

I sindacati premono sul governo
Rivalutazione delle pensioni, sanità adeguata
Terza e quarta età in un rapporto dello Spi-Cgil

Essere anziano, un mestiere difficile

ROMA. È opinione comune che gli anni Sessanta e Settanta siano stati quelli dei giovani, protagonisti problematici dell'Italia del «boom» prima, della stagnazione poi. È molto probabile che gli anni Novanta diventino invece quelli degli anziani. Fino ed oltre lo spiraglio del secondo millennio. I segnali ci sono tutti. A cominciare dal fatto, ormai noto a tutti, che gli anziani crescono di numero in maniera quasi esponenziale. Chi oggi in Italia fa parte della popolazione in età «matura», giunto alla soglia dei 65 anni subito dopo il Duemila si troverà in un esercito di 9,6 milioni di persone: sono otto anni fa, nel 1981, erano 7,5 milioni. È una tendenza che dura da trent'anni. Se per anziano si considera chi ha superato i 60 anni, la popolazione in questa fascia di età è quasi raddoppiata: dai 6 milioni del 1955 ai 10 milioni del 1985. Un fenomeno questo, combinato tra bassa natalità e miglioramento delle condizioni di vita in tutti i paesi industrializzati, destinato a rivoluzionare le politiche sociali.

È importante la distinzione fra i 60 e i 65 anni di età (e, aggiungiamo, i 75 anni): ha introdotto nella sociologia le nozioni di «anziano giovane» e «anziano vecchio». Anzi, ormai la soglia della vecchiaia si è spostata oltre i 70 e i 75 anni. Tanto che fra gli italiani che hanno superato i 60 anni, più di un milione lavora ancora sebbene gran parte di loro abbiano ufficialmente termi-

nato la vita lavorativa (pre-pensionamenti ecc.).

È importante perché generalmente oggi l'ultrasessantenne è sano, dinamico e col cervello sveglio. E tra l'80 e l'83, la percentuale degli ultrasessantenni in buona salute è cresciuta dal 60,6 al 66,9%. Tuttavia l'aumento della popolazione anziana determina una maggior pressione sulle strutture sanitarie, con conseguenze che non possono essere sottovalutate. Prima fra tutte, quella economica; considerando che a fronte dell'aumento della fascia di popolazione che per definizione non produce reddito, c'è la riduzione di quella che lo produce, e che finanzia il sistema sanitario (e previdenziale). E poi c'è la questione importantissima di una sanità con strutture capaci di affrontare le patologie della terza e quarta età, di un'assistenza che non confini l'anziano in un'attesa della fine, aggiungendo al trauma della malattia quello del distacco dalla propria casa e dagli affetti familiari. E sì che la categoria di cittadini più presente negli ospedali è quella con oltre 65 anni di età. In Lombardia una ricerca dell'assessorato regionale alla sanità ha accertato che «ogni giorno negli ospedali lombardi 4 letti su 10 sono occupati da ultrasessantenni», ricoverati da due a tre volte di più rispetto alle persone di età compresa tra gli 1 e i 59 anni. Nonostante questa regione sia tra le più

avanzate nella disponibilità di forme differenziate di assistenza agli anziani.

È in questo quadro qui appena tratteggiato, che si colloca l'iniziativa dei sindacati dei pensionati Cgil Cisl Uil. In particolare dello Spi-Cgil, al quale si deve un preziosissimo «Rapporto sugli anziani in Italia», fonte dei dati che stiamo citando. Presentato tre mesi fa (L'Unità, 12.4.89), può definirsi come la base scientifica di un'azione rivendicativa diretta a «ridisegnare lo Stato sociale». Ed è anche la base di una vera e propria «piattaforma sindacale» che assieme alla Fnp Cisl e alla Uilpensionati lo Spi ha presentato al vecchio governo De Mita in febbraio rilanciandola con il nuovo governo Andreotti. Alla fine di giugno, sempre lo Spi ha tenuto a Roma un seminario sullo «Stato sociale» dove il segretario generale Gianfranco Rastrelli ha presentato la «Carta dei diritti degli anziani». Vedremo di che si tratta.

Prima occorre tornare sulla questione sanitaria, che sta in testa nella piattaforma dei sin-

RAUL WITTENBERG

dacati. E chiedersi se anche quest'anno assisteremo allo spettacolo inumano dei nonni parcheggiati negli ospedali dalle famiglie in vacanza. Mentre l'ennesima inchiesta scoprirà ulteriori case di riposo private, veri e propri lager dove i vecchi vengono abbandonati a se stessi privi di assistenza dal gestore di turno che lucra sulle rette.

Va detto che all'inizio degli anni Settanta, con il trasferimento alle Regioni della pubblica beneficenza compresa l'assistenza alla terza età, c'è stata una variegata produzione normativa con una più moderna concezione delle modalità di intervento da adottare. Alla fine del 1978 la legge di riforma sanitaria ha regolato l'organizzazione delle prestazioni affidando alle Usl i servizi sanitari; ma in campo socio-assistenziale è mancata una analogia legge quadro a livello nazionale. Di qui le difficoltà operative e le speranze quozioni da un territorio all'altro sulla quantità e qualità delle prestazioni; visto che ogni Regione ha legislato per suo conto.

In sostanza la normativa punta a prevenire l'emarginazione dell'anziano e a limitare i ricoveri ai soli casi di reale e comprovata necessità; proprio il contrario di ciò che spesso accade. Non sono pochi gli ospedali in cui l'anziano che si è fratturato il femore deve aspettare dieci giorni per le analisi necessarie all'operazione, poi altri venti perché venga il suo turno per l'intervento essendo carenti strutture e personale. Un mese a letto quando basterebbe qualche giorno per far tutto, con l'incombente pericolo del decesso sempre letale per pazienti in attesa a riva. Ma, ammesso che riesca a sopravvivere al rischio d'ospedale, che cosa accade a questo non tanto ipotetico soggetto una volta terminata la degenza? Quasi sempre, col femore operato, entra a far parte di quella categoria speciale di anziani rappresentata dai non autosufficienti, per i quali più complesso è il problema dell'assistenza; tanto intricate sono le connessioni fra i bisogni sanitari e quelli sociali: E poi in ospedale ci resta o ci torna,

anche se le cure di cui ha bisogno non sono necessariamente a carattere ospedaliero. Infatti negli ospedali mancano personale e strutture scientifiche, non i posti letto. Questi ultimi suppliscono la generale carenza di strutture assistenziali alternative e idonee ad accogliere i cittadini non autosufficienti. Oltretutto l'ospedale è gratuito, interamente a carico delle Usl, mentre l'assistenza nell'eventuale «casa protetta» viene pagata dall'ente locale solo per la quota lasciata scoperta dall'utente o dai suoi familiari: non paga la retta solo chi ha dimostrato di essere «inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere».

Tuttavia le varie e diffuse esperienze regionali permettono di costruire un quadro di assistenza socio-sanitaria calibrata sui bisogni degli anziani. Al primo gradino c'è l'assistenza a domicilio raccomandata in tutte le leggi regionali per ragioni psico-sociali (evita il trauma del ricovero) ed economiche: a Roma ogni assistito dalle 21 cooperative che a spese del Comune ope-

rano nella città, è costato 9.000 lire al giorno nel 1981. Per oltre un terzo non erano autosufficienti, e per tutti si è trattato di aiutarli nella pulizia personale e della casa, far la spesa, pagare le bollette, ritirare la pensione. In una Usl campana, la n.54, si è riusciti per quattro anni fino al 1986 (quando il servizio è stato smantellato per un pasticcio di competenze) a realizzare un intervento integrato tra operatori sociali e sanitari (geriatrici, infermieri, terapisti della riabilitazione) proprio per assistere a domicilio gli anziani non autosufficienti. Si sta diffondendo l'assistenza a domicilio, ma è ben lontana dal coprire la domanda per difficoltà di finanziamento legate alla separazione fra settore socio-assistenziale e sanitario.

Al secondo gradino c'è la «comunità alloggio» o «casa albergo» per anziani più o meno autosufficienti che non possono continuare a vivere nella propria abitazione: pagheranno la retta con l'eventuale concorso del Comune, staranno fra altre persone,

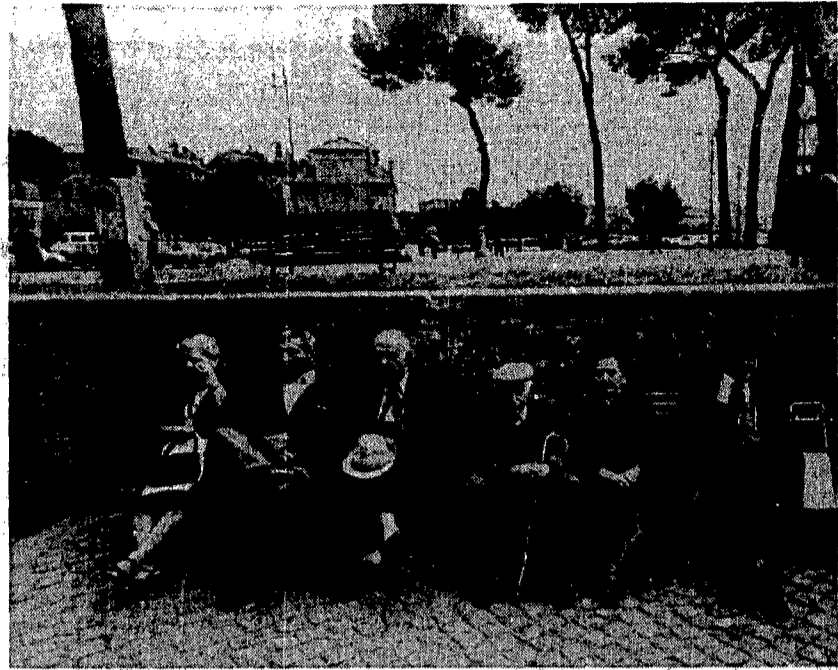
usufruiranno dei servizi comuni. Al terzo gradino, la «casa di riposo» o «casa protetta» per anziani non autosufficienti con problemi di carattere sanitario e riabilitativo. Ve ne sono molte, ma spesso le prestazioni non sono all'altezza: si lamenta carenza di tutela sanitaria, scarso è l'intervento per la riabilitazione. Uno «standard» di prestazioni a cui debbono adeguarsi queste «case» è stato fissato in Lombardia: un medico sempre presente, almeno mezz'ora di assistenza infermieristica per ciascun ospite, strutture per la riabilitazione. Quarto e ultimo gradino, l'ospedale per ciò che non si potrebbe fare nei gradini precedenti. Ma, come abbiamo visto, usato troppo spesso a sproposito. Persino a Bologna, dove una ricerca ha rivelato che secondo i medici negli ospedali un paziente su tre poteva benissimo essere assistito altrove. Come a Torino, dove dal 1985 alle Molinette si sta sperimentando addirittura l'ospedalizzazione a domicilio: sono i medici e infermieri del reparto che vanno a casa dell'anziano, gli

fanno trasfusioni ed elettrocardiogrammi, lo curano insieme al medico di base.

Questo è il quadro da cui occorre partire, secondo i sindacati, per ridisegnare la riforma sanitaria. Altro che «ticket» ospedalieri. E se aggiungiamo alla sanità le questioni pensionistiche, ecco l'esigenza di costruire un nuovo «Stato sociale». Di «reinventare la solidarietà», come dice Rastrelli. Considerando che un milione e centomila pensioni sono fra le trenta e le centomila lire al mese.

Lo Spi ha sintetizzato il tutto nella citata «Carta dei diritti degli anziani». Eccoli, i diritti da garantire in uno «Stato sociale» degno di questo nome.

- 1) Reddito minimo.
- 2) Pensione previdenziale pubblica fino all'80% delle retribuzioni.
- 3) Diritto alla salute attraverso la prevenzione e la riabilitazione nel contesto abitativo.
- 4) Inserimento in attività lavorative.
- 5) Promozione del volontariato in attività sociali.
- 6) Diritto alla cultura, la formazione, lo svago.
- 7) Efficienza dei servizi.



Genova · Festa Nazionale de l'Unità 1989

31 agosto - 17 settembre Fiera del Mare

La Festa del Mondo Nuovo

Yios

INTEGER RIMAM CORPUS VALITVDINEM

EX NOVO

l'Unità