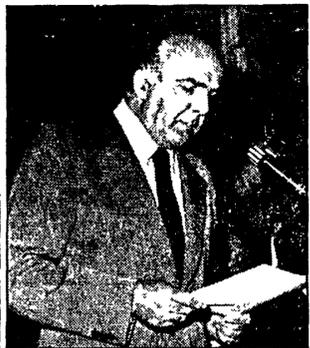


La casa, una esigenza vitale

Pronta una iniziativa a favore degli anziani

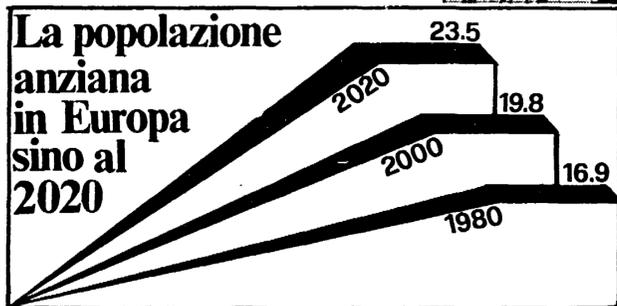
Il problema della casa per gli anziani è diventato drammatico. Con le nuove massicce ondate di sfratti (oltre 300mila in questi ultimi 5 anni, vero record in Italia e punta tra le più alte in Europa) e nella persistente crisi di alloggi (circa 2 milioni di famiglie in cerca di casa, altri due milioni di cittadini in coabitazione, 300mila giovani coppie che ogni anno non sanno come sistemare la nuova famiglia), se il godimento di una abitazione decorosa rimane un bene primario e insostituibile per tutti, nel caso della popolazione anziana la mancanza di questo bene significa la rottura con gli affetti, l'isolamento dall'ambiente in cui si è vissuti, l'accelerazione di un processo di solitudine e di emarginazione che ha inevitabilmente come meta finale l'ospizio o l'ospedale.

«La casa è problema generale degli anziani di tutta Europa, anche se bisogna dire che l'esperienza italiana, pur contenendo tratti comuni ad altri paesi, è del tutto singolare perché risente in modo più incisivo delle modificazioni intervenute nella struttura della popolazione che ha comportato una variazione nella qualità della domanda di abitazione e di servizi. I tratti caratteristici di questo mutamento demografico negli ultimi dieci anni sono due: la diminuzione media delle famiglie si è ridotta intorno alle tre unità; è fortemente aumentato il numero delle famiglie composte da una o due persone, che nella grande maggioranza sono costituite da anziani. Tutto ciò ha portato, indipendentemente dall'aumento della popolazione totale, alla crescita della domanda di alloggi che non ha trovato risposta, dato il basso livello di edilizia pubblica e il blocco del mercato privato. Da qui una crisi abitativa assai grave, ma che diventa drammatica per gli anziani più poveri e più deboli. Chi non ha casa o non è più in grado di viverci — basti pensare ai centri storici delle grandi città dove spesso persone anziane con scarso reddito sono relegate in abitazioni malsane e prive di servizi adeguati, e sono minacciate da gruppi speculativi — è destinato alla emarginazione istituzionalizzata: il ricovero come sostituto dell'abitazione».



A colloquio con Severino Delogu che ha partecipato alla elaborazione di uno studio promosso dalla Svei. Il dramma della solitudine e dell'emarginazione - Il ricovero come sostituto dell'abitazione - Cosa prevede la riforma sanitaria - Le iniziative delle Regioni

Severino Delogu, Anziani a Roma nel quartiere di Valle Aurelia



stat (Iri) che è l'insieme delle imprese statali operanti nel campo dell'edilizia pubblica. La Svei ha chiamato a collaborare alla redazione dello studio — che sarà presto pubblicato e presentato alle autorità centrali e regionali — il prof. ingegnere G. Franco Carrara, ordinario di prefabbricazione alla facoltà di Ingegneria di Roma, il prof. architetto Roberto Palumbo, ordinario di tecnologia dell'architettura all'Università di Roma e l'architetto G. Carlo Pennestrì della Svei. Il gruppo, oltre alla collaborazione del prof. Delogu, si è avvalso delle competenze degli architetti Sofia Guerra e Attilio Nesi e della consulenza di Vittorio Carra.

«Il problema è particolarmente drammatico per gli anziani. Ma perché? Quali sono le dimensioni del fenomeno? «Se l'obiettivo di una seria politica per gli anziani è quello di far riconquistare loro nel posto nella società, un ruolo sociale che fa "mo-



sentato da ultrasessantenni, senza contare i ricoverati negli ospedali psichiatrici per oltre il 60%; anziani, quelli delle case di cura private e degli ospizi. Nel 1982 i dati denunciano un aggravamento del fenomeno: 3.600.000 ricoveri nei 75 centri 4 milioni nel '82; 170.000 posti letto occupati contro 220.000; 46.800.000 giornate di degenza nel '75 contro 80 milioni, cioè il doppio, nell'82».

«Come si spiega questo aggravamento del ricovero nonostante il varo di leggi di riforma anti-istituzionalista come quella sanitaria e per la tutela della salute mentale che in alcune regioni hanno prodotto iniziative positive di reinserimento dell'anziano e di conquista di un suo ruolo sociale?»

«Non sono bastati i tentativi e le iniziative posti in essere da alcune Regioni per invertire quella tendenza. La riforma sanitaria è stata disattesa e soltanto in questi giorni, dopo sette anni dalla sua formulazione, il Parlamento ha varato il Piano sanitario triennale che ha tra i suoi progetti-obiettivi quello della tutela della salute, globalmente intesa, degli anziani. Un passo avanti certamente, ma assai tardivo e che comunque viene contrastato dalle disposizioni governative in base alle quali Regioni, Comuni, Usl debbono privilegiare gli interventi sanitari, quindi ospedalizzazione e ricoveri, separandoli da quelli sociali».

«Il problema di oggi è dunque quello di tradurre in indicazioni operative — economiche, sociali, abitative — le politiche enunciate e fissate nelle leggi di riforma, avendo come punto di riferimento la linee-guida già contenuta nella prima proposta di Piano sanitario nazionale e

le elaborazioni e soluzioni che in questo campo hanno attuato un gruppo di Regioni».

«Queste linee-guida, che si ispirano ad una concezione unitaria e globale dello sviluppo socio-economico del Paese, indicano alcuni obiettivi specifici alla realizzazione dei quali devono mirare le diverse iniziative: mantenere l'anziano possibilmente nel proprio domicilio; migliorare la qualità dei servizi sanitari e socio-sanitari; privilegiare l'impegno preventivo e riabilitativo; realizzare una sostanziale deospedalizzazione dei ricoveri impropri realizzando contemporaneamente una graduale riconversione dei posti letto e dei servizi ospedalieri con contestuale mobilità del personale da adibirsi ai servizi alternativi territoriali; programmare una corretta e idonea politica di interventi a favore dei cronici non autosufficienti attraverso una rete integrata di servizi socio-sanitari alternativa al ricovero; avviare un processo di reinserimento sociale degli anziani autosufficienti attualmente ricoverati in strutture assistenziali; prevedere, nell'ambito di una dimensione collegiale operativa, spazi di intervento psico-sociale, sia nelle istituzioni che fuori di esse, per trattare e superare i disturbi psico-comportamentali e soddisfare le esigenze di attivazione, socializzazione e gestione del tempo libero».

«Da alcune Regioni, quindi, sono venute sperimentazioni e realizzazioni coerenti con le direttive fissate nel primo progetto di Piano sanitario. «Certamente. Si tratta di esperienze importantissime che meritano un esame ampio ed approfondito».

Concetto Testai (1 - continua)

Brevi

ROMA: DIFESA DEI CENTRI ANZIANI — Le donne elette nelle liste del Pci e indipendenti al Comune di Roma e nelle 31 circoscrizioni hanno votato per la vita ad un «coordinamento» che affronti, nella nuova situazione che si è determinata dopo il cambio alla guida dell'amministrazione capitolina (giunta pentapartito e sindaco dc), i problemi che interessano particolarmente le donne, lavoratrici, casalinghe, anziane, sulle quali pesano maggiormente i disservizi della capitale. Tra i punti su cui concentrare l'iniziativa quella della difesa e sviluppo dei centri anziani. Si è parlato anche di sport perché, è stato detto, l'apertura dei centri circoscrizionali e l'esistenza dei centri anziani hanno portato donne di tutte le età verso lo sport non agonistico.

ALLE DONNE GIAPPONESI IL RECORD DELLA LONGEVITÀ — In un recente convegno di neurologi, geriatrici e internisti svoltosi a Bologna e dedicato ai problemi della terza età, è stato fornito un dato curioso: il record della longevità spetta alle donne giapponesi. In base ai dati attuali e proiettando nell'immediato futuro, risulta che la durata della vita delle bambine giapponesi nate nel 1984 sarà di 80 anni, mentre quello dei bambini di 78. Al secondo posto vengono le svedesi (sempre le donne perché sono, in generale, più longeve degli uomini), attestate già oggi sui 79 anni e 9 mesi; seguono le islandesi con 79 anni e 5 mesi.

LA MONTAGNA CURA IL CUORE — La montagna è salute: è il nuovo slogan che propaga il turismo alpino e dolomitico. Lo hanno sostenuto illustri docenti e ricercatori al simposio medico organizzato a Levico. Sono stati affrontati particolarmente i problemi cardiaci. Conclusione: incrementare il turismo di montagna per la «terza età».

Quando è colpito il cervello

L'infarto? Come non mai è bene prevenire

E parliamo pure del rammolimento cerebrale, non foss'altro che per carità. Intanto si chiama proprio rammolimento, che non è sinonimo di ramollito, anche se chi esce da una botta del genere non è più lo stesso. Si dice rammolimento perché un pezzo di cervello diventa più molle, s'imbibisce di liquido acquoso o di sangue, per cui si parla di infarto bianco e rosso.

Bisogna chiarire che l'infarto è qualcosa che può avvenire in un punto circoscritto, più o meno grande, di un organo qualsiasi, cervello, polmone, rene e non soltanto cuore come comunemente s'intende. La causa è sempre la stessa, l'interruzione del flusso sanguigno che alimenta quel punto. L'infarto cerebrale o rammolimento che dirsi voglia è dovuto all'otturazione del tubo arterioso per via di una trombosi o di un embolo. Può avvenire anche per altre cause vascolari o ematiche o emodinamiche, ma si tratta complessivamente solo del 10% dei casi.

La trombosi, lo sanno tutti, è il sangue che si è coagulato all'interno dell'arteria, mentre l'embolo è una gomitola di grasso, giraffa che arriva in un vaso più stretto che non lo fa passare. Nel primo caso è la parete arteriosa deteriorata che provoca le incrostazioni sulle quali il sangue si coagula; nel secondo è materiale che si stacca per lo più dalle valvole cardiache o vascolari.

In ogni modo il risultato è lo stesso e la gravità della lesione dipende dalla sede e dall'estensione dell'infarto. Clinicamente può cominciare all'improvviso, oppure con precedenti avvisaglie come i Tia (di cui abbiamo detto in precedenza), ma si possono avere anche apoplexie che si manifestano con gradualità crescente. È chiaro che si tratta di crisi che è necessario trattare sempre in ambiente ospedaliero possibilmente in reparto di terapia intensiva. Comunque già in questa fase acuta anche in condizioni di coma, accanto a tutti gli altri provvedimenti terapeutici non bisogna trascurare la profilassi delle conseguenze invalidanti che consistono nel corretto posizionamento del capo, del tronco, degli arti, nella mobilizzazione passiva e nel mantenimento dell'igiene più rigorosa.

Con il ritorno della coscienza e, comunque, appena le condizioni cliniche lo consentono, bisogna cominciare la parte riabilitativa tenendo presente che la sua efficacia può dipendere dalla tempestività dell'intervento.

Diversa è l'emorragia cerebrale che anziché all'intasamento di un vaso è dovuta alla sua rottura. Bisogna distinguere quella profonda cosiddetta capsulare, che è quella che infiltra il tessuto nervoso e lo distrugge, da quella superficiale e detta anche ematoma intracerebrale, che è una raccolta che comprime più che distrugge la sostanza nervosa. La prima è dovuta quasi sempre all'aterosclerosi e all'ipertensione e da questo si capisce che sono le persone che hanno superato i 60-70 anni, le più colpite. La seconda è invece causata dalla rottura della parete arteriosa di piccoli angiomi o aneurismi dovuti a malformazioni o presuntibilmente anche ad alterazioni acquisite.

In genere questi ematomi si manifestano prima dei 60 anni. Comunque l'infarto cerebrale è anche l'emorragia più insorgente improvvisamente con perdita della coscienza e tipica emiplegia per cui la diagnosi differenziale con la trombosi o l'embolia può offrire qualche difficoltà, oggi, senz'altro superabile con mezzi strumentali come la tomografia assiale computerizzata, o la risonanza magnetica. In mancanza di queste tecniche, la puntura lombare e la presenza di sangue nel liquor può risolvere il problema senza tante sofisticazioni. L'esordio, soprattutto delle emorragie a sede atipica cioè gli ematomi può essere graduale e facilitare la diagnosi perché la sintomatologia segue fedelmente l'evoluzione del processo. Va da sé che la prognosi dell'emorragia capsulare è più severa anche se per quella dell'ematoma c'è poco da scherzare. In quest'ultimo, però, c'è la possibilità che si possa intervenire chirurgicamente e, chiaramente, i risultati che si possono ottenere oltre che dalla validità dell'intervento dipendono dalla sua tempestività.

A parlar franchi quando si tratta di incidenti vascolari che colpiscono il cervello è poco da essere consolatori perché, a parte chi non ne esce fuori, ne va della qualità della vita che avanza. Mai, come contro questo rischio, sono raccomandabili le norme di prevenzione che sono le stesse di quelle dell'arteriosclerosi e cioè l'eliminazione o il controllo dei fattori di rischio, almeno per quelli sui quali possiamo influire come il fumo, il poco moto, l'obesità, l'alimentazione, gli alcolici, la dislipemia, il diabete, l'ipertensione, l'ansia, le fatiche, lo stress lavorativo. Insomma m'avete capito anche perché ripeto sempre le stesse cose.

Argiuna Mazzotti

Un problema di dimensioni europee

L'aumento della popolazione anziana in Europa — come indicato dalla tabella secondo i dati attuali e le proiezioni elaborate dall'Organizzazione mondiale della sanità — è causata principalmente dalla graduale riduzione della mortalità, come effetto del migliorato livello igienico-sanitario e dell'alimentazione, alla quale si è via via accompagnata la diminuzione della natalità. Tutto ciò ha prodotto un progressivo aumento della percentuale di persone in età anziana e avanzata (da 60 in su) sul totale della popolazione.

Nel 1980 la popolazione europea — sempre secondo i dati dell'Oms — era di 483,7 milioni di persone, di cui 81,6 milioni in età superiore ai 60 anni (16,9% del totale). Si prevede per il 2000 un aumento di questa percentuale al 19,8%, per arrivare nel 2020 al 23,5% pari a 122,7 milioni di persone a fronte di un paralle-

lo calo della popolazione totale che, a quella data, dovrebbe scendere a poco più di 320 milioni. Nel nostro Paese, proiettando i dati degli ultimi tre censimenti al 2001, la popolazione anziana raggiungerà il 21,3% della popolazione totale e, in assoluto, i 12,5 milioni di unità. Se le attuali caratteristiche demografiche, socio-sanitarie ed economiche di questa parte della popolazione dovessero rimanere pressoché identiche nei prossimi quindici anni, si avrà che: — il 65% degli anziani, pari a circa 8,1 milioni di persone, sarà sostanzialmente sano e quindi «fisicamente» autonomo; — 9,5 milioni di ultrasessantenni costituiranno unità familiari composte da 1-2 persone; — circa il 92% dei titolari di pensione sociale e i due terzi dei pensionati volontari di pensione saranno in età tra i 15 ed i 59 anni corrisponde-

— l'importo medio delle pensioni dirette per vecchiaia e anzianità non supereranno le 100 mila lire mensili; — il fenomeno della «solitudine» si esaspererà ulteriormente nelle grandi città nelle quali, già ora, la situazione è giudicata preoccupante, se si tiene conto che a Milano circa 90.000 abitanti sopra i 65 anni, a Genova circa 61.000, a Bologna circa 47.000, a Roma circa 119.000, a Torino circa 95.000 vivono soli e nella grande maggioranza privi di abitazione propria oppure in alloggi malsani o inadatti.

Alle caratteristiche sopradescritte deve essere aggiunta quella del rapporto tra popolazione attiva e popolazione improduttiva, secondo i limiti odierni imposti dalle legislazioni sull'età pensionabile. Tale rapporto si va modificando. In Europa nel 1980 ad ogni 3,6 persone in età tra i 15 ed i 59 anni corrisponde-

va una persona sopra i 60 anni. Si prevede che questo rapporto sarà di 3 a 1 nel 2000, per arrivare ad 1,5/1 nel 2020.

La gravità di questi fenomeni fu segnalata già nel 1974 alla Conferenza mondiale della popolazione; successivamente il Consiglio d'Europa adottò alcune raccomandazioni ai governi per l'adozione di misure globali per la tutela dei diritti e delle aspirazioni degli anziani. Misure cardine di questo intervento globale — questa la raccomandazione — debbono essere la programmazione integrata nei settori dell'alloggio, dei trasporti, dell'animazione socio-culturale, della previdenza, del benessere sanitario e sociale finalizzato al mantenimento dell'autonomia dell'anziano, attraverso un programma coordinato di iniziative socio-sanitarie a domicilio, di natura non assistenziale ma di supporto e di promozione.

Sanità e pensioni: come lo Stato compie il furto

Gli ex lavoratori dipendenti, ora pensionati, che come me hanno pagato per 40 anni i contributi per l'assistenza sanitaria e la pensione si trovano nella situazione che il contratto con lo Stato, non corrisponde agli interessi quanto pattuito. Al diritto di avere l'assistenza gratuita anche nel periodo pensionistico (i contributi prevedevano tale trattamento e gli enti Inam erano in attivo) oggi si sono imposti ticket e si parla di far pagare per intero le medicine. Il risultato sarebbe che questi lavoratori le pagherebbero due volte.

sati come pattuito fra contribuente e Stato, ma taglieggiata con i vari tetti. Cosa devono fare gli interessati per difendersi da questi veri e propri furti? Lodevole l'impegno del Pci per migliorare i minimi pensionistici e l'assistenza ai bisognosi (da provvedervi con le tasse pagate da tutti), ma il mondo non finisce qui. LUIGI GASPERI Bologna

«È come dare la caccia alle streghe»

Sono da mesi in attesa della ricostituzione della pensione. Malgrado il continuo interessamento personale presso l'Inps - Via del Fornetto in Roma (lettera anche al Direttore Generale), è come dare la caccia alle streghe. Pertanto le pratiche restano inevase e ciò contra-

riamente a quanto dichiarato da parlamentari e massimi dirigenti Inps per Tv (ospiti di trasmissioni) e su organi di informazione, che le pensioni, oggi, vengono corrisposte nei termini di sei mesi. Per chi sta affrontando la terza età e vanamente invece l'attende mese dopo mese, è deprimente, ingiustificabile e per un paese libero e democratico «incivile». Anche se ora la considerazione nei nostri confronti è nulla, non va ignorato questo sacrosanto diritto ed è intollerabile che, avendo versato regolarmente i contributi fino all'ultima lira dell'ultima retribuzione, ci si ritrovi poi come PIETRO. Oppure, alla cronica lungaggine dell'Inps, perché non si sopprime con adeguate rimesse di acconti al fine di evitargli gravi disagi economici? Non sarebbe pertanto indispensabile che i signori del governo e sindacati ap-

profondissero l'esame di questa situazione con il massimo senso di responsabilità? RENZO GAMBERONI Matelica (Macerata)

Siamo anche noi sostenitori della esigenza che gli enti previdenziali e assistenziali (Inps, Cpdel, Entspas, ministeri degli Interni e del Tesoro, ecc. ecc.) producano il massimo sforzo per la definizione rapida e quindi la liquidazione in tempi ragionevolmente brevi di quanto spetta a lavoratori e pensionati. Non siamo certamente soddisfatti di come procedono le cose. Né lo possono essere quei compagni che a volte, in rapporto alle funzioni che svolgono, hanno sottoltnato i passi avanti compiuti nei tempi di liquidazione di alcune prestazioni. Risulta infatti vero che i passi avanti si sono compiuti nella prima liquidazione delle pensioni di vecchiaia,

Domande e risposte

Questa rubrica è curata da:

Rino Bonazzi Mario Nanni D'Orazio e Nicola Tisci

anzianità, reversibilità, tempestivamente documentate e con sola contribuzione all'Inps. In diverse sedi, per tali prestazioni, bastano anche tre o quattro mesi. Ma quando si tratta di ricostituzioni o di prime liquidazioni

con ricongiunzione di servizi prestati con contribuzione ad enti diversi, i tempi sono notevolmente lunghi. Lei ha quindi ragione nel dichiarare «vergognoso» e inaccettabile un tale stato di cose.

Ciò che manca non è però una legge che stabilisca l'obbligo a «liquidare in tempi ragionevolmente brevi». Per l'Inps tale norma esiste, tant'è che per i ritardi deve pagare gli interessi. Né può essere il ricorso agli accenti già sperimentato all'Inps e poi soppresso in quanto complicava ulteriormente i compiti.

Ciò che da tempo si richiede è la semplificazione e la omogeneità delle normative, la divisione dell'assistenza dalla previdenza, assicurando che lo Stato faccia fronte a quanto di sua competenza; si richiede l'esigenza di una maggiore autonomia e chiarezza di gestione degli organi preposti appunto alla gestione.

Ma ciò è da anni ostacolato dai governi passati e presenti: è prevalsa la tendenza a misure «lampone» che hanno reso più complessa e farraginoso la normativa e incoraggiato le spinte alla «categorialità» e alla privatizzazione.

La beffa di una graduatoria per la casa

Sono una pensionata sessantacinquenne e invalida. Per questo ho fatto domanda per avere un alloggio, categoria anziani, al bando 1984 per le case ex Caltagirone a Roma. Ai primi di luglio 1985 è uscita la graduatoria per gli anziani. Purtroppo, il mio nome non c'era. Volevo fare ricorso, ma mi fu detto all'Ufficio alloggi che sarebbe uscita un'altra graduatoria. Ho atteso; ma il 27 agosto, alla riapertura dell'Ufficio dopo le fe-

rie fui informata che la seconda graduatoria non riguardava gli anziani, ma le giovani coppie. Così non ho potuto presentare ricorso, perché i termini erano scaduti il 4 agosto. E chiaro che si è trattato di una vera beffa, sia per il tanto parlare che si è fatto per il diritto degli anziani ad avere un alloggio sicuro con un vantaggio economico di un affitto equo.

Ora vorrei sapere, dovendo ripresentare la domanda ad un prossimo bando che non so quando ci sarà, come mi devo comportare, tenendo conto che da un po' di tempo convivo con me una mia parente ottantenne con pensione Inps. Trattandosi di due nuclei familiari, GINA BRESCIANI Roma

Evidentemente, per quanto riguarda la parte degli alloggi del patrimonio ex Caltagirone riservata agli anziani, la signora Bresciani non è risultata in graduato-

ria entro i primi 200 richiedenti. Quindi, allo stato attuale, non esiste alcuna possibilità. Dovrà attendere nuovi bandi di concorso per l'assegnazione di case degli Iacc e di quelle costruite con i finanziamenti previsti dall'art. 2 della legge 94 del 1982 (misure urgenti per l'emergenza abitativa) per complessivi 1.800 alloggi. Se si tratta di sfratti con i finanziamenti previsti dal Comune la domanda, secondo quanto stabilito dall'art. 21 della legge 94, per poter essere inserita nella graduatoria per l'assegnazione degli alloggi degli Iacc. Devo, tuttavia, aggiungere che manca ancora la legge regionale di modifica dei criteri di assegnazione, tra cui anche la percentuale da riservare agli anziani. Infine, per quanto riguarda la parente convivente, trattandosi di un nucleo familiare separato, anche la domanda dovrà essere separata. (Claudio Notari)