

Anziani, patologie croniche e il Welfare che non c'è

Il peso dell'assistenza agli anziani affetti da patologie croniche ricade sempre di più sulle famiglie: l'accesso ai servizi pubblici risulta difficile e in alcune realtà territoriali impossibile. Queste sono alcune delle criticità emerse dall'XI Rapporto sulle politiche della cronicità di Cittadinanzattiva

Un Welfare sempre più inadeguato a rispondere ai bisogni di una popolazione anziana e affetta da patologie croniche e che si fa vicariare dalle famiglie, scaricando completamente su di loro l'onere economico e assistenziale. È questa in sintesi la realtà fotografata dall'XI Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità: "Emergenza famiglie: l'insostenibile leggerezza del Welfare", presentato di recente a Roma dal CnAMC (Coordinamento nazionale delle Associazioni dei Malati Cronici) di Cittadinanzattiva.

Il Rapporto nasce da dati acquisiti da 28 delle 86 associazioni nazionali, rappresentative di oltre 100 mila cittadini affetti da patologie croniche. Ad occuparsi della cura ed assistenza all'anziano malato cronico è, in più

della metà dei casi (56%), un solo nucleo familiare. Ciascuna famiglia dedica mediamente all'assistenza del familiare anziano oltre 5 ore al giorno. Tale situazione, in circa il 93% dei casi, non permette ai componenti delle famiglie di conciliare l'orario lavorativo con le esigenze di assistenza, al punto che oltre la metà (53.6%) segnala licenziamenti e mancati rinnovi o interruzioni del rapporto di lavoro. A tutto ciò va aggiunta la difficoltà crescente di fronteggiare i costi legati alla cura dell'anziano malato cronico. Le famiglie mediamente spendono in un anno circa 8.500 euro per il supporto assistenziale integrativo alla persona (badante), 3.700 euro per lo svolgimento di visite, esami o attività riabilitativa a domicilio. Quasi 14 mila euro, in media, è il costo per la retta delle strutture residenziali e/o semiresidenziali. Se il paziente anziano è dimesso dall'ospedale, in un terzo dei casi è la famiglia ad occuparsi di tutto, senza aver ricevuto alcun orientamento. Per il 52% delle Associazioni, il medico di famiglia fornisce solo le indicazioni degli uffici a cui rivolgersi, ma poi devono provvedere i familiari; solo per il 15% di esse, il Mmg fa tutto il necessario dopo le dimissioni. Nel 76% dei casi, contestualmente alle dimissioni ospedaliere, non è attivata l'assistenza domiciliare. In due casi su tre, il Mmg non interagisce con Asl e Comuni per l'attivazione dei servizi socio-sanitari e per il 70% delle Associazioni non si integra con lo specialista.

Le proposte del CnAMC

- ▶ Stop a ulteriori tagli alle risorse per l'assistenza sanitaria e sociale;
- ▶ definire e approvare i Livelli Essenziali di Assistenza Sociale (Liveas);
- ▶ rifinanziare i Fondi nazionali a carattere sociale, con particolare riguardo al Fondo Nazionale per le Politiche Sociali;
- ▶ riorganizzare, potenziare e avviare un'attività di valutazione dell'assistenza sanitaria territoriale. In particolare si auspica per i Mmg la diffusione della medicina associativa e la completa informatizzazione. Per l'assistenza domiciliare integrata, per l'assistenza residenziale e semiresidenziale, nonché per la riabilitazione, si auspicano livelli uniformi di offerta assistenziale su tutto il territorio nazionale;
- ▶ eliminare i PTO regionali vincolanti, al fine di garantire uniformemente i Lea definiti dall'Aifa in ambito farmaceutico;
- ▶ aggiornare l'elenco ministeriale delle patologie croniche e invalidanti, quello delle patologie rare, nonché il nomenclatore tariffario dei presidi, delle protesi e degli ausili.