



## PIATTAFORMA PENSIONATI

La nostra proposta verte sostanzialmente su tre filoni, che vanno adeguatamente sviluppati:

1 – SISTEMA SOCIO-SANITARIO;

2 – LAVORO DI CURA;

3 – INVECCHIAMENTO ATTIVO;

Parlare di comunità vuol dire conoscere la popolazione che ne fa a parte.

Noi vogliamo affrontare la dimensione che coinvolge il mondo degli anziani, quindi verificare in quanti sono nel nostro territorio regionale e che incidenza hanno nel tessuto socio-economico culturale.

Dai dati del piano socio-sanitario regionale 2012-2015, la popolazione residente in Piemonte al 31/12/2010 è di poco più di 4.457.000 persone (di cui 48,4% uomini e 51,6% donne).

Il 18,9% degli uomini e il 24,6% delle donne ha più di 65 anni, valori superiori alla media italiana.

Le previsioni elaborate dal settore regionale statistica e studi, ipotizzano, con riferimento all'anno 2050, una perdita di popolazione regionale di oltre 700.000 abitanti, quando gli ultra 65enni arriverebbero a costituire oltre un terzo della popolazione.

Questo dato deve fare riflettere gli amministratori di tutti i livelli.

Vanno concretizzati i principi fondamentali della riforma del sistema sanitario nazionale L.833/78 PREVENZIONE - CURA - RIABILITAZIONE.

Parlare di prevenzione vuol dire affermare la centralità della persona.

L'intesa tra il governo-regioni, ha portato all'approvazione del nuovo piano nazionale di prevenzione (P.N.P.) che presenta un'impostazione culturale ispirata ad un'azione preventiva sempre più multidisciplinare e intersettoriale. La

programmazione sanitaria nazionale e regionale definiscono in modo chiaro in quale cornice dei valori e principi si debba sviluppare la pianificazione della prevenzione:

EQUITA' – DIGNITA' – UMANIZZAZIONE – GIUSTIZIA – PIENEZZA DI DIRITTO – SOSTENIBILITA' – ACCESSIBILITA' – CONTINUITA' – DEMOCRAZIA – CORRESPONSABILITA'.

Alcuni principi sono direttamente correlati al sistema sanitario pubblico e trovano particolare e concreta applicazione nel piano regionale di prevenzione (P.R.P.):

La centralità della salute intesa come bene comune, universale e quindi anche come diritto inalienabile di ogni individuo e interesse della collettività, da garantire non solo attraverso un razionale e appropriato sistema di assistenza e cura, ma anche attraverso e soprattutto praticando e potenziando la prevenzione, da esigere anche dalle politiche non sanitarie.

Prevenzione che va dal contrasto dei comportamenti individuali (fumo-alimentazione-alcool-stile di vita) e lotta alle malattie del malessere (cause sociali, ambientali e culturali delle principali patologie prevedibili) non sottovalutando il legame tra crisi economica e salute.

Quindi prevenzione a tutti i livelli e dando fortemente continuità all'esperienza di medicina di genere attuate in alcuni territori.

La longevità non spaventa, ma la non autosufficienza sì;

Non a caso nella cultura sociale si diventa vecchi quando si perde la propria autonomia diventando dipendenti da altri.

La relazione diretta tra invecchiamento, patologie croniche e la non autosufficienza ha trasformato negli ultimi 10 anni quest'ultima in una vera e propria insorgenza sociale ed economica, perché il nostro sistema di welfare non era pronto ad affrontarlo.

La regione Piemonte dal 2010 è stata soggetta al piano di rientro, questo ha comportato il ridimensionamento e il calo della qualità dei servizi, blocco totale del turnover che ad oggi ha prodotto una riduzione di circa 3.000 addetti nel servizio sanitario regionale.

Inoltre la riorganizzazione della rete ospedaliera non accompagnata contestualmente (come da noi sindacato richiesto) alla realizzazione della rete

territoriale ha contribuito a creare confusione- disuguaglianze e lista d'attesa inaccettabili.

Oggi rivendichiamo risposte adeguate ai circa 17.000 anziani in lista di attesa già valutati dalla commissione UVG (unità di valutazione geriatrica) e ai circa 13.000, anch'essi, già valutati per essere assistiti a domicilio.

Nessuna politica estemporanea o giorno per giorno può pensare di dare risposte adeguate ad un problema destinato ad assumere rilevanza nel tempo.

CGIL-CISL-UIL Pensionati ritengono ormai maturi i tempi per l'istituzione di una specifica legge e relativo fondo regionale per la non autosufficienza, dotato di risorse aggiuntive rispetto a quelle previste oggi che debbono essere certe, congrue, per rispondere alla necessità delle persone che versano temporaneamente o permanentemente in tale condizione.

CGIL-CISL-UIL rivendicano:

- ulteriori risorse regionali per la gestione dei servizi sociali che si devono aggiungere alle risorse nazionali;
- aumento del budget vincolato per la copertura delle quote sanitarie per la residenzialità raggiungendo l'obiettivo del 2% di posti letto sul totale degli anziani ultra 65enni per la residenzialità;
- raggiungimento dell'obiettivo del 3% degli ultra 65enni per l'assistenza domiciliare e per la piena applicazione della legge regionale 10/2010;
- provvedere all'eliminazione del 5% dell'iva che le aziende fanno pagare agli utenti sulle tariffe nelle case di riposo.
- Istituzione di almeno 30 centri di assistenza primaria aperti 24h su 24h (ciò era previsto dal piano socio-sanitario) ma ad oggi non sappiamo quanti e dove sono stati aperti, ciò nella prospettiva dell'istituzione a regime di un cap (centro assistenza permanente) per distretto sanitario.

Si possono pensare di sperimentare nuovi modelli di assistenza domiciliare "comunitaria" nuovi modelli residenziali co-housing (coabitazione), portierato sociale, assistenti condominiali.

Abbiamo assistito ad una "realizzazione" della rete ospedaliera, non sempre ordinata, che sta procurando parecchi disagi.

Abbiamo sempre affermato che la rete ospedaliera andava fatta con il contestuale rafforzamento della rete territoriale, ma così non è stato.

La delibera di riordino della rete territoriale è stata fatta molto dopo e ancora oggi non è stata applicata, generando parecchi problemi ai cittadini.

Nel merito la delibera contiene spunti per la realizzazione di un distretto forte come da noi richiesto, ma ci sono parecchi aspetti da affrontare.

Il primo in assoluto riguarda i medici di famiglia.

Si afferma che oltre l'80% di loro opera in associazione quindi AFT (associazioni funzionali territoriali) e quindi sarebbe cosa fatta ma è pura apparenza perché la forma associativa dei medici di medicina generale è funzionale al contenimento dei costi di mantenimento degli studi ma non alle necessità del sistema sanitario pubblico a partire dall'articolazione delle presenze nelle giornate e nella distribuzione oraria.

Abbiamo bisogno del vero coinvolgimento dei medici di medicina generale, abbiamo necessità che la convenzione per la loro attività preveda in dettaglio l'organizzazione AFT funzionali alle risposte da dare, usando tutte le leve, anche quelle premiali e di controllo.

Abbiamo bisogno di curare con molta attenzione il territorio, i suoi abitanti, la comunità nel suo complesso, dando risposte di qualità ai loro bisogni. Ciò passa anche attraverso l'istituzione e la diffusione capillare della UCCP (unità complesse di cure primarie). Ad oggi sono poche quelli funzionanti.

Purtroppo l'azione della Regione è rivolta alla solita politica dei due tempi: prima i risparmi, (piano di rientro) poi gli investimenti.

Nella riorganizzazione della rete territoriale come abbiamo detto precedentemente, emerge un'idea di "distretto forte" con l'attribuzione di maggior potere al direttore di distretto, conferendo al distretto il compito di negoziare con gli erogatori di servizi territoriali, i volumi di attività ma questo rischia di fermarsi alle affermazioni di principio se non è accompagnato all'assegnazione di maggior risorse economiche.

Il distretto è anche luogo dove deve avvenire l'integrazione tra l'area socio-sanitaria e le politiche sociali, vale a dire il coordinamento tra interventi di natura sanitaria e interventi di natura sociale, a fronte di bisogni di salute molteplici e complessi.

Il raccordo tra politiche sanitarie e politiche sociali, consente di dare risposte unitarie all'interno di percorsi assistenziali ed integrati, con il coinvolgimento e la valorizzazione di tutte le competenze e le risorse istituzionali presenti sul territorio. Vi sono infatti molte situazioni in cui la capacità di raccordare, in modo strutturato, interventi di natura sanitaria con interventi di natura sociale, rafforza l'efficacia di entrambi.

E' chiaro che con la realizzazione delle AFT e delle UCCP si pratica la cosiddetta medicina di iniziativa, cioè quell'approccio medico che non " attende " il paziente nel proprio studio ma gli va incontro, stabilendo un protocollo di visite periodiche in particolare quando il paziente è affetto da malattia cronica che va seguito con continuità.

Fa parte della medicina di iniziativa la promozione attiva della salute tramite l'educazione a corretti stili di vita, l'assunzione del bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia o prima che essa si manifesti e si aggravi.

Nella cultura sociale collettiva la soluzione ottimale per la persona semisufficiente o non autosufficiente è la permanenza in casa propria, accudita da un familiare o una badante o da entrambi, tuttavia questa non sempre si rivela funzionale , se si considera che moltissimi anziani vivono in abitazioni non adeguate alla condizione di ridotta mobilità e avrebbero bisogno di lavori infrastrutturali .

Noi siamo fermamente convinti che gli enti locali e la regione Piemonte debbano svolgere un ruolo di sostegno alle famiglie affinché l'anziano/a possa rimanere il più possibile nel proprio ambiente familiare.

Alcune proposte:

- 1- La legge regionale sulla casa ATC prevede che se una persona che occupa un'abitazione e decide di fare degli interventi essendo non autosufficiente non usufruisce degli sconti. Invece se c'è un nuovo ingresso e la persona decide di fare degli interventi strutturali perché in famiglia c'è una fragilità si usufruisce degli sconti. Questa scelta crea disuguaglianza nel diritto. Noi chiediamo di modificare la legge. Servono interventi di tipo economico e fiscale per sostenere le famiglie.

2- Inoltre gli enti locali debbono svolgere azione di promozione e sensibilizzazione affinché gli anziani possano restare il più possibile nel proprio ambiente, istituendo la figura del mediatore condominiale (*vedi portierato sociale*) e prevedendo interventi di sostegno attraverso la fiscalità locale.

CGIL-CISL-UIL Pensionati, pensano che il mondo degli anziani non è composto solo da persone non autosufficienti. Tanti longevi oggi svolgono attività di volontariato regolarmente e altri di tanti in tanto; fanno regolarmente attività fisica, dalla palestra alla piscina, frequentano regolarmente cinema, teatro e museo, frequentano scuole di ballo, balere, viaggiano e si prendono cura di altre persone anziane parzialmente o totalmente non autosufficienti, contribuiscono economicamente al sostegno dei figli o nipoti. I longevi quindi non sono solo ricettori passivi di risorse e servizi di welfare, ma sono tra i grandi protagonisti di una redistribuzione orizzontale sia a vantaggio di altri longevi che delle altre classi di età, quindi sono una risorsa per la società e vanno guardati con rispetto.

Noi pensionati chiediamo all'Assessore delle politiche sociali, di farsi promotore di una legge sull'invecchiamento attivo.

In questa fase va riconosciuto e rafforzato il valore della contrattazione sociale.

Va cambiato l'approccio verso la spesa pubblica per il welfare:

esso è un investimento che, oltre a garantire benessere, produce occupazione e può dare un contributo alla ripresa dell'economica.

*Le Segreterie Unitarie*

*SPI-CGIL, FNP-CGIL, UILP-UIL*

*Torino, 17 ottobre 2016*