbi, si tratta di riscoprire questo tessuto affettivo che è quello che viene troppo attraversato dal vuoto presentatosi con questo isolamento, questa chiusura.

Come sempre sono qui in Casa della Carità, dove la domanda del come custodire diventa sempre più difficile. Un ospite mi ha detto una frase che è significativa: "quella che sta arrivando, che avvertiamo è una fragilità interiore", e mi pare una definizione molto bella. Si avverte una fragilità interiore che non sfonda con i mezzi tecnici esterni, chiede di dialogare con te stesso, che ha bisogno di uno sguardo sulla società meno conflittuale, meno scaricabarile, abbiamo probabilmente bisogno di cambiare.

Ci dicevano: "andrà tutto bene" ma avevamo paura, alcuni dicevano: "non sarà più come prima", è la nostra parte da reinventare. Molti pensano che deve ri-diventare tutto come prima e sta scattando il tema dell'individualismo, il tema della contrapposizione, il tema dell'inimicizia territoriale che poi produce solitudine e abbandono. Questo tocca il tema degli anziani e dell'inabilità con una cultura di de-istituzionalizzazione

e significa che dovremo affrontare il problema di come rivedere le Rsa, questi grandi contenitori. Bisogna affrontare direttamente il problema di luoghi che danno le cure quotidiane con una certa capacità e che hanno bisogno anche di interventi di protezione, ma abbiamo bisogno di rinchiuderli non in un'ottica semplicemente passiva. Anche il tema dell'Alzheimer, delle debolezze croniche: non vanno considerati come peso, c'è anche lì una vitalità di passione, di relazione, di cura, che ha bisogno di un investimento, perché la cultura di cittadinanza attiva si allarga a 360 gradi e riguarda la complessità della persona.

Papa Francesco la chiama "reagire alla cultura dello scarto": significa ripartire da quelli che paradossalmente la società rende scarti per cambiare una visione culturale. Credo che lo sforzo sia molto importante per recuperare questo tema che ho chiamato etica della cittadinanza attiva. ■

DOBBIAMO DARE GRANDE ATTENZIONE ALLA PREVENZIONE

Silvio Angelo Garattini *Presidente Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri Irccs, Milano*

Buongiorno a tutti, grazie per l'invito e per la possibilità di assistere a queste interessanti e serie testimonianze di questo periodo difficile, purtroppo non ancora terminato.

Volevo fare delle riflessioni ma prima di tutto dare delle informazioni, l'Istituto Mario Negri da molti decenni ha posto alla sua attenzione il problema dell'invecchiamento, è uno dei principali argomenti di cui ci occupiamo con i nostri settecento collaboratori.

Invecchiamento sia a livello di ricerche sperimentali – cercando di capire soprattutto cosa cambia nel cervello col passare del tempo, quali sono i cambiamenti morfologici, ma anche quali sono i cambiamenti dei mediatori chimici del cervello, abbiamo trovato sostanze che agiscono profondamente sulla memoria. Tutto questa serie di studi potrà permettere, in futuro, di trovare dei mezzi per allentare, perlomeno, i problemi che sono legati all'invecchiamento sia del cervello, sia del cuore, dei reni e dei principali organi che in qualche modo subiscono negativamente il passare del tempo, ma non soltanto questo. Abbiamo anche molti studi a livello di popolazione, per esempio, stiamo seguendo dal 2002 duemila ottantenni per capire quali sono i fattori che comportano la diminuzione delle capacità cognitive, uno dei principali problemi,



purtroppo, che avviene in rapporto con l'età. Abbiamo trovato in modo inequivocabile almeno tre condizioni, che sono molto importanti per ottenere un rallentamento, e che certamente è importante ricordare in questa situazione. Il primo è l'esercizio fisico, l'esercizio fisico è molto importante perché, contrariamente a quello che si potrebbe pensare, ha una grande ripercussione sulle

funzioni cerebrali. Sappiamo, per esempio, che l'esercizio fisico permette la liberazione da parte dei vasi sanguigni di principi attivi che impediscono la formazione di piccoli trombi a livello dei capillari cerebrali e questo permette di salvare la morte di molti neuroni, sappiamo inoltre che l'esercizio fisico genera la formazione di molti principi attivi che hanno una funzione protettiva sulle funzioni cerebrali e così via.

Questo è uno dei principali fattori. Il secondo fattore è rappresentato dall'attività intellettuale, bisogna che l'anziano continui a mantenere un'attività intellettuale, chiaramente in rapporto con le sue conoscenze, con il suo livello culturale, ma deve continuare a mantenere, perché questo è sicuramente un altro fattore importante, questo deve generare attività che permettano all'anziano di continuare ancora a pensare e riflettere.

Infine, l'altro fattore importante sono le rela-



zioni sociali. Rinchiudersi in casa, come spesso succede agli anziani, e evitare contatti, è un elemento fortemente negativo, quindi bisogna promuovere il più possibile i contatti, perché questo ha una grande importanza sul mantenimento delle funzioni cognitive. Stiamo seguendo un gruppo di centenari per capire quali sono i fattori che permettono loro di essere in buone condizioni, non hanno grandi deficit di memoria. Rappresentano un modello che va studiato per cercare di capire, anche lì, quali sono le condizioni che permettono di avere questa situazione privilegiata rispetto al resto della popolazione.

Quello di cui siamo ancora preoccupati e che stiamo ancora studiando è il fatto che i pazienti, i soggetti anziani, sono oggetto di trattamenti farmacologici eccessivi. Non è raro trovare un anziano che debba avere a che fare con dieci-quindici farmaci ogni giorno senza che esista alcuna evidenza scientifica che questo migliori la situazione, anzi esistono evidenze che alcuni di questi farmaci tendono a peggiorare la condizione cognitiva. Quindi c'è bisogno di un gran

numero di ricerche per capire che cosa bisogna fare, che cosa è veramente utile, anche perché quando si inseriscono molti farmaci nell'organismo non è che ognuno continui a fare la sua attività, ci sono interazioni, sono sostanze chimiche che interagiscono fra di loro e molto spesso annullano i loro effetti oppure determinano tossicità. Abbiamo scarse conoscenze e quindi la necessità di aumentarle.

Questi sono problemi che continueremo ad avere, siamo un Paese in cui la popolazione anziana continua ad aumentare. Un fenomeno dovuto principalmente al fatto che non riusciamo a rimpiazzare i morti: ogni anno abbiamo circa 600mila morti, ma abbiamo soltanto 440mila nascite più o meno, quindi c'è questo gap di mancato rimpiazzamento e ciò porta al fatto che l'Italia ha il privilegio di essere considerata, in tutto il mondo, uno dei Paesi in cui c'è la più lunga durata di vita che è di 81 anni per i maschi e di 85 anni per le femmine. Certamente questa è una situazione dovuta in parte all'esistenza del servizio

sanitario nazionale, un bene importante di cui non ci si rende sufficientemente conto. Solo noi anziani ce ne rendiamo conto perché sappiamo com'era la situazione prima che si istituisse il servizio sanitario nazionale; era un periodo in cui chi aveva i soldi si poteva curare, chi non li aveva, peggio per lui. Questo vuol dire che non possiamo perderlo, ma, secondo me, nella visione del servizio sanitario nazionale bisogna fare due grandi cambiamenti a cui si è già accennato da parte di alcuni di voi.

Prima di tutto, però, deve esserci un cambiamento culturale: dobbiamo diffondere, per esempio, l'idea che si deve evitare questa mentalità ospedalocentrica per tornare molto al territorio. Ovviamente l'ospedale è una fonte di spesa, l'ospedale è un mercato, il territorio lo è molto di meno, ma noi dobbiamo rivalorizzare il territorio. Credo che, ormai, non si possa che essere convinti che il medico di medicina generale non può far niente da solo, è anche difficile che possa mantenere la cultura necessaria di fronte agli straordinari cambiamenti che avvengono tutti i giorni nel campo della medicina. Ab-

biamo, quindi, bisogno di riunire le forze, abbiamo bisogno di realizzare dappertutto quello che sperimentalmente è già stato fatto in alcune situazioni, le cosiddette Case della salute. Chiamiamole come vogliamo, ma ci deve essere un posto in cui ci siano parecchi medici che lavorino insieme, che siano dipendenti del servizio sanitario nazionale e non dei professionisti indipendenti che agiscono in base ad altri tipi di interessi. Vogliamo che ci sia un presidio al livello delle Case della salute, 12 ore al giorno e 7 giorni alla settimana, che ci sia sempre un medico presente, che il servizio non sia soltanto un servizio con il medico di medicina generale, ma che abbia presente uno o più infermieri a seconda delle dimensioni, che abbia presente una segreteria, che ci sia un sistema digitalizzato che permette a tutti i medici che si alternano di avere a disposizione la situazione dei singoli ammalati. Un posto in cui sia presente il fisioterapista, e soprattutto ci sia la possibilità di creare connessioni con le case delle persone, dei cittadini o ammalati, e connessioni con gli specialisti perché deve terminare questa situazione di sfiducia fra il medico di medicina generale e il medico ospedaliero che oggi caratterizza la nostra medicina.

Va fatto un cambiamento importante, questo è un cambiamento che non può avvenire spontaneamente, ci sono troppi interessi in gioco. È un cambiamento che potrà avvenire solo se tutti coloro, che ne sono convinti, si impegneranno a sostenere questo tipo di idee lavorando perché, cambiando la cultura, cambi poi anche la struttura organizzativa.

Un secondo aspetto che richiede un grande cambiamento culturale è la necessità di privilegiare la prevenzione, una parola che è diventata obsoleta perché è una parola che è contro il mercato della medicina. Prevenzione vuol dire evitare le malattie, considerare le malattie un fallimento: pensate che più del 50 per cento delle malattie sono evitabili, il 70 per cento dei tumori è evitabile. Questo dipende molto dal porre molta più attenzione alle modalità per evitare le malattie piuttosto che all'attenzione a curare le malattie. Curare le malattie comporta attività di tipo economico, più farmaci, più strutture, più letti, più tutto, il sistema della

prevenzione permette di mantenere la sostenibilità del servizio sanitario nazionale inoltre una maggiore prevenzione vuol dire occuparci di più dell'ambiente.

Abbiamo condotto delle ricerche a Milano che mostrano, per esempio, come all'aumentare del particolato, PM 10 o PM 2,5, abbiamo un aumento delle sostanze, dei farmaci broncodilatatori, quelli che si usano con gli spray. Questo perché l'inquinamento ha una funzione negativa sulla funzione respiratoria e comporta l'aumento di tutti i danni che nel tempo avvengono a livello dei polmoni.

Questo è uno dei tanti esempi. Ma soprattutto, ci vuole poi un cambiamento culturale che veda i buoni stili di vita come la base per costruire una vecchiaia che sia sana. Noi abbiamo una lunga durata di vita, ma se andiamo a vedere la durata di vita sana, passiamo nella graduatoria al quindicesimo posto perché non abbiamo sufficienti stili di vita. Lo stesso Stato lucra sulle cattive abitudini di vita, tutto si chiude, ma le tabaccherie rimangono aperte perché rendono tredici miliardi all'anno, le sale dove si gioca rimangono aperte perché danno un reddito: uno Stato che non è credibile dal punto di vista della prevenzione, e noi dobbiamo cambiare questo tipo di cultura, è un compito di tutti noi.

Io credo che come messaggio, come dati, come situazione che questo Covid-19 ha evocato nella popolazione, debbano derivare degli aspetti positivi. Un appello che dovremmo fare tutti è che cambi la medicina del territorio e si dia grande attenzione alla prevenzione. È un compito per cui tutti dobbiamo diventare ambasciatori. ■

Conclusioni

ABBIAMO BISOGNO DI COMUNITÀ

Antonella Pezzullo *Segreteria Spi nazionale*

Credo che l'unico rimedio alla paura e all'incertezza, che si stanno impadronendo un po' di tutti, sia soltanto la conoscenza. Essa è anche un potente antidoto all'irrazionalità, e ci dà la possibilità e gli strumenti per muoverci in tempi straordinari come questi.

Grazie, quindi, allo Spi della Lombardia, e a Valerio Zanolla che nella sua relazione ha ricapitolato l'esperienza

che il sindacato sta facendo e anche, a mio avviso, indicato quali sono le strade che possiamo continuare a percorrere.

Vorrei ringraziare anche i dottori Maurizio Bonati e Antonio Clavenna, perché non è facile restituire con tanta semplicità e incisività il risultato di un'indagine che ci racconta un vissuto attraverso modalità scientifiche, quindi modalità riproducibili e verificabili.

Sentir raccontare un vissuto individuale anche attraverso coordinate razionali, allevia, probabilmente, un po' il senso di incertezza e di paura che ci attraversa!

E poi ringrazio per le loro testimonianze i compagni e le compagne dei territori: nei loro racconti toccanti spesso è risuonato il dolore.

Il dolore. Un sentimento che io voglio nominare, con pudore, perché è solo nominando le



cose che esse non diventano mostri dentro di noi.

L'esperienza che ha accompagnato questi mesi, soprattutto nella vostra regione e soprattutto in alcuni territori, è un'esperienza di dolore, e questo dolore riecheggiava nei loro racconti composti. Credo si tratti di una ferita, una frattura che non riusciremo con facilità a sanare perché ci ha toccato e investito nel profondo, ci ha colpito

non solo negli affetti, nella nostra esperienza e nella nostra sicurezza quotidiana, ma anche nel nostro simbolico: la morte, la solitudine, la fragilità, la precarietà, e la perdita dei riti di commiato.

Quando un'esperienza interroga violentemente ciò che c'è di più profondo in noi, quell'esperienza deve essere elaborata con altrettanta forza.

Abbiamo la fortuna di appartenere a una grande comunità, la comunità sindacale, la comunità della Cgil, dello Spi, una grande organizzazione. Questo credo rappresenti per noi il vantaggio e l'occasione di una elaborazione attraverso valori e percorsi collettivi, oltre che individuali. Infine, vorrei ringraziare il professor Garattini. Io sono un medico e il professor Garattini ha sempre rappresentato per me, nei miei studi, nella mia formazione, e nella mia attività,

una parola competente e soprattutto un modo di concepire la scienza medica in modo non tecnocratico.

Nel suo intervento credo ci abbia dato la dimensione di quello che dovrebbe essere la scienza, di quello che dovrebbe essere la medicina, dei nuovi interrogativi che sono, mai come in questo momento, di fronte a tutto il mondo scientifico e anche alla comunità medica.

Grazie ancora.

Cercherò di dare il mio contributo a questa discussione e cercherò di farlo evitando di ricapitolare e, come usiamo dire, concludere, perché questo è un capitolo che non dobbiamo e non possiamo chiudere!

Cercherò di mettere in fila suggestioni, esperienze, e soprattutto cercherò di interrogarmi con voi sulle prospettive oltre che sull'attualità. Vorrei cominciare, come fanno i naviganti, perché è così che io mi percepisco, su di una barca, in un tratto di mare sconosciuto, aperto e non al riparo di una costa, e dunque con il bisogno innanzitutto di sapere sempre, se possibile, dove sono, quali sono cioè le coordinate storiche e antropologiche di questo momento, di questo luogo del tempo su cui si è abbattuto questo sconquasso che è l'esperienza pandemica.

Ci pensavo stamattina.

Oggi, ad esempio, tra le tante giornate che stiamo vivendo, non è una giornata come le altre, è una giornata particolare. Intanto ci apprestiamo ad una seconda esperienza di *lockdown*, e tutto indica che non sarà uguale alla prima.

È anche una giornata nella quale – in un altro luogo di questo pianeta, ma molto vicino a noi perché come noi è occidente – si sta tenendo, sta *andando in onda*, la prima elezione in epoca di pandemia, vale a dire l'elezione del presidente degli Stati Uniti d'America.

Ciò che accade in quel Paese, che lo si voglia o no, può e deve rappresentare un contesto con il quale ci misuriamo, dal quale cerchiamo di apprendere quanti più dati possibili su quest'epoca che viviamo e che sfugge a qualsiasi coordinata, a qualunque sapere pregresso e anche a qualunque forma di interpretazione scontata. Perché chi oggi ha voce più alta è sicuramente un pensiero populista, che somministra illusioni collettive, con la potenza di chi cavalca ciò

che di più profondo c'è nell'essere umano, vale a dire il sentimento di paura, e il bisogno di sicurezza e di difesa che lo accompagna.

La paura non è una parola, è un intero substrato biologico, fisiologico sul quale l'evoluzione ha costruito un apparato complesso. La biologia e la fisiologia umana rispondono da decine di millenni con prepotenza a questo sentimento, quindi non è qualcosa che possiamo semplicemente rimuovere.

I populistici dispongono di una risposta illusoria ma convincente, sebbene momentanea, per rispondere e dialogare con questa paura.

Noi dobbiamo saper immaginare, dobbiamo allestire, dobbiamo pensare un racconto possibile, che sia altrettanto convincente anche se non illusorio, un racconto razionale e partecipato che sappia sostituirsi a tali pericolose illusioni. La prima cosa che mi viene da dire è che noi dobbiamo attrezzarci ad affrontare una lunga traversata, perché forse lo choc pandemico di febbraio e marzo, e anche le informazioni, e anche le percezioni che ne abbiamo derivato, ci hanno convinto, o fatto sperare, nella possibilità che questa parentesi potesse chiudersi facilmente.

Oggi siamo sempre più consapevoli che così non sarà, che noi stiamo attraversando un capovolgimento, quello che si chiama evento epocale.

È difficile descrivere l'uragano dal suo centro, ebbene, noi stiamo descrivendo un evento epocale vivendolo, quindi andiamo avanti per approssimazioni, per ripensamenti, per correzioni, per apprendimenti continui, sapendo, però, che dobbiamo attrezzarci a un lungo percorso che è riassunto in una parola che è più volte risuonata nelle testimonianze che ho ascoltato, la parola cambiamento.

Dobbiamo attrezzarci per un lungo percorso di cambiamento, sapendo che la pandemia non era – come ci hanno raccontato con una brutta favola – *Il cigno nero*.

La pandemia era prevista, prevedibile, conosciuta nelle possibilità e nelle forme nelle quali avrebbe potuto verificarsi.

Oggi abbiamo perso un'innocenza. Sappiamo che si è verificata, dunque che può verificarsi ancora, e quindi quello di cui dobbiamo essere consapevoli è che non basterà l'illusione di produrre delle modificazioni marginali a tutto

ciò che non ha funzionato e che continua a non funzionare.

Dobbiamo immaginare di avere la forza di una nuova cultura, come diceva il professor Garattini, di proporre un paradigma nuovo.

Ad esempio non è soltanto un esercizio o una suggestione scientifica quella di mettere in relazione i luoghi del dolore, i luoghi dove la pandemia ha morso di più con i problemi ecologici, i problemi che assediano il pianeta. Sappiamo che c'è una robusta letteratura scientifica che mostra quanto questo pianeta trovi, attraverso le sue forme vitali più elementari, un modo di sopravvivere in quegli ecosistemi che noi continuamente sovvertiamo e distruggiamo: i salti di specie, le zoonosi, non accadono per caso.

Dunque ci misuriamo con problemi ecologici, con una pandemia che rimanda al concetto e all'esperienza di salute collettiva e, in ultimo, con problemi economici che, per quanto cerchiamo continuamente di subordinare nelle nostre considerazioni al bene primario che è la salute, mostrano di avere un largo spazio, e comprensibilmente, nella considerazione collettiva, a volte anche in contesti inattesi.

Ad esempio, tornando alle elezioni negli Stati Uniti d'America, è interessante notare che la comunità dei *seniors*, vale a dire dei nostri coevi della Florida, vittime predilette della pandemia, ha votato in massa Trump, che ha affrontato il Covid-19 nel modo in cui tutti sappiamo. Hanno mostrato, cioè, di prediligere un criterio economico al un criterio di salute! Questo per dire quanto sia complesso creare coesione intorno a delle idee rispetto a propagande e a politiche di natura populistica.

Tornando a noi, non si è trattato del *cigno nero*: tutto era prevedibile, anzi previsto, e profondamente legato a un'altra crisi, la crisi ambientale. Siamo quindi di fronte a tre crisi epocali, ecco perché siamo in uno snodo della storia: crisi ecologica e ambientale, crisi sanitaria e crisi economica.

Questo richiede lo sforzo di re-immaginare degli interi sistemi, sistemi di salute pubblica e sistemi di produzione nel rispetto dell'ambiente.

Non è una cosa da poco, è una cosa che fa tremare le vene ai polsi, ma è la strada che ci aspetta. Quali sono le nostre convinzioni? Io credo – ha

detto bene il professor Garattini e tutti quelli che l'hanno preceduto – che il ripensare un sistema di fronte a ciò che sta accadendo significa fondare su di una rivoluzione culturale.

E qui dobbiamo intenderci.

Durante la prima fase della pandemia, quando gli ospedali non hanno retto e sono stati letteralmente sfondati dall'onda che i servizi sanitari territoriali non sono riusciti a contenere, con meraviglia, ma anche con un po' di diffidenza e di incredulità per aver attraversato per quarant'anni il mondo della sanità, ho sentito evocare da più parti la necessità di costruire un sistema di servizi sanitari e di salute territoriali! Sembrava che nessuno, politica, istituzioni, mondo imprenditoriale, in questi venti anni, avesse di fatto aderito e reso possibile uno smantellamento sistematico della sanità pubblica, soprattutto del sistema dei servizi del territorio, insieme a ciò che, con un'appropriata metafora, si è definito de-finanziamento occulto. Si è trattato della distruzione occulta quanto sistematica dell'idea di un sistema sanitario nazionale universalistico, equo, e soprattutto pubblico...

All'improvviso abbiamo scoperto che questo volontario smantellamento non aveva mandanti e esecutori, e che tutti all'unisono, di fronte alla tragedia, invocavano la necessità di un sistema territoriale.

Ecco la ragione della diffidenza che ho denunciato, non certo nella necessità di cambiamento, ma nella credibilità di alcuni che oggi la invocano! Certo, noi come sindacato sappiamo bene di cosa si tratta, quando si evoca la necessità di un sistema di servizi territoriali.

Sappiamo che l'idea e l'istituzione del servizio sanitario nazionale, giunta in Italia ben tre decenni dopo l'istituzione del servizio sanitario pubblico in Inghilterra, nasceva sull'onda di profondi movimenti sociali, con il contributo prezioso del movimento operaio e dei movimenti femminili, perché la lotta per la salute pubblica, e oggi lo stiamo comprendendo, è una grande battaglia di emancipazione.

Nasceva da un profondo coinvolgimento sociale e noi sappiamo bene che in quella legge istitutiva, la 833 del 1978 – e anche in altre successive che hanno poi riformato il sistema – il servizio



territoriale era uno dei pilastri della sanità pubblica. Perché se la sanità deve rispondere a un principio costituzionale che ritiene la salute un diritto individuale ma anche un interesse della comunità, non può che essere pubblico. La salute pubblica non può che essere che la risposta di un servizio pubblico.

Con il tempo, questo tratto genetico – che dobbiamo a battaglie sociali ma anche al lavoro ostinato e coraggioso di una grande politica, l'onorevole Tina Anselmi, che chiamavano per la sua energia e volitività, ma anche per l'impeto progressista, la Tina vagante – ha finito col perdere la sua forza e il de-finanziamento lo ha a mano a mano depotenziato, svuotandolo dall'interno.

Qui mi piace, da sindacalista, ma anche da lavoratrice della sanità, ricordare che quando si vuole depotenziare, fiaccare, svuotare un sistema pubblico, la prima cosa che si attacca è il lavoro pubblico! Solo oggi ci accorgiamo, o perlomeno il Paese si accorge, che mancano a questa sanità migliaia e migliaia di medici e professionisti sanitari e che, oltretutto, si tratta della comunità curante peggio paga-

ta d'Europa, ancorché tra le più competenti. Se solo il paese si fosse accorto che distruggere, umiliare, svalutare il lavoro pubblico è la cartina tornasole, la premessa della svalutazione di una realtà pubblica, la scuola è nelle stesse condizioni, forse avremmo saputo gridare di più o forse avremmo avuto più alleati.

Resta il fatto che, all'improvviso, tutti si accorgono che c'è bisogno e necessità di medicina territoriale, e da più parti si invoca, giustamente, una sua rifondazione.

Spesso però questi auspici tradiscono anche un'idea semplificatoria e minimalista della sanità territoriale, come se essa fosse questione di piccole prestazioni, a basso livello di complessità, laddove invece gli ospedali rappresenterebbero, per antonomasia, il luogo privilegiato dell'eccellenza.

Chiunque abbia lavorato nei servizi territoriali sa che l'eccellenza o è ubiquitaria o non è, e che essa è una pratica, un modo di fornire risposte adeguate a bisogni articolati e complessi.

La medicina territoriale richiede una grande eccellenza organizzativa per funzionare, ma soprattutto richiede un cambiamento di pa-

radigma, che ponga al centro la persona nella comunità, e non la prestazione, come invece fa l'ospedale.

Perché avvenga questo c'è bisogno che ci si impegni molto, come diceva il professor Garattini, nel fare anche cultura, nel portare ovunque la testimonianza di questa necessità, anche tra gli operatori, oltre che tra i pazienti.

Se noi provassimo a chiedere a una persona, soprattutto a quelle che noi rappresentiamo, quali sono i luoghi della sanità, le persone ci risponderebbero che i luoghi della sanità sono gli ospedali, le farmacie e gli studi dei medici di medicina generale.

Le persone non immaginano neanche che possa esistere un altro tipo di sanità, perché non c'è neanche il luogo per rappresentarlo e, dunque, un problema culturale è tale perché ha bisogno di trovare anche i suoi simboli fisici e i suoi luoghi per rappresentarsi.

Case della salute, Case della comunità, Ospedali di comunità, luoghi di articolazione della medicina territoriale in cui venga restituita centralità alla persona e, soprattutto, si metta in continuità tutto ciò di cui una persona ha bisogno, creando quella rete di interventi che hanno soprattutto bisogno di ricostruire l'unità della persona e dunque di ripensarsi in modo multidisciplinare, ricucendo ciò che è stato arbitrariamente scomposto.

Questo ricorda un altro grande lutto che forse non abbiamo elaborato, vale a dire la sconfitta della Legge 328, la prima legge del nostro paese che istituiva i Servizi sociali, anche in un'ottica di integrazione con quelli sanitari.

La Legge 328 dava finalmente un corpo non solo disciplinare ai bisogni, ai diritti e ai servizi sociali, ma anche una forte e riconoscibile identità lavorativa a tutto quel complesso e variegato universo lavorativo che si muove all'interno di quelli che chiamiamo servizi sociali, non trascurando di metterli in relazione con i servizi sanitari.

Nemmeno questo in Italia, nonostante lo sforzo fatto da migliaia e migliaia di operatori che finalmente trovavano casa e dignità operativa, ha trovato compimento.

Da psichiatra conosco il valore del sistema dei servizi sociali nel restituire forte centralità al

bisogno individuale di salute, e non crederò mai che una buona sanità possa essere declinata senza accompagnarsi con uno sguardo sociale che ricomponga ciò che noi arbitrariamente scomponiamo, vale a dire la malattia e la persona malata, e tutto ciò che quella malattia determina prima e dopo che essa si manifesti.

Il professor Garattini ha giustamente parlato di prevenzione e della necessità, come Covid-19 ci ricorda, di ricollocarla al centro della sanità pubblica.

Io credo che nella cultura della prevenzione ci sia, oltre che una convincente necessità scientifica, un forte imprinting etico. L'epidemiologia, che ne è componente fondamentale, è lo sforzo di poter rendere evitabili le malattie, quindi ha un significato politico enorme. Forse è per questo che è stata dimenticata anche nella formazione universitaria!

La scelta di una sanità ospedalocentrica e prestazionale, cresciuta a danno di una sanità preventiva e territoriale, ha piano piano svalutato, e poi soppiantato ciò che mostra ancora una volta di avere un forte valore politico e etico, oltre che disciplinare, vale a dire l'epidemiologia come sapere che informa tutte le attività di prevenzione.

La prevenzione ha anche, al suo interno, la capacità di valutare e contrastare le componenti di ciò che chiamiamo sbrigativamente malattia. La domanda alla quale è necessario rispondere è che cosa determina una malattia, oltre ai fattori bio-patologici? Si può avere, in altri termini, un'idea così riduttiva della persona da non considerare come determinanti del suo percorso di vita, e quindi anche di malattia, tutte le condizioni – di povertà, di abitazione, di lavoro e anche di relazioni – che ha incontrato nella sua vita?

Io vengo da una scuola in cui mi hanno insegnato a chiedere come prima cosa a chi si sedeva davanti a me alla ricerca di una risposta, di una diagnosi o di una cura, *come ti chiami? quanto anni hai? dove abiti? che lavoro fai?* Erano le prime cose che mi hanno insegnato a valutare di chi chiedeva aiuto, perché nella loro immediata semplicità descrivevano la persona nel suo essere al mondo non solo quale entità biologica.

I determinanti sono, naturalmente, anche tanti

altri, e l'epidemiologia è il linguaggio scientifico che li racconta.

Attraverso un'idea ricca di malattia e di salute, e ricostruendo questa ricchezza nei luoghi di vita delle persone che noi chiamiamo territorio, avvalendoci oggi anche di pratiche innovative e moderne come le nuove tecnologie, noi possiamo ricostruire questa unità dando una risposta inclusiva ai bisogni di salute, soprattutto nelle situazioni di fragilità, perché sono quelle delle quali noi ci occupiamo.

Cominciando da che cosa? Cominciando dal dire che le persone hanno il diritto a essere curate dove vivono e dove sono sempre vissute, perché lì sono i loro affetti e lì sono le loro relazioni, le loro conoscenze e la loro percezione di appartenenza ad una comunità.

E con questo, dare grande dignità all'assistenza domiciliare, che non è fatta soltanto di una siringa o di un infermiere che vada a domicilio, non è fatta di qualche prestazione socioassistenziale di poche ore al mese.

Assistenza domiciliare significa trasferire la cura, con tutta la ricchezza che questa parola ha, e non solo dal punto di vista sanitario, nei luoghi di vita delle persone, cercando di allearsi con tutte le risorse che ci sono in quel luogo di domicilio, che non sono solo risorse economiche, non sono soltanto risorse operative, sono anche preziose risorse relazionali, affettive, esistenziali.

È esperienza di tutti che una persona, soprattutto quelle che noi rappresentiamo, non può essere curata bene se viene esclusa, se viene segregata, se viene rinchiusa, custodita – ecco le parole che mi hanno molto colpita dell'intervento di don Colmegna, pienissimo di suggestioni profonde molto presenti e molto vicine al mio pensiero e al mio cuore.

Essa non può guarire se viene tenuta lontana dal suo habitat, se viene privata dei suoi legami, se viene privata anche sensorialmente dei colori, dei profumi, dei rumori che hanno costruito la sua esperienza esistenziale. Può avvenire per pochi giorni se c'è necessità, ma poi quella persona ha il diritto a essere curata al proprio domicilio.

Allestire tutto questo significa avere persone e percorsi di alta qualità, quando dico persone

dico professionisti di molteplici competenze, perché la medicina territoriale o è multidisciplinare e interdisciplinare, o non è.

Se si deve ricapitolare, ricostruire e custodire quali risorse di guarigione, tutto ciò che una persona in carne e ossa è, senza spezzettarla in facili organicismi, bisogna mettere insieme tutto quello che può concorrere ad una risposta di cura.

Questo richiede, e lo dico anche con un briciolo di amarezza mista a preoccupazione, un nuovo modo di essere, di concepire la figura del medico di medicina generale.

Non voglio togliere nessuna stima o sminuire il lavoro che molti medici di medicina generale fanno egregiamente, ma loro stessi hanno bisogno di percepirsi in modo diverso, hanno bisogno di un nuovo paradigma di salute, hanno bisogno di una nuova formazione.

L'età dei medici di medicina generale è molto elevata. Il fatto che abbiano compiuto quasi tutto il loro percorso professionale in una condizione di convenzione – cioè una condizione privatistica che non li rende pienamente responsabili di un percorso globale di salute, a indotto spesso ad aggiungere "pezzi" di prestazione attraverso la contrattazione sindacale, spesso in relazione a remunerazione più che una presa in carico complessiva. Ciò significa che questo modo di concepire l'attività del medico di medicina generale, e la natura del rapporto che lo lega al Servizio sanitario pubblico, non può rappresentare il grande driver di un nuovo percorso tutto da ricostruire.

Per fortuna, poiché tanti stanno andando in pensione, c'è una nuova generazione di medici di medicina generale, con i quali sarà importante allearsi.

La svalutazione della medicina e dei servizi di prossimità, è passata anche dal concepire per loro una formazione considerata di livello meno qualificato, e retribuito, delle altre discipline specialistiche.

Io credo che, invece, non ci sia medico che debba avere una formazione più complessa di quella del medico di medicina generale, e non solo perché più degli altri incontra lo spessore antropologico, e anche quello culturale e spirituale della persona che ha di fronte, ma anche perché

deve poter connettere saperi e discipline, colloquiare con l'aspetto sociale e quello altamente specializzato, altrimenti non può che limitarsi a prescrivere farmaci, ad essere un medico "amministrato" e ad accumulare distanza rispetto al proprio assistito.

Credo anche che tutto questo non avverrà mai spontaneamente, e ne abbiamo avuto un piccolo esempio in questi otto mesi.

Abbiamo, in questi mesi difficili, ascoltato tante parole di critica e di speranza, tanti *slogan* che come tutti gli *slogan* sono grida di guerra ispirate da una volontà fattiva, però poi parole e slogan possono esaurirsi nella vuota ripetizione di una intenzione.

Non dimenticando che per la prima volta, con il governo giallo rosso il de-finanziamento della Sanità pubblica è stato mutato in rifinanziamento, anche prima della pandemia, non può tacersi che a tante parole, e anche finanziamenti, non sono ancora seguite delle concrete azioni trasformatrici.

Anche qui, per fare chiarezza, andranno distribuite le responsabilità. Intanto, forse una riflessione fra le tante a cui questo Covid-19 ci ha

abituato è che la competizione istituzionale, la confusione istituzionale tra i poteri in questo Paese ha dimostrato di essere uno dei problemi più gravi per la sanità, e il tema merita di essere necessariamente ridiscusso.

Prima del Covid-19, essa ha generato profonde diseguaglianze e difformità, modelli totalmente diversi, si diceva ventuno modelli sanitari diversi, che hanno reagito in modo diverso all'emergenza. Durante la pandemia hanno risposto anche ostacolando, talvolta, e sostituendosi a decisioni che in tema di sanità pubblica non possono che essere in capo al governo centrale, ma credo che comunque ci abbiano convinti di ciò di cui eravamo già convinti, vale a dire che i rapporti istituzionali di questo Paese, fra i vari poteri di governo, hanno bisogno di una profonda rivisitazione, che non potrà andare nel senso delle autonomie differenziate, così come ultimamente sono state declinate.

Sicuramente bisogna rivedere le misure che regolano tali autonomie, ma non in una modalità competitiva, sostitutiva e anche ritardante delle decisioni nazionali. Abbiamo due esempi davanti a noi: le grandi difformità e disegua-



glianze territoriali da una parte, e dall'altra parte le differenti risposte che sono state date al Covid-19.

E per non lasciare le responsabilità soltanto ad una parte, c'è da dire che, forse, alle buone intenzioni del governo in tema sanitario, non sono seguite delle azioni conseguenti e noi, come Spi, ne siamo testimoni.

Con questo vorrei affrontare il tema che ci è più caro e che è anche più centrale nelle nostre politiche, il tema della non-autosufficienza.

È un grande capitolo questo, lo era prima del Covid-19, lo è diventato ancora di più oggi e lo sarà ancora di più in futuro. È anche una straordinaria chiave di lettura di tutto ciò che non funziona in questo Paese, da un punto di vista sociale, da un punto di vista sanitario e anche da un punto di vista etico, e ora ne stiamo osservando le drammatiche conseguenze.

Vorrei spiegarmi meglio, perché è un argomento delicato e complesso.

La non-autosufficienza riguarda una condizione legata a un fenomeno che la politica ha fatto finta di non vedere. Questa politica e le istituzioni hanno fatto finta di non vedere che questo Paese invecchiava, invecchiava tanto, e questo è una cosa buona, ma purtroppo invecchiava anche male, in specie le donne, e aveva bisogno che lo Stato si occupasse di queste persone soprattutto nei loro ultimi segmenti di vita, non trovando come soluzione unica un intervento di tipo custodialista – che già di per sé è un problema – ma soprattutto lavandosi le mani di questo grande, estremo, finale bisogno di cura, e di ciò che gli competeva anche in termini costituzionali.

Noi sappiamo benissimo che la maggior parte delle Rsa non sono a gestione pubblica, sappiamo benissimo che è anche un mondo difficilmente descrivibile, che all'interno di una geografia indefinibile c'è di tutto: il meglio, perché ci sono delle buonissime esperienze, non molte devo dire, e il peggio, soprattutto quando parliamo di interventi privati speculativi.

Sappiamo che spesso si avvalgono di un lavoro deregolamentato, deprofessionalizzato e mal pagato: la recente fuga degli operatori verso gli ospedali pubblici ci dice proprio questo.

Permettetemi di far ricorso ad un paragone che

forse può suscitare un qualche imbarazzo, ma io credo che dove non stanno bene le persone, ancor più se custodite e confinate, non stanno bene neanche gli operatori.

È un po' come nelle carceri: le guardie carcerarie nella loro alta funzione di tutela, non stanno meglio e non soffrono di meno dei carcerati, se in un luogo di segregazione viene messa fra parentesi la dignità umana!

Analogamente, dove le condizioni di cura sono pessime, è pessima anche la condizione di lavoro, mal pagata, insicura, a grave rischio di *burn out*. Tanti operatori sono morti, tanti si sono ammalati insieme alle persone ospitate, tante si stanno ancora ammalando. Questo è il mondo delle Rsa, che è l'unica risposta al problema della non-autosufficienza che questo paese ha saputo dare ai suoi vecchi nel periodo più fragile della loro vita.

Ecco perché noi abbiamo chiesto e chiediamo da anni una legge sulla non-autosufficienza non perché siamo innamorati della proliferazione legislativa, ma perché la non-autosufficienza è una condizione polimorfa, che si svolge lungo tanti anni di vita e ha bisogno di soluzioni che mettano insieme risorse, idee e strategie.

Noi siamo stati ascoltati dal ministro della Salute e dalla ministra del Lavoro, ma all'impegno di istituire un tavolo di discussione e di approfondimento non è stato dato fino ad ora alcun seguito, o meglio, l'unico seguito a cui oggi assistiamo è l'istituzione di un tavolo per le "politiche sanitarie, sociosanitarie per anziani", che è guidato da Monsignor Paglia, che io stimo molto, e che raccoglie al suo interno filosofi, scrittori, antropologi, a sottolineare che evidentemente in questo Paese c'è un problema culturale.

Ma quel tavolo, per quanto autorevole, non può essere la risposta a un tema sociosanitario pubblico che riguarda milioni di cittadini, come noi abbiamo sottolineato richiedendo una legge sulla non-autosufficienza.

Che cosa ci aspetta? Abbiamo fatto molte considerazioni sul periodo che ha preceduto questo nuovo inizio, sulla prima fase della pandemia.

Il 5 novembre, con le nuove zone rosse che richiederanno parte del paese, potrà essere un nuovo inizio sul quale riflettere, perché nulla si

riprodurrà così come noi lo abbiamo vissuto in questi mesi trascorsi.

Il Paese è molto diverso, lo dicevano molti di voi, soprattutto lo diceva don Colmegna, perché quello che ha vissuto il primo *lockdown* era un paese bisognoso di sentirsi ancora comunità. Questo, invece, è un paese fratturato, ferito, pieno di conflitti, individualista, che reclama disperatamente delle soluzioni tutte individuali, a volte anche in competizione con altre realtà.

Uno di questi grandi conflitti è quello intergenerazionale!

Non possiamo ignorare che esista, non possiamo chiudere gli occhi di fronte a questo. Se il Covid-19 ha scoperto il vaso di Pandora, da quel vaso non è uscita soltanto l'inefficienza della sanità, del nostro welfare, o dei nostri sistemi produttivi.

È venuto fuori in modo a volte strisciante, altro manifesto, ma già presente nell'occidente avanzato, il come si guarda ai vecchi, alle persone che vivono l'ultimo tratto di vita, quale è la valutazione che se ne ha.

E nella risposta che abbiamo nei servizi dedicati agli anziani, forse un po' di tutto questo c'è.

A parte il messaggio di Toti che ha sfiorato l'indecenza, ci spetta leggere questo fenomeno alla luce di un criterio che riguarda, invece, tutte le fragilità. Questo è il paradigma, la fragilità e il paradigma dell'esclusione.

Ebbene, il Covid ci ha mostrato che si è pronti ad alimentare, tra tanti altri scontri che ci attraversano, quello intergenerazionale, e che si è pronti anche ad affrontare senza pudore questioni delicatissime, come la scelta di chi privilegiare in un momento di mancata disponibilità di cure per tutti, a discuterne come se non fosse un problema etico e bioetico estremamente importante. Ci sono importanti organizzazioni scientifiche che hanno somministrato linee guida su questo, e c'è anche chi lo ha praticato senza neanche discuterlo.

Ci sono questioni e proposte, come di recente si ascolta, di *lockdown* selettivo. Ancora stamane si può leggere sulla stampa un altro intervento su questo. L'iniziativa viene da lontano, non a caso da un ambiente molto vicini al presidente Trump. Mi sto riferendo al *Great Barrington*, un

documento a cui hanno partecipato molti scienziati americani, che teorizza proprio il vantaggio economico del *lockdown* per i fragili.

Oggi, se leggete la stampa, nella categoria dei fragili hanno fatto ingresso anche i lavoratori fragili, si è passati dagli anziani ai lavoratori fragili nel senso di un *lockdown* selettivo con un'ottica, oserei dire, di medicina difensiva, piuttosto che di diritto alla tutela della salute per tutti, come suggeriscono gli articoli 3 e 32 della Costituzione.

La medicina difensiva fa riferimento a tutte quelle strategie che si mettono in atto per evitare contenziosi medici. Ecco, il *lockdown* selettivo mi ricorda una medicina di natura difensiva, perché agisce, e, in questo caso, nega qualcosa per non avere problemi, piuttosto che trovare soluzioni in termini di appropriatezza e equità delle prestazioni.

Credo che tutto ciò attenga a un modo di guardare a questa generazione, modo che si iscrive in una realtà che da troppo tempo fa riferimento a un paradigma neoliberista, dove, lo diceva benissimo Valerio Zanolla, se produci, se paghi va bene.

Se non produci e non paghi sei uno "scarto", come dice il Papa.

Infatti, che per difendersi da questa intollerabile soluzione si è chiamato in causa il valore della silver economy dimostrando con ciò che, se consumiamo, e molto, abbiamo qualche chance di essere accettati!

E ancora si è fatto ricorso, direi per giustificare il diritto ad essere tollerati, al grande valore in termini economici degli anziani che si sostituiscono ai servizi carenti. partecipando a quello che chiamiamo welfare familiare.

In questo c'è qualcosa di molto pericoloso che non ha niente a che vedere con il rapporto nono/nipoti, non ha niente a che vedere con il supporto di cittadinanza attiva che gli anziani danno, ha soltanto dentro un criterio utilitaristico e anche mercantile delle relazioni umane.

Noi siamo una forza sindacale confederale e in questi due termini, sindacato e confederalità, è iscritto il valore solidale e comunitario delle nostre azioni.

La nostra vocazione è ricucire tutto ciò che la competizione, la disuguaglianza, l'abuso del



profitto frammenta e slabbra, tutte le relazioni che la solitudine di questa post modernità spezza e distrugge, trovare piccole e grandi soluzioni per rimettere insieme ciò che sembra non possa più stare insieme.

So che siamo tutti un po' spaesati e che cerchiamo affannosamente un senso all' "aporia" che questa esperienza ci costringe a vivere, anche nel lessico oltre che nelle azioni.

Aporia vuol dire senza via d'uscita e spesso, le parole che usiamo, e quelle che sentiamo di più – comunità, *communitas*, e immunità – si muovono su una polarizzazione contraddittoria: abbiamo bisogno di comunità, ma al contempo l'immunità ci costringe a stare lontani. A noi spetta dimostrare che quel termine infelice, "distanziamento sociale", può essere declinato come distanziamento fisico, laddove invece ci spenderemo e cercheremo in tutti i modi di ricostruire legami sociali, come abbiamo sempre fatto, come sappiamo fare e come creativamente dovremo ancora imparare a fare, con quello che abbiamo a disposizione, a cominciare dalle piccole cose di cui è fatto un grande impegno.

Altrimenti temo che possa accadere ciò che il

Papa dice – mi piace citarlo perché è un pensiero che, a un tempo, interroga e spinge anche all'azione – "peggio di questa crisi c'è solo il dramma di sprecarla richiudendoci in noi stessi".

Vi ringrazio per quello che mi avete permesso di ascoltare e di quello che mi avete permesso di dire oggi. ■

LETTI PER VOI

Per saperne di più

Erica Ardenti

Vi suggeriamo alcune letture di stampo diverso. Cominciamo con testi di riflessione e spunto per proposte che possono trasformarsi in azioni concrete anche di negoziazione. Poi passiamo a narrazioni – come quella di don Colmegna o di Fang Fang e Paolo Giordano che sono più personali e intimi, quasi un racconto dell'esperienza della pandemia.

In chiusura uno sguardo sia scientifico che storico con Spillover e il libro dedicato a un'altra pandemia che ha lasciato in tutto il mondo un ricordo indelebile: la spagnola del 1918.



L'anziano e la città L'impegno della comunità urbana a favore degli anziani

Marco Trabucchi
Erickson

Marco Trabucchi, presidente della Società italiana di gerontologia e geriatria, affronta in queste pagine il tema di come costruire su basi solide una cultura che sancisca il diritto degli anziani a una vita che non sia dominata da pregiudizi psicologici e limiti economico-organizzativi. L'invecchiamento progressivo delle nostre società lo impone. Avvalendosi anche dell'esperienza fatta dall'associazione Amici della casa della Carità di Milano, Trabucchi delinea quella che può essere una città che cura, una città dove l'anziano ha pieno diritto di cittadinanza e i suoi bisogni ricevono risposte adeguate.

È un testo le cui riflessioni si collocano in un contesto più ampio: il Progetto internazionale dell'Organizzazione mondiale della sanità dedicato alle *Città amiche degli anziani*, il cui obiettivo è creare una rete di città, sparse in tutto il mondo, organizzate in modo tale da tener conto dei bisogni degli anziani che devono avere la possibilità di invecchiare rimanendo attivi il più a lungo possibile. Spunti di riflessione, proposte particolarmente importanti perché nate dopo l'esperienza legata alla prima fase della pandemia da Covid-19 in cui gli anziani sono state le vittime "privilegiate" e durante la quale il loro isolamento è stato una delle cause dell'alta mortalità.



Riscatto

Bergamo e l'Italia Appunti per un futuro possibile

Giorgio Gori – Francesco Cancellato
Rizzoli

Una lunga riflessione che guarda all'autunno che stiamo vivendo e che vorrebbe contenere un po' di appunti per il futuro, per il dopo Covid-19. Dall'esperienza della pandemia che ha colpito in maniera drammatica tutta la provincia di Bergamo parte la riflessione del sindaco Gori che la definisce "la più crudele delle lezioni" che ha lasciato non solo l'immenso dolore per le vite perdute, ma anche il difficile compito di ricostruire un paese provato dalla crisi economica che la pandemia ha innescato. Un libro che mescola parti biografiche, riflessioni e critiche sulla realtà sociale, ma avanza anche proposte per

delinare una possibile strada di crescita per un paese, l'Italia, che ha bisogno di rimettersi in linea con i paesi locomotiva dell'Europa.



Oltre cinquanta gradini

don Virginio Colmegna
il Saggiatore

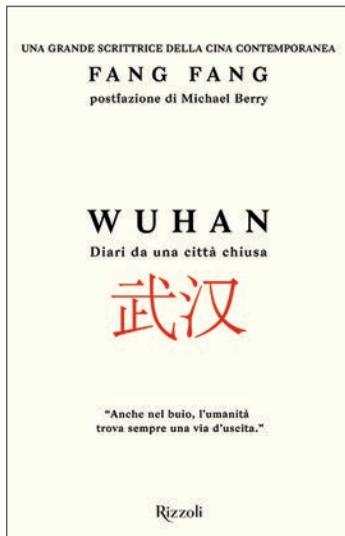
Tre giorni dopo l'entrata in vigore del Decreto che ha sancito il *lockdown*, il 13 marzo scorso, don Virginio Colmegna ha aperto uno spazio sul web della Casa della carità attraverso il quale colloquiare e comunicare attraverso pensieri, meditazioni, poesie, citazioni. Punti di riferimento Cardinal Martini e la sua idea di *Eccedenza della carità* e Papa Francesco col richiamo alla sua *Conversione ecologica*.

Un appuntamento quotidiano che termina il 3 maggio, cinquantadue giorni dopo, quando ha inizio quella che tutti abbiamo conosciuto come fase 2, con l'alleggerimento di alcune delle misure restrittive.

“Cinquantadue giorni passati insieme a tanti amici sono stati la condivisione di pensieri – dice Colmegna nell'introduzione – che hanno voluto accompagnare il tempo di una pandemia che ci ha imposto di stare lontani, ci ha fatto piangere morti, ci ha procurato angosce e paure. (...) Il tutto mettendo in primo piano i più fragili, poveri ed emarginati, e i più sofferenti come anziani e disabili”.

Il testo è dedicato alle famiglie dell'associazione *Speranza oltre noi*, impegnata a realizzare un progetto di abitare solidale, ispirato al Dopo di noi.

Il libro è in versione e-book oppure si può scaricare il pdf gratuitamente dal sito della Casa della Carità: www.casadellacarita.org/ebook-cinquanta-gradini



Wuhan

Diari da una città chiusa

Fang Fang, Michael Berry

Rizzoli

Dal 25 gennaio al 24 marzo 2020, sessanta giorni e altrettanti capitoli pubblicati online, durante il *lockdown* di Wuhan.

Wang Fang (di cui Fang Fang è lo pseudonimo letterario della scrittrice cinese) ogni sera pubblicava un resoconto personale di quanto accadeva, cercando di essere oggettiva ma facendo allo stesso tempo trasparire emozioni che soprattutto risaltavano nelle testimonianze che raccoglieva tra parenti, amici, medici, e accademici. Un diario dove si parla anche di occultamento della verità, le sanzioni e il bavaglio al medico Lin Wenliang, che aveva denunciato la nuova epidemia dell'impreparazione del sistema sanitario locale, con gente che si trascina per strada perché rifiutata dagli ospedali e così infettava tutta la famiglia.

Nell'introduzione scritta nel momento in cui il diario online diventa libro, Fang Fang scrive: *"ma soprattutto ci siamo fidati troppo del nostro governo. Eravamo convinti che i funzionari dell'Hubei non avrebbero mai adottato un atteggiamento tanto negligente e irresponsabile nel caso in cui le nostre vite fossero a rischio"*. Le autorità cinesi si sono limitate a bloccare l'account Weibo della scrittrice, accusata poi di "offrire munizioni agli Stati Uniti" per attaccare la Cina, ma Fang Fang non è mai stata una dissidente, piuttosto una scrittrice indipendente, lo dimostra il fatto che rivolge critiche anche all'Occidente: *"(...) l'arroganza dell'Occidente nel mostrare sfiducia verso la nostra capacità di combattere il virus hanno provocato innumerevoli vittime..."*. da questa tremenda lezione che è la pandemia Fang Fang trae una lezione: *"Il virus è il nemico comune del genere comune; è questa la lezione. L'unico modo per combatterlo e liberarci dalla sua morsa è farlo tutti insieme"*.



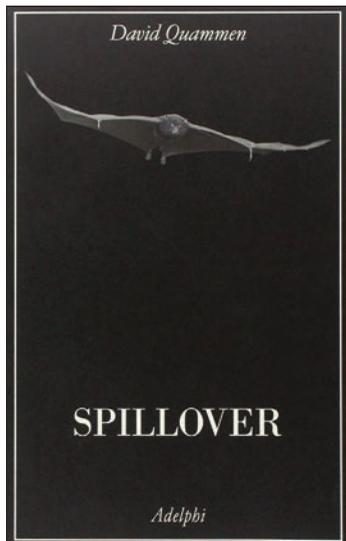
Nel contagio

Paolo Giordano

Einaudi

Una sessantina di pagine che si leggono d'un fiato e che sono da un lato un breve diario dei pensieri che hanno accompagnato l'autore nei giorni della pandemia e del suo sorgere, dall'altro uno stimolo per noi a riflettere su quello che ha significato e significa. Domande che sono una logica conseguenza della lezione tratta da Fang Fang nel suo diario. *"L'epidemia c'incoraggia a pensarci appartenenti a una collettività. (...) Nel contagio torniamo a essere una comunità"*, sottolinea Giordano ricordando anche come questa comunità oggi sia più connessa che mai, gli aerei, per esempio, permettono ai virus di espandersi molto in fretta: *"la nostra efficienza è anche la nostra condanna"*. Allo stesso

tempo lancia un allarme, troppo ignorato: i virus si diffondono anche grazie alla distruzione dell'ambiente, *"siamo noi a stanare loro. (...) chi di noi può sapere cos'hanno liberato gli incendi smisurati in Amazonia dell'estate scorsa? Chi è in grado di prevedere cosa verrà dall'ecatombe più recente di animali in Australia? Microrganismi mai censiti dalla scienza potrebbero aver bisogno urgente di una nuova patria"*.



Spillover

David Quammen

Gli Adelphi

Spillover indica il momento in cui un agente patogeno (un virus) passa da una specie all'altra, di questa traccimazione parla l'omonimo libro di Quammen, ideale risposta e spiegazione scientifica ai quesiti che Giordano pone. Scritto nel 2012 risponde a molte domande che ci siamo posti con Sars Cov 2, il nome del virus mentre Covid-19 è la malattia che provoca. Quammen ci racconta di Hendra, di Ebola, della Malaria, della Sars del 2003, di diverse influenze, di Nipah, dell'Hiv da grande divulgatore scientifico qual è, quindi, con un linguaggio più che accessibile. Di ogni virus ci racconta la storia, le modalità di diffusione, come gli scienziati arrivino a trovarli e studiarli. Conosciamo così anche la storia di personaggi incredibili che

alla lotta ai virus hanno dedicato la loro vita, talvolta contraendo le malattie e anche morendone. Un libro che è anche un richiamo alla tutela dell'ambiente, alle nostre responsabilità, alla nostra incoscienza e arroganza. Non fatevi spaventare dalla mole (cinquecento pagine) è una lettura affascinante e anche doverosa per imparare a spaventarci meno, essere più attenti e non correre dietro alle tante fake news che hanno riempito i social, e non solo, nei mesi scorsi.



1918. L'influenza spagnola

La pandemia che cambiò il mondo

Laura Spinney

Feltrinelli

Forse pochi sanno che tra le vittime della spagnola vi furono anche il grande sociologo Max Weber e il poeta Guillaume Apollinaire. Si calcola che le vittime furono quasi cinquanta milioni, eppure di questa pandemia si conosce poco forse perché in qualche modo concomitante con la Grande Guerra. Un vuoto di informazione che Laura Spinney cerca di coprire con una ricostruzione che si muove tra scienza, storia, sociologia e giornalismo. All'epoca non c'erano strumenti che permettessero di riconoscere i virus tant'è che – ce lo dice Quammen in *Spillover* – quello della spagnola fu identificato solo nel 2005.

E si trovano diverse analogie con quanto accaduto col Sars Cov 2: la malattia non toccò tutti in egual misura: chi viveva in condizioni di povertà, sovraffollamento e denutrizione fu più colpito – cosa che abbiamo visto anche ora. Allo stesso modo l'uso delle mascherine e il ricorso all'isolamento erano gli strumenti di prevenzione più sicuri, con una differenza: *“il divieto dei raduni di massa e l'obbligo di indossare le mascherine ridussero, in alcune città americane, il tasso di mortalità del 50% (gli Stati Uniti furono molto più bravi dell'Europa a imporre provvedimenti di questo tipo)”*. Verrebbe da dire che se Trump avesse seguito le orme dei suoi predecessori oggi gli Stati Uniti non avrebbero un numero di vittime così alto. E già allora fu provata un'altra cosa che dovrebbe valere anche per noi oggi: *“Il problema principale era il tempismo: tali misure dovevano essere introdotte in fretta e mantenute finché il pericolo non fosse passato. Se venivano tolte troppo presto il virus aveva a disposizione una fornitura fresca di ospiti immunologicamente naif e la città andava incontro a un secondo picco di mortalità”*. Riusciremo mai a imparare dalle esperienze già vissute?

Le nostre pubblicazioni nel 2020

Si possono trovare e scaricare dal sito www.spicgillombardia.it link pubblicazioni

2020

- n. 1/2 **Che futuro per la previdenza?**
- n. 3/4 **Alzheimer: conosciamolo**
- n. 5/6 **Chi evade non partecipa al patto sociale**
- n. 7/8 **Negoziare per stare meglio**
- n. 9/10 **Area benessere 2021 - Il coraggio di esserci**
- n. 11 **Per un paese a misura di donne e uomini**
- n. 12 **Ci dicevano: "Andrà tutto bene"
...ma avevamo paura**

