

LE PROPOSTE DEI GERIATRI PER TUTELARE IL DIRITTO ALL'ASSISTENZA

Anziani da proteggere in tempo di crisi

DI GIUSEPPE PAOLISSO *

L'Italia è il Paese più vecchio del mondo con una popolazione di circa 12 milioni di ultra 65enni, di cui la metà è rappresentata da ultra 75enni che si prevede si raddoppieranno nei prossimi 30 anni. Tale situazione demografica ha trasformato l'Italia nel laboratorio dell'invecchiamento di tutti i Paesi Ocse, che ci guardano per capire come risolveremo il problema in termini di Servizio sanitario nazionale e di welfare.

Altro dato importante su cui bisogna riflettere e che la stragrande maggioranza di questa popolazione anziana vive di sola pensione ma il 17% ha una pensione al di sotto dei 500 euro/mese e il 50% della restante parte ha una pensione che non supera i 1.000 euro. Ciò vuol dire che circa 8 milioni di anziani vivono con una pensione non superiore a 1.000 euro e buona parte di essi sono vicini o hanno superato la soglia di povertà. È evidente che in una situazione del genere e alla luce della grave crisi economica che il nostro Paese sta attraversando gli anziani non possano far a meno del Ssn come unico metodo di salvaguardia per la loro salute che spesso è malferma, trasformando il paziente anziano in paziente anziano fragile.

Il rapporto fiduciario tra anziani e Ssn è ulteriormente rinforzato da un recente indagine campionaria della Società italiana di Gerontologia e Geriatria (Sigg) che ha dimostrato come l'80% degli ultra 75enni, equivalente a 5 milioni di anziani, pensino di affidarsi al Ssn e non a istituzioni private per curare le loro patologie. A tale proposito va segnalato che la cronicità e la multimorbilità, peculiarità della persona anziana, colpiscono circa il 90% degli anziani e che in oltre l'80% la cronicità coinvolge patologie largamente diffuse nella popolazione come le malattie cardiovascolari e il diabete.

Malgrado questo quadro demografico ed epidemiologico abbastanza complesso e che di norma prevederebbe un potenziamento del Ssn e una definizione dei percorsi assistenziali per gli anziani, ci troviamo di fronte a incoerenze legislative e normative che depotenziano il ruolo della geriatria sul territorio nazionale. Vi sono due esempi fra tutti.

Nel recente Decreto Balduzzi è stato stralciato il problema della non-autosufficienza che colpisce prevalentemente, ma non esclusivamente, il paziente anziano, lasciando ancora un vuoto legislativo ma soprattutto di allocazione di risorse. Inoltre nello stesso decreto, laddove si cerca apprezzabilmente di ottimizzare l'uso delle risorse per i posti letto ospedalieri, il termine geriatria compare unicamente quando si definiscono gli standard minimi e massimi delle Unità operative per ciascuna disciplina. In quella sede si individua la possibilità che un reparto per acuti di Geriatria possa esi-

stere con circa 20 posti letto quando vi è un'utenza di circa 400-800 persone, senza però riportare questo parametro alla diversità demografiche regionali e creando quindi un vulnus tra necessità e disponibilità.

Altro grave problema è quello delle Residenze sanitarie assistenziali (Rsa) che rientrano nel percorso di assistenza post-acute del paziente anziano. Queste strutture dovrebbero favorire la dimissione di pazienti anziani che, non avendo bisogno della lungodegenza ma della riabilitazione, dovrebbero trovare in tempi idonei accoglienza presso queste strutture. In effetti a causa dei numerosi tagli di spesa agli enti locali e alla Asl è avvenuto anche un taglio di questi servizi che si è ripercosso su liste e tempi di attesa, che oggi nelle Rsa pubbliche si attestano tra i 90 e i 180 giorni. Tempi inaccettabili per il paziente, che così rischia l'allettamento con un incredibile aumento dei costi sociali e sanitari. È altresì evidente che i nostri nonni con le pensioni che si ritrovano non possono pensare, nella maggior parte dei casi, alle Rsa private dove le rette di degenza sono di migliaia di euro al mese.

La Sigg intende interagire con gli enti regolatori creando e generando cultura geriatrica, mettendo a disposizione di chi lo ritenesse utile, dati a supporto della valenza specifica dell'assistenza geriatrica in termini di beneficio per il paziente anziano. Esempi di tale approccio sono: a) l'esper-

ienza multi regionale del codice argento con il quale si attiva in pronto soccorso il trattamento precoce geriatrico piuttosto che da parte di altro specialista; b) l'istituzione della Orto-geriatria in cui il paziente anziano fratturato dopo il trattamento di chirurgia ortopedica viene gestito dal geriatra e non più dall'ortopedico. Si tratta di percorsi assistenziali virtuosi che a fronte di una modesta spesa per la presenza del geriatra si rivelano molto efficaci nel contenimento dei costi per la disabilità e la non autosufficienza del paziente anziano in tempi di crisi e spending review.

Altro argomento da Sigg fortemente sostenuto è la revisione dei Lea, da affidare non a tagli lineari ma proteggendo i due estremi della curva demografica o coloro che hanno necessità, le prestazioni vanno semmai ridotte a chi invece può permettersi di contribuire. È oggi chiaro a tutti che l'universalità del nostro Ssn è un bene prezioso da difendere ma che è necessario modularlo. Quello che la Sigg desidera fare quindi non sono rivendicazioni politiche o sociali ma una collaborazione attiva con le istituzioni mediante sperimentazioni di progetti e percorsi che abbiano al centro il paziente anziano e tengano nel debito conto la crisi e la spending review.

* Presidente Società italiana di Gerontologia e Geriatria

Ssn baluardo della terza età

Best practice da valorizzare