

Spedizione abbonamento postale articolo 2, comma 20/c L. 662/96 - Filiale di Roma - Direzione Via Margutta 19 - 00187 Roma - Tel. 06/32482248 - Fax 06/3612027
Sito Internet: www.pensionatiuj.it Mensile - Autorizzazione del Tribunale di Roma n. 585 del 25-11-88 - Direttore Corrado Mannucci

ANZIANI

PERIODICO MENSILE DELLA UGL PENSIONATI

ANNO XVII - N. 7

STAMPATO IN PROPRIO

LUGLIO 2005

GLI ANZIANI E LA SANITA' PUBBLICA



LA SANITA' AMMALATA

Alla base dell'ultima riforma sanitaria doveva esserci: "la piena e completa assistenza gratuita di tutti i cittadini da parte del servizio sanitario nazionale". Il risultato è sotto gli occhi di tutti!

Secondo una statistica elaborata dall'Istituto superiore di sanità, 500 mila persone all'anno contraggono, negli ospedali pubblici, infezioni che nel 25% dei casi si manifestano in polmoniti o altre infezioni associate ad una elevata mortalità.

Sono anni che piovono ininterrottamente le critiche e le polemiche sul bagnato della disfunzione e dei disservizi della riforma sanitaria, così come voluta dalla legge n. 883/1978 che istituiva "il servizio nazionale".

Le carenze organizzative e strutturali, il caos nell'assistenza di base, gli sprechi e gli sperperi della spesa, le carenze di direzione politica e certi metodi di gestione (sfociati in scandali clamorosi) rappresentano emblematicamente il fallimento di una riforma che, nel 1978, era stata annunciata come prima pietra dello stato sociale.

Hanno cercato di "metterci una pezza" con il decreto legge n. 27 del febbraio 1988, poi convertito nella legge 8 aprile '88 n. 109 sotto il titolo: "misure urgenti per le dotazioni organiche del personale degli ospedali e per la razionalizzazione della spesa sanitaria".

Un titolo certamente altisonante e promettente, che però non ha trovato seguito o riscontro nella realtà dei contenuti della legge, così come le promesse del "Piano Nazionale sanitario 2003/2005".

È chiaro che dietro la facciata della sanità pubblica che non funziona, che è irta di contrasti e di misteri, si celano potenti interessi.

Gli sprechi del servizio sanitario sono anche imputabili alla lottizzazione politica, ma in nessun modo possono essere addebitati ai fruitori delle prestazioni.

È la sanità ad essere gravemente malata. Insistere con misure di contenimento del consumo di medicinali o limitare le prestazioni, significa non affrontare il problema e coprire le responsabilità e gli inutili sprechi.

Questa assistenza (così come è) fa comodo a molti, ma non certamente agli anziani che continuano ad essere penalizzati da strutture "specializzate" che in troppi casi non funzionano quando esistono e da una "assistenza" che invece di curare chi più ne ha bisogno promette soltanto piani e riforme.

IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Il diritto alle cure dovrebbe essere garantito attraverso il Servizio Nazionale (SSN). Il SSN è quel complesso di funzioni, di altre attività essenziali dei servizi sanitari regionali, e di altre funzioni e attività svolte dagli enti e istituzioni di rilievo nazionale nonché delle funzioni conservate dallo Stato.

Il SSN dovrebbe assicurare, attraverso risorse pubbliche ed in coerenza con i principi e gli obiettivi indicati fin dalla L. 833/78, i livelli essenziali e uniformi di assistenza definiti dal Piano Sanitario Nazionale, secondo i seguenti principi:

- Rispetto dei principi della dignità della persona umana;*
- Bisogno di salute;*
- Equità nell'accesso all'assistenza;*
- Qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze;*
- Economicità delle risorse.*

Le prestazioni sanitarie comprese nei livelli essenziali di assistenza devono essere garantite dal SSN a titolo gratuito o con la partecipazione alla spesa (ticket).

Sono posti a carico del SSN le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che, per specifiche condizioni cliniche o di rischio, presentano evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, a livello individuale o collettivo, a fronte delle risorse impiegate.

Dovrebbero essere esclusi quando:

- a) non rispondono a necessità assistenziali tutelate in base ai principi ispiratori del SSN;*
- b) non soddisfano il principio dell'efficacia e dell'appropriatezza, ovvero la cui efficacia non è dimostrabile; o sono utilizzate per soggetti le cui condizioni cliniche non corrispondono alle indicazioni raccomandate;*
- c) in presenza di altre forme di assistenza volte a soddisfare le medesime esigenze, non soddisfano il principio dell'economicità, ovvero non garantiscono un uso efficiente delle risorse.*

Le prestazioni innovative, per le quali non ci sono sufficienti e definitive evidenze scientifiche di efficacia, possono essere erogate nelle strutture del SSN esclusivamente nell'ambito di appositi programmi di sperimentazione autorizzati dal Ministero della Sanità.

Forse è il caso che qualcuno faccia un esame di coscienza e si domandi se quanto è previsto dalla legge trovi concreta realizzazione nel pianeta Sanità Pubblica.

**ANDARE IN PENSIONE, DOPO AVER LAVORATO UNA VITA
MA PER CONTINUARE A VIVERE, NON PER SOPRAVVIVERE**

LA LEGGE 16 NOVEMBRE 2001 - N. 405
"SPESA SANITARIA"

Con la legge sopra citata sono state emanate precise direttive in materia di spesa sanitaria pubblica.

Questi i punti più qualificanti:

Art. 6 - livelli di assistenza

- 1. nell'ambito della ridefinizione dei Livelli essenziali di assistenza (LEA), entro 60 giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, la Commissione unica del farmaco, con proprio provvedimento, individua i farmaci che, in relazione al loro ruolo non essenziale, alla presenza dei medicinali concedibili di prodotti aventi attività terapeutica sovrapponibile secondo il criterio delle categorie terapeutiche omogenee, possono essere totalmente o parzialmente esclusi dalla rimborsabilità. Con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, da adottare entro il 30 novembre, su proposta del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, sono definiti i livelli essenziali di assistenza, ai sensi dell'articolo 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.*
- 2. la totale o parziale esclusione dalla rimborsabilità dei farmaci di cui al comma 1 è disposta, anche con provvedimento amministrativo della regione, tenuto conto dell'andamento della propria spesa farmaceutica rispetto al tetto di spesa programmato.*

Art. 7 - prezzo di rimborso dei farmaci di uguale composizione

- 1. a decorrere dal 1° dicembre 2001 i medicinali non coperti da brevetto aventi uguale composizione in principi attivi, nonché forma farmaceutica, via di somministrazione, modalità di rilascio, numero di unità posologiche e dosi unitarie uguali, sono rimborsati al farmacista dal Servizio sanitario nazionale fino alla concorrenza del prezzo più basso del corrispondente farmaco generico disponibile nel normale ciclo distributivo regionale, sulla base di apposite direttive definite dalla regione.*
- 2. Il medico nel prescrivere i farmaci di cui al comma 1, aventi un prezzo superiore al minimo, può apporre sulla ricetta adeguata indicazione*

secondo la quale il farmacista all'atto della presentazione, da parte dell'assistito, della ricetta non può sostituire il farmaco prescritto con un medicinale uguale avente un prezzo più basso di quello originariamente prescritto dal medico stesso.

- 3. Il farmacista, in assenza dell'indicazione di cui al comma 2, dopo aver informato l'assistito, consegna allo stesso il farmaco avente il prezzo più basso, disponibile nel normale ciclo distributivo regionale, in riferimento a quanto previsto nelle direttive regionali di cui al comma 1.*
- 4. Qualora il medico apponga sulla ricetta l'indicazione di cui al comma 2, con cui ritiene il farmaco prescritto insostituibile ovvero l'assistito non accetti la sostituzione proposta dal farmacista, ai sensi del comma 3, la differenza fra il prezzo più basso ed il prezzo del farmaco prescritto è a carico dell'assistito con l'eccezione dei pensionati di guerra titolari di pensioni vitalizie.*

Art. 8 - particolari modalità di erogazione di medicinali agli assistiti.

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, anche con provvedimenti amministrativi, hanno la facoltà di:

- a) Stipulare accordi con le associazioni sindacali delle farmacie convenzionate, pubbliche e private, per consentire agli assistiti di rifornirsi delle categorie di medicinali che richiedono un controllo ricorrente del paziente anche presso le farmacie predette con le medesime modalità previste per la distribuzione attraverso le strutture aziendali del Servizio sanitario nazionale, da definirsi in sede di convenzione;*
- b) Assicurare l'erogazione diretta da parte delle aziende sanitarie dei medicinali necessari al trattamento dei pazienti in assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale;*
- c) Disporre, al fine di garantire la continuità assistenziale, che la struttura pubblica fornisca direttamente i farmaci, limitatamente al primo ciclo terapeutico completo, sulla base delle direttive regionali, per il periodo immediatamente successivo alla dimissione dal ricovero ospedaliero o alla visita specialistica ambulatoriale.*

Art. 9 - numero di confezioni prescrivibili per singola ricetta

- 1 *Fermo restando quanto previsto dal comma 12 dell'articolo 85 della legge 23 dicembre 2000, n. 388, la prescrizione dei medicinali destinati al trattamento delle patologie individuate dai regolamenti emanati ai sensi dell'articolo 5, comma 1, lettera a) e b), del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124, è limitata al numero massimo di tre pezzi per ricetta. La prescrizione non può comunque superare i sessanta giorni di terapia.*
- 2 *Sono abrogati il comma 6 dell'articolo 1 del decreto legge 30 maggio 1994, n. 325, convertito, con modificazioni, dalla legge 19 luglio 1994, n. 467, nonché il primo e secondo periodo del comma 9 dell'articolo 3 del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124.*
- 3 *Limitatamente ai medicinali a base di antibiotici in confezione monodose, ai medicinali a base di interferone a favore di soggetti affetti da epatite cronica e ai medicinali somministrati esclusivamente per fleboclisi è confermata la possibilità di prescrizione fino a sei pezzi per ricetta, ai sensi dell'articolo 9, comma 1, della legge 23 dicembre 1994, n. 724.*
- 4 *Per i farmaci analgesici oppiacei, utilizzati nella terapia del dolore di cui all'articolo 43, comma 3-bis, del testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, e successive modificazioni, è consentita la prescrizione in un'unica ricetta di un numero di confezioni sufficienti a coprire una terapia massima di trenta giorni.*

Art. 9-bis - medicinali non soggetti a ricetta medica

1. *Le confezioni esterne dei medicinali non soggette a ricetta medica immesse sul mercato a partire dal 1° marzo 2002 devono recare un bollino di riconoscimento che ne permetta la chiara individuazione da parte del consumatore; il bollino sarà definito con decreto non regolamentare del Ministro della salute da emanare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto. È ammesso il libero e diretto accesso da parte dei cittadini ai medicinali di automedicazione in farmacia.*

Art. 10 - Introduzione sperimentale del prezzo di rimborso dei farmaci

1. *Entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto il Ministro della salute, sentita la Conferenza*

permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, avvia con le regioni interessate una sperimentazione della durata di sei mesi per l'introduzione del prezzo di rimborso di particolari categorie di farmaci in relazione alle due seguenti metodiche:

- a) Adozione del prezzo di riferimento dei farmaci per categorie omogenee;*
- b) Riduzione del prezzo del farmaco rimborsabile all'aumentare del fatturato relativo al farmaco medesimo.*

Art. 11 - percentuale di sconto a carico delle farmacie

- 1. Il terzo e quarto periodo dell'articolo 1, comma 40, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, sono sostituiti dai seguenti: "Per le farmacie rurali che godono dell'indennità di residenza ai sensi dell'articolo 2 della legge 8 marzo 1968, n. 221, e successive modificazioni, con un fatturato annuo in regime di Servizio sanitario nazionale al netto dell'IVA non superiore a lire 750 milioni, restano in vigore le quote di sconto di cui all'articolo 2, comma 1, della legge 28 dicembre 1995, n. 549. per le farmacie con fatturato annuo in regime di Servizio sanitario nazionale al netto dell'IVA non superiore a lire 500 milioni, le percentuali previste dal presente comma sono ridotte in misura pari al 60 per cento.*

Art. 11 - bis - Monitoraggio

- 1. Il Ministro della salute ed il Ministro dell'economia e delle finanze verificano periodicamente l'attuazione del presente decreto con particolare riferimento all'andamento della spesa farmaceutica.*

Non sarebbe giusto parlare - dopo 4 anni - della legge 405 in un incontro fra Ministro della salute e sindacati dei pensionati, per verificarne la validità, naturalmente dal nostro "angolo visuale"?

**ANDARE IN PENSIONE, DOPO AVER LAVORATO UNA VITA
MA PER CONTINUARE A VIVERE, NON PER SOPRAVVIVERE**

ASSISTENZA GERIATRICA

Negli ultimi anni la vita si è allungata, malgrado l'assistenza sanitaria di Stato.

I nati di oggi sono destinati facilmente a raggiungere gli ottanta anni e superarli.

Dovunque si vedono più capelli bianchi in giro e i centenari non sono più una rara eccezione.

Ognuno oggi deve prevedere e provvedere a dieci venti anni in più in rapporto ai tempi passati.

Questi anni da vivere in più possono essere anni di serenità, di attiva partecipazione alla vita, di feconda creatività, di crescita spirituale e culturale oppure di isolamento; di disimpegno, di svogliatezza, di infelicità: la scelta dipende anche dalla conoscenza (e quindi dalla previsione di questo periodo) e della relativa preparazione, tempestiva e ben fatta, sulla scorta del progresso scientifico e delle esperienze pratiche relative.

Gli studi attuali stanno approfondendo con successo le cause della vecchiaia per poterle neutralizzare o condizionare.

La geriatria, con i suoi studi medici, biologici e sociali e con le sue esperienze pratiche ormai diffuse in tutto il mondo, consiglia un insegnamento che prepari con rigore scientifico l'uomo, destinato a vivere più anni.

Terza e quarta età debbono essere anni di attività, di autosufficienza, di dignità.

Questa nuova filosofia per affrontare la vecchiaia potrà anche evitare di aggravare il rapporto fra popolazione "produttiva" e popolazione cosiddetta improduttiva, che attualmente è di tre a uno e potrebbe, con gli sviluppi futuri, diventare addirittura di uno a uno!

"Expect the unexpected", aspettatevi l'inaspettabile è lo slogan inglese sui vecchi: gli anziani guariscono, migliorano a volte in modo non prevedibile; purchè questa loro possibilità entri nella nostra cultura.

Ignorandola, saremmo portati a non far niente e niente mai potremmo ottenere. Questa nuova cultura è scomoda soltanto per coloro che si trincerano sul "Tanto non c'è niente da fare" perché evidentemente non hanno intenzione di fare qualcosa per gli anziani e danneggiano il vecchio e la società.

È indispensabile costituire e far funzionare centri di assistenza geriatria, gestiti in collaborazione con specialisti in geriatria, per insegnare "come mantenersi giovani" e come affrontare la vecchiaia; come muoversi e quale ginnastica fare quotidianamente; come superare i più ricorrenti handicap della età avanzata (vista, udito, memoria etc.); come attuare una particolare igiene personale e come fare leva sulla salute (e non sui disturbi) per un giusto equilibrio psico-fisico; come evitare le intossicazioni più frequenti nella vecchiaia (fumo, alcool) e l'uso di farmaci sbagliati e non prescritti.

Potrà essere utile anche l'insegnamento di piccoli lavori per rendersi utili e passare il tempo e così via.

FARMACI E TICKETS

Il mantenimento dei tickets a carico di troppi anziani che versano in disagiate condizioni economiche, incide pesantemente sui bilanci familiari, al punto tale che più grave sarà la malattia, più i pazienti saranno scoraggiati dall'usare la struttura sanitaria, ambulatoriale e farmaceutica, ovvero a sottoporsi alle necessarie terapie.

Da alcune stime è emerso che la tassa sulla salute incide sul bilancio della famiglia media italiana in modo insostenibile.

Il costo sanitario è commisurato alla gravità della malattia e solo chi ha fatto amare esperienze può esprimere un parere

veritiero. Si può forse quantificare la spesa per chi viene colpito da malattie cancerose o cardiovascolari? C'è forse qualcuno in grado di capire quanto incide la spesa sanitaria nell'ambito familiare quando un componente viene colpito dalla malattia, grave o modesta che sia?

A monte di tutto ciò c'è il disagio, il costo in denaro e di tempo per la ricerca della prestazione, per la fissazione di una semplice visita che diventa drammatica nei grandi centri urbani a causa dell'eccessivo affollamento delle strutture, ovvero per la parcella da saldare, quando le visite sono ripetitive e non gratuite.

Il governo dovrebbe ipotizzare una tassa sugli sperperi e non sulla malattia! Solo così potrebbero ripianarsi i pesanti deficit della sanità.

Il principio costituzionale della tutela della salute, come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, deve coniugarsi con l'art. 53 che dispone: "Tutti sono tenuti a concorrere alle spese pubbliche in ragione della loro capacità contributiva. Il sistema tributario è informato a criteri di progressività".

Siamo davvero certi che i tickets e la tassa sulla malattia rispondono ai criteri di progressività e che si può impunemente tassare la malattia una volta soddisfatto l'obbligo contributivo?

La comunità sostiene notevoli ed elevatissimi costi per la gestione della sanità "pubblica".

Ma è inammissibile che gli anziani - cioè la categoria più soggetta ad ammalarsi - debbano sborsare insostenibili tickets per potersi curare e per "godere" di prestazioni (fra l'altro "dovute" anche in base alla Costituzione della Repubblica) che dovrebbero essere erogate gratuitamente.

Di notevole interesse si sta rivelando l'iniziativa del Ministro della salute, Storace, che ha messo a punto un decreto con il quale si stabilisce che i produttori devono fissare un prezzo massimo per i farmaci che non hanno bisogno di prescrizione medica, prezzo che può essere modificato solo ogni due anni.

Le norme prevedono la possibilità di sconti sul prezzo dei farmaci da parte dei farmacisti fino ad un massimo del 20%.

I ribassi - secondo il decreto - potranno essere applicati ai medicinali a totale carico del paziente (fascia C) ed a quelli per l'automedicazione.

Ma la resistenza dei farmacisti è notevole (è noto che hanno margini di guadagno "minimi"...) e dovrà essere presa in considerazione la proposta di autorizzare la vendita di determinati farmaci nei supermercati, che si sono dichiarati disponibili.

Da seguire con attenzione anche la proposta dell'Antitrust che chiede "una norma che prevede la predisposizione di confezioni a dosaggio per i farmaci di gruppo C, allo scopo di consentire ai farmacisti di preparare e dispensare ai pazienti preparati che contengono la sola quantità esatta di medicinale richiesto dalla prescrizione del medico curante.

Questo avrebbe effetti positivi per la spesa dei consumatori finali.

È proprio il caso di dire "chi vivrà vedrà"- ...

I LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

Le nostre preoccupazioni non sono nate in questi giorni.

L'8 marzo 2002, la Segreteria nazionale della UGL Pensionati ha scritto una serie di lettere ai Presidenti delle Regioni, segnalando che:

"L'entrata in vigore, dal 23 febbraio u.s., del decreto del Ministro della Sanità che stabilisce i "livelli essenziali di assistenza", ha determinato un grave stato di allarme tra la popolazione più anziana, per il temuto stralcio delle terapie fisiche, riabilitative e di medicina complementare dalle prestazioni erogate senza oneri per gli assistiti.

Per restare nel campo della Sanità Pubblica, può dirci cos'è che non funziona per gli anziani! E, tanto per essere concreti, cosa proponete? ...

"La UGL Pensionati chiede che il Parlamento emani provvedimenti per un piano di spesa, da inserire nel bilancio di previsione di ogni legge finanziaria, per la costruzione, su tutto il territorio nazionale, di strutture residenziali extraospedaliere per gli anziani non autosufficienti, al fine di eliminare gravosi oneri e impropri ricoveri nelle strutture ospedaliere normali.

Il piano dovrà anche programmare:

- a) La creazione o il potenziamento delle divisioni ospedaliere di geriatria (quotidianamente e adeguatamente controllate) per il trattamento degli anziani non autosufficienti affetti da patologie ad alto rischio invalidante;*
- b) La realizzazione di ospedali diurni di zona anche presso i presidi ospedalieri per terapie riabilitative, con le necessarie strutture ed il personale medico e paramedico;*
- c) Il coordinamento delle ricerche gerontologiche attraverso una maggiore cooperazione tra i paesi europei, sia per quanto riguarda la ricerca che per le misure di prevenzione già sperimentate;*
- d) L'emanazione di provvedimenti urgenti atti a rendere obbligatorio l'insegnamento della geriatria-gerontologia, nei corsi di laurea in medicina e chirurgia nelle università;*
- e) La riqualificazione professionale degli operatori addetti alla gestione degli specifici servizi socio-sanitari, prevedendo corsi di geriatria-gerontologia nelle scuole di specializzazione, nei corsi di formazione per infermieri professionali, per terapisti della riabilitazione, fisiatristi, logopedisti assistenti sociali. I corsi di specializzazione e di riqualificazione dovranno fornire agli operatori sanitari tutte le conoscenze scientifiche, tecniche e psicologiche necessarie per una adeguata assistenza agli anziani.*

È chiaro che dietro la facciata della sanità che ancora non funziona come vorremmo si celano potenti interessi. Gli sprechi del servizio sanitario in nessun modo possono essere addebitati ai fruitori delle prestazioni. È la sanità ad essere gravemente ammalata. Insistere con misure di contenimento del consumo di medicinali o limitare le prestazioni, significa coprire responsabilità ed inutili sprechi.

È appena il caso di sottolineare come sia noto che le spese per le terapie fisiche e complementari vengano compensate da una riduzione della spesa farmaceutica."

Ci hanno risposto molti Presidenti di regione, assicurando che la nostra preoccupazione era condivisa e che la problematica era oggetto di studio da parte della competente Commissione del Consiglio Regionale.

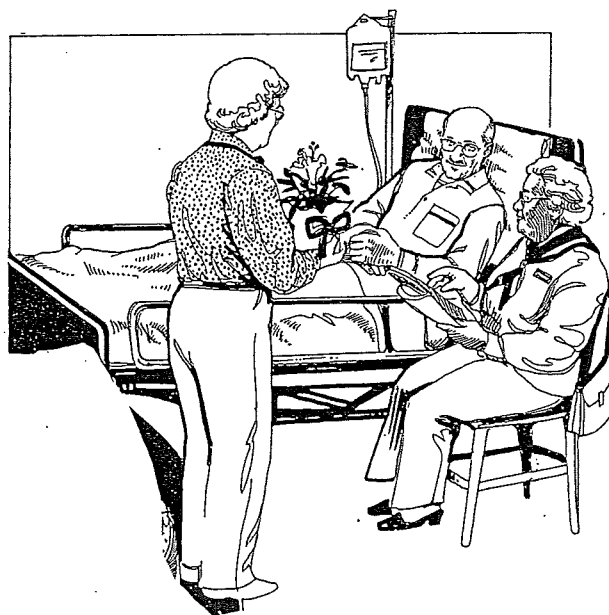
Poi, più nulla.

Ma non c'è da meravigliarsi, visto che in Italia, quando non si vuole affrontare un problema, lo si affida alla solita "Commissione competente".

L'EMERGENZA ANZIANI

Il Giornale d'Italia del 28 agosto 2003 ha dedicato un'intera pagina ad una intervista a Corrado Mannucci Segretario nazionale della UGL Pensionati sull'emergenza anziani.

Ecco la parte dedicata alla sanità pubblica:



Questa assistenza (così com'è) fa comodo a molti, ma non certamente agli anziani che continuano ad essere penalizzati da strutture "specializzate" che spesso non funzionano o sono irraggiungibili quando esistono e da una "assistenza" che invece di curare chi più ne ha bisogno promette soltanto piani e riforme; chiediamo che vengano finalmente emanate disposizioni per la introduzione obbligatoria del "libretto sanitario" (per quanti hanno superato i sessanta anni) sul quale dovranno essere annotate tutte le notizie relative allo stato di salute dell'anziano, con particolare riferimento a gravi patologie."

Molti anziani si sentono "fuori uso" perché le conseguenze di piccoli incidenti limitano le loro possibilità di movimento. Cosa proponete?

"E' ormai dimostrato che la "riabilitazione" degli anziani che hanno subito malattie o incidenti "invalidanti" può essere portata avanti con notevole successo. Ma per ottenere tali risultati sono indispensabili interventi tempestivi e tecnicamente validi, in strutture ambulatoriali particolarmente attrezzate. Le tecniche per la riabilitazione degli anziani sono alquanto diverse da quelle usate per elementi più giovani. Richiedono quindi una particolare e specifica preparazione da parte degli operatori sanitari preposti. È indispensabile che le strutture sanitarie ai vari livelli ne tengano conto. Ma anche a casa, gli anziani possono fare qualcosa di utile per la loro salute. Muoversi in bicicletta, può essere utile".

E durante le ferie si parla spesso di "abbandono" degli anziani da parte dei familiari. Cosa ritenete si debba fare per sradicare una così deprecabile abitudine?

"Per evitare al massimo il "deposito" (e, troppo spesso l'abbandono) in case di cura o di riposo o in strutture ospedaliere o pseudo-residenziali degli anziani non autosufficienti, e al fine di creare le condizioni necessarie per favorire ove possibile la permanenza dell'anziano nel proprio ambiente familiare e sociale la UGL Pensionati chiede che siano indicate chiaramente e propagandate dalle strutture pubbliche agli interessati: l'articolazione dei servizi di assistenza domiciliare integrata e quelli relativi alla ospedalizzazione a domicilio; le possibilità di

ricorrere ai day hospital; il tipo di servizi di sostegno offerti e il contributo concesso dallo Stato alle famiglie per l'assistenza resa in sostituzione dei ricoveri ospedalieri o in strutture residenziali per gli anziani non autosufficienti o colpiti da gravi malattie a carattere cronico o irrecuperabile".

Il ministro Sirchia ha affermato che la solitudine è il peggior male degli anziani. Ma è proprio così?

"No, è peggio. Ormai non si contano più i drammi della solitudine che vedono protagonisti gli anziani "normali".

Questa società (che ama ad ogni piè sospinto proclamarsi civile) abbandona come limoni spremuti quanti non sono più in grado di organizzare la loro sopravvivenza morale e materiale. Ed in questo contesto è bene non dimenticare il ruolo - troppo spesso negativo - di certe famiglie che vedono nella presenza dell'anziano soltanto un ingombrante fardello che limita la loro agibilità. Esattamente come per i cani. Diventa così automatico - in troppi casi - il ricorso al "parcheggio" in istituti, l'abbandono in corsie ospedaliere, la pratica rescissione di ogni legame anche soltanto telefonico. Ed è proprio tale comportamento (che pesa sul morale di chi avrebbe necessità di affetto e di comprensione), che provoca spesso i drammi della solitudine. Esistono legge che prevedono precisi obblighi nei confronti dell'assistenza ai familiari anziani. C'è qualcuno - nei Palazzi del Potere - disposto a farle rispettare anche d'ufficio?

Nell'intento di fronteggiare il diffondersi di violenze ed aggressioni contro gli anziani, specie nei grandi centri urbani, la UGL Pensionati sollecita anche iniziative atte ad agevolare allacci telefonici a tariffa ridotta per gli anziani che vivono soli, e la fornitura gratuita di apparecchi per "telesoccorso", utilissimi, in casi di emergenza, collegati con forze dell'ordine ed ospedali".

**ANDARE IN PENSIONE, DOPO AVER LAVORATO UNA VITA
MA PER CONTINUARE A VIVERE, NON PER SOPRAVVIVERE**

GLI ANZIANI DIMENTICATI DALLA SANITA' PUBBLICA

Il 12 settembre 2003, la Segreteria nazionale della UGL Pensionati ha emesso un comunicato nel quale si leggeva:

"E' giunto il momento, per il Ministro Sirchia, di affrontare concretamente il problema dell'assistenza sanitaria per gli anziani.

Limitarsi alla tragica contabilità dei decessi estivi - che potevano in molti casi essere evitati con una diversa organizzazione e mentalità di taluni settori della sanità pubblica - significa non affrontare le cause vecchie e nuove che hanno contribuito al verificarsi dei luttuosi eventi".

Lo ha affermato il Segretario nazionale dell'UGL Pensionati Corrado Mannucci, che ha nuovamente proposto l'immediata attuazione di provvedimenti per:

- a) il coordinamento delle ricerche geriatriche e gerontologiche con quelle degli altri paesi europei;*
- b) rendere obbligatorio l'insegnamento della geriatria - gerontologia in tutti i corsi di laurea in medicina;*
- c) la immediata specifica riqualificazione professionale del personale paramedico che opera quotidianamente a contatto con gli anziani, attraverso corsi di specializzazione che abbiano come tema la geriatria e la gerontologia;*
- d) la realizzazione di ospedali diurni di zona, riservati agli anziani.*

"E' chiaro - ha concluso Mannucci - che dietro la facciata della sanità pubblica carente in troppi settori, si celano situazioni ed interessi che meriterebbero una maggiore attenzione.

Negli anni scorsi, agli anziani ammalati sono stati somministrati "piani" in gran quantità. Sarà il caso di cominciare a somministrare assistenza sanitaria altamente qualificata".

LE STRUTTURE OSPEDALIERE PUBBLICHE

Si parla con insistenza di una riforma delle strutture ospedaliere, basata sulla attivazione di centri di eccellenza, con la realizzazione in ogni ambito territoriale di presidi dove collocare, riunendole, tutte le tecnologie avanzate e tutte le persone capaci di gestirle e quindi dare al territorio la possibilità, in caso di malattia grave, di avere a disposizione quanto di meglio è possibile, sia dal lato diagnostico che da quello terapeutico.

Noi ci auguriamo che in tali strutture trovino lo spazio che meritano le particolari attrezzature per la cura degli anziani.

Il discorso, è evidente, vale anche per gli ospedali di distretto o territoriali, che dovranno dedicarsi alla patologia cronica che fino ad oggi non è stata oggetto di particolare attenzione.

Gli ospedali pubblici oggi sono classificati come Aziende Ospedaliere e, in quanto tali, dovranno necessariamente affrontare le trasformazioni e le ristrutturazioni e riqualificare il personale.

Ma l'impressione che si ha oggi è che tale cambiamento stia procedendo con esasperante lentezza e che i dirigenti - legati in troppi casi ai vecchi schemi - preferiscano gestire l'oggi, senza preoccuparsi del domani, con il rischio che fra pochi, pochissimi anni, si debba registrare una "decadenza" delle nostre strutture.

I PRIMARI

Ha destato molto interesse la decisione del Ministro della salute Storace di riformare le selezioni per la nomina dei primari, poiché "...le nomine dei primari sono fonte di lottizzazioni".

"Restituiamo la sanità ai medici ed agli operatori sanitari".

Ma non basta una scelta oculata; è necessario valutare il successivo operato dai prescelti, nel bene e nel male.

E la cosiddetta "patente a punti" potrebbe essere un ottimo strumento.

Politici permettendo, s'intende.

PERSONALE OSPEDALIERO INSUFFICIENTE

La scarsità di personale (specialmente quello infermieristico) porta spesso alla riduzione dei posti letto nelle strutture ospedaliere pubbliche, ed alla conseguente riduzione dei ricoveri.

E la situazione si aggrava d'estate, nel periodo delle ferie.

Il blocco delle assunzioni, in questo campo, è veramente inaccettabile.

Francesca Malandrucchio ha descritto in un articolo pubblicato dal quotidiano "Il Messaggero" una situazione che può definirsi emblematica:

"Rannicchiata in un letto di ospedale, occhi chiari e pochi capelli bianchi spettinati, chiede a chiunque le passi accanto un bicchiere d'acqua. Nessuno, però, sembra accorgersi di lei. "Ho sete, per favore. È un'ora che aspetto l'infermiera". Il personale del reparto è occupato, "Per carità, qui ci trattano bene - dice Anna (il nome è di fantasia per tutelare la privacy), come per sottolineare che il suo è solo un piccolo disagio -. Le infermiere non possono perdere tempo con noi. Hanno troppo da fare". Le sbarre del letto la invitano a rimanere sdraiata con la vestina che non riesce a coprire le gambe magre e quel pannolone, già pieno di pipì, che gli impedisce di bagnare le lenzuola. Sembra una bambina, ma ha quasi ottant'anni.

Tutti gli "ospiti" della quarta divisione di Medicina del San Giovanni, al secondo piano della vecchia struttura ospedaliera dell'Addolorata, hanno più o meno la stessa età. Il reparto è al completo e a mezzogiorno il caldo si fa sentire. I più fortunati hanno avuto in dotazione nella stanza un ventilatore. Gli altri aspettano con ansia le ore più fresche. Posti letto tutti occupati anche nel reparto di breve osservazione, l'ex astanteria

dell'ospedale. Qui sono ricoverati i pazienti in attesa di diagnosi. Giovedì mattina gli ospiti avevano tutti i capelli bianchi, come quei tre anziani sdraiati sui lettini in corridoio aspettando che si liberasse un posto. La situazione degli altri reparti di Medicina del San Giovanni-Addolorata, tuttavia, non lasciava ben sperare. Alla terza Medicina era tutto esaurito, così come la divisione di geriatria. Per non parlare della seconda Medicina, un piccolo paradiso con stanze a quattro letti dai colori tenui dell'azzurro, del verde e dell'arancio, bagno in camera e aria condizionata, ma al completo. "anche gli altri reparti dovrebbero essere ristrutturati così - spiega un infermiere -. Lo prevede il piano dell'azienda ospedaliera. Ora, però, dobbiamo far fronte al problema estate".

"L'affollamento di questi giorni non è niente - spiega Cisa Montanini, responsabile del Tribunale del malato di Roma, che annuncia per la prossima settimana un sit-in di protesta alla Regione-. I problemi arriveranno con l'accorpamento dei reparti, come avviene ogni estate, e riguarderanno soprattutto gli anziani. È un'emergenza che si ripresenta ogni anno perché non vengono fatti in tempo i piani di ferie e create sul territorio strutture alternative per questi pazienti".

In Italia, secondo l'OCSE - il rapporto è di 4 sanitari per mille cittadini, mentre - altrove - la media è del 3 per mille; ma i paramedici, invece, sono la metà di quelli di altre nazioni.

Troppi medici, quindi, e pochi infermieri e paramedici. Ne mancano almeno 40.000 e non sarebbe male consentire a quanti sono in pensione di tornare in servizio per superare le attuali criticità.

Da non dimenticare, poi, che nella sanità gli occupati sono in continua flessione, nella misura dell'1%, secondo un rapporto della Ragioneria dello Stato che si riferisce al 2003.

IL DAY HOSPITAL GERIATRICO

È un ricovero che dura dalle 4 alle 12 ore, programmato, in cui si effettuano uno o più accertamenti diagnostici o terapie, non attuabili in ambulatorio.

Le prestazioni in day hospital sono gratuite.

Gli anziani non autosufficienti possono chiedere il trasporto gratuito da casa all'ospedale. Il medico di base, o altro specialista che prescrive le prestazioni in day hospital deve indicare nella richiesta che il paziente necessita di trasporto, e questo dev'essere richiesto al momento della prenotazione.

Se questo tipo di ospedale diurno funzionasse ovunque, molti dei problemi di affollamento delle corsie ospedaliere potrebbero essere risolti.

LA PRATICA DELL'INTRA MOENIA

E' da tempo oggetto di giustificate polemiche la pratica dell'"Intra Moenia" negli ospedali pubblici: numerose le proteste e le denunce di privati ed associazioni.

Ultima, in ordine di tempo, la presa di posizione dell'associazione "Codici" la quale sostiene che un altro aspetto in stretta relazione all'annoso problema delle liste di attesa, è la pratica dell'Intra Moenia, cagione indiscutibile del prolungamento delle tempistiche per ottenere le prestazioni sanitarie.

Criterio per stabilire la legittimità dell'Intra Moenia all'interno di un ospedale è la presenza di un equilibrio tra i tempi di attesa e le attività in Intra Moenia. Nel momento in cui tale equilibrio si destabilizza per tempi di attesa eccessivamente lunghi, l'Intra Moenia non è più giustificata. Questo il principio cardine che regola l'interconnessione tra i due fenomeni. Ma, sebbene un tale equilibrio apparentemente sembra esistere nelle Aziende Sanitarie, è un reale equilibrio o una mera parvenza?

Se si presta attenzione, infatti al procedimento tramite cui si ottiene la media dei tempi delle liste d'attesa, si scopre che essa è ricavata dal confronto tra il volume complessivo dei servizi erogati dall'ospedale e l'attività in Intra Moenia. Questo procedimento statistico, tuttavia, non permette di ottenere una media attendibile dei tempi di attesa, e quindi una giustificazione attendibile per svolgere l'Intra Moenia, poiché vengono considerati assieme, senza alcun criterio di discernimento, sia i tempi di attesa per servizi urgenti, sia quelli per servizi che possono essere erogati nell'arco di un periodo più esteso.

La stessa legge prevede che il confronto sia effettuato per ogni singolo servizio al fine di ottenere dati statistici, inerenti i tempi in media delle liste di attesa, quanto più possibile attendibili.

Evidente è dunque la necessità di una regolamentazione chiara ed univoca in materia, che garantisca il corretto funzionamento delle attività svolte all'interno delle strutture sanitarie pubbliche, al fine di evitare il verificarsi di gravi disservizi, sempre più consistenti nella realtà della sanità pubblica italiana. Non è un caso infatti, che la più parte della popolazione prediliga il ricorso alle prestazioni private, con un esborso monetario non indifferente.

Plaudiamo, dunque, i buoni propositi annunciati dal Ministro Storace durante l'audizione in Commissione Sanità al Senato, per garantire un giusto rimborso ai cittadini penalizzati dai disservizi sanitari dovuti alle liste d'attesa, ma non bisogna sottovalutare le ragioni che concorrono al prolungamento delle tempistiche. Tali ragioni, infatti, sono individuabili principalmente proprio nell'attività di Intra Moenia all'interno degli ospedali.

Per ottemperare ai principi di trasparenza, chiarezza e controllo, inoltre è opportuno verificare le reali tempistiche necessarie ad ottenere l'erogazione dei servizi sanitari, contestualmente allo svolgimento dell'attività di Intra Moenia, ed in conformità alle modalità previste dalla legge stessa.

Sempre, naturalmente, che non sia stato costretto (ed avviene sempre più spesso) a ricorrere alle strutture private e, quindi, a pagamento.

Un quadro significativo della situazione ce lo fornisce una tabella pubblicata dal "Corriere della Sera":

Significativo ed inaccettabile il fatto che - nel Lazio - i RECUP gestiscano soltanto il 30% delle prestazioni delle ASL e degli ospedali pubblici che - a quanto risulta - gestiscono poi direttamente il restante 70% degli appuntamenti.

E non si può certo affermare che nelle altre regioni le cose vadano meglio, anzi...

C'è poi l'inaccettabile lunghezza dei tempi di attesa telefonici per chi chiama i centri di prenotazione unica, per fissare una visita o un ricovero.

C'è bisogno di qualche commento? Forse no. Ma di qualche visita della Guardia di Finanza nei centri di prenotazione per accertare la regolarità delle graduatorie, certamente sì...

STRUTTURE PER NON AUTOSUFFICIENTI

La legge finanziaria del 1988 ha stanziato con grande clamore e battage pubblicitario, 30 mila miliardi di lire per realizzare 140.000 posti in strutture residenziali per anziani che non possono essere assistiti nelle strutture ospedaliere o a domicilio.

Sono passati molti anni, ma lo stanziamento è rimasto nelle casse dello Stato. Negli anni '30 - è bene ricordarlo - fra la decisione del Governo di costruire Littoria e la realizzazione della città, passarono soltanto 25 mesi...

L'inerzia in materia dei nostri governi vecchi e nuovi, favorisce soltanto strutture private fatiscenti, case di ricovero gestite da strani personaggi, lavoro nero di tipo paramedico ed infermieristico, per non parlare delle rette mensili per i soli "ricoveri".

È necessario fare chiarezza sull'argomento per capire dove sono finite le "urgenti" somme stanziate e per dare concretezza a progetti e vecchi proclami.

LISTE D'ATTESA

Le liste d'attesa sono - da tanti anni - uno dei principali scandali che affliggono la sanità pubblica.

Aumenta il numero degli anziani (e quindi dei soggetti a rischio) ma a ciò non corrisponde un aumento della disponibilità delle prestazioni.

È necessario ridurre i tempi che oggi intercorrono fra la prenotazione e l'effettuazione della prestazione che, troppo spesso, arriva "fuori tempo massimo", quando ormai l'anziano non ha più bisogno... e non certamente perché è guarito.

DIRITTI E DOVERI

Ricorda frā l'altro - opportunamente - una guida pratica socio sanitaria del XII Municipio di Roma che il paziente ha diritto di ricevere prestazioni sanitarie scientifiche riconosciute, necessarie e utili, ossia quelle attività la cui efficacia risulta scientificamente provata e che sono adeguate al suo stato di salute.

Gli operatori sanitari devono attenersi agli obblighi di trattare con rispetto le persone sottoposte alle loro cure e garantire il rispetto della riservatezza; ascoltare attentamente la persona e prendere accuratamente nota dei disturbi lamentati.

Il paziente ha diritto di interrompere un trattamento sanitario in qualunque momento, senza dover dare spiegazione alcuna. L'operatore deve informare degli eventuali rischi e non può rifiutarsi di prescrivere gli atti sanitari necessari.

Il paziente ha diritto d'essere informato con precisione sul suo reale stato di salute. L'informazione deve essere facilmente comprensibile, ossia deve essere data in termini semplici e veritieri. Il sanitario deve tener conto della personalità e del grado di istruzione del paziente. In particolare il cittadino deve essere informato sulla diagnosi (cioè sul tipo di malattia di cui è affetto), sulla prognosi (cioè sulle probabilità di evoluzione nel tempo della malattia), sulle cure da effettuare, sui possibili rischi e su eventuali cure o trattamenti alternativi scientificamente riconosciuti.

Il cittadino ha diritto a chiedere uno o più pareri di altri operatori sanitari.

Il paziente ha, inoltre, il diritto di conoscere le generalità e le qualifiche professionali dei sanitari che intervengono nella sua cura.

PRESTAZIONE	ASL RM A S. Giacomo	ASL RM E	ASL RM D	ASL RM H	ASL RM F	S.CAMILLO	ASL RM B Pertini	S.ANDREA	ASL RM C S. Eugenio
Mammografia Bilaterale	lista bloccata	lista bloccata	122gg Grassi è bloccata	530 gg	17 gg	201 gg	61 gg	lista bloccata	lista bloccata
Ecografia Mammella Bilaterale	lista bloccata	65 gg	50 gg	520 gg	103 gg	117 gg	92 gg	lista bloccata	lista bloccata
risonanza magnetica celebrale	lista bloccata	lista bloccata	42 gg		assenza di macchinari	213 gg	61 gg		180 gg
Ecocolor Doppler Arti sup / inf	lista bloccata	lista bloccata	54 gg	180 gg		214 gg	65 gg		150 gg
tac total body	210 gg	40 gg	45 gg	macchinario rotto	233 gg	26 gg	95 gg		45 gg
vis. Oculistica	10 gg	5 gg	27 gg	60 gg	3 gg	105 gg	92 gg		35 gg
vis. Ortopedica	25 gg	12 gg	6 gg	120 gg		41 gg	153 gg		20 gg
vis. Urologica	2 gg	2 gg	4 gg	50 gg	13 gg	1 gg	lista bloccata		2 gg
		MOC Lista blocc.		ecografia Tiroidea Lista blocc.					

Indagine effettuata dai volontari del Tdm tra il 10/05 ed il 20/05/2005

È stato infatti rilevato, ad esempio, che l'intervento di cataratta e di ernia inguinale vengono eseguiti in regime di ricovero nelle persone più in basso nella scala sociale, mentre l'accesso alla "day Surgery" più appropriata per queste patologie, è frequente per i ceti medio - alti, per non parlare dei chirurghi che largheggiano nell'asportazione dell'appendice con le donne meno abbienti, facendo sospettare che alle donne più svantaggiate tocchi anche una minore accuratezza nella diagnosi, con disturbi ovarici e delle tube interpretati come problemi intestinali.

Qualcuno, nelle stanze del Potere, può smentire quanto sopra?

ANZIANI DISCRIMINATI?

Riferisce un quotidiano romano che gli anziani sono i più colpiti dalle malattie ma discriminati nelle cure.

"Su tre malati di tumore, due hanno più di 65 anni,. Si sono, cioè, ritrovati ad affrontare una neoplasia quando pensavano di potersi tranquillamente godere la pensione. Probabilmente, confessano i pazienti, avevano messo in conto, l'insorgenza del diabete, un cuore debole, i dolori articolari. Ma, mai e poi mai, avrebbero pensato, alla soglia dei settanta, di trovarsi a fare i conti (conti duri) con una chemioterapia. Ma, la realtà, è un'altra. Lo dimostrano i numeri: gli anziani rappresentano, infatti il 60% di tutti i malati di tumore. E le cifre,, statisticamente alla mano, sono destinate a crescere. Uno scenario in continua e veloce evoluzione che sta costringendo i medici a fare i conti con questi "nuovi" pazienti.

Proprio per fotografare la situazione, capire i punti deboli, raccontare le storie di tutti i giorni e, in qualche modo, decidere la strategia futura la Siog (Società internazionale di oncologia geriatria) e la Aiote (Associazione italiana oncologia della terza età), con il contributo Novartis, hanno commissionato un'indagine tra i primari oncologi. Un sondaggio al quale hanno risposto

Il paziente ha il diritto di prendere in visione la propria cartella clinica ed in genere tutti gli atti sanitari che lo riguardano.

In nessun caso il sanitario può invocare il segreto professionale per rifiutare al paziente informazioni che lo riguardano.

Il cittadino non deve subire limitazioni dei suoi diritti e delle sue libertà individuali e ha diritto a mantenere contatti con l'esterno, in particolare può avere relazioni personali con parenti e amici e può liberamente corrispondere per iscritto o per telefono. Ha, inoltre, diritto ai mezzi d'informazione quali i giornali, la radio e la TV. Le restrizioni d'orario concernenti le visite devono essere giustificate da motivi sanitari e organizzativi rilevanti. Il paziente ha diritto all'assistenza spirituale desiderata. Al paziente terminale (cioè considerato in fin di vita) non potrà essere negata la presenza dei familiari e delle persone amiche.

Possiamo veramente affermare che diritti e doveri sopra riportati trovano pratica attuazione nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale?

ECCESSE DI BISTURI

Eccesso di bisturi per anziani in condizioni economiche disagiate?

Se lo domandano in molti.

Sembra ormai accertato che chi si trova nei gradini inferiori della scala sociale accede con maggiori difficoltà a cure innovative e a trattamenti qualificati, tanto da aver ispirato un nuovo filone della medicina, detto appunto delle "disuguaglianze".

Due ricercatori - è stato evidenziato in un recente convegno del CNEL - hanno ripercorso le poche indagini fatte in Italia negli ultimi anni sull'appropriatezza delle terapie in riferimento alle classi sociali dei pazienti, facendo emergere informazioni interessanti e, in qualche misura inquietanti.

duecento addetti ai lavori divisi in tutto il Paese. Risultato: è stato confermato il rischio discriminazione nei confronti dei nonni. La grande maggioranza degli specialisti (61,7%) è convinto che all'interno degli ospedali o di qualsiasi struttura di assistenza quelli con più di 65 anni hanno buone possibilità di non ricevere cure adeguate. Proprio per "colpa" dell'età. Ma, sono gli stessi medici, a dire che agli anziani "deve essere dedicata più cura ed attenzione rispetto ad un paziente adulto". "confrontarsi con un malato oncologico anziano vuol dire fare i conti con una complessità data dalla presenza di patologie tipiche dell'età - commenta Silvio Monfardini, direttore della divisione di Oncologia geriatrica dell'azienda-ospedale dell'Università di Padova-. Questo significa valutare le terapie farmacologiche già in corso ma anche sperimentare linee guida adatte a loro". Si comincia a pensare in modo sistematico, dunque, alla personalizzazione, secondo l'anagrafe, dei pazienti. "per gli over 65 - aggiunge Monfardini - è ormai necessario mettere a punto terapie simili e, al tempo stesso diverse, da quelle degli adulti. Gli anziani, infatti, "soffrono" di una maggiore debolezza. Non solo fisica". Si parla di fragilità emotiva, di solitudine, di paura. Tanto che, proprio i primari oncologici, hanno ricordato dell'assoluta necessità, in questi casi, di una forte presenza di sostegno.

Per quanto tempo ancora dovremo sopportare una simile situazione?

GLI ANZIANI "SCARICATI" IN ANTICIPO DAGLI OSPEDALI

Sarebbero 22.000 le segnalazioni di anziani malati che ritengono di essere stati dimessi in anticipo dagli ospedali.

Un meccanismo perverso - secondo il tribunale per i diritti del malato - crea le vittime delle liste di attesa e dei congedi forzati. Non vengono curati in tempo e finiscono la convalescenza in situazioni poco indicate.

Accade così che malattie che potrebbero essere debellate in poco tempo - si cronicizzano, richiedono altre cure, altre degenze.

Un meccanismo perverso che - nel 2004 - ha visto aumentare anche le dimissioni forzate, cioè quelle dimissioni premature o comunque effettuate quando il paziente si trova ancora in condizioni critiche.

Certo, lo Stato riconosce alle ASL un certo numero di giorni di degenza per ogni tipo di intervento, ma il recupero per un anziano può essere più lungo.

Ecco allora - come ricorda anche il quotidiano "Il Messaggero", le dimissioni che avvengono in condizioni di salute non ottimali, per cui, generalmente, si ha ancora necessità di una qualche forma di assistenza sanitaria, più o meno intensa.

Nella maggior parte dei casi, il cittadino ha la sensazione di essere stato scaricato dalla struttura e di essere stato abbandonato a se stesso.

A rendere più complicata la gestione di dimissioni precoci, si aggiunge il fatto - secondo "Cittadinanzattiva" - che ciò avviene quasi sempre senza grossi margini di preavviso. Il venerdì pomeriggio o i giorni prefestivi rappresentano, come è noto, giornate nelle quali tipicamente, si assiste a questo genere di fenomeno, scaricando, quasi sempre, le difficoltà di gestione del post-operatorio o, comunque, di dimissioni precoci, alle famiglie e per di più in un momento della settimana durante il quale non si può contare, tranne rare eccezioni, sull'aiuto del proprio medico di famiglia.

Senza considerare che le segnalazioni dei cittadini indicano che nel 10 per cento dei casi il malato poi si troverà solo, nell'8,3 per cento andrà a carico di un coniuge invalido e nel 18 per cento con un familiare che non è comunque in grado di garantirgli l'assistenza.

La verità è che le strutture territoriali che dovrebbero prendersi cura dei malati dopo il periodo della degenza, non sono in grado di farlo.

IL DIRITTO ALLA DIGNITA' ED ALLA RISERVATEZZA

La tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana. Con questa norma si stabilisce che i trattamenti sanitari debbono essere eseguiti nel rispetto della dignità della persona umana, la quale non deve subire atti che offendano il suo pudore e più in generale il rispetto della sua persona.

Bisognerebbe dirlo a quei sanitari, ai vari livelli che - specialmente nei pronto soccorso degli ospedali - hanno spesso ben poco rispetto per quanti vengono spogliati e lasciati sulle lettighe senza alcun riparo, in attesa di una visita o di uno spostamento in altro reparto.

LE PIAGHE DA DECUPITO

È stato accertato che la mortalità fra gli anziani ultrasettantenni conseguente ad infezioni da piaghe da decubito contratte durante i ricoveri ospedalieri è particolarmente elevata.

Il tribunale di Roma ha recentemente riconosciuto la diretta responsabilità della dirigenza di un ospedale per l'insorgenza delle piaghe ed ha condannato il primario del reparto interessato al risarcimento dei danni.

È incredibile che un anziano, ricoverato in una struttura pubblica, per una qualsiasi malattia, debba poi soffrire per

tutt'altra causa! Ma non esistono regole per evitare il verificarsi di simili situazioni?

L'ODISSEA DEI TRASFERIMENTI TRA OSPEDALI

¹⁸ Non c'era spazio - riferisce il quotidiano "La Repubblica" - per Angelo e non c'è spazio per tanti altri da almeno un mese nel "Policlinico" e al "San Paolo" e al "Di Venere" di Bari. Al completo anche le altre 13 "rianimazioni" della Regione: a Foggia, a Lecce, a Monopoli e a Taranto, a Brindisi, a Castrano. ¹⁶

Ogni giorno così. A Licata, stessa musica.

Un pensionato è morto dopo che, per oltre 12 ore, non si è riusciti a trovare, in tutto il Sud d'Italia, un posto letto in un qualunque posto di rianimazione, neanche con l'intervento dei carabinieri.

Ed al Nord le cose non vanno certamente meglio.

Indicativo il caso di un'anziana signora di 82 anni, che - dopo essersi fratturata il femore, è stata respinta dall'ospedale Santacroce di Moncalieri e, successivamente, rifiutata da altri nove centri della zona di Torino, per "mancanza di posti".

Il giorno dopo - secondo quanto riferisce il quotidiano "La Stampa" - la situazione si è ripetuta con altri pazienti.

È una situazione che si trascina - ovunque - da anni, anche perché non esiste una rete in grado di organizzare e coordinare l'attività degli ospedali e di indicare - ad esempio - dove sono disponibili le camere di rianimazione, indispensabili per salvare tante vite umane.

IL MEDICO DI FAMIGLIA

È oggi lecito domandarsi se il "medico di famiglia" svolge per intero il ruolo che la legge gli assegna, visto che, fra i suoi compiti, dovrebbe:

- *effettuare visite domiciliari ed ambulatoriali a scopo diagnostico e terapeutico;*
- *consultare lo specialista e l'accesso presso gli ambienti di ricovero in fase di accettazione, di degenza e di dimissione del proprio paziente;*
- *tenere e aggiornare una scheda sanitaria individuale;*
- *effettuare le vaccinazioni antinfluenzali nell'ambito di campagne vaccinali rivolte a tutta la popolazione a rischio, promosse ed organizzate dalle ASL, con modalità concordate.*

Sono previsti anche altri compiti con compensi aggiuntivi

- *assistenza programmata al domicilio dell'assistito;*
- *assistenza programmata nelle residenze protette e nelle collettività;*
- *visite occasionali.*

L'attività del medico curante viene prestata nello studio o al domicilio, quando non è possibile la trasferibilità del malato. La visita domiciliare deve essere eseguita in genere nel corso della stessa giornata, se la richiesta perviene entro le ore dieci; se invece la richiesta perviene dopo le ore dieci, la visita dovrà essere effettuata entro le ore dodici del giorno successivo. Nelle giornate di sabato il medico non è tenuto a svolgere attività ambulatoriale, ma è obbligato ad eseguire le visite domiciliari richieste entro le ore dieci dello stesso giorno, nonché, quelle eventualmente non ancora effettuate, richieste dopo le ore dieci del giorno precedente. Nei giorni prefestivi valgono le stesse disposizioni previste per il sabato, con l'obbligo però di effettuare attività ambulatoriale per i medici che in quel giorno la svolgono ordinariamente al mattino.

Alcuni recenti studi rilevano che per le categorie sociali sfavorite (e gli anziani sono in prima fila...) l'offerta sanitaria pubblica è più scadente, sia come accesso, sia come qualità delle prestazioni.

Ma qual è l'opinione di queste persone?

Una risposta viene da un'indagine del Censis di qualche anno fa che ha indagato il parere degli utenti nei confronti del medico di famiglia del Servizio sanitario. Per i laureati e le persone con titolo di scuola media superiore la motivazione principale dell'insoddisfazione è l'errore nella diagnosi; per i soggetti più deboli al primo posto c'è la carenza nella relazione con il medico, percepito come supponente e poco propenso all'ascolto. Ma, rivolgendo domande più specifiche, si scopre che due soggetti su cinque non hanno gradito lo scarso rispetto dimostrato dagli operatori nei loro confronti. Scontento assai più marcato nelle categorie socialmente svantaggiate.

Possiamo affermare che - in genere - i medici di famiglia svolgono per intero i compiti loro assegnati?

L'ASSISTENZA DOMICILIARE

Benché numerose leggi e delibere prevedono da anni servizi specifici finalizzati all'assistenza degli anziani, le strutture pubbliche, per i soliti comodi "motivi di bilancio" non dispongono - nella quasi totalità - di tali servizi.

E così, ancora una volta, gli anziani devono ricorrere al "fai-da-te", con le conseguenze che ognuno può immaginare e constatare.

È quindi necessaria la corresponsione di un contributo economico adeguato ai familiari dell'inabile non tenuti alla corresponsione degli alimenti (oppure a famiglie che volontariamente accolgono in casa un anziano non autosufficiente) e lo accudiscono.

- *Le persone o le famiglie ospitanti devono risultare - così come avviene per l'affidamento dei minori - integre sotto ogni profilo.*

- *L'estensione del servizio infermieristico e delle strutture ospedaliere alle abitazioni di quanti non sono in grado di accudire - dal punto di vista paramedico - a se stessi e vivono praticamente soli.*
- *La definizione in sede legislativa delle forme di collaborazione fra enti ed associazioni di "volontari" per l'assistenza agli anziani e gli enti locali.*
- *L'"umanizzazione" dei rapporti degli enti preposti all'assistenza degli anziani, con una opportuna e doverosa riqualificazione professionale specifica del personale addetto.*
- *Il Coordinamento dei vari uffici e servizi che si occupano dell'assistenza agli anziani, per evitare che si continui nella attuale politica di "scoordinata autonomia".*
- *La istituzione, negli ospedali e nelle Aziende Sanitarie pubbliche, di veri e propri reparti "volanti", opportunamente attrezzati, in grado di intervenire rapidamente e direttamente in casi di particolare urgenza, in favore di anziani che chiedono interventi urgenti.*
- *La istituzione di un numero telefonico unico per tutto il territorio nazionale (collegato con ospedali e Forze dell'Ordine) riservato agli anziani per le richieste di intervento urgente.*

LESIONI E BIOINGEGNERIA

Sono migliaia i cittadini anziani che soffrono di ferite, ulcere e piaghe che sono le conseguenze di problemi vascolari agli arti inferiori.

Tra i diabetici, sono decine di migliaia le persone che rischiano di andare incontro a lesioni al piede.

Nella tarda età, il disturbo interessa un anziano su due.

Spesso i malati arrivano in ospedale troppo tardi ed i farmaci sono a carico dei contribuenti.

L'allarme è stato lanciato nel corso di un convegno dell'Università "La sapienza".

"Ogni giorno si vedono in ospedale ulcere e piaghe che potrebbero essere evitate, soprattutto sugli anziani".

Mai come in questo campo, è necessaria un'accurata opera di prevenzione fra i soggetti a rischio.

LA RIABILITAZIONE

È l'erogazione gratuita di prestazioni riabilitative da parte delle strutture della ASL o di Centri convenzionati o accreditati.

La riabilitazione può essere effettuata in ambulatorio, a domicilio o in regime di ricovero presso strutture idonee, per un massimo di 60 giorni.

Per l'assistenza riabilitativa in regime semiresidenziale o domiciliare è necessaria l'autorizzazione della ASL di residenza. E la prescrizione da parte di uno specialista pubblico delle prestazioni.

Ma la continuità tra degenza e riabilitazione in una unica azienda ospedaliera è oggi soltanto un auspicio ma è necessario che diventi una realtà nelle strutture pubbliche ospedaliere.

Non è possibile che si continui a spezzettare l'assistenza fra strutture diverse, con spreco di nuovi esami, nuove analisi e così via.

Per non parlare del danno che deriva al paziente dall'essere curato con criteri (e spesso diagnosi) diversi e quindi non concordanti.

UN CENTRO PER LA SALUTE DELL'ANZIANO

È sorto a Roma, in località Trigoria, sullo stesso terreno dove, entro pochi anni, saranno costruiti gli edifici definitivi dell'Università "Campus Bio-Medico" e del Policlinico Universitario.

L'attuale struttura si sviluppa su due piani, con una superficie complessiva di circa 6000 metri quadrati.

Ospita varie iniziative orientate a soddisfare specifiche esigenze socio-assistenziali della popolazione anziana.

Le attività promosse per favorire la socializzazione e per stimolare l'arricchimento culturale e spirituale dell'anziano si sono sviluppate soprattutto nella direzione di un Centro Diurno per Anziani Fragili avviato grazie alla collaborazione tra la Fondazione Alberto Sordi e il XII Municipio di Roma.

Dispone di :

- *Ambulatorio polispecialistico*
- *Servizio di terapia fisica e riabilitativa*
- *Unità di valutazione per la malattia di Alzheimer (in collaborazione con l'Ospedale Fatebenefratelli dell'Isola Tiberina)*
- *Day-hospital neurologico*
- *Reparto di degenza per terapia riabilitativa intensiva post-acuzie.*

Si tratta di una lodevole iniziativa, dovrebbe essere realizzata in ogni regione, a cura del Ministero della Sanità, in collaborazione con le Regioni.

ATTIVITA' MOTORIE

Lo sport, finalizzato ad attività non solo motorie per anziani, sembra stia prendendo piede anche in Italia deve si ritiene, erroneamente, che soltanto i giovani siano in grado di "sgambettare" sui campi sportivi o nelle palestre.

È stato ormai abbondantemente dimostrato che il movimento (adeguato, studiato, controllato) determinato da talune attività sportive può aiutare moltissimo chi tende a mettersi in poltrona e muovere soltanto alcune dita per far funzionare il telecomando del televisore.

Può giovare moltissimo anche alla psiche favorire contemporaneamente il recupero graduale ma costante dell'uso di determinati arti "intorpiditi" dalla pigrizia.

È chiaro che tutto ciò deve avvenire sotto stretto e continuo controllo di medici sportivi dotati di tutte le attrezzature necessarie.

Un anziano "più sano" è anche un anziano "meno costoso" per la società.

È anche noto che l'esercizio fisico moderato e controllato abbassa la pressione e combatte l'osteoporosi perché porta ad un forte aumento del contenuto minerale di tutto lo scheletro.

Da non dimenticare, inoltre, che l'attività sportiva, moderata e controllata, riesce ad evitare i danni al cuore ancor più della dieta.

Il Policlinico Gemelli, di Roma, ha organizzato corsi di ginnastica in una palestra con macchine di ultima generazione, personal trainer, corsi di ginnastica, educazione respiratoria e jogging.

Si tratta di un centro fitness che fa parte dei servizi di medicina dell'invecchiamento, che ha aperto i battenti agli over 65.

Perfetto. Peccato che l'abbonamento per tre mesi costi 200 mila delle vecchie lire: una cifra che non è certo alla portata di tanti pensionati...

È opportuno quindi un intervento degli enti locali per "sovvenzionare" direttamente o indirettamente quei centri sportivi che intendono mettere a disposizione degli anziani istruttori specializzati. Istruttori che potrebbero essere formati direttamente dall'ISEF o prelevati dalle folte schiere di diplomati-ISEF disoccupati, opportunamente istruiti.

Un gruppo di medici del Movimento Socio Popolare Europeo ha realizzato un'interessante iniziativa, partendo dal presupposto che se gli anziani non vanno in palestra, la palestra (contenuta in due grandi tir) andrà da loro.

All'interno degli automezzi c'è un piccolo villaggio dello sport, con studi medici, palestre attrezzate, salone riunioni e video.

Sarà così attuata una campagna di sensibilizzazione al movimento, inteso come attività fisica per il benessere fisico e psicologico della persona.

Una lodevole iniziativa che gli enti locali dovrebbero imitare.

DISABILI

È a tutti noto che l'elenco delle protesi e degli altri apparecchi che il servizio sanitario Nazionale concede gratuitamente ai portatori di handicap risale a molti anni or sono, mentre la tecnologia ha messo a punto aiuti ben più sofisticati ed efficienti, che migliorano notevolmente la qualità della vita. Ma chi li vuole perché ne ha bisogno deve pagare di tasca propria.

Ed il problema riguarda circa tre milioni di cittadini (gran parte dei quali anziani e con scarse risorse economiche!) i quali sono "vittime" di un elenco tariffario (che stabilisce quali sono le protesi e gli ausili forniti ai disabili dal S.S.N.) fermo all'anno 1999, malgrado il DM 332(99 prevedesse un aggiornamento periodico "con cadenza massima triennale".

Noi ci auguriamo che il nuovo Ministro della Sanità se ne occupi urgentemente.

LA DOTAZIONE DI DEFIBRILLATORI

Secondo una recente indagine, essere colpiti da arresto cardiaco in un luogo pubblico significa avere soltanto il 20% di possibilità di sopravvivere, se non c'è la possibilità di intervenire immediatamente con un defibrillatore.

Si deve quindi mettere a punto un progetto a carattere nazionale per dotare di tali apparecchiature quanti operano a contatto con la cittadinanza, con particolare riferimento alla Polizia, ai Carabinieri ed ai Vigili urbani.

Lo scorso anno, circa 8500 persone sono morte per un problema cardiovascolare e di queste, oltre il 65% per arresti improvvisi, fuori da strutture sanitarie.

Una soluzione ideale potrebbe essere costituita da un servizio di elioambulanze, dotate anche di defibrillatori, in grado di intervenire - specialmente nelle grandi città (penalizzate dal traffico) e nei centri più sperduti.

Il problema è importante e non può essere affrontato in tempi lunghi, poiché è in gioco la vita di molti cittadini, in gran parte anziani.

I FARMACI SBAGLIATI

Evidentemente la materia per intervenire non manca.

Peccato che una iniziativa simile non sia mai stata presa dalle nostre autorità.

E ce ne sarebbe certamente bisogno, visto che, secondo dati del 2003 del Ministero della salute, le vittime degli errori dei medici possono essere calcolate da 14.000 a 50.000, le persone danneggiate circa 320.000, i morti - al giorno - 90, con un costo sociale di 10 miliardi di Euro.

Dove si compiono più errori, sempre secondo il Ministero, sono nell'ordine, la sala operatoria (32%) i reparti di degenza (28%) reparti di urgenza (22%) e negli ambulatori (18%).

Le specializzazioni più a rischio, invece, sono: ortopedia (16,5%) traumatologia (16,5%) oncologia (13%) ostetricia (10,8%) ginecologia (10,6%) chirurgia generale (10,6%).

Non mancano, naturalmente, le pinze dimenticate nelle pance dei malcapitati, gli avvelenamenti per uso errato di disinfettanti e medicinali e - tanto per completare il quadro - le cadute dalle barelle.

Per chi viene ricoverato in ospedale, dovrebbero essere obbligatorie le polizze assicurative anti infortuni...

MALATI DI PARKINSON

Sono circa trecentomila i malati colpiti in Italia dal morbo di Parkinson, che prende di mira il sistema motorio, rendendo difficili le più elementari attività quotidiane.

Il Parkinson è una malattia degenerativa che colpisce in modo selettivo un gruppo di neuroni localizzati in una struttura cerebrale chiamata substantia nigra. I sintomi (tremore a riposo, rigidità muscolare, rallentamento motorio) si manifestano quando ormai il 70 - 80% di queste cellule è andato perduto.

Sarebbero circa 145.000 gli anziani che finiscono in ospedale con la diagnosi "farmaci sbagliati".

Ciò risulta da un esame delle cartelle cliniche di pazienti ricoverati in 24 ospedali italiani.

L'intero capitolo delle prescrizioni farmaceutiche andrebbe rivisto e riscritto, con l'obiettivo di rendere ogni cosa più comprensibile e ridurre il margine di errore.

Per prima cosa, il foglietto che il medico compila, e che resta in mano al paziente (mentre la ricetta "mutuabile" viene consegnata in farmacia), deve essere leggibile, e compilato in un linguaggio semplice.

Meglio sarebbe se fosse compilato al computer e stampato. S'impiega un po' più di tempo, ma si risparmia il tempo che sarebbe necessario impiegare per rimediare a cure sbagliate o fraintese.

Va anche scritto quanto medicinale si deve prendere, quante volte al giorno ed a che ora.

GLI ERRORI SANITARI

Le cronache dei quotidiani sono ormai piene di episodi definiti di "mala sanità".

Certamente non si tratta di casi isolati visto che a Roma è stata costituita (e pubblicizzata) una associazione - con tanto di autorevole giudice come Presidente onorario - che avvalendosi della consulenza di medici esperti nel campo della medicina legale, assiste le vittime di errori sanitari, come le errate esecuzioni di atti operatori, gli errori di diagnosi, le omissioni di consenso informato e ciò che prevalentemente in cardiologia, ortopedia, odontoiatria e chirurgia plastica.

Nella maggioranza dei casi la malattia esordisce dopo i 65 anni, ma in circa il 5% dei casi si manifesta entro i 40 anni. Queste forme giovanili sono spesso determinate da mutazioni genetiche.

Se si fa eccezione per la modesta quota di forme ereditarie (circa 1%) le cause della malattia classica sono tuttora sconosciute.

Attualmente si tende a considerare il Parkinson classico come una malattia multifattoriale, in cui diversi tipi di fattori ambientali potrebbero innestarsi su una suscettibilità genetica.

Possiamo affermare che le nostre strutture sanitarie pubbliche si occupano del problema con sufficiente attenzione?

In Italia, l'accesso alle cure - con particolare riferimento alla tecnica chirurgica - è diverso da Regione a Regione; in alcune è previsto un rimborso per gli ospedali e quindi vengono incentivate le prestazioni, mentre altre non hanno dato disposizioni per i rimborsi (e quindi non incentivano economicamente la tecnica) e "costringono" di fatto i neurochirurghi ad effettuarle in più tempi per garantire all'ospedale la copertura dei costi dell'intervento.

E che dire degli interventi complementari, che comprendono esercizi fisici da svolgere sin dall'esordio dei sintomi e alimentazione corretta e psicoterapia?

Come si può leggere anche in uno studio pubblicato recentemente dal "Corriere della Sera", le strategie "di appoggio" dovrebbero far parte della cura fin dall'inizio, perché aiutano a combattere molti degli effetti del Parkinson: rispondono bene alle terapie non farmacologiche disturbi come le alterazioni dell'equilibrio, la difficoltà nel parlare, l'insonnia e anche la depressione.

Approcci "non convenzionali" che diventano ancora più importanti nella malattia in fase più avanzata, quando non si ha più una risposta soddisfacente ai farmaci.

** Fisioterapia.*

Un po' di movimento, tutti i giorni, serve a contrastare i disturbi motori legati al Parkinson, per restare autonomi più a lungo: migliora la coordinazione, la flessibilità, il controllo dei movimenti. All'inizio, può bastare una camminata quotidiana; poi si possono aggiungere esercizi studiati assieme al fisioterapista, da fare a casa o in palestra. "Meglio uscire almeno due volte alla settimana per fare movimento" consiglia l'esperto. "Se si soffre di problemi dell'andatura o dell'equilibrio, gli esercizi in piscina sono l'ideale".

** Dietoterapia.*

Si agli antiossidanti e al calcio; da ridurre, invece, tutti i cibi che rallentano lo svuotamento dello stomaco (come i grassi), perché così si riduce l'assorbimento della levodopa. Per lo stesso motivo è importante diminuire l'apporto di proteine, che diminuiscono l'assorbimento del farmaco.

** Terapia occupazionale.*

Spesso viene presentata quasi come un gioco, in realtà è utilissima, perché insegna come eseguire movimenti semplici, ma molto importanti perché la vita del malato sia normale.

** Logoterapia.*

Utile per pazienti che hanno difficoltà nel parlare nella respirazione, in chi ha disturbi della deglutizione o della salivazione; questi problemi possono essere ben risolti con un "allenamento" dei muscoli coinvolti.

** Supporto psicologico.*

Serve nei casi più difficili e ogni volta che il paziente trova difficoltà ad "adattarsi" alla sua malattia. È importante anche per i pazienti.

C'è qualcuno che se la sente di affermare che il Servizio Sanitario Nazionale e le Regioni hanno affrontato il problema nel modo giusto?

Noi riteniamo invece che - purtroppo - i cittadini colpiti dal morbo di Parkinson siano - nella maggior parte dei casi - abbandonati a se stessi, con gravi problemi anche per le famiglie.

I MALATI DI ALZHEIMER

Sono ormai più di 450.000 i malati di Alzheimer nel nostro Paese e le previsioni per il futuro non sono affatto tranquillizzanti, visto che se ne prevede un notevole aumento nei prossimi anni; il morbo colpisce l'1% delle persone tra i 60 e i 64 anni, percentuale che raddoppia ogni 5 anni di età dopo i 65 anni, raggiungendo il 40% tra gli ultraottantenni.

È quindi evidente che la prevenzione può diventare un importante strumento per limitare il numero dei nuovi malati.

Ma è necessaria la collaborazione delle famiglie e dei medici per una diagnosi precoce; quando appaiono i primi sintomi (disturbi della memoria, dimenticare le parole, difficoltà nel farsi capire, disorientamento, non sapere dove ci si trova ecc.), è necessario consultare immediatamente uno specialista, per procedere ad una cura tempestiva e mirata.

Anche la ricerca scientifica dovrà fare la sua parte, per mettere a punto cure e farmaci sempre più efficaci.

È chiaro che tutto ciò dovrà essere coordinato e finanziato dal Servizio Sanitario Nazionale e dalle Regioni.

È anche necessario organizzare centri diurni per accogliere per poche ore gli anziani colpiti dal morbo, per consentire loro un rapporto con altre persone ed ai familiari la possibilità di non restare bloccati in casa per accudire il familiare ammalato.

Il trasporto da e per i centri dovrebbe avvenire con pulmini.

Anche la specifica assistenza a domicilio da parte di operatori specializzati per curare l'igiene personale ed attività mirate a stimolare le residue capacità dei malati, che non possono uscire di casa, dovrebbe rientrare nelle attività dell'assistenza pubblica.

Il costo dovrebbe essere a carico della collettività per quanti percepiscono un reddito annuo non superiore a 6.714 euro e potrebbe essere prevista una partecipazione proporzionale alla spesa per gli altri anziani con redditi superiori.

I SOPRAVVISSUTI AL CANCRO

Sono circa due milioni gli italiani che sono "sopravvissuti" al cancro, grazie alla tenacia, ad un po' di fortuna ed alle cure.

Più della metà dei malati, sono infatti sopravvissuti alla malattia e sono tornati alle normali attività o hanno trovato il modo di convivere con il male.

Si calcola che, nel nostro Paese, da 250.000 a 300.000 persone vengono colpite dal male ogni anno.

In un recente convegno che si è tenuto a Roma, sono stati evidenziati anche tre diritti fondamentali dei malati: non soffrire, conservare la propria dignità nella sofferenza, non essere trattati come cavie.

Ma è stato anche sottolineato che "la soluzione non è l'assistenzialismo di massa ma il riconoscimento di tutele che permettono di vivere con dignità la malattia."

Il sottosegretario alla Salute, Di Virgilio, ha recentemente raccomandato la necessità di "evitare di ammalarsi".

Forse non sarebbe male unire alla raccomandazione - sacrosanta - qualche consiglio pratico per prevenire il male, visto che - secondo quanto riferisce un noto quotidiano, un malato su tre di tumore cerca le cure su internet...

La verità è che si ha l'impressione che il problema tumori sia stato lasciato alle assicurazioni private e che la sanità pubblica non abbia mai affrontato il problema alla radice, dedicando la dovuta attenzione alla (seria) prevenzione, alle cure ed alla particolare situazione dei singoli malati.

DENTIERE PER GLI ANZIANI POVERI

Il progetto è (oppure era?) semplice.

Il Presidente Berlusconi aveva promesso di fornire ad anziani indigenti e con problemi di masticazione le "protesi mobili".

L'iniziativa riguarda (o riguardava?) in via sperimentale duecentomila anziani di tre regioni.

I requisiti per aver diritto ad una dentiera di Stato sono (o erano?), oltre agli "evidenti problemi di masticazione", un reddito pari alla pensione minima di 6.198 euro l'anno (12 milioni delle vecchie lire). Dovrebbero costare un prezzo calmierato di 1.000 euro, a carico dello Stato.

Poiché l'iniziativa è stata a suo tempo affidata ad una Commissione, temiamo che la promessa resterà tale, visto che - di solito - quando non si vuole risolvere un problema, lo si affida ad un gruppo di esperti...

PSICOTERAPIA PER GLI ANZIANI

Cesare Capone, sul Corriere della Sera, ha recentemente scritto cose interessanti sulla psicoterapia per gli anziani:

"Chi ha detto che la psicoterapia è inutile, o che è un lusso per l'anziano? Ben poco se ne parla, eppure può dare ottimi risultati ed essere praticabile anche tramite il Servizio sanitario nazionale.

Fare psicoterapia dell'invecchiamento e della vecchiaia vuol dire affrontare quel groviglio di sintomi tipici dell'età avanzata, ma non sempre patologici, costituito da facile scompensabilità emotiva, impazienza, irritabilità, rigidità nelle opinioni, restringimento di interessi e prospettive, narcisismo ed egocentrismo, insoddisfazione circa la realtà e insicurezza sul futuro, che determinano nel vecchio disagio, malessere, demoralizzazione, depressione.

Purtroppo, anche per mancanza di una informazione adeguata, fra gli anziani che hanno bisogno di ricorrere alla psicoterapia sono di gran lunga prevalenti la riluttanza, la vergogna, o la non consapevolezza di soffrire di un disturbo mentale o emotivo e la tendenza, anche da parte dei familiari, di ritenerlo inevitabile e incurabile.

Benché l'estensione della psicoterapia alla geriatria sia piuttosto recente, si può già affermare che almeno il 70 per cento degli anziani e delle anziane trae giovamento dalla terapia cognitiva, comportamentale e psicodinamica. Basta talora un incontro settimanale o quindicinale con lo psicoterapeuta per evitare, risolvere, o attenuare crisi profonde, malattie psichiatriche vere e proprie e indebiti, pericolosi, ricorsi agli psicofarmaci.

Nell'ambito della psicoterapia, di grande importanza sono i vincoli sociali: in conseguenza della perdita, inevitabile, di familiari e amici, l'anziano va aiutato a crearsi nuove cerchie e relazioni, se vuole evitare o vincere la solitudine.

Come dice il poeta francese Paul Valéry, "un uomo solo è sempre in cattiva compagnia".

E' una proposta da prendere in seria considerazione.

IL CALDO ESTIVO

Il caldo estivo ha fatto la felicità dei giornali, che hanno potuto pubblicare intere pagine sull'argomento.

Ed abbiamo anche letto dei "servizi speciali" organizzati dalle solite "competenti autorità".

Peccato che gli anziani abbiano poi potuto godere (è il caso di dirlo) soltanto della ospitalità loro concessa dai freschissimi centri commerciali e dai supermercati, dove in molti hanno potuto superare le ore più calde della giornata.

Per il resto, al di là dei ricorrenti proclami degli amministratori locali, il panorama è risultato desolante.

Basta pensare che la grande maggioranza degli ospedali nelle grandi città non dispone di impianti di condizionamento adeguati alla protezione degli anziani.

Riferiscono le cronache che - dal 1997 al 2003 - si sono dovuti registrare quasi 8000 decessi a due giorni dal ricovero!

La notizia è stata data dal Dipartimento di Protezione civile.

Risulta che taluni direttori di ospedali hanno distribuito ai medici un opuscolo informativo su come comportarsi con i pazienti in condizione di grande caldo. Ma bisognava aspettare l'ondata di caldo per istruire il personale sanitario, dopo quanto accaduto nell'estate precedente?

Riferisce il quotidiano "Il Messaggero" del 29 giugno 2005:

"Temperature ancora molto calde e alla sala operativa del 118 arrivano migliaia di richieste di aiuto, soprattutto anziani a casa o per la strada presi da malori, giramenti di testa per la bassa pressione. Piano d'intervento del Comune per affrontare il caldo e aiutare gli anziani: per quelli che restano in città oasi in riva al mare, sul Tevere e quest'anno anche bagni termali a Bagni di Tivoli e un'isola fitness. L'importante è prenotarsi perché le richieste tra luglio e agosto sono sempre tante".

C'è da restare senza parole.

"TELESOCORSO"

Non si contano più gli anziani trovati morti in casa dopo giorni o settimane dal decesso.

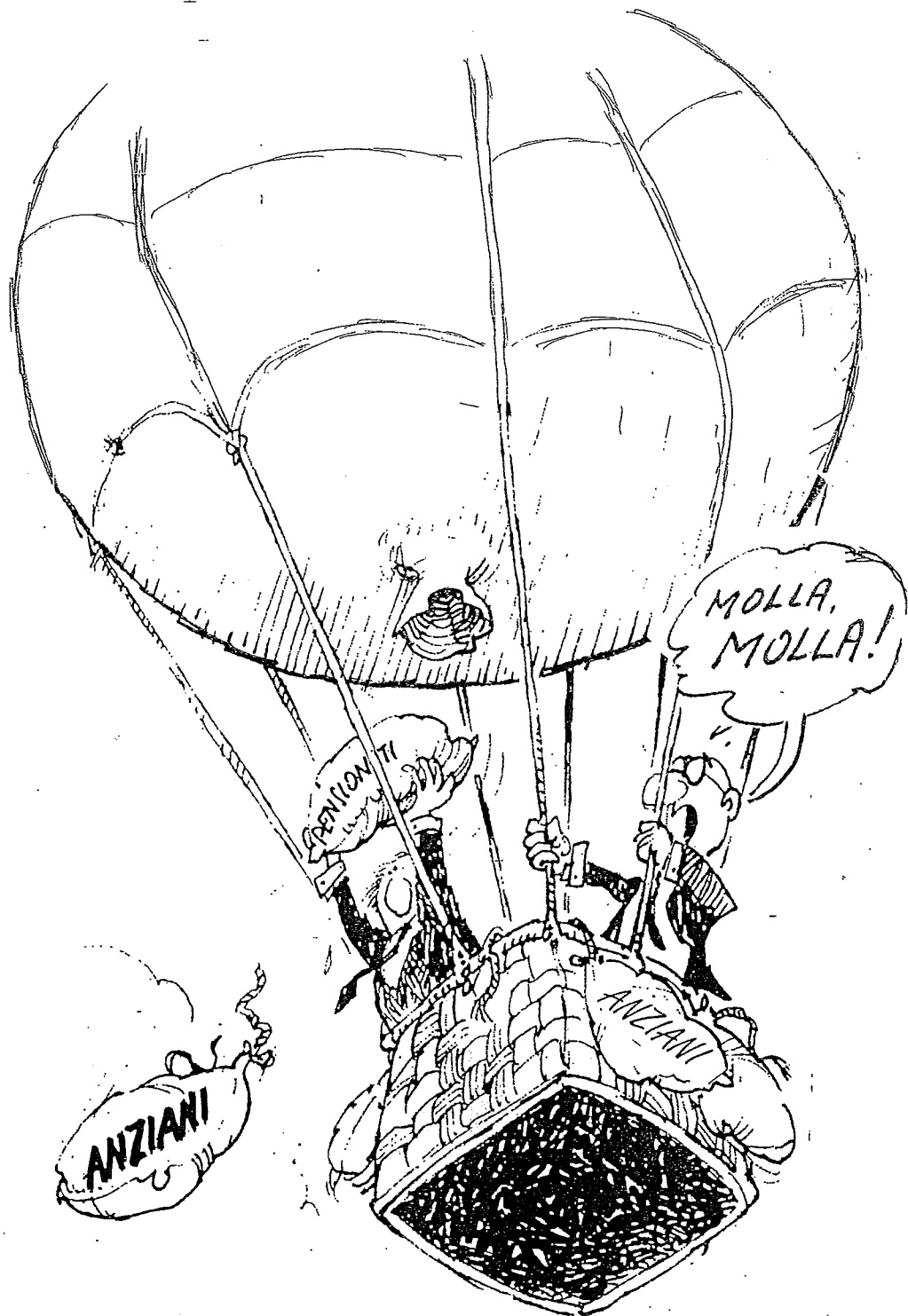
Molti decessi si sarebbero potuti evitare se gli interessati avessero potuto utilizzare quei semplici congegni che - simili ad un piccolo telecomando - si possono portare agevolmente addosso ed utilizzare premendo semplicemente un bottone, per inviare una segnalazione a determinati numeri telefonici.

Il "Telesoccorso" (così si chiama l'apparecchio) dovrebbe essere fornito dalle strutture sanitarie a tutti gli anziani con problemi di salute, visto anche il basso costo.

Da segnalare anche una interessante iniziativa: l'orologio salvavita. È un apparecchio privo di lancette ma munito di sensori che rilevano costantemente le caratteristiche di chi lo indossa: sudorazione, temperatura, movimenti. I dati registrati vengono inviati ad una apposita centrale grazie ad un apparecchio collegato alla linea telefonica dell'assistito.

Quando gli indici di riferimento dell'anziano mutano in modo anomalo scatta l'allarme: sul monitor si apre una finestra rossa e l'operatore interviene chiamando a casa la persona in difficoltà; se non risponde, si interpellano i familiari. Quando è necessario, lo stesso operatore può recarsi sul posto per un controllo.

LA ZAVORRA



**DI QUESTA ITALIA
CIVILE DEMOCRATICA
E PROGRESSISTA**

L'orologio della salute è in grado di registrare anche svenimenti, ipotermia e immobilità sospette ed è anche dotato di un pulsante di richiesta d'aiuto.

L'assistenza è garantita 24 ore su 24.

Anche questa è una iniziativa valida e da sostenere. I comuni dovrebbero interessarsene concretamente.