

2021
MAGGIO

PERIODICO DELLO SPI CGIL DELL'UMBRIA

Generazioni

GENERAZIONI • PERIODICO TRIMESTRALE DELLO SPI CGIL DELL'UMBRIA • VIA DEL BELLOCCHIO, 26 - PERUGIA - 0755069896 • DIRETTORE: FABRIZIO RICCI • F.RICCI@UMBRIA.CGIL.IT
DIRETTORE RESPONSABILE: PAOLO TOSTI • REG. TRIB. PG 54/2010 • EDITORE: KROMA EDITRICE SRL - VIA M. ANGELONI 115, PERUGIA • N° 1/2021 • SPEDIZIONE IN ABBONAMENTO POSTALE

L'anno più difficile

Abbiamo attraversato uno dei periodi più duri della storia recente dell'intero pianeta. L'Umbria ha sofferto moltissimo, anche a causa di scelte sbagliate da parte della politica. Ora è il momento di venirne fuori con la vaccinazione e rafforzando il nostro sistema sanitario pubblico.



“Muoviamoci insieme”

Il progetto di HappyAgeing per contrastare negli anziani i danni dell'isolamento da pandemia (pag. 4)



Vi racconto l'incubo del Covid

Stefano, 63 anni, è stato quasi un mese in terapia intensiva dopo aver contratto il virus (pag. 14)



Lo Spid questo sconosciuto

Dalla fine del 2021 diventerà indispensabile con il rischio di scenari piuttosto complicati per molte famiglie (pag. 20)

LA LEZIONE DELLA PANDEMIA: QUELLO CHE SERVE ALLA NOSTRA SANITÀ

di Maria Rita Paggio



Maria Rita Paggio,
segretaria generale
Spi Cgil Umbria

Dopo la II guerra mondiale le condizioni di salute dei cittadini italiani sono progressivamente migliorate con un incremento della longevità che ha reso l'Italia il Paese con la più alta speranza di vita alla nascita fra tutti gli stati europei. Un dato positivo, determinato da molti fattori socio-economici tra i quali un sistema sanitario nazionale tra i migliori al mondo, che, seppure sotto-finanziato nell'ultimo decennio, ha garantito alti standard delle prestazioni. Anche nella drammatica esperienza della pandemia il Ssn ha assicurato e continua ad assicurare una buona qualità della cura, grazie soprattutto alla professionalità e abnegazione che medici, infermieri e personale sanitario hanno mostrato, pagando anche un prezzo molto alto in termini di salute.

Al contempo la pandemia ha messo in evidenza in maniera chiara le criticità e l'urgente necessità di rafforzare la sanità pubblica a cominciare dal sistema di prevenzione e della rete dei servizi territoriali. Da questo punto di vista le risorse del Recovery fund rappresentano un'occasione da non perdere.

La pandemia non ha colpito tutti in ugual misura, sono stati gli anziani ed in particolare gli over 80, insieme alle persone fragili a pagare il prezzo più alto, tanto che per la prima volta dopo molti decenni la speranza di vita alla nascita si è abbassata. Da ormai due decenni l'Italia spende per la salute meno dei principali Paesi europei; già nel 2000 eravamo circa il 9% sotto la media Ue, ma poi la situazione è precipitata, tanto che nel 2018 il nostro Paese è arrivato a spendere oltre un quarto in meno rispetto alla media dell'Unione, con pesanti ripercussioni sui lavoratori della sanità, costretti a carichi di lavoro spesso insostenibili, a causa di carenze organiche croniche.

Il sottofinanziamento del Ssn ha comportato un maggiore esborso di risorse da parte dei cittadini, chiaramente di coloro che possono permettersi di pagare di tasca propria, mentre una fetta consistente di popolazione, concentrata fra redditi bassi e medio-bassi, è stata costretta a rinunciare ad alcune cure sanitarie per motivi di costo, distanza o liste di attesa. Per questo oggi è necessario ripensare il sistema di intervento in sanità non tanto rispetto alle acuzie, quanto verso la cura delle croni-

cità, in una logica di presa in carico e di integrazione sociosanitaria.

La proposta che a livello nazionale e regionale abbiamo sostenuto in questi anni e che guarda alle trasformazioni in atto ha l'obiettivo di qualificare la rete ospedaliera e al contempo rafforzare la rete dei servizi territoriali, aumentando l'attività ambulatoriale e specialistica sul territorio, ripensare il ruolo dei medici di medicina generale, rilanciare l'attività di prevenzione, aumentare gli interventi domiciliari. In una parola abbiamo proposto un modello organizzativo che è quello delle Case della Salute. Purtroppo in Umbria questo percorso di riforma del SSR, seppure avviato, non è mai arrivato a compimento, per cui ci siamo trovati ad affrontare la pandemia con meno posti letto in ospedale, senza una adeguata rete di servizi socio-sanitari territoriali e con una dotazione organica gravemente sottodimensionata.

Per questo come Spi sosteniamo la vertenza che i lavoratori della sanità stanno portando avanti per l'assunzione di 1500 operatori sanitari di cui il Servizio sanitario regionale ha bisogno in modo strutturale. Non si comprende perché dopo un anno non si sia dato seguito agli accordi sottoscritti con assunzioni a tempo indeterminato, come è invece avvenuto in altre regioni. Cosa che ha determinato anche la perdita di personale sanitario con contratti precari che si è spostato in altre regioni. Insomma, il sospetto è che le enunciazioni della Giunta Regionale in favore della sanità pubblica siano solo formali e si voglia, anche attraverso il sottodimensionamento delle dotazioni organiche, favorire la crescita della sanità privata convenzionata.

Su questo è bene fare chiarezza, perché alcune discussioni come quelle della clinica privata inclusa nel progetto del nuovo stadio di Terni sottendono appunto l'idea di un sistema sanitario in cui si contrae la spesa destinata alle strutture pubbliche per aumentare quella verso i privati convenzionati.

Per questo rivendichiamo in modo unitario con FNP e UILP, e insieme alle rispettive confederazioni, l'apertura di un confronto concreto sul nuovo piano sanitario regionale del quale fin ad oggi abbiamo sentito annunci sui media e letto un libro bianco che è sostanzialmente una ricognizione dell'esistente senza proposte di merito. Da alcune dichiarazioni dell'assessore alla sanità sono emerse ipotesi "fantasiose" sugli assetti istituzionali seguite da smentite, più o meno credibili, che tuttavia non esplicitano in modo chiaro l'idea che questa giunta ha della sanità umbra e questo è molto preoccupante, sia perché lascia spazio ad ogni ipotesi sia perché i tempi per utilizzare al meglio le risorse disponibili sono brevi.

Bisogna infine scongiurare il rischio che, passata la fase acuta della pandemia, altre emergenze, come quella economica, occupino lo spazio del dibattito pubblico e cali l'attenzione sulla sanità, con il conseguente rischio di ritornare indietro.

Alla sanità umbra non servono chissà quali interventi di ingegneria istituzionale o manageriale, bastano più soldi per assunzioni, innovazione tecnologica e costruzione di una efficace e inclusiva rete di case della salute.

“MUOVIAMOCI INSIEME”

Il progetto di HappyAgeing1 per contrastare negli anziani i danni dell'isolamento da pandemia

di **Maurizio Massucci*** (Fisiatra)

COVID-19 ed isolamento sociale: a chi fa più male?

Nell'attuale contesto pandemico, le misure di distanziamento sociale hanno rappresentato da subito la principale misura salute pubblica per contrastare la malattia. L'isolamento però è costoso non solo per le categorie economiche. A farne le spese sono infatti anche le persone sole ed anziane. Gli anziani sono maggiormente esposti alle forme gravi ed anche mortali della malattia ma inoltre, a causa del comportamento sedentario obbligato, possono subire danni alla propria salute fisica e mentale. Lunghi periodi di inattività fisica determinano infatti una riduzione del carico meccanico sui muscoli che ne impoverisce la struttura e la forza generando una condizione patologica definita sarcopenia. Gli anziani sarcopenici vedono un rapido peggioramento della propria della forma fisica che si somma al calo fisiologico tipico dell'età avanzata. Il riposo a letto e la restrizione della mobilità sono in grado di produrre una significativa riduzione della forza e della massa muscolare dopo soli 5-10 giorni rispetto a quanto osservato ogni anno nella popolazione anziana. Si pensi cosa può succedere ad un anziano ricoverato a lungo in ospedale. Una prolungata riduzione dei movimenti fisiologici può inoltre indurre una compromissione dell'apparato neuromuscolare “da non uso” con deterioramento degli elementi base della propria autonomia motoria personale come la capacità di alzarsi da una sedia, di cammi-

nare, di salire e scendere dei gradini o di mantenere l'equilibrio in situazioni impreviste. La conservazione della massa muscolare e della forza è un forte fattore di rischio indipendente per la mortalità per tutte le cause nelle persone anziane. Due settimane di inattività fisica con riduzione giornaliera del 75%, diminuiscono la forza muscolare di circa l'8% e, nonostante questo sembri essere un valore basso, non è recuperabile nemmeno con due settimane di riabilitazione.



È possibile contrastare inattività e sedentarietà durante la pandemia?

Intervenire sul disuso del muscolo scheletrico, sulla massa muscolare e sulle funzioni neuromotorie di base è fondamentale nei periodi di “involontaria” riduzione dell'attività fisica e degli spostamenti conseguente alle misure di allontanamento sociale. Non per niente da anni l'OMS raccomanda, a tutti, di eseguire almeno 150 minuti di attività fisica aerobica di intensità moderata, o almeno 75 minuti di attività fisica aerobica di intensità vigorosa a settimana. La letteratura scientifica dice che gli anziani con problemi di mobilità dovrebbero concentrarsi sulle attività fisiche per migliorare l'equilibrio e prevenire le cadute 3 o più giorni alla settimana. Le attività di potenziamento muscolare che coinvolgono i principali gruppi muscolari dovrebbero essere eseguite 2 o più giorni alla settimana o comunque per quanto concesso dallo stato di salute dell'anziano. In particolare l'esercizio di resistenza è una modalità efficace, soprattutto per gli arti inferiori. Inoltre gli adattamenti neuromuscolari si verificano principalmente con l'esercizio di resistenza (sollevare piccoli pesi) rispetto all'esercizio aerobico (es. una camminata veloce). Per questo non è sempre necessaria un accesso a domicilio del medico o del fisioterapista, basta una buona utogestione. La telemedicina infatti può essere utilizzata con la popolazione anziana per promuovere l'esercizio fisico durante la pandemia COVID-19. L'uso della tecnologia può essere utile per istruire, monitorare e controllare l'attività fisica svolta per esempio a domicilio attraverso tablet o smartphone o altri semplici dispositivi digitali che si trovano oggi a basso costo. Per esempio gli esercizi di rinforzo delle degli arti inferiori sono facili e sicuri da riprodurre a casa. Lo stesso per quelli che migliorano l'equilibrio. Si tratta di esercizi molto utili perchè coinvolgono muscoli (per esempio il Quadricipite femorale) che subiscono una maggiore perdita correlata all'età e che sono associati alla capacità funzionale negli anziani. Video tutorial di esercizi ben fatti, basati su proposte razionali ed organizzati in modo di assicurare una progressione dell'attività fisica possono incuriosire l'anziano e stimolarlo a seguire le attività con costanza.

La proposta di HappyAgeing

Con “Muoviamoci insieme” HappyAgeing ha voluto fornire agli anziani durante la pandemia uno strumento video-tutorial di facile accesso ed utilizzo per essere stimolati ad effettuare esercizio fisico in autonomia in casa propria. L'iniziativa è consistita nella presentazione di 8 brevi video (circa 5 minuti l'uno) che costituiscono una mini serie sugli esercizi che si possono svolgere a casa per stare in salute. Le attività proposte coinvolgono i principali distretti muscolari corporei e sono concepite secondo il principio di coinvolgere i muscoli più utili nelle attività quotidiane, secondo una logica di semplicità di esecuzione e di gradualità di progressione. Occorre infatti sollecitare non solo la muscolatura, ma anche quei sistemi che sottendono all'equilibrio ed alla reattività alle sollecitazioni che tendono a perdere di funzionalità con l'avanzare dell'età e l'inattività: sistema vestibolare, propriocettivo/esterocettivo e visivo. Tutti i video della serie possono essere seguiti in tale ordine progressivo oppure in ordine sparso, a piacimento dell'utente.

In pratica, la mini serie si apre con una schermata di presentazione dove, sotto forma di collegamenti ipertestuali, compare l'elenco dei titoli di tutti i moduli di esercizio2. Cliccando sui vari link, si apriranno le pagine con i video di riferimento, permettendo di scegliere all'utente quale attività eseguire e il livello di difficoltà caratterizzante gli esercizi. I singoli video possono comunque essere reperiti nei social network principali. La serie è preceduta da una

Segue a pag. 6

Segue da pag. 5

breve presentazione fatta da un Fisiatra sulle finalità dell'iniziativa nell'ambito dell'attività di Happy Ageing, con accenni ai danni sulla salute della sedentarietà e dell'inattività fisica ed i benefici dell'attività fisica in base alle attuali conoscenze scientifiche. Una voce fuori campo poi spiega in modo semplice il senso di ogni esercizio e la sua utilità per la salute.

“Muoviamoci insieme”: alcuni risultati

Ad oggi, la mini serie di video tutorial “Muoviamoci insieme” ha riscosso un ottimo successo essendo stata visualizzata su FACEBOOK da 15.510 persone e da 3.452 su YOUTUBE. Ai video è stato abbinato un semplice questionario che i partecipanti possono compilare on line, finalizzato a conoscere il punto di vista degli anziani sull'entità della riduzione dell'attività fisica durante la pandemia e sulle sue conseguenze. In particolare ad oggi sono pervenute 325 risposte. Di seguito i principali dati: età media dei partecipanti 71 anni, sesso femminile nel 62%. Il 30% dei casi vive solo. La percentuale di persone che hanno ammesso di avere ridotto la propria attività fisica nella pandemia è stata del 70%. Le conseguenze lamentate sono state principalmente dolore muscolare (44%), senso di debolezza (36%), calo del tono dell'umore (43%). Interessanti le risposte fornite da chi ha terminato di eseguire la serie degli esercizi: il 42% delle risposte hanno registrato un miglioramento del tono dell'umore (42%) e riduzione del dolore (33%). In conclusione con “Muoviamoci insieme”, HappyAgeing ha voluto sottolineare l'importanza per le persone anziane dei danni indiretti, fisici e mentali, legati all'isolamento sociale dovuto alla pandemia ed ha dimostrato come uno strumento tecnologico semplice ma diffuso come i social network, può dare un contributo efficace per combatterli.

* Direttore Struttura Complessa Riabilitazione Intensiva USL Umbria 1



LA SCELTA DI UNA CURA

di Stefano Ricci (Neurologo)

Come si fa a stabilire che una cura (un farmaco, un vaccino, ma anche un intervento chirurgico) funziona davvero? Quando la differenza tra il non utilizzare e l'utilizzare quella cura è grande, non ci vuole molto a capire che quanto si sta facendo funziona. L'esempio classico che si fa per spiegare questo concetto è quello del paracadute: **non ci sono voluti grandi studi per capire che buttarsi dall'aereo con il paracadute e assai meglio che buttarsi senza!** Ma in medicina i casi “tipo paracadute” sono davvero pochi, specialmente oggi, con il prevalere delle patologie “degenerative” come le malattie di cuore, l'ictus, i tumori. Pensiamo allora ad una malattia che, se curata con i mezzi oggi disponibili, ha una prognosi negativa (ovvero va male!) in una certa percentuale di casi, per esempio il 20%; si tratta di una malattia molto diffusa, e quindi una riduzione dei casi “negativi” dal 20% al 15% sarebbe di gran vantaggio per tutta la comunità. Ma come si fa a dimostrare che un provvedimento terapeutico (una “cura”) ha una efficacia di queste modeste proporzioni? È facile sbagliare e attribuire una apparente diminuzione degli eventi negativi all'effetto della cura invece che alle variazioni del caso. **È quindi necessario eliminare il più possibile l'effetto del caso**, dobbiamo cioè avere evidenze di efficacia. Ed è proprio la cosiddetta “medicina basata sull'evidenza” che ci viene in aiuto, con alcuni strumenti di indagine ormai universalmente adottati.

Per semplificare, parlerò di un ipotetico farmaco “x”, che è stato sintetizzato e provato sugli animali. Ora si deve comin-

ciare a sperimentare sull'uomo. Si è soliti distinguere 4 fasi della sperimentazione. La **fase 1** serve a capire se il farmaco va dove si vuole che vada (Viene assorbito bene per bocca? Quanto dura in circolo? Raggiunge il “bersaglio”?). A questa fase di norma partecipano pochi volontari sani, spesso retribuiti per questo (studenti di medicina o giovani medici, che capiscono bene gli eventuali rischi), a meno che si tratti di farmaci altamente tossici (per esempio, quelli usati in oncologia per la chemioterapia), che non sarebbe etico somministrare a persone non malate. Ad esempio, chi scrive in gioventù partecipò ad una “fase 1” per un farmaco antiinfiammatorio, che poi, anni dopo, è stato commercializzato con successo. **Se il farmaco supera la fase 1, vuol dire che non ha importanti effetti indesiderati**, e che sembra agire dove si presume che debba agire. Ma funzionerà davvero?

Ecco allora la **fase 2**, che coinvolge un discreto numero di pazienti (di solito decine fino a poche centinaia). Qui l'obiettivo è cominciare a capire se il farmaco è efficace, e si sceglie una misura (che in termine tecnico si chiama in inglese *endpoint*) “surrogata”, ovvero che si presume rappresenti il vero beneficio, più o meno direttamente. Per esempio, **se valutiamo un farmaco ad azione antiipertensiva, nella fase 2 si valuterà se davvero riduce la pressione**, e di quanto, rispetto ad un “controllo” (ovvero un gruppo di pazienti che servono da paragone), che può essere scelto in vari modi. Inoltre si continueranno a valutare gli effetti indesiderati e la sicurezza. Se i

Segue a pag. 8

Segue da pag. 7

risultati di questa fase saranno positivi, si dovrà passare alla fase 3, che coinvolgerà molte centinaia, o migliaia di pazienti. Gli studi di **fase 3** sono di norma “randomizzati” (italianizzazione del termine inglese random, che vuol dire “a caso”). Ciò si crea in modo casuale due gruppi di pazienti, uno che riceve il trattamento standard (controllo), e l'altro che riceve il nuovo trattamento. Se per quella malattia non esiste un trattamento standard, allora il primo gruppo riceverà un “**placebo**”, ovvero una sostanza inerte. Ciò per evitare che pazienti e sperimentatori siano influenzati da speranza, convinzioni o supposizioni che poco hanno di scientifico, e che potrebbero inficiare il risultato, a tutto danno dei pazienti presenti e futuri. Si parla in questi casi di studio “in doppio cieco” (**sia il paziente che il medico non sanno se si sta somministrando il farmaco in questione o il placebo**). Non sempre è necessario seguire questo schema, e certe volte non è proprio possibile, tuttavia occorre garantire che chi valuterà il risultato (quanti pazienti sono “andati bene” nei due gruppi) non possa essere influenzato, magari inconsciamente, dalla conoscenza della appartenenza del paziente al gruppo trattato o a quello di controllo. È importante sottolineare che questi studi non devono avere endpoint surrogati (cioè, per rimanere all' esempio precedente, l' obiettivo non è “abbassa la pressione”, ma “riduce la mortalità?”), possono durare anni, e **sono quelli che cambiano letteralmente il modo e le possibilità di curare le persone**. Qualche esempio: se oggi si cura l' infarto con l' angioplastica, o l' ictus con la trombolisi, o se si preven- gono queste malattie con gli antiaggreganti e le statine, lo si deve a studi di questo tipo, molto ampi e convincenti. La differenza tra pazienti trattati e non trat-

tati è stata piccola, ma idonei test statistici hanno permesso di verificarne la veridicità, e l' importanza dal punto di vista della salute pubblica.

Va ora affrontato e spiegato il problema del **consenso del paziente**, che è indispensabile per condurre questi studi. Qualunque procedura medica richiede il consenso di chi vi si sottopone. Molte volte (anzi, nella maggioranza dei casi) il **consenso è implicito**: se il medico mi dice di prendere un antibiotico per la mia infezione, io lo prendo, implicitamente dando il mio consenso. Ma quando si parla di terapia più complesse, e magari con qualche rischio, il **consenso deve essere esplicito** (certe volte persino scritto). Ora, se non esistono prove di efficacia di un certo provvedimento terapeutico, ma si sta sperimentando un farmaco promettente, il medico spiega di cosa si tratta, compreso il metodo di assegnazione casuale al trattamento o al controllo, e chiede il consenso del paziente. **Qualcuno si domanderà se è etico (cioè moralmente accettabile) decidere una terapia affidandosi al caso**. La risposta è affermativa, se per quella terapia non esistono prove di efficacia. Infatti non è affatto etico curare una persona con qualcosa che “forse potrebbe funzionare”, o che “a me sembra che funzioni”. **È invece del tutto etico proporre al paziente di partecipare ad una sperimentazione**, con tutte le garanzie del caso (inclusi numerosi e ripetuti controlli), se non si hanno prove evidenti di efficacia di quel farmaco, ma si cercano le stesse in modo scientificamente corretto. E che la sperimentazione sia scientificamente ed eticamente corretta è garantito dal parere di un apposito Comitato (**il Comitato Etico**) formato da esperti del tutto estranei alla sperimentazione, che, dopo aver esaminato nel dettaglio il protocollo di

studio, deve autorizzarne l' inizio. Quindi il consenso del paziente è indispensabile per farlo partecipare ad una sperimentazione. **Ma che fare quando il paziente non è in grado di dare il consenso?** Immaginiamo una patologia le cui probabilità di cura dipendono dalla tempestività dell' intervento (**un infarto, un ictus**); in questi casi molto spesso il paziente non è in grado (proprio perché colpito dalla malattia) di dare il proprio consenso. Il medico allora invoca lo stato di necessità e procede, se esiste un trattamento di provata efficacia. Bene, ma se non esiste un trattamento di provata efficacia, e c' è una sperimentazione in corso? Qui le norme sono diverse da Paese a Paese, anche all' interno della stessa Europa, e sarebbe auspicabile una uniformità di regole. Al momento, però, **in Italia nessuno oltre al paziente può dare il consenso** (a meno che non abbia un tutore legale o sia un minore); contrariamente a quanto spesso si immagina, **il parere dei familiari non ha valore legale** (anche se non c' è nessun medico che non informa i familiari e discute con loro del problema). Il medico invoca comunque lo stato di necessità, e, per le sperimentazioni “in emergenze/urgenza” decide, dopo aver chiesto ad un Collega estraneo alla sperimentazione di verificare che il paziente abbia i requisiti richiesti dalla sperimentazione ed avallati dal Comitato Etico. Ciò evidentemente per evitare che il “troppo entusiasmo” porti il medico sperimentatore ad includere pazienti che non hanno a priori le caratteristiche per essere inclusi. Come detto, **grazie a studi di fase 3 così strutturati sono stati fatti negli ultimi anni grandi**

progressi nel trattamento di patologie acute, e spesso potenzialmente mortali. Se nelle sperimentazioni non fossero stati inclusi pazienti non in grado in quel momento di dare il proprio consenso, oggi non sapremmo cosa fare di fronte ad un grave ictus o a un grave infarto. Esiste infine un' ultima fase di studio, la **fase 4**, che si attua quando il farmaco è ormai in commercio, e se ne vuol verificare la sicurezza (e anche confermarne l' efficacia) su grandi numeri di pazienti (decine di migliaia o anche di più). Infatti un effetto collaterale che si verificasse, poniamo, in un caso ogni 100000 potrebbe essere sfuggito ad uno studio di fase 3 fatto su 10000 pazienti, ma una indagine su numeri più ampi potrebbe evidenziarlo. In conclusione, la sperimentazione controllata, nelle fasi descritte, è un indispensabile strumento per migliorare le cure e la salute pubblica. E sarebbe auspicabile che i protocolli nascessero sempre più da enti pubblici, “no profit”, con la collaborazione delle organizzazioni dei pazienti.



TECNOLOGIA CONTRO LA SOLITUDINE: COSA CI HA INSEGNATO LA PANDEMIA

di **Alessandro Vergari**

È ormai da più di un anno che siamo in una prigione che si chiama pandemia. L'abbiamo incrociata all'improvviso e da allora non siamo riusciti ancora a levarcela di torno.

Il Covid 19 è un terremoto più forte di quello che ha distrutto la mia casa a Norcia 5 anni fa.

Per un paradosso della storia sono passato in poco tempo da una zona rossa ad un'altra zona rossa.

Questo è un terremoto muto, un sisma senza scosse, ma che ti scuote l'anima.

Il pericolo non è quello di un crollo del tetto, ma quello di un crac interiore: l'angoscia e la paura di un nemico invisibile ti possono paralizzare.

Il virus ha avuto un forte impatto soprattutto sulle fasce più deboli della popolazione, i bambini e gli anziani, modificando pesantemente le loro relazioni sociali nella loro quotidianità.

Gli anziani sono stati bombardati in questi mesi da quotidiani martellanti bollettini dell'informazione che hanno sempre insistito sul fatto che i morti sono quasi sempre vecchi e segnati anche da diverse patologie.

L'emergenza coronavirus ci ha imposto di rivedere il nostro modo di condurre le relazioni sociali.

Distanziamento tra le persone, assenza di contatto, allontanamento, solitudine, sono solo alcune delle parole chiave di questo periodo.

Se ciò è valido per gli adulti che, costretti a casa, hanno mezzi, strumenti e relazioni familiari da condividere all'interno della propria abitazione, per gli anziani la situazione è stata più dif-

ficile e drammatica.

Non solo per coloro che vivono da soli nelle proprie abitazioni, ma soprattutto per chi è ospite delle strutture residenziali.

Nelle case di riposo, nelle strutture di accoglienza, nelle RSA hanno vietato da molto tempo le visite a parenti ed amici degli ospiti, quando invece la visita in queste strutture è quanto di più atteso da un anziano, che aspetta questo momento come un vero e proprio evento.

Quello che ricorderemo dei primi giorni del "lockdown" è l'assoluta incapacità di trovare una risposta alle domande: "Come vivremo tutto questo?", "cosa succederà dopo?".

Cercavamo e cerchiamo risposte sul durante e sul dopo. Risposte sul come sopravvivere ad un evento al quale non eravamo preparati.

Tutti ci siamo trovati più soli, solitari in un mondo pieno di solitudine. Soprattutto gli anziani, resistenti contro un male comune, un terrore più grande.

Soprattutto loro si sono sentiti esclusi dalla società, costretti a rimanere in casa, tormentati da domande come... quando passerà questa pandemia?... Potrò ancora accompagnare il mio nipotino a scuola?

In questo scenario desolante ecco che la tecnologia, quasi improvvisamente e magicamente, ci è venuta incontro, ci ha in qualche maniera alleviato il dolore causato dal distanziamento sociale che ha gravemente influito sulla salute mentale delle persone causando anche gravi conseguenze psicologiche, so-

prattutto nelle persone più vulnerabili come gli anziani ricoverati per Covid 19.

Se da un lato l'allontanamento sociale serve per frenare la diffusione del virus nei reparti ospedalieri, dall'altro ha di fatto pregiudicato la salute delle persone anziane ricoverate, determinando l'aumento della depressione e la diminuzione delle risposte immunitarie aumentando inevitabilmente la mortalità. In questo contesto l'uso delle moderne tecnologie di comunicazione, come smartphone e tablet, ha contribuito a migliorare la qualità della vita delle persone ricoverate e la loro risposta alle cure sanitarie. E di conseguenza anche a ridurre i tassi di mortalità.

Tutto ciò è emerso dal 65^o Congresso della Società italiana di gerontologia e geriatria (SIGG).

Purtroppo, però, molto spesso le persone anziane non dispongono dei mezzi di comunicazione e una recente indagine ci dice che la percentuale di chi non possiede un telefono cellulare aumenta con l'avanzare dell'età e più del 20% degli anziani non ne possedeva uno al momento del ricovero e oltre il 15% degli anziani di entrambi i sessi ha bisogno di aiuto per poter utilizzare lo smartphone.

Questo in qualche maniera chiama noi dello SPI a mettere a disposizione delle persone che rappresentiamo un numero di tablet e cellulari, magari usati e recuperati o magari riciclati per questa o altre evenienze tra i nostri iscritti, invece che tenerli in qualche cassetto di casa.

Ma anche prevedere corsi di formazione che possano aiutare a superare gli ostacoli tecnologici.

Questo perché la possibilità di interagire (seppure a distanza) con i propri cari tramite chat e videochiamate contribuisce ad alzare la qualità della vita, anche

indipendentemente dal virus.

Corsi di formazione che spieghino alle persone anziane il contesto emotivo in cui si trovano perché la videochiamata non è qualcosa di esplorato attraverso l'esperienza vissuta ma anzi è qualcosa di assolutamente non ordinario ed il rischio è che, per alcuni ospiti delle strutture sanitarie, può essere motivo di agitazione ed anche di preoccupazione. Senza dimenticare le stanze degli abbracci, chiamate anche "emozioni senza confini" che permettono un contatto fisico in assoluta sicurezza, come se il maledetto virus, in quello spazio non esistesse.

Saremo obbligati, dopo la pandemia, a batterci per una sanità creativa che aiuti veramente le persone anziane, dai test molecolari e antigeni a domicilio alla telemedicina che segua in maniera ottimale il piano di cura dei pazienti dal loro domicilio, condividendolo con il medico curante. Solo così la pandemia da incubo terribile può diventare una opportunità o, per dirla con un ossimoro dei filosofi greci "Naufragium feci, bene navigari". Speriamo che la crisi insegni l'assunzione di responsabilità.



SI FA PRESTO A DIRE DAD...

di Giuseppe Giansanti



Come tantissimi altri nonni mi sono dovuto cimentare per un periodo di tempo abbastanza lungo nell'opera di assistenza di un nipote alle prese con la Didattica A Distanza (DAD). La necessità del momento, come tutti sappiamo, ha indotto il sistema scolastico ad utilizzare questo metodo di insegnamento per la necessità di isolamento cui ci si è dovuti adattare causa la pandemia, purtroppo, tutto ciò, si è rivelato un palliativo piuttosto carente per sostituire sistemi tradizionali di insegnamento e di apprendimento in presenza. I problemi derivanti dalla DAD, attonano a vari aspetti della questione, in primo luogo alla assoluta carenza, in tantissime zone, di una reale presenza di una rete Internet degna di questo nome: in molte zone del territorio nazionale le

possibilità di un collegamento costante e continuo si sono rivelate molto insufficienti, determinando, ovviamente problemi non soltanto per i ragazzi ma anche per i docenti, alle prese, di continuo, con fastidiose ed a volte insanabili interruzioni che impedivano una qualsiasi continuità nello svolgimento delle lezioni, con un deficit di concentrazione e di attenzione inevitabile. Unito poi al problema posto, rimane fondamentale precisare che non tutti i ragazzi e le famiglie di appartenenza hanno potuto disporre, con facilità, di idonei mezzi informatici adatti a questo tipo di attività. A tal proposito è sotto gli occhi di tutti, tra l'altro, un progressivo aumento dei costi dei Personal Computer proprio nel periodo della pandemia cui non si è po-

tuto ovviare certamente con i provvedimenti, pur lodevoli, di concessione di bonus per l'acquisto. Ciò ha indotto molti, forse troppi ragazzi, ad utilizzare, per comprensibile necessità pratica, gli smartphone propri o dei genitori che, come è facile osservare, non hanno quei requisiti necessari per un utilizzo così massiccio e per un lasso di tempo così vasto come una mattinata di lezioni. Sul piano dei semplici fatti va poi sottolineato che, sicuramente, non tutti i ragazzi hanno avuto a disposizione familiari con cognizioni informatiche appena sufficienti a garantire adeguata assistenza per stabilire i necessari collegamenti, a curare l'assistenza del segnale, come detto molto "ballerino" ed a fornire, pertanto, quel minimo di sicurezza, utile a dare agli studenti la necessaria tranquillità nello svolgimento dell'attività scolastica.

E, fin qui, siamo nel campo della "realtà tecnica" ma, credo, i problemi più importanti, in tutta la questione, siano stati e rimangano quelli connessi agli effetti psico-fisici determinati dal metodo della didattica a distanza.

Non ho certamente la preparazione per giudicare scientificamente detti effetti ma, da osservatore attento alle reazioni e condizioni di due miei nipoti seguiti direttamente, ho potuto facilmente prendere atto di alcuni aspetti che condivido con chi legge queste semplici annotazioni:

Le denunciate problematiche di connessione, la mancanza, a volte della idonea strumentazione tecnologica e la mancanza di interazione rappresentano dei nodi della DAD che non possono essere sottaciuti in quanto, pur essendo aspetti differenti tra loro, nel mio limitato osservatorio hanno dato l'idea di contribu-

ire, nel loro insieme, a generare un chiaro disagio delle figure coinvolte in questa pratica educativa da remoto.

Mi è sembrato infatti di cogliere una certa tendenza a sintomi che, pur nella mia ignoranza in materia già confessata, sembrano molto assimilabili ad effetti di stress, solitudine e depressione: malumori e disagi che, a lungo, potrebbero certamente mettere a rischio l'equilibrio psicologico dei ragazzi.

Unitamente ai problemi derivanti dalla didattica, non possono essere certamente dimenticati quelli connessi alla reclusione forzata che si è protratta per lunghi mesi, che, insieme a quelli precedentemente indicati, nei casi da me osservati hanno ingenerato aspetti comportamentali che testimoniano, specialmente avendo a che fare con dei ragazzi "normali", disagi che, spero, non abbiano ripercussioni compromettenti per il futuro comportamentale dei più giovani. Molto spesso i dibattiti si sono concentrati sulle carenze che la DAD comporta sul piano pratico; si conteggiano le ore di lezione, il numero delle presenze degli studenti e lo svolgimento dei programmi. Ma quanti si preoccupano della salute mentale dei ragazzi nel periodo del Covid e delle possibili conseguenze psicologiche della didattica a distanza sugli studenti?

L'educazione nel suo senso più pieno è qualcosa che deve avvenire con un metodo di trasmissione del sapere, che con la DAD e le lezioni virtuali, non ha avuto modo di svilupparsi. La scuola, infatti, non serve solo per insegnare i congiuntivi ma anche per un generale progresso mentale dei ragazzi, difficilmente raggiungibile nel momento in cui non si ha interazione sociale e trasmissione di esperienze e conoscenze.

VI RACCONTO L'INCUBO DEL COVID

di Fabrizio Ricci

«Io ho avuto un tumore, una neoplasia.

Ho dovuto fare 26 cicli di chemio e di radio. Eppure non c'è paragone con l'esperienza del Covid. Quello che ho passato per colpa di questo maledetto virus non è neanche avvicinabile. È qualcosa che lascia solchi enormi».

Stefano Giammugnai - 63 anni, una vita da operaio delle acciaierie Ast di Terni e da sindacalista della Fiom - ha sconfitto il covid.

Lo ha fatto dopo quasi un mese di ospedale, lottando per far arrivare ossigeno ai polmoni.

Lo ha fatto - questo lo ripete più volte - grazie allo straordinario lavoro del personale medico e sanitario dell'ospedale Santa Maria di Terni. «Sono stati loro la mia salvezza - racconta - sia per capacità professionali che per umanità. Avere qualcuno che ti stringe la mano e ti dà forza in quei momenti è fondamentale».

Stefano ha scoperto di essere positivo il 13 novembre 2020. «Io e mia moglie ave-

vamo dei sintomi, qualche linea di febbre e un po' di dolori, non sentivamo i sapori - racconta l'operaio, oggi pensionato dello Spi Cgil di Terni - così abbiamo fatto un tampone che è risultato positivo. Ma lei per fortuna se l'è cavata senza difficoltà. Io invece sono peggiorato. Nella notte tra il 14 e il 15 andando in bagno

sono svenuto, così abbiamo chiamato la guardia medica. La mia saturazione era già preoccupante e la mattina del 16 novembre mi hanno ricoverato».

Solo che in ospedale in quel periodo non c'era posto. Stefano ha dovuto aspettare un'intera giornata in una stanzetta del pronto soccorso, insieme ad altri tre malati. «Quando mi hanno dato un letto in reparto è stata una liberazione», racconta.

Ma in realtà da lì a poco la situazione peggiora drasticamente.

La tac ai polmoni infatti riscontra una polmonite bilaterale.

Stefano fa sempre più fatica a respirare. In poco tempo la mascherina per l'ossige-

no non basta più, bisogna passare al casco iperventilato.

«Mi hanno messo questa specie di scafandro, una bolla con la mia testa dentro nella quale viene sparato molto ossigeno - racconta ancora Stefano - Il medico mi ha detto chiaramente che se non fossi migliorato mi avrebbero dovuto intubare e portato in rianimazione. I valori erano critici e la polmonite sempre più aggressiva».

Con quel casco in testa comunicare con i familiari è quasi impossibile. «Scambiavo qualche messaggio con mia moglie, di più non si poteva fare. Sono stato così per 5 giorni, poi i valori sono migliorati un po' e sono potuto passare ad altri metodi di ventilazione, sempre meno invasivi».

Nel frattempo, intorno a sé Stefano vede morire le persone. «Succedeva di continuo. Vedevo chiudere i sacchi con i corpi dentro e poi uscire le barelle. Ed era inevitabile pensare che il prossimo sarei potuto essere io. Morivano persone che magari avevi incontrato poco tempo prima e stavano bene. Tra di loro un mio coetaneo, vigile del fuoco. L'avevo visto a ottobre in Cgil e poi l'ho ritrovato lì dentro. È morto come anche sua moglie».

Quando è entrato in ospedale Stefano pe-

sava 85 chili. Quando è uscito, il 9 dicembre, dopo quasi un mese di ricovero, era sceso a 68. «La fisioterapia e il supporto psicologico sono stati essenziali, ma ancora oggi mi porto dietro i postumi di questa malattia.

Faccio molta fatica a fare quello che facevo prima normalmente, come tagliare l'erba del prato, dopo 10 minuti mi manca l'aria».

Proprio alla luce di questo per Stefano è difficile accettare tutto questo baccano sulle riaperture, sul coprifuoco, sulla "libertà" che ci sarebbe stata tolta: «Mi sembra come quando al telegiornale passano

le notizie sui barconi e ti dicono che sono morte 100 persone e due secondi dopo ci siamo già dimenticati.

Sono morte più di 120mila persone in Italia a causa del Covid, ma qui il problema è se si può fare l'aperitivo o a che ora deve chiudere il ristorante.

Tutto questo mi indigna, perché significa che in questo paese non ci si pone più il problema di occuparsi degli altri, dei più de-

boli, dei più fragili.

Ma non è sempre così - conclude Stefano - perché dentro quel reparto, in ospedale, ho visto persone straordinarie che si occupano degli altri con grande passione. È da questa Italia che dobbiamo ripartire».



LA MORTE DI UNA MADRE

Abbiamo raccolto la storia di una nostra attivista e dirigente sindacale, che preferisce non comparire. È una storia molto triste e toccante, ma crediamo emblematica della situazione che tante anziane e anziani, insieme ai loro familiari, hanno vissuto in questo periodo di pandemia.

Generazioni si stringe in un abbraccio a tutte le persone che hanno subito una perdita in questo periodo così buio della nostra storia.

di **Fabrizio Ricci**

Da alcuni giorni mia madre non stava bene, ma tutto sembrava riconducibile alle sue solite patologie: bronchite, osteoporosi, cose da vecchi, insomma. Al Covid non avevamo proprio pensato, anche perché in famiglia siamo sempre stati molto attenti e non c'erano stati campanelli d'allarme.

Mamma, 93 anni, viveva con la badante, perché voleva stare a casa sua. Veniva da noi il sabato e la domenica. Era lucida, presente. La vita le aveva costruito intorno una scorza molto dura, da presentare agli altri per nascondere forse le sue sofferenze. Un carattere forte, mamma, determinato, modellato dalle difficoltà, dalla fatica. Un marito malato per una vita.

Da giovane tanti lavori e l'impegno in politica e nel sindacato, la Cgil, a cui è rimasta sempre legata. Poi l'ingresso in Perugia, dove ha lavorato 25 anni. È quello che le ha consentito di costruire per sé e per noi un benessere prima mai conosciuto.

Era vedova da tanti anni, ma aveva scelto di vivere da sola, perché era una donna indipendente. È stata sempre bene fisicamente, ha cresciuto anche mio figlio. Poi tre anni fa, una caduta l'ha resa meno autosufficiente e così

siamo ricorsi a una badante, anche se lei questa cosa non l'ha mai accettata.

Una mattina di dicembre squilla il telefono ed è proprio la badante di mia madre. Mancano 2 giorni a Natale. Mamma è caduta di nuovo, si è fatta male a un'anca. Corriamo a casa sua e proviamo ad alzarla, per vedere se riesce a camminare. La sera ancora sta discretamente, nessun sintomo particolare, ma la mattina dopo le sale la febbre, a 38 e mezzo.

Quando torno da lei respira male, ha dolori un po' dappertutto, non si vuole alzare dal letto. Il femore però non può essere rotto, perché il piede sta dritto. È l'anca che continua a fare male e più in generale c'è qualcosa che non va.

Chiamiamo l'ambulanza, è il caso di andare in pronto soccorso. I sanitari arrivano e le misurano la saturazione. Per la prima volta sento quella parola: covid.

"Dove mi portano?", mi chiede lei. "Ti portano a fare una lastra, stai tranquilla", rispondo io, ancora convinta che il covid non c'entri nulla, che si stiano sbagliando.

Invece hanno ragione loro. Alle 18.00 ci chiamano dall'ospedale: "La signora è positiva, dovete entrare subito in isolamento".

La notizia ci travolge. Mio marito rimane a casa, perché è un soggetto fragile, ma è meglio separarci. Così io mi trasferisco da mio figlio. Vigilia e Natale li passiamo così: mia madre in ospedale, io e mio marito ognuno da sé. Separati tra di noi, separati da lei, senza sapere quasi nulla di cosa stia succedendo. Avevo però un numero di telefono, da chiamare tra le 12 e le 13. E attraverso un tablet sono anche riuscita a parlarle. Ho provato a tranquillizzarla, a dirle che non l'avevamo abbandonata. Poi il giorno dopo non me l'hanno passata, la situazione si era aggravata, le avevano messo l'ossigeno. Sono riuscita a par-

larle il giorno dopo ancora ed è stata l'ultima volta che l'ho vista, tramite uno schermo.

Il peggioramento della situazione aveva costretto i medici a sedarla. Mi era stato chiarito che non c'erano molte speranze. Ma con il pensiero ero sempre lì e mi sentivo in colpa, mi sentivo in qualche modo di averla abbandonata.

Una mattina mi hanno chiamata loro: mamma se n'era andata. Come si fa a metabolizzare? Io non l'ho vista morta, mi hanno ridato una cassa e lì dentro c'era mia madre. Il funerale non abbiamo potuto farlo perché eravamo in zona rossa. Come si fa a metabolizzare?



UN ANNO DI ATTACCHI AI DIRITTI DELLE DONNE

Dall'attacco alla RU486 alla proposta di legge della Lega che apre i consultori alle associazioni pro-life. Mentre i centri anti-violenza continuano ad aspettare finanziamenti stabili e strutturali

di **Oriana Casciani**

Dal 2020 stiamo assistendo in alcuni stati europei, fra cui l'Italia, ad un attacco ai diritti delle donne sempre più determinato da parte dei cosiddetti sovranisti, il cui obiettivo è riportare la donna indietro nel tempo, quando il sesso femminile era relegato solo alla casa e alla famiglia. Ed è quello che oggi nella regione Umbria (come in Piemonte, Marche ed Abruzzo, regioni a guida Lega) si cerca di fare con interventi normativi che puntano a legittimare una sola tipologia di famiglia.

La proposta di legge della Lega in Umbria è pericolosa su più fronti: sia perché intende consentire l'accesso ai consultori pubblici e laici da parte di associazioni cattoliche e contro l'aborto, sia perché intende assegnare a livello regionale maggiore tutela (quasi ce ne fosse bisogno visto la legge ordinaria) alla tutela dell'affido condiviso e alla mediazione obbligatoria in caso di separazione, senza mai citare la convenzione di Istanbul o la violenza maschile contro le donne, anzi, di fatto disconoscendo quest'ultima e parlando solo di vittime di violenza in generale.

Tutto ha avuto inizio nel 2020 con una delibera regionale che imponeva il ricovero obbligatorio di tre giorni per la somministrazione della RU486. Da lì abbiamo ricominciato a manifestare in piazza il nostro dissenso, in difesa dei diritti delle donne. Dopo la manifestazione del giugno 2020 e dopo la modifica delle linee guida da parte del ministero della Salute, la Regione Um-

bria ha fatto un passo indietro, ma resta comunque difficile effettuare la Ivig (interruzione volontaria di gravidanza) sia per via della situazione pandemica sia per il numero di ginecologi obiettori di coscienza (che forse sono obiettori nel pubblico ma che poi non lo sono più nel privato, quelli che negli anni 60, 70 venivano chiamati cucchiari d'oro). I consultori dovrebbero essere il luogo dove poter affrontare con esperti/e che sappiano accogliere e informare, ma questo è impossibile se si continuano a depotenziare i servizi, disattendendo la legge che vuole un consultorio ogni 20.000 abitanti, rendendoli sempre meno accessibili per mancanza di personale, cercando di privatizzarli e aprendoli a privati ed associazioni pro vita. I consultori erroneamente vengono collegati solo alla legge 194 del 1978, ma in realtà sono anche altro, sono il luogo dove si può accedere gratuitamente per qualsiasi problema riguardante la sessualità, per avere assistenza sulla sfera riproduttiva, sulla maternità, sulla menopausa, e per tutti gli aspetti psicologici.

In un momento come questo, con la disoccupazione e la povertà in aumento, avere un posto dove gratuitamente si fa prevenzione e cura è sicuramente fondamentale, è per questo che il 17 aprile 2021 abbiamo manifestato per la difesa e il potenziamento dei consultori familiari e della L. 194 sempre di più nel mirino dei cattolici integralisti come Simone Pillon.

L'ultimo accadimento in ordine di tempo è

quello che è successo il primo aprile, giorno in cui si è riunito sono riuniti il Cal (Consiglio delle autonomie locali) che ha votato favorevolmente il regolamento dettato dalle linee guida all'interno della delibera regionale N°194 a sua volta votata nella seduta del 17 marzo 2021, di cui era oggetto la preadozione del regolamento, anche i pochi sindaci ed esponenti di sinistra presenti nel CAL hanno votato a favore, tranne Simona Minelli assessora al Sociale, alle Pari Opportunità del comune di Gubbio.

Il 2 aprile l'associazione Libera... Mente Donna di Perugia, denunciava in un comunicato stampa la difficoltà a proseguire l'attività per mancanza di risorse tanto che le operatrici si sono viste costrette a ridurre le ore lavorative. La convenzione tra il Centro Antiviolenza residenziale di Perugia e il Comune di Perugia è scaduta il 5 marzo 2021 e questo ha determinato la prosecuzione dell'attività nella totale precarietà economica e progettuale e senza liquidità, l'associazione non ha fondi sufficienti per far fronte alle spese legate alla gestione della struttura ed alla retribuzione delle operatrici che pur nelle difficoltà e spesso a titolo di puro volontariato continuano l'attività di accoglienza e di ospitalità del centro Catia Doriana Bellini perché sanno che le donne che intraprendono dei percorsi non possono interromperli. Le operatrici poco tempo fa ribadivano in un comunicato stampa: "Denunciamo la precarietà in cui versa il centro come tutti gli altri centri destinatari di fondi in modo discontinuo e senza la possibilità di programmare a lungo termine la propria attività".

Pur avendo comunicato la situazione e chiesto da tempo di definire le modalità della prosecuzione dell'attività, il comune di Perugia non ha dato risposte certe all'Associazione fino a quando, pochi giorni dopo la denuncia pubblica, l'assessora ai

Servizi Sociali e alle Pari Opportunità, Edi Cicchi, ha rilasciato delle dichiarazioni alla stampa locale in cui sottolineava che i centri non sarebbero stati chiusi e che anzi si sarebbe andati verso un significativo rafforzamento del servizio, grazie all'ormai prossima approvazione di un regolamento regionale, riguardante i requisiti, criteri e modalità dei Cav, che metterà ordine alla materia. Nell'attesa di questo passaggio formale, la gestione dei centri non verrà modificata rispetto al passato stabilendo una uniformità a livello regionale e nei vari comuni interessati.

Il 22 aprile la Regione Umbria, per tramite dell'assessore alla Salute, Luca Coletto, ha comunicato che sono stati stanziati i fondi per i Centri Antiviolenza. La Regione ha deliberato e approvato lo stanziamento di 651 mila euro tra risorse statali e regionali, da destinare ai Comuni per il finanziamento dei progetti. Non sappiamo se questi fondi saranno sufficienti, visto lo stato attuale e l'emergenza COVID, a cui si sono aggiunte le misure restrittive, divenendo una miscela esplosiva in fatto di violenza domestica, ma staremo a vedere qualcosa del genere.

Inoltre, crediamo che sia da tempo arrivato il momento che i Centri Antiviolenza abbiano accesso a finanziamenti strutturali, richiama che anche il Coordinamento Donne SPI/CGIL insieme alle tantissime associazioni che si occupano di violenza di genere, avanza da anni, per evitare incresciose situazioni di conflittualità tra istituzioni e Centri Antiviolenza, ogni volta che si ripresenta il problema, non tenendo conto che la convenzione di Istanbul riconosce ai centri antiviolenza il valore di principale organizzazione, a livello europeo, nell'azione di contrasto alla violenza di genere, obbligando gli Stati firmatari a porre in essere tutte le misure necessarie a garantire loro stanziamenti economici strutturali.

LO SPID QUESTO SCONOSCIUTO

di **Ubalda Santinelli**

Un anno fra i più difficili della nostra vita e arriva anche lo Spid.

Il Sistema Pubblico di Identità Digitale è la chiave di accesso ai servizi della Pubblica Amministrazione.

Si tratta di un sistema di riconoscimento digitale con il quale si può entrare nei servizi con un unico nome utente e una password. La nuova identità sarà l'unica modalità di accreditamento e ingresso.

Il suo scopo è identificare un cittadino italiano maggiorenne ma anche uno straniero con permesso di soggiorno valido e residente sul nostro territorio. Lo Spid quindi tutela l'accesso ai dati del cittadino, presenta vantaggi di semplificazione e di risparmio. Presto dovrebbe permettere l'ingresso ai servizi di tutti i paesi membri dell'Unione Europea e, diminuendo la permeabilità ai sistemi informatici, renderà più difficoltose le operazioni fraudolente. Lo Spid ha già acquisito un ruolo importante nella vita di tutti i giorni ma dalla fine del 2021 diventerà indispensabile con il rischio di scenari piuttosto complicati per molte famiglie, un ostacolo difficilmente superabile per milioni di cittadini più o meno anziani. Viene da chiedersi come sia possibile che nessuno abbia pensato al divario tecnologico che si sarebbe venuto a creare fra chi sa usare le nuove tecnologie e chi non ha gli strumenti, spesso le possibilità, per accedervi. Anche soltanto richiederlo è un percorso lungo e farraginoso.

È come se in questo momento storico si vivessero due mondi paralleli.

Per molti milioni di cittadini è un ulteriore ostacolo a una vita già difficile e a farne le spese sono le persone in età più avanzata, in genere con pensioni povere, spesso soli. Se non si possiede un PC, una stampante, uno smartphone, una

connessione decente e un figlio o un nipote disponibili tutto è davvero complicato. Non si comprende il perché debba essere difficile far convivere l'innovazione e la semplificazione indispensabili, con servizi in presenza dove "i soliti esclusi" possano trovare aiuto in queste ormai quotidiane necessità sia burocratiche che sanitarie. E lo stiamo vedendo e vivendo con i vaccini. Mettere al centro le persone significa considerare anche chi non ce la fa a stare al passo: sono cittadini con gli stessi diritti ma con più bisogni che pagano le tasse, come e spesso più di altri, e che necessitano dell'attenzione di tutti.

È questo un nodo da tempo all'attenzione dei Sindacati dei Pensionati che hanno sollevato, in incontri con la dirigenza dell'INPS, il problema del divario digitale. A parere di Spi, Fnp e Uilp, oltre a rinnovare la convenzione - in scadenza a dicembre - che permette al Sindacato di scaricare, su richiesta dei propri iscritti, sia l'ObisM sia la Certificazione Unica per compilare il 730, servono misure per consentire a tutti i pensionati di accedere facilmente ai dati personali. Oggi su 16 milioni di pensionati solo 4,5 possiedono uno Spid e questo dà l'idea delle dimensioni del problema.

Un esempio potrebbe essere l'istituzione presso i Comuni di uno sportello dedicato, ma soprattutto rendere, nel più breve tempo possibile, più semplice il sito internet dell'INPS, davvero complesso, insieme a un necessario e veloce progetto di alfabetizzazione digitale.

Viviamo nell'era dell'informazione e la nostra democrazia deve assicurare a tutti i cittadini una uguale possibilità di accesso alle informazioni detenute dagli enti pubblici e, a oggi, questo non avviene.

Colf e badanti

COSA È NECESSARIO FARE

Recandosi presso una sede del sistema servizi CGIL sarà possibile:

- Stipulare il contratto di lavoro.
- Comunicare telematicamente all'INPS l'inizio del rapporto di lavoro.
- Compilare direttamente o tramite convenzione: buste paga, Pago PA trimestrali relativi ai contributi da versare all'INPS, la dichiarazione sostitutiva della CU e l'eventuale certificazione per usufruire, in sede di dichiarazione dei redditi, della detrazione fiscale per l'assistenza ai soggetti non autosufficienti.
- Predisporre la lettera di cessazione del rapporto di lavoro, comunicare telematicamente all'INPS la cessazione del rapporto di lavoro ed elaborare il calcolo del TFR.

QUALI SONO I VANTAGGI

In caso di assunzione di colf/badanti, il datore di lavoro ha diritto alla deduzione dei contributi INPS versati durante l'anno, calcolata sull'importo massimo di 6 1.549 (con l'esclusione della quota a carico del lavoratore).

Chi assume una badante per assistere un soggetto non autosufficiente e ha un reddito fino a 6 40.000 ha diritto, oltre alle deduzioni del punto precedente, a un'ulteriore detrazione fino a 6 399. Il diritto spetta, oltre al soggetto invalido, anche ai parenti ed affini fino al secondo grado, se il contratto è intestato a loro nome. In alcuni territori, è possibile richiedere per l'assistenza ad anziani invalidi e non autosufficienti:

- l'assegno di cura attraverso gli enti socioassistenziali;
- un contributo economico ove previsto dalle amministrazioni regionali e/o da altri enti.

COSA È NECESSARIO FARE

ATTENZIONE ALLE SANZIONI!

In caso di mancata o ritardata iscrizione della comunicazione di ASSUNZIONE all'INPS è prevista una sanzione amministrativa da € 100 ad € 500 per ciascun lavoratore a cui si aggiungono le sanzioni previste per il mancato versamento dei contributi dovuti che possono arrivare sino al 40% dell'importo omesso. Il datore di lavoro che ospita e/o sfrutta un lavoratore clandestino rischia l'arresto da sei mesi a tre anni e un'ammenda di 6 5.000 per ogni lavoratore irregolare.

DOCUMENTI NECESSARI

Datore di lavoro

- Carta d'identità e/o passaporto
- Codice fiscale/tessera sanitaria
- Indirizzo di residenza, numero di telefono, indirizzo mail (se disponibile)

• Extracomunitari: permesso di soggiorno/carta di soggiorno rilasciati dalla Questura

Lavoratore

- Passaporto e/o carta d'identità
- Permesso o carta di soggiorno che consentono il lavoro subordinato (e ricevuta dell'assicurazione in caso di rinnovo)
- Codice fiscale/tessera sanitaria
- Indirizzo di residenza in Italia
- Numero di telefono
- Città di residenza all'estero per gli stranieri

Riconoscimento BONUS fiscale

Anche alle colf/badanti sarà riconosciuto il "BONUS FISCALE" di € 80 mensili, che per l'anno 2020 ammonta ad un massimo di € 960. Il recupero di tale somma avverrà con la presentazione della dichiarazione dei redditi che permetterà di ridurre l'importo delle eventuali tasse da pagare.

VIAGGIO ALL'INFERNO E RITORNO Omaggio a Dante

di **Patrizia Venturini**

La lega Spi cgil alto Tevere negli ultimi cinque anni ha organizzato in tutto il territorio, in ognuno degli otto comuni, serate in cui la più alta produzione letteraria italiana è stata portata nei luoghi più vari: teatri, cva, sale parrocchiali e circoli cittadini, suscitando un interesse e una partecipazione che sono andate al di là delle aspettative.

Il successo della formula consiste nel fatto che questi autori e le loro opere sono spiegati in modo accessibile a tutti e anche coloro che nel passato provavano avversione o disinteresse, sono così riusciti a comprendere il senso vero di grandi opere che sono il fulcro della nostra cultura, delle nostre radici.

La cultura per tutti, uno degli slogan usati, è anche quello che ci riporta al pensiero di Giuseppe Di Vittorio che considerava la cultura un elemento fondamentale dell'emancipazione della classe lavoratrice. **Un ritorno alle origini insomma...**

Il Covid non ci ha scoraggiato ed assieme alla Camera del lavoro di Perugia, la Flc e la rete degli studenti, abbiamo pensato di rendere omaggio al Grande Poeta Dante, nell'anno del 700 anniversario della morte, con dieci serate on line, in diretta face book.

Un appuntamento fisso: tutti i martedì all'ora dell'aperitivo.

Un luogo dove incontrarsi, anche se virtualmente: la pagina facebook della CGIL UMBRIA, gestita con professionalità e passione da Fabrizio Ricci. Una comunità di persone che è andata via via ingrandendosi, unita da un obiettivo co-

mune: scoprire cosa può avere da dire oggi la poesia di Dante, a settecento anni dalla morte del Poeta. Questi gli ingredienti del ciclo di dieci appuntamenti intitolato Omaggio a Dante e dedicato alla prima cantica della Divina Commedia.

Prima di intraprendere il 'viaggio' nell'Inferno, un primo incontro è servito per inquadrare storicamente l'opera: Amedeo Zupi – che anche in tutti gli incontri successivi si è occupato di integrare la lettura poetica con brevi approfondimenti storici – ha ricostruito le vicende politiche e la situazione sociale della Firenze di Dante. Poi, già nel secondo incontro, si è varcata la soglia dell'Inferno, con la guida dei due attori e interpreti danteschi Elena Galvani e Jacopo Laurino: “Per me si va nella città dolente...” – canto III. La prima schiera di **anime dannate è quella degli ignavi, che Gramsci avrebbe forse chiamato degli indifferenti e per cui non avrebbe potuto provare, come Dante, nessuna pietà: “Credo che vivere voglia dire essere partigiani”**.

La poesia di Dante va senz'altro compresa contestualizzandola storicamente in maniera seria e rigorosa, ma può aiutarci a leggere l'oggi, a creare collegamenti. Questo approccio, volto a connettere Dante con altri grandi uomini della storia e anche con l'attualità più prossima, ha caratterizzato tutto il ciclo. Così, la riflessione sull'indifferenza contenuta nel terzo canto dell'Inferno è stata illuminata anche dalle parole di Gramsci; **la tragica storia di Pier della Vigna – canto XIII – ha aiutato a riflettere su quel meccani-**

smo malato che oggi chiameremmo “macchina del fango”; dalla bolgia dei barattieri – canti XXI e XXII – si è stati catapultati nella Firenze del 1299, scossa da una tangente ante litteram che si è rivelata tanto simile alla tangente che ha scosso l'Italia nel 1992; e si è scoperto che la riflessione sulle potenzialità straordinarie dell'intelletto umano e sulla necessità di farlo sempre guidare dalla “virtù” – che Dante fa nel canto dedicato ad Ulisse, il XXVI – era attuale anche nel 1945 quando venivano sganciate le bombe atomiche su Hiroshima e Nagasaki ed è urgente anche oggi, mentre siamo impegnati in una lotta durissima contro una pandemia che solo con l'aiuto della scienza potremo vincere.

Tappa dopo tappa, il viaggio nell'Inferno, partendo dal terzo canto è approdato al canto trentatreesimo, in cui è narrata la storia del Conte Ugolino. Nelle tappe intermedie, sono stati approfonditi una decina di canti: oltre a quelli già menzionati, il VI e il X, dedicati alle profezie di Ciaccio e Farinata, che coinvolgono personalmente l'esule Dante; il canto XIX dedicato ai simoniaci,

alias gli uomini di chiesa corrotti; il canto XVII dedicato al consigliere di frode Guido a Montefeltro.

Semplice la struttura di ogni incontro, della durata di circa un'ora: gli attori **Elena Galvani e Jacopo Laurino, veramente eccezionali**, dopo aver fornito agli ascoltatori le chiavi necessarie per comprendere e 'attualizzare' le terzine dantesche – coadiuvati, come già detto, da Amedeo Zupi nell'inquadramento storico della poesia – davano lettura del canto commentato.

Vera sorpresa, la straordinaria partecipazione del pubblico, sempre più numeroso e sempre più partecipe con commenti in chat e con due ospiti misteriosi... **Placido Rizzotto e la segretaria nazionale Cgil Ivana Galli che in due serate diverse hanno dato il loro prezioso contributo di pensiero e di entusiasmo**. Non siamo ancora usciti a riveder le stelle, ma abbiamo costruito momenti di socialità per far sentire le persone meno meno sole e forse anche fatto rinascere l'amore per la nostra cultura, elemento di inclusione ma anche di orgoglio. La forza di trovare insieme il cammino per rinascere.



VACCINARE GLI ANZIANI PER SALVARE LE VITE E TORNARE A RESPIRARE

@SindacatoPensionatiCGIL

Dove trovarci

PROVINCIA DI PERUGIA

LEGA ALTO

CHIASCIO

• GUBBIO
Via G. Matteotti, 63
075-9221157

LEGA ALTO TEVERE

• CITTÀ CASTELLO
V. Di Vittorio, 9
075-8557215

LEGA MEDIA VALLE TEVERE

• MARSCIANO
Via F.lli Ceci
075-8749514

LEGA BASTIA

• BASTIA
Viale Firenze, 51
075-8000368

LEGA FOLIGNO

• FOLIGNO
Via La Louvriere
0742-340610

LEGA SPOLETO

• SPOLETO
Via Nursina, 12
0743-44720

LEGA PERUGIA

• PONTE FELCINO
Piazza Buozzi, 3
075-5913978

LEGA TRASIMENO

• CASTIGLIONE
DEL LAGO
Via E. De Nicola, 13
075-951147

PROVINCIA DI TERNI

LEGA FERRIERA

CERVINO

• SAN GIOVANNI
Via Milazzo, 55
0744-277603

LEGA COLLELUNA

VALSERRA

• BORGO RIVO
P.zza Meridiana, 98
0744-300371

LEGA AMERINO

NARNESE

• NARNI SCALO
Via Minerva, 6a
0744-737231

LEGA ORVIETO

• ORVIETO SCALO
P.zza del Commercio, 24
0763-300181

SUB LEGA COLLELUNA

• CAMPITELLO
Via delle Palme, 5
0744-300371

SUB LEGA AMELIA

• AMELIA
Via I° Maggio, 44
0744-982722