

I pensionati venerdì di nuovo in piazza

Con la giornata nazionale di lotta indetta per venerdì 6 giugno dai tre sindacati di categoria (Cgil, Cisl, Uil) i pensionati scendono nuovamente in campo per assicurare agli anziani un ruolo attivo, migliorare la qualità di vita loro e dell'intera società.

Mentre a Roma e nel Lazio iniziative e delegazioni saranno rivolte ai ministeri e all'Inps, analoghe manifestazioni sono previste nei comprensori e nelle province che sosteranno, anche qui, con delegazioni ai prefetti, alle Regioni, agli enti locali.

I sindacati dei pensionati avranno inoltre come interlocutori privilegiati i lavoratori occupati, nella consapevolezza che la loro battaglia richiede l'impegno dell'intero movimento sindacale e la solidarietà dell'insieme della popolazione.

I problemi sul tappeto riguardano le que-

stioni previdenziali aperte (tra cui un assegno sociale più congruo; correzioni riparatrici per i pensionati con più di 781 contributi, per quelli dei Fondi speciali, per gli ex combattenti ed ex parastatali; anzianità pregresse per postelegrafonici e ferrovieri; superamento dei ritardi nelle liquidazioni e nelle altre pratiche pensionistiche).

Inoltre si chiedono misure urgenti per superare l'iniquità del ticket sanitario, l'abolizione della trattenuta dell'1% a carico dei pensionati statali per l'assistenza sanitaria, l'estensione e qualificazione dei servizi socio-sanitari e assistenziali anche attraverso una contrattazione con Regioni e enti locali; iniziative di educazione sanitaria per ridurre sprechi, attuare un corretto uso dei farmaci, sviluppare la prevenzione e la riabilitazione.



L'«ormai» dopo la pensione

Coltivare le margherite? Va bene, ma solo il sabato

Come impostare la propria vita dopo il pensionamento? Le possibilità e le soluzioni sono diverse. Giuliana Dal Pozzo vede così un certo tipo di ex intellettuale impegnato che ha deciso di ritirarsi in campagna. L'argomento, naturalmente, è aperto ad altri interventi.

mo del loro invito di andarli a trovare. Pare infatti che il massimo piacere di questi «ritirati» sia di avere intorno agli anni di vita che consistono quanto sono felici. E comunque ammettiamolo, un po' li invidiamo: beati, nella pace della campagna, senza l'assillo di impegni, di orari...

Si racconta che il direttore di un'importante settimanale nostrano, amante della sintesi e della frase essenziale, avesse fatto mettere in redazione un cartello con l'avvertimento: «Prima di usare un aggettivo, chiamatemi». Con altrettanta precauzione bisognerebbe usare gli avverbi che degli aggettivi sono più pericolosi. Potete fare mille complimenti a chi si conserva piacente e giovanile, ma basta che scivolino sull'avverbio ancora e la verità balza fuori: «Sei bella ancora». «Sei ancora giovane» vogliono dire che vecchio già il velle del tramonto. Oppure prendete l'avverbio lo stesso. Che cosa significa «ti voglio bene lo stesso» o «facciamolo lo stesso» se non che qualcosa è andato storto ed è difficile dimenticarlo? E arriviamo all'avverbio più insidioso per chi ha raggiunto una certa età: si tratta del mal abbastanza deprecato ormai, l'«ormai». In quali labbra degli adolescenti e si trova poco anche su quelle degli adulti; comunque serve a indicare un impegno collegato al tempo: «Ormai è notte. Andiamo domani».

Ma se sull'autobus o in una fila sentite pronunciare l'ormai con tono dolente, provate a voltarvi. Scorgete una testa bianca o di quel bel rosso che hanno certe teste femminili con il bianco coperto dall'henné. L'ormai si riferisce allora a qualcosa di un passato giudicato sicuramente migliore. «Ormai non sono più cavalletti», scandaglia la signora che dopo aver fatto di tutto per nascondere la propria età, vorrebbe che questa risaltasse solo agli occhi dei ragazzini. «E' perfino», dice, «palano essere tutti sordi o ascoltare annoiati un classico monologo».

Fra l'altro niente è più ridicolo della parola cavalletti, legata com'è all'idea di tornei e sfide per belle castellane, riferita a quei ragazzotti arruffati. Continuiamo: «Ormai non si cammina più», «Ormai non si mangia più come una volta», «Ormai non si sa più amare».

Ma l'ormai più velenoso e alienante è quello che viene usato per commentare la propria vita e le proprie scelte passate. E qui si vuole un esempio un po' più lungo. Tutti abbiamo degli amici che, al momento della pensione o prima, perché previdenti, si sono tirati dalla città. L'altro non è più che un campo di lavoro, dalla politica. C'è chi si è costruito una casetta dando una mano ai muratori, in genere familiari o compagni, e chi, non potendo far di più, ha piazzato una roulotte in un camping davanti al mare o al lago e non schioda, perché oltre tutto sulla sua casa mobile si è arrampicata l'edera.

Capita che un giorno, una domenica in cui non siamo riusciti a rovinarci il tempo libero con riunioni, convegni, lavori vari, ci ricordiamo di vecchiaia senza averne i requisiti di contribuzione.

In tali casi, se necessita la solidarietà in quanto trattasi di persona in condizione di bisogno è possibile richiedere la pensione per invalidità civile parziale o totale che, giustamente, è posta a carico della coltività.

Il pretore di Campobasso ha sollevato ufficialmente la questione di inconstituzionalità (per una coltivatrice diretta alla quale l'Inps ha negato la pensione di invalidità in quanto essa ha superato l'età per la pensione di vecchiaia) sostenendo che l'art. 3 della legge 232 non ha alcuna giustificazione razionale.

La risposta degli uffici Inps è corrispondente con quanto previsto dalla legge. L'art. 3 della legge 232 del 12 giugno 1984 stabilisce che l'assegno di invalidità e la pensione di invalidità non possono essere con-

cessi ai lavoratori autonomi e a quelli dipendenti che presentino la domanda dopo avere compiuto l'età per la pensione di vecchiaia. Per chi ha raggiunto i 55 e 60 anni nel lavoro dipendente oppure i 60 e 65 anni nel lavoro autonomo non ha diritto alla pensione Inps di invalidità, né all'assegno Inps di invalidità.

Per la pensione di vecchiaia — e risaputo — necessitano almeno 780 contributi settimanali (effettivi, figurativi o volontari).

Tale norma è oggetto di pareri contrastanti. In Parlamento è prevalsa la posizione di coloro che ritengono assurdo concedere l'assegno di invalidità o la pensione di invalidità Inps quando si sia superata l'età per il pensionamento di vecchiaia e non si abbia diritto alla pensione per contribuzione insufficiente. In tal modo si tende a percepire la pensione

Discussa in un convegno a Selvino di Bergamo una scelta alternativa all'attuale assistenza ospedaliera

L'anziano si cura meglio a casa...

L'ospedale tende a «cronicizzare» il vecchio ricoverato per poi scaricarlo negli ospizi - Chiesta una qualificazione dei reparti per garantire cure intensive come premessa per la riabilitazione e il reinserimento - Il ruolo del medico di base e l'affacciarsi di una nuova figura professionale: il geriatra

BERGAMO — Si sono radunati a Selvino quelli che si occupano dei vecchi: l'Università di Milano, la Comunità montana e Usl di Albino, un Centro studi, un Gruppo editoriale, il Gruppo di terapia geriatrica, sotto la sapiente regia del prof. Marco Trabucchi, farmacologo dell'Università di Roma e il prof. Fabrizio Fabris, geriatra dell'Università di Torino.

Si, a Selvino, quel villaggio prealpino un po' svizzero per via dei «dani» di quelli di Bergamo che sta a 20 km. Geriatri, terapisti, assistenti sociali, psicologi (quelli ci sono dappertutto), volontari religiosi e laici, amministratori pubblici e privati, farmacisti, psichiatri, medici di base, un grande ministero di sapere casalingo per via che patate, carote, radicchio, cannolicchi, sedani e cipolle, fraternamente, ognuno dava il suo, senza sopraffare gli altri.

A legare i diversi sapori c'era il programma n. 11 — tutela della salute degli anziani — del piano sanitario nazionale per il triennio 1986-88. Insomma, era come dire, vediamo come utilizzare bene i quattrini destinati agli anziani dal fondo sanitario, e siccome si trattava di esprimere dei propositi, non potevano che essere buoni, tanto più che mezz'anno del triennio è ormai trascorso e chissà quanti altri mezz'anni passeranno per le norme attuative regionali e poi per la realizzazione in sede locale, senza contare le leggi finanziarie.

Comunque il dibattito c'è stato. A parte alcuni particolari

Per tre giorni a Selvino di Bergamo si è tenuto un convegno di studio sul tema: la salute dell'anziano alla luce del Piano sanitario nazionale. Un tema, come si vede, di grande attualità e di forte rilevanza sociale e politica. Significativa la partecipazione, accanto a studiosi di economia e programmazione sanitaria, di assessori regionali, di presidenti di Usl, di geriatrici che hanno posto l'accento sulle possibilità di intervento, all'interno del Servizio sanitario nazionale, per riqualificare un settore — quello dell'assistenza geriatrica — finora assai trascurato. Le annotazioni — come sempre pungenti e incoraggianti — del nostro collaboratore Argiuna Mazzotti, invitato a Selvino in qualità di medico di base specializzato in geriatria; le dichiarazioni del prof. Carlo Hanau, docente di economia sanitaria, e dell'assessore della Regione

Piemonte Mario Carletto; infine il progetto-pilota in corso a Torino per la «ospedalizzazione a domicilio» forniscono un quadro abbastanza preciso ed esauriente delle valutazioni e delle proposte operative scaturite dal convegno. Qui, in sintesi, ci preme rimarcare alcuni punti di novità e di maggiore incisività, per i riflessi positivi che potranno avere sul piano politico e

legislativo: 1) le linee di indirizzo fornite alle Regioni dal Piano sanitario (che, va ricordato, non è ancora legge operante) possono consentire un lavoro di riqualificazione a patto che si abbandonino definitivamente la concezione del vecchio malato da cronicizzare in un letto d'ospedale, in attesa di essere scaricato in un ospizio (anticamera del cimitero), e si vada invece verso la realizzazione di reparti di prim'ordine in grado di applicare cure intensive come premessa a programmi di recupero da parte dell'anziano del massimo delle sue capacità e potenzialità; 2) il ruolo insostituibile che assume il medico di famiglia che deve sentire il dovere di aggiornare la propria cultura geriatrica (ancora oggi carente nei programmi di studi universitari) e ricorrere poi a ragion veduta allo specialista; 3) il valore più generale che il «problema anziani» sta assumendo per una qualità di vita migliore per tutti e, quindi, il compito più impegnativo cui è chiamato oggi il geriatra, una figura professionale di tipo nuovo capace di organizzare e inventare nuovi servizi alternativi all'ospedalizzazione, per riattivare nell'anziano tutte quelle attività psicosociali che tendono ad atrofizzarsi. Un medico, insomma, per vivi e non per morti.

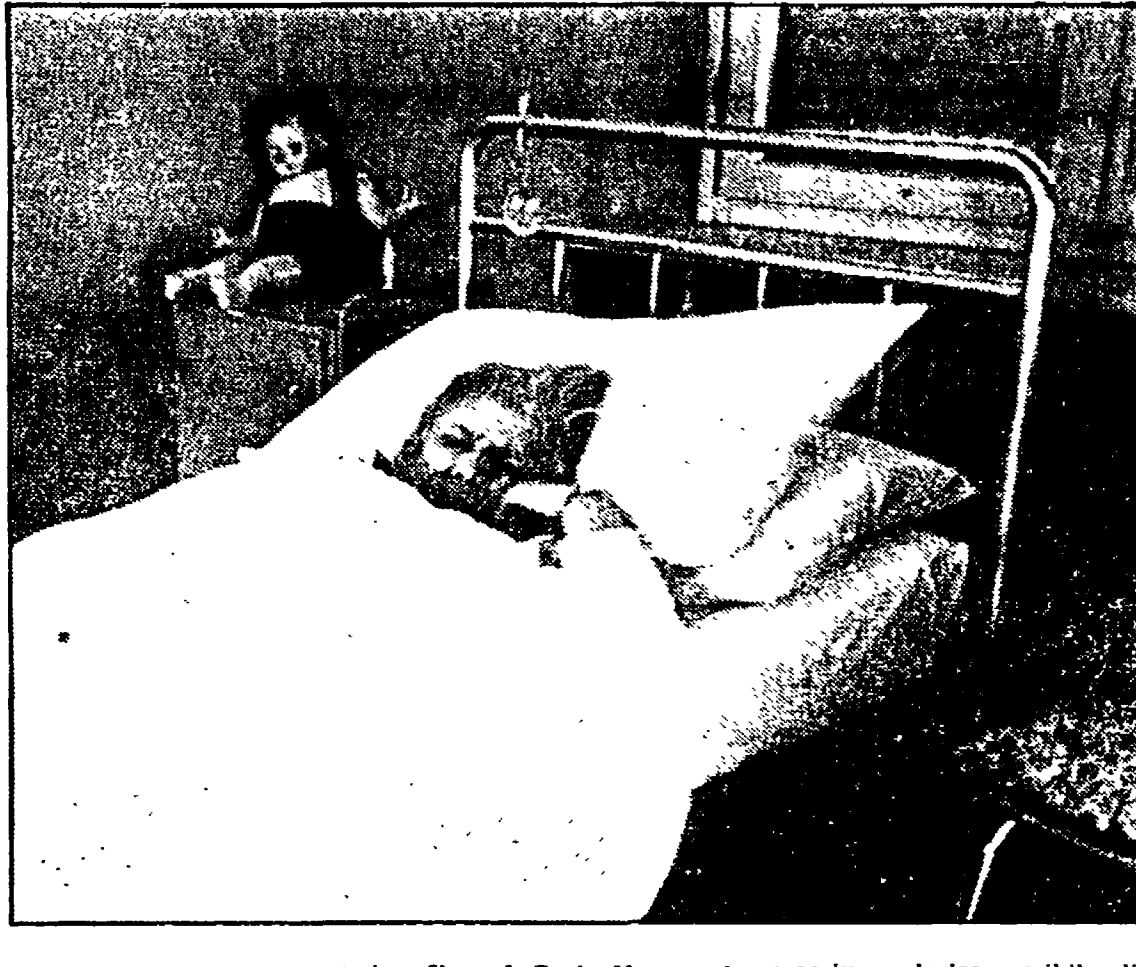
Innanzitutto a protestare, comunque, che l'ospedale si dovesse rinnovare, e su ciò nessuno nutre dubbi, anche perché, in qualche modo, i vecchi ammalati bisognano pur curati.

Non si potrà dire il principio della fine, ma di una buona vita rispetto alla rotta di partenza della riforma sanitaria, questo sì, per cui non resta che affidare nella fortuna dei ventenni e nella clemenza dei marosi.

Comunque il dibattito sembrava avviato ormai per acque tranquille, quando un signore in doppiopetto, con l'aria di dire cose ragionevoli, con anche qualche sostenuta da dati statistici e dalle valutazioni delle forze in campo, prese a dire che bisognava ristrutturare i servizi ospedalieri. Considerato che i posti letto negli ospedali pubblici sono occupati mediamente al 60% (non ha aggiunto che nelle cliniche private convenzionate sono occupati al 120%) e che gli occupanti sono al 50%, vecchi, si poteva pensare di fare delle divisioni di medicina ad orientamento geriatrico così ci si poteva mettere anche i lungodegenti da riabilitare.

Uno dopo l'altro con aria scosolata, le braccia abbandonate sui fianchi, i big della geriatrica presenti sono andati a respirare al microfono la loro profonda delusione ed amarezza. Ma come? Dopo tanti sforzi per far capire che la geriatrica era una disciplina clinica con una propria identità e dignità, si pensava ancora di poterla relegare ad un ruolo secondario e subalterno per far spazio ai tiripiedi dei medici? Ad un medico, speranze. Tutti si sono aff-

Argiuna Mazzotti



L'esperimento di Torino

Se la famiglia collabora tutto è più facile

TORINO — Ha preso il via a Torino un progetto sperimentale di assistenza domiciliare, che è più semplice, questa modalità di intervento viene attuata infatti su casi più impegnativi ed è quindi alternativa al ricovero ospedaliero. Il tipo di patologie prevalentemente affrontate va dalle neoplasie alle encefalopatie croniche, patologie cardiovascolari, sindrome ipocinetica, dismetabolismi, epatopatie e frattura del femore.

La previsione di spesa è di circa 110mila lire al giorno, assai meno onerosa della spesa di ricovero ospedaliero che si aggira sulle 200-250mila lire giornaliere. Ma sono soprattutto i vantaggi terapeutici e psicologici che incoraggiano questa sperimentazione. Le cure attuali attualmente erogate (30 pazienti, di cui 22 conosciuti e 17 ancora in fase di assistenza) riguardano la diagnosi, la terapia e la riabilitazione, con medicazioni, flebotomie, prelievi di sangue, somministrazione di farmaci e controlli diagnostici. Le ore di assistenza prevedono una copertura di reperibilità dalle 8 alle 20 per sei giorni la settimana.

Il prof. Carlo Hanau, docente di economia sanitaria all'Università di Bologna, e l'assessore all'assistenza della Regione Piemonte, Mario Carletto, presenti al convegno di Selvino, hanno rilasciato all'Unità le seguenti interviste.

ISIS — Prof. Hanau, può chiarire il senso della sua dichiarazione che individua il Piano sanitario nazionale come anti-anziani?

HANAU — Il Piano prevede che l'assistenza infermieristica erogata negli ospedali sia compresa fra 70 e 90 minuti al giorno per ogni giornata di degenza. E questo un livello troppo basso che non consente di soddisfare le esigenze degli anziani, bisognosi di molta assistenza. L'anziano costretto a letto per mancanza di personale peggiora la sua situazione, spes-

so in modo irreversibile, diventa un cronico, arrivano le piaghe da decubito e le infezioni.

Il piano prevede ancora che l'anziano malato cronico debba lasciare l'ospedale dopo 90-180 giorni di ricovero. L'alternativa attualmente offerta è la casa di assistenza sociale e sanitaria, dove la disponibilità di personale è ancora più bassa e dove per di più l'anziano e la sua famiglia dovranno pagare per la parte alberghiera (si stima un milione al mese).

E questo un trattamento «speciale» riservato agli anziani malati cronici gravi, dato che agli altri malati in ospedale nessuno osa chiedere di pagarsi vitto e alloggio, anche perché il confort offerto in genere è talmente basso che chiunque lo proponesse verrebbe zittito.

Due interviste critiche

Come correggere il Piano sanitario

blamo fatto è la cosiddetta ospedalizzazione a domicilio che consente alla famiglia di ottenere l'assistenza sanitaria, infermieristica e specialistica a proprio domicilio. Verrebbe così incoraggiata la buona disposizione della famiglia italiana a mantenere a casa propria l'anziano, fino al limite possibile; l'anziano starebbe meglio, lo Stato spenderebbe di meno e l'ospedale rimarrebbe quale ultima trincea per i casi ove è veramente insostituibile, per le brevi e le lunghe degenze.

ISIS — Assessore Carletto, quali interventi per integrare il socio-assistenziale al sanitario?

Due interviste critiche

Argiuna Mazzotti

Argiuna Mazzotti

Perché non viene applicata la legge per la prosecuzione della attività lavorativa?

Trattamento di fine lavoro: quando si rinuncia al contenzioso tributario

Domande e risposte

Una sentenza sui limiti di età per la pensione di invalidità

L'anziano nel tempo