



Pensionati

---

## USB Pensionati, Federazione del sociale: Piano nazionale / regionale dell'anziano. Linee generali di indirizzo



Roma, 12/02/2020

L'invecchiamento della popolazione è un dato strutturale e incontrovertibile, le politiche di bilancio hanno messo in forte discussione il già precario equilibrio tra bisogni e risposte. L'uscita dal piano di rientro della regione Lazio consente una programmazione degli interventi non più limitati dalla logica dei tagli di spesa.

Pertanto, riteniamo che sia possibile, necessario e indifferibile affrontare la questione dell'anziano in maniera strutturale con un vero e proprio piano di intervento che ha dimensioni nazionali che affronteremo con il Ministero della Salute e ovviamente regionali che intendiamo affrontare con la Regione Lazio.

La somma dei bisogni dell'anziano rivela una complessità alla quale è possibile dare risposte solo con una relazione operativa e strutturale di servizi capaci di costruire intorno all'anziano una rete protettiva di risposte ai propri bisogni. Tutto ciò è possibile solo se operiamo in termini di piano organico avente come obiettivo la salute e il benessere dell'anziano.

Tale progetto ha anche l'obiettivo di contrastare gli appetiti del privato ( silver economy ) che trasforma in profitto la soddisfazione dei bisogni degli anziani e di fermare la tendenza degli enti locali ad abbandonare al mercato privato l'assistenza degli anziani non autosufficienti.

I bisogni degli anziani trovano la loro risposta nell'area socio-assistenziale e in quella

sanitaria, la cui stretta correlazione è la sola garanzia di benessere sociale. Di seguito le linee di indirizzo definiranno il progetto e i suoi obiettivi.

## AREA SOCIO - ASSISTENZIALE

La PREVENZIONE sia primaria che secondaria non è liquidabile con la sola vaccinazione antinfluenzale, ma deve riguardare l'ambiente, le condizioni socio economiche, la condizione abitativa, l'alimentazione adeguata e costante, tutte condizioni riconosciute come fondamentali per il mantenimento in salute dell'anziano e per impedire la riacutizzazione di eventuali cronicità.

Il TERRITORIO rimane spesso un deserto sociale per l'anziano, il medico di base si limita a svolgere la funzione di prescrittore di farmaci senza alcuna altra funzione, l'infermiere di famiglia di prossima istituzione si limita a somministrare farmaci, la figura indispensabile diventa il geriatra di famiglia capace di costruire un processo complesso di soddisfazione dei bisogni coordinando le altre figure. L'assistenza domiciliare così come progettata si limita a passaggi nelle case senza un rapporto strutturale con il paziente e senza potersi occupare degli aspetti di cui sopra. Il diritto alla mobilità nella città, la cura alla persona e la condizione abitativa sono elementi che non solo non favoriscono la guarigione ma sono causa di malattia. L'ipotesi a cui stiamo lavorando potrebbe essere definita come " il condominio dell'anziano " in cui tutti gli aspetti fin qui individuati possano trovare risposte passando dalla semplice assistenza domiciliare ad un'assistenza sociale integrata. Questo consentirebbe di creare molti posti di lavoro da non regalare a fantomatiche cooperative o ad un volontariato spesso improvvisato e speculativo, ma con un piano di assunzioni finalizzate.

Non sarebbe inopportuno un osservatorio regionale sulla condizione dell'anziano a partire dai quartieri periferici dove le condizioni di vita si fanno più avverse.

Le CASE DI RIPOSO costituiscono un elemento di grande preoccupazione per i ripetuti episodi di maltrattamenti, abbandono, e mancanza di cure. Il privato in questo aspetto non consente alle famiglie di scegliere per gli alti costi da sostenere per il soggiorno dell'anziano, il risparmio che si ottiene è tutto a discapito della qualità delle prestazioni. La soluzione è senz'altro una rete di RSA pubbliche controllate dagli enti locali. Nel frattempo, sarebbe opportuna una commissione di inchiesta sulle condizioni delle case di riposo private, sulle concessioni fatte, sugli standard assistenziali e se siano stati definiti nella concessione.

La DISABILITÀ è in atto un'operazione di emarginazione dal ssn regalando ai privati questa ennesima fetta di mercato, né può ritenersi sufficiente la concessione di bonus alle famiglie che si fanno carico di gestire le disabilità. Un piano regionale di sostegno alle disabilità e alle famiglie che ne sono coinvolte è indispensabile, costruendo intorno al disabile quella rete di servizi che andiamo definendo con il piano dell'anziano.

I FARMACI esiste un primo problema dell'approvvigionamento dei farmaci legato alla distanza delle farmacie, alla ripetitività delle prescrizioni ( specialista - medico di base ) alla

manca di confezioni personalizzate legate alla patologia e alla sua cronicità. I tickets sono un ulteriore ostacolo a volte insormontabile come dimostrano l'abbandono delle cure e il ricorso al banco farmaceutico. Allo stesso modo i farmaci indispensabili per il benessere dell'anziano messi inopinatamente in fascia C o l'abuso di integratori alimentari prescritti dai medici in sostituzione di terapia farmacologica, sono elementi che allontanano dalle cure. Garantire il possesso dei farmaci e supervisionare la loro assunzione diventa indispensabile per il benessere dell'anziano. Non basta l'infermiere di famiglia, occorre forse l'oss, il podologo e così via.

## **AREA SANITARIA**

La geriatria è praticamente scomparsa dagli ospedali e si limita a garantire servizi territoriali per la prescrizione dei pannoloni ed altro. Gli anziani, dopo una lunga permanenza al pronto soccorso, vengono ricoverati in medicina o in altro reparto specialistico che non tengono conto dei bisogni dell'anziano che viene spesso dimesso con decubiti o in dimissioni frettolose con diagnosi la cui eziologia viene fatta risalire alla vecchiaia. Diventa allora indispensabile costruire un percorso dedicato che riconosca le specificità dell'anziano. Una legge regionale che istituisca in ogni azienda sanitaria un Dipartimento dell'Anziano, a carattere funzionale ed extramurario in modo da coordinare gli interventi dei punti precedenti, in raccordi con i municipi e la regione. Il dipartimento dovrebbe avere un reparto di degenza geriatrica e farsi carico del coordinamento dell'assistenza del paziente, prendendolo in carico e programmandone indagini diagnostiche, terapie e la loro supervisione, ambulatori territoriali geriatrici di cure primarie e così via.

Costruito un impianto operativo di questo tipo, presidiando il territorio e l'ospedale, è possibile introdurre il Codice Argento per l'anziano, individuando un percorso interno all'ospedale gestito dal dipartimento geriatrico.

Queste prime linee di indirizzo verranno approfondite con ulteriori analisi per farle diventare una vera e propria piattaforma sociale sulla quale mobilitarsi.

## **USB PENSIONATI**