

# SENATO DELLA REPUBBLICA

————— X LEGISLATURA —————

## COMMISSIONE PARLAMENTARE D'INCHIESTA SULLA DIGNITÀ E CONDIZIONE SOCIALE DELL'ANZIANO

---

3° Resoconto stenografico

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 27 LUGLIO 1988

**Presidenza del Presidente DE GIUSEPPE**

**INDICE****Audizione degli assessori regionali all'assistenza e ai servizi sociali della Lombardia,  
del Veneto e della Toscana**

PRESIDENTE .....	Pag. 3, 7, 11 e <i>passim</i>	BENIGNI .....	Pag. 4, 8, 13 e <i>passim</i>
CONDORELLI (DC) .....	11, 22	CREUSO .....	5, 10, 11 e <i>passim</i>
FERRAGUTI (PCI) .....	20	FAPPANI .....	3, 7, 10 e <i>passim</i>
MORO (DC) .....	15		
RANALLI (PCI) .....	11		
SIGNORELLI (MSI-DN) .....	16, 17, 21		
TEDESCO TATÒ (PCI) .....	11		
ZANELLA (PSI) .....	13, 16, 21		

*Intervengono l'assessore all'assistenza e alla sicurezza sociale della regione Lombardia, Mario Fappani, l'assessore ai servizi sociali della regione Veneto, Maurizio Creuso, e l'assessore alla sicurezza sociale della regione Toscana, Bruno Benigni.*

*I lavori iniziano alle ore 14,40.*

PRESIDENTE. Comunico che, ai sensi dell'articolo 33, quarto comma, del Regolamento, è stato attivato l'impianto audiovisivo interno, con l'assenso del Presidente del Senato.

Abbiamo oggi in programma l'audizione di alcuni assessori regionali all'assistenza e ai servizi sociali.

Comunico alla Commissione che l'assessore della regione Calabria, Di Marco, non potrà prendere parte all'audizione di oggi per impedimenti sopravvenuti.

*Vengono introdotti l'assessore all'assistenza e alla sicurezza sociale della regione Lombardia, Mario Fappani, l'assessore ai servizi sociali della regione Veneto, Maurizio Creuso e l'assessore alla sicurezza sociale della regione Toscana, Bruno Benigni.*

#### **Audizione degli assessori regionali all'assistenza e ai servizi sociali della Lombardia, del Veneto e della Toscana**

PRESIDENTE. Con l'audizione di oggi, colleghi, entriamo nel vivo della nostra inchiesta. L'ufficio di Presidenza ha predisposto uno schema di domande specifiche che io rivolgerò agli assessori, i quali risponderanno ciascuno secondo le loro competenze. Se qualche dato non può essere fornito oggi, inviteremo i nostri ospiti ad inviarci delle risposte scritte con cortese sollecitudine. È chiaro che ogni senatore potrà ugualmente rivolgere domande per richiedere approfondimenti, informazioni, notizie che ritenga opportuni.

Do il mio benvenuto agli assessori Fappani, Creuso e Benigni e rivolgo loro le domande predisposte dall'ufficio di Presidenza.

La prima domanda riguarda il rapporto tra gli assessorati per i servizi sociali e quelli per la sanità, per quanto riguarda gli anziani non autosufficienti.

FAPPANI. Signor Presidente, onorevoli senatori, credo che questa sia, per così dire, una domanda da un miliardo, perchè rappresenta il problema dei problemi. Non si tratta tanto di difficoltà a livello personale o politico (tanto che nella mia regione gli assessori alla sanità e ai servizi sociali appartengono alla stessa forza politica) quanto di

difficoltà relative alla mancata definizione dei compiti ed in particolare alle disposizioni legislative sull'intervento sanitario nel settore degli anziani. Quindi, almeno in Lombardia, nel settore dell'assistenza si è dovuta fare una ricerca affannosa di finanziamenti e compiti che attualmente appartengono al settore della sanità.

Certo, devo esprimere qualche soddisfazione per i progressi compiuti, nel confronto con il passato. Nella nostra regione per quanto riguarda gli anziani dai 40 miliardi che la sanità spendeva nel passato si è passati ai 150 miliardi di quest'anno; chiaramente con battaglie inenarrabili, poichè l'assessorato alla sanità ha dovuto risparmiare queste risorse sul versante del fondo sanitario.

Quindi, rapporto simpaticissimo dal punto di vista personale, ma bisogna dire che le leggi nazionali, secondo noi, non sono sufficientemente chiare.

Voglio poi dire che il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri dell'8 agosto 1985 in Lombardia ha costituito una inversione di tendenza rispetto al passato. Questo decreto era nato per evitare che la sanità coprisse costi sociali. Noi l'abbiamo interpretato nel segno giusto e cioè che la sanità dovesse finalmente prendersi il carico dei suoi compiti. Tuttavia siamo molto distanti da una situazione soddisfacente. Abbiamo, per esempio, il problema degli investimenti, che è lasciato tutto alla più assoluta e totale discrezionalità dell'assessorato alla sanità.

Noi rivendichiamo il dovere della sanità di intervenire anche negli investimenti. Infatti occorre che le strutture esistenti siano in grado di riconvertirsi da strutture per autosufficienti in strutture per non autosufficienti.

Noi avremmo la possibilità, in Lombardia, di spendere denaro risparmiato sul fondo della spesa corrente, ma temiamo che qualcuno possa avanzarci delle obiezioni. Speriamo anche di avere almeno una parte degli stanziamenti previsti per i non autosufficienti nella legge finanziaria per il 1988.

*BENIGNI.* In Toscana l'assessorato alla sicurezza sociale o all'assistenza sociale è nato per scissione. Esisteva, infatti, un unico assessorato alla sicurezza sociale che poi si è diviso in assessorato alla sanità e assessorato all'assistenza sociale. Nasciamo quindi da un unico dipartimento. Questo, in un certo senso, ha reso più normali e più scorrevoli i rapporti ed anche le soluzioni dei vari quesiti.

Intanto, per quanto ci riguarda, abbiamo lavorato su due programmi, e cioè sul piano sanitario regionale e sul piano dei servizi sociali, con azioni congiunte che riguardano sia il progetto anziani nel campo della sanità, sia quello nel campo della sicurezza sociale perchè sono contestuali tra loro. Tutto questo ha reso più agevole non soltanto l'utilizzo dei fondi stanziati per la sanità, ma anche una qualche progressiva integrazione di attività sanitario-sociale nel territorio attraverso i distretti.

Allora, da un punto di vista quantitativo, noi abbiamo stabilito per gli anziani non autosufficienti che la sanità si fa carico di una quota giornaliera procapite di 30.000 lire, corrispondenti al 50 per cento della retta giornaliera negli istituti di ricovero. Si tratta di una misura che

tenderà a salire, perchè non corrisponde del tutto alla quota sanitaria di cui il sociale si fa carico; tuttavia si tratta sempre di un punto abbastanza elevato che ci consente di rendere meno oneroso, sia per i comuni che per le famiglie, il costo della retta negli istituti di ricovero.

Abbiamo anche utilizzato ampiamente e positivamente il fondo per l'edilizia sanitaria, in particolar modo per l'edilizia extra-ospedaliera, con un finanziamento per realizzare residenze sociali protette per anziani non autosufficienti. Tale programma segue questo indirizzo generale: innanzitutto decentrare le grandi strutture di internamento (vi sono, in Toscana come in altre regioni, strutture che raccolgono centinaia di anziani).

Un primo problema è quello di superare l'isolamento di queste strutture e riportare una quota apprezzabile di anziani nel territorio, in residenze che vengono costruite in maniera decentrata. Questo programma consente di decentrare strutture eccessivamente grandi e di accogliere la domanda di coloro che rischiano di essere soli in casa.

In questo senso abbiamo compiuto notevoli investimenti, dell'ordine di alcune decine di miliardi, per residenze che sono in fase di costruzione. Devo dire però che la domanda è ancora insoddisfatta. Quindi anche noi contiamo molto su una giusta suddivisione (che sia anche motivata) dei trentamila miliardi previsti con la legge finanziaria del 1988 per il programma decennale per l'edilizia sanitaria.

Se il Governo nel suo insieme terrà conto di questa esigenza degli anziani (i famosi 140.000 posti per anziani non autosufficienti) credo che potremmo dare una risposta abbastanza significativa a questa aspettativa.

Non si tratta, infatti, soltanto di creare strutture per accogliere l'anziano, ma anche di assisterlo, se del caso, a domicilio o in altre strutture. E devo dire che, purtroppo, il sanitario in questo campo è latitante quasi dovunque. Infatti, fino a quando si tratta di intervenire dentro le strutture di internamento, sia in termini monetari che di personale, abbiamo raggiunto un buon equilibrio, anche se insufficiente; invece, laddove l'anziano deve essere assistito a domicilio o in strutture semiresidenziali (anche di giorno, in strutture magari più flessibili e meno istituzionalizzate) la sanità è totalmente assente perchè assente in generale dal territorio. Vi sono soltanto le strutture ospedaliere, che sono scarsamente presenti nel territorio.

*CREUSO.* Quanto è stato detto dai colleghi che mi hanno preceduto sostanzialmente si riscontra anche nella regione Veneto. Vorrei però dire che c'è soprattutto un problema istituzionale e cioè che la sanità ha risolto (dopo la riforma sanitaria del 1978, cioè dopo dieci anni) i problemi connessi all'organizzazione.

Per quanto riguarda l'assistenza sociale siamo ancora lontani dall'aver risolto tutti gli aspetti istituzionali, soprattutto perchè compete alle regioni il ruolo della programmazione e della formulazione dei piani, mentre i comuni sono istituzionalmente competenti per quanto riguarda i servizi alla persona. Queste obiettive difficoltà sono accentuate dall'assenza di un referente nazionale: oggi abbiamo parecchi ministeri nostri referenti e sono talmente tanti che qualche volta non si curano dei referenti regionali. Dobbiamo ringraziare il

ministro Jervolino che, da quando ricopre quell'incarico, ci ha consultati su alcuni particolari problemi di sua competenza che tuttavia interessano anche le regioni.

In realtà, ancora oggi non c'è assolutamente conoscenza, a livello di organi dello Stato, che le regioni, da decenni, si sono organizzate in modo che vi siano due referenti: uno sanitario e uno sociale.

Proprio questa mattina è arrivato un telegramma dal Ministero della sanità, che chiede dati sugli anziani, ma è stato indirizzato all'assessore alla sanità. Si tratta di dati che potremmo dare noi, come assessori all'assistenza sociale. Non c'è bisogno di commentare più di tanto questo avvenimento.

Questo è il primo problema, a cui abbiamo cercato di ovviare attraverso la formulazione di piani.

Accanto al piano sanitario regionale la mia regione (ma credo anche altre regioni) ha formulato un piano per i servizi sociali, che è un piano-programma.

Il Veneto ha proposto quest'anno, proprio in questi giorni, l'aggiornamento del piano, la sua seconda edizione (la prima era del 1983) e in questo piano abbiamo trovato anche una soluzione istituzionale, cioè abbiamo cercato di rendere stabile il servizio alla persona attraverso la formulazione delle piante organiche dei servizi sociali - all'interno delle unità sanitarie locali - piante organiche cui corrisponde anche un contratto di lavoro, che è quello degli enti locali, per permettere l'osmosi del personale dai comuni alle USL e viceversa, perchè le competenze restano comunque dei comuni singoli o associati.

Le difficoltà sono quelle che sono state ricordate, cioè difficoltà soprattutto di avere risorse correnti. Tutte le regioni, compresa la mia, dispongono di un fondo per i servizi sociali a livello regionale, nel bilancio regionale, e per la regione Veneto quest'anno il fondo è di 90 miliardi per la spesa corrente. In più ci sono i fondi di cui si parlava per l'assistenza ai non autosufficienti nelle case di riposo e le disponibilità che sono nelle altre leggi e che andiamo ad imputare al bilancio del settore sanitario, applicando il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri dell'8 agosto 1985. Esso è stato da noi utilmente adoperato recuperando un ritardo che c'era nel dare riscontro, come spesa sanitaria, a quelli che sono effettivamente problemi sanitari e non problemi sociali.

Abbiamo 230 case di riposo nel Veneto, dove sono ospitati più di 22.000 anziani; esse sono classificate in quattro categorie (ma la quarta ormai non c'è neanche più) e abbiamo riqualificato in questi anni con fondi propri nostri regionali le strutture, per renderle più accettabili rispetto a 10-15 anni fa.

Fuori degli *standards* strutturali abbiamo oggi solamente l'8 per cento dei posti per anziani in case di riposo, contro il 38 per cento che c'era fino al 1984.

Però queste risorse finanziarie per investimenti sono risorse sempre esclusivamente della regione e non anche di altra fonte (come è stato detto della regione Toscana, per ciò che concerne la sanità).

Abbiamo invece opportunamente autorizzato l'ENPAC, che in gran parte gestisce la formula organizzativa con cui le case di riposo stanno

in piedi, ad operare la cosiddetta riconversione del patrimonio ai fini del miglioramento delle strutture e del servizio alle persone:

Noi diamo un contributo per la quota sanitaria secondo lo *standard* di servizio, cioè il numero di persone che sono al servizio. Questi *standards* ci portano a dare da un minimo di 12.000 ad un massimo di 24.300 lire al giorno, per un totale di circa 100 miliardi di lire all'anno.

Noi abbiamo l'anno scorso anche attivato un mutuo agevolato con il Credito fondiario, per permettere alle IPAB di completare l'adeguamento agli *standards* strutturali delle case di riposo.

Il rapporto tra sanità e sociale non è ottimale, non per il cattivo rapporto tra gli assessori (quasi sempre non è questo il motivo, anzi), ma a causa di una difficoltà obiettiva di avere, da parte nostra, un referente e avere una risorsa finanziaria certa. Noi ogni anno dobbiamo - almeno per quanto mi riguarda - lottare all'interno della regione e della giunta regionale per avere quote e risorse aggiuntive per l'anno successivo, che sono sempre e comunque risorse proprie della regione, anche perchè quelle che ci vengono in via obbligatoria, per esempio quelle sugli asili-nido, sono sempre e comunque molto inferiori rispetto al nostro fabbisogno.

Pertanto, in assenza di un referente nazionale, la mancanza di un fondo certo per l'anno successivo porta ad avere un servizio, soprattutto per quanto riguarda il problema degli anziani, sempre e comunque non certo, se non per quanto riguarda i servizi minimali che, come vi dicevo prima, corrispondono alle piante organiche che abbiamo istituito.

**PRESIDENTE.** Vorrei sapere dai nostri ospiti: sulla base della vostra esperienza, c'è una distinzione tra anziano non autosufficiente e cronico non autosufficiente? E, se questa distinzione c'è, come emerge nei provvedimenti di aiuto, di sostegno che voi realizzate?

**FAPPANI.** Credo che il problema più importante, almeno dal nostro punto di vista, sia il chiarimento sull'intervento per la non autosufficienza dal punto di vista sanitario, per quanto riguarda cioè l'immediato intervento delle strutture sanitarie.

Intendo dire che credo vi sia un problema enorme ancora irrisolto in questo paese, un problema molto grave di cui sentiamo poi i riflessi nel settore sociale, senza essere in grado di dare risposte adeguate, cioè il problema della mancanza pressochè spaventosa di riabilitazione in termini adeguati.

Se guardo alla Lombardia, rispetto al Sud credo che siamo in una situazione felice, ma in realtà essa è assolutamente tragica anche per noi.

Noi non abbiamo strutture ospedaliere o sanitarie che compiano il loro dovere di immediato intervento di riabilitazione nella fase acuta e in quella *post-acuta*: questo è il problema dei problemi; è un grave problema di cui credo siano coscienti i senatori, i deputati e il Governo, ma i vari piani sanitari regionali non sono ancora riusciti, secondo me, ad affrontarlo.

La risposta alla sua domanda, signor Presidente, rappresenta secondo me la soluzione di questo problema, perchè alla fine, quando

l'intervento sanitario nella fase acuta e *post-acuta*, che si esplica in strutture ospedaliere o comunque sanitarie, ha compiuto il suo dovere fino in fondo e la non autosufficienza permane, non vi è dubbio che non vi è più distinzione fra la cronicità e la non autosufficienza, perchè in quel momento la non autosufficienza è destinata a diventare cronicità.

Però attenzione: fino adesso in questo paese ci si è limitati a prendere atto della cronicità, ma non si è fatta a sufficienza la terza fase della riabilitazione - almeno così la intendiamo noi - la riabilitazione di mantenimento.

Noi abbiamo programmato, nel nostro piano socio-assistenziale lombardo (e viene oggi affermato nella bozza di piano sanitario regionale che è all'esame della giunta), almeno 18.000 posti-letto, sui 42.000 esistenti in Lombardia su 484 case di riposo, in cui venga comunque offerta una prestazione sanitaria con terapia di mantenimento. Questo perchè siamo coscienti che, una volta affrontati dalla sanità i suoi compiti, vi sarà sempre una non autosufficienza destinata alla cronicità, rispetto alla quale dovremo fare tutto il possibile nelle strutture socio-sanitarie integrate, ma anche nell'ambito domiciliare; e aggiungo, guai se dovessimo affrontare il problema solo nelle strutture perchè credo che i 18.000 posti-letto non basterebbero neanche per respirare: per fortuna ci sono ancora le famiglie e una serie di istituzioni che possono assistere a domicilio.

Vorrei ribadire ancora che il problema, secondo me, è che noi, nelle regioni che sono riuscite a programmare, avremmo la capacità di mettere in atto programmi seri, ma mancano le risorse.

Sul mio tavolo di assessore entro quattro mesi arriveranno domande per più di mille miliardi di investimenti a favore degli anziani; la regione Lombardia è riuscita a trovare nei suoi bilanci 50 miliardi, cosa farà?

*BENIGNI.* Credo non sia molto utile parlare di cronicità perchè è una definizione abbastanza corposa, ma che alla fin fine non aiuta a dare una risposta ai problemi delle persone che sono in condizione di non auto-sufficienza; la cronicità non è una condizione permanente, può variare. Un esempio, ci sono probabilmente ancora reparti per cronici che sono tali perchè manca un processo riabilitativo, prima e dopo. La cronicità non è uno stato fisico, una situazione immutabile, ma è il risultato ed è un punto su cui si può lavorare per trovare processi di recupero e di riabilitazione. Quindi, non si parla più di cronicità e reparti per cronici, ma di strutture e servizi per la non autosufficienza che, ovviamente, include la cronicità ma sempre in termini dinamici. Nel concetto di cronicità è implicita una visione di conclusione definitiva che non mi pare utile al fine di un programma di recupero e riabilitazione.

Se vogliamo contrastare la cronicità bisogna parlare di riabilitazione, che nel nostro paese riscontra un vuoto abbastanza preoccupante perchè la riforma sanitaria, se è riuscita a far funzionare alcune strutture relative alla cura, certamente non ha dato corpo nè alla prevenzione nè alla riabilitazione: due aspetti di rinnovamento della legge n. 833 che non hanno trovato uno spessore a cominciare dai progetti nazionali, ma soprattutto dal modo in cui sono destinate le



risorse. Esistono delle risorse destinate alla riabilitazione, ma sono esigue e non consentono di costruire servizi permanenti nel territorio. Siamo di fronte a una carenza strutturale della riabilitazione che produce, ovviamente, cronicità nel senso che essa è un risultato e non un destino.

Riguardo una possibile politica per la riabilitazione mi preoccupa enormemente un punto della legge n. 595, ove si stabilisce che un posto-letto per mille abitanti sia destinato alla riabilitazione. In Toscana, che ha tre milioni e mezzo di abitanti, dovremo tirar fuori 3.600 posti letto per non autosufficienti da riabilitare. Questo costituirebbe una soluzione ospedaliera, il che sarebbe assurdo perchè l'ospedale deve servire per curare intensivamente, creare le condizioni per recuperare interamente la salute; solo quando la fase intensiva non è sufficiente comincia la riabilitazione che, però, si deve fare nei *day hospitals*, a domicilio, nelle strutture intermedie. Per la non autosufficienza non c'è bisogno necessariamente di un posto ospedaliero fisso e permanente; da noi si dice «il letto alletta» e una visione ospedaliera della non autosufficienza e della riabilitazione è il contrario di quel che serve.

Il problema è quello della non autosufficienza, su cui bisogna lavorare come condizione dinamica; non si può parlare alla stessa maniera di cronicità e di non autosufficienza.

Costruire strutture per non autosufficienti vuol dire che appena un anziano ha difficoltà nella locomozione o nella comunicazione viene esiliato in quelle strutture. Invece, è il servizio che deve andare verso la persona. Temo che, in nome di una concezione amministrativa dell'assistenza e della riabilitazione, si deportino gli anziani verso i servizi e non il contrario. Quando esistono condizioni di non autosufficienza il servizio deve organizzarsi in modo che - o a domicilio, o in centri diurni, o in centri assistiti e protetti con l'integrazione di altre persone, possibilmente la famiglia - si possa ridurre l'isolamento dell'anziano; i servizi dovrebbero integrarsi rispetto alle persone e alla loro condizione. Mi rendo conto che questo discorso può apparire utopico, ma stiamo mettendo in campo dei modelli organizzativi che hanno bisogno della massima integrazione tra sanità e sociale e della massima flessibilità in questo rapporto.

Parlare di cronicità può essere difficile; invece bisogna parlare di persone che hanno gravi difficoltà personali di autonomia e di capacità di integrazione e bisogna organizzare i servizi sociali e di riabilitazione per consentire il mantenimento e, laddove è possibile, il recupero del massimo di autonomia e di integrazione sociale. Questa è una visione per la quale vale la pena lavorare perchè mi pare altamente civile.

Quando si esce da una struttura isolata e si riaprono i rapporti, migliora la qualità della sanità. Ho l'esperienza di ospedali psichiatrici in cui esistevano strutture di cronicità, dove l'intervento dinamico dei servizi ha riportato a camminare persone allettate e ha portato delle persone a usare i propri mezzi, dal vestirsi al mangiare, recuperando funzioni che avevano perduto solo perchè confinati in un reparto di cronicità; in questo modo si sono cominciati a ricostruire dei rapporti, difficili ma di nuova qualità.

Anche il modo in cui si organizza un servizio determina il livello di internamento, di isolamento e di passività che si identifica con la

cronicità. La persona vive in una dimensione senza spazio e senza tempo, in una realtà artificiale che non è quella della vita.

*CREUSO.* Vorrei evidenziare qual è l'operazione che è in atto, in relazione al problema dei cronici e dei lungodegenti. Vorrei dirlo con la stessa serenità con la quale l'ho detto nel mio consiglio regionale, oggi è possibile o comunque può essere resa possibile questa «sanitarizzazione» di cui parlavano i miei colleghi perchè noi rimborsiamo ai non autosufficienti soltanto delle quote e non paghiamo l'intera retta delle strutture residenziali, mentre l'ospedale è gratuito. Per questo motivo la soluzione delle lungodegenze o dei cronicari viene accettata dalla società o da coloro che ne hanno bisogno, in modo strumentale rispetto al problema principale che grava sulle famiglie, che è quello delle rette. È questo l'unico motivo per il quale si continua ad andare avanti su questa strada, senza motivi scientifici o organizzativi reali. Pertanto, la richiesta che come assessori regionali facciamo è che si dia la possibilità ai non autosufficienti di vedersi pagata interamente la retta per il ricovero nelle strutture riabilitative del sociale, evitando nel contempo di sanitarizzare tutto il problema degli anziani con spese che, solo per la mia regione, sono quantificabili in 1.500 miliardi in più all'anno (a livello nazionale saranno 15.000 miliardi in più). È inutile parlare di rientro dal *deficit* pubblico quando poi si fanno queste operazioni. Noi stiamo realmente mistificando tutto il problema degli anziani, quasi fosse un problema di lungodegenza o di geriatria. Questo non è vero! Si può invecchiare senza mai andare all'ospedale: basta avere dei servizi funzionanti, e questi si possono avere con spese infinitamente inferiori rispetto a quelle attuali.

Questa è la giustizia che noi chiediamo per gli anziani, per quelli che vengono allettati dal fatto che non devono pagare nulla andando in ospedale, mentre invece devono pagare se si rivolgono alle strutture del sociale. Su questo assistiamo ad una serie di operazioni che sono a dir poco squalificanti per la classe politica italiana.

*FAPPANI.* Signor Presidente, vorrei aggiungere una cosa. Anche sotto questo aspetto abbiamo un'Italia a «macchia di leopardo»: certamente la Lombardia non è la Calabria, per cui abbiamo in Lombardia un posto-letto ogni 37 anziani, mentre la Calabria ha un posto-letto ogni 300 anziani. Quindi, mentre lì vi è la disperazione della ricerca del posto, noi abbiamo il problema della qualificazione del posto-letto. Il rischio che abbiamo nell'utilizzare le somme a disposizione è che, di fronte alla carenza dei posti-letto, si vada ancora a sanitarizzare il problema. È un rischio soprattutto rispetto al destino degli anziani.

Ho avuto su questo un dibattito accanito con dei geriatri - che rispetto profondamente - e credo che ognuno di noi si rifiuta di pensare per il proprio futuro che oltre i 65 anni saremo affidati ai geriatri: saremo cioè degli anziani affidati ai geriatri se saremo veramente ammalati, ma altrimenti io credo che non dovremmo essere affidati ad alcun medico. Il vero problema è nel socio-sanitario integrato, dove il sanitario dovrebbe svolgere la sua funzione come non ha fatto finora, con impiego di minori risorse finanziarie. Rispetto alla sanitarizzazione,

ci sono poi anche delle strutture atipiche. Gli ospedali per loro natura non possono rappresentare che un posto-letto, perchè sono sistemazioni temporanee. Credo che su questo punto realmente questa Commissione acquisirebbe un grande merito se facesse chiarezza culturale e politica, in quanto eviterebbe errori enormi dal punto di vista dell'impiego del denaro sempre prezioso dello Stato, ma soprattutto eviterebbe agli anziani, anche ammesso che si trovasse il denaro, un futuro molto triste.

PRESIDENTE. Forse su questo punto ci potremmo soffermare un po' più a lungo perchè rappresenta uno degli aspetti essenziali della nostra inchiesta.

RANALLI. Signor Presidente, vorrei dire che sarebbe utile se gli assessori cominciassero a dire alla Commissione - l'assessore Creuso mi sembra che lo abbia già fatto - qual è il costo, a loro giudizio, dei diversi tipi di assistenza prospettati. È questo il punto chiave che costituisce il vero passaggio verso un'impostazione culturale e sociale diversa.

CONDORELLI. Per motivi di chiarezza, in quanto non afferro bene il concetto, vorrei sapere cosa vuol dire assistenza pubblica non sanitaria dell'anziano, perchè altrimenti il tutto rimane nel vago. Siccome sono medico, capisco cosa si vuol dire quando si parla di ospedale, di casa protetta e di tutto il resto, però, se non diamo la definizione di cosa sia appunto l'assistenza pubblica non sanitaria, rischiamo di rimanere nell'indeciso, di non capire se si deve spendere di più o di meno, di non cogliere di cosa si stia concretamente parlando. Questo mi sembra un punto essenziale.

Vorrei poi fare un'altra domanda, cioè chiedere come si pensa di gestire questo passaggio, giusto e dinamico, dell'anziano dalla fase in cui si stabilisce che deve andare in un reparto per non autosufficienti a quella in cui poi si decide che deve essere dimesso, che deve andare in una casa protetta oppure a domicilio. Occorre un coordinamento di tutto questo che - secondo me - deve essere sanitario e non può essere altrimenti. Questo processo non può essere gestito che da un medico, anche se molti problemi degli anziani non sono certo solo di carattere sanitario.

TEDESCO TATÒ. Signor Presidente, probabilmente la questione che voglio porre è integrativa rispetto alle domande già fatte. È stato fatto opportunamente riferimento al decreto del Presidente del Consiglio dell'agosto 1985 relativo alla distinzione tra intervento sociale e sanitario. Vorrei chiedere agli assessori se, in base alla loro esperienza, l'impostazione di quel decreto è corretta e aiuta effettivamente a risolvere i problemi degli anziani. Non anticipo una risposta che avrei pronta perchè mi interessa sentire il parere dei nostri ospiti.

CREUSO. Per rispondere alla domanda del senatore Condorelli dovremmo innanzitutto dirvi come è organizzato tutto il servizio, che da regione a regione è impostato in modo differente. L'Italia è, come sempre, lunga e stretta e quindi è organizzato in maniera differente

anche rispetto alla longitudine per i noti problemi (lo dico senza dare assolutamente la colpa a qualcuno). Occorrerebbe cioè sapere come è organizzata l'assistenza agli anziani, come le regioni si sono organizzate in assenza di una legge-quadro nazionale sui servizi sociali e di una legislazione nel settore degli anziani, se non per quanto riguarda il problema sanitario, anche perchè sono passati alcuni anni da quando le regioni hanno cominciato ad operare.

Io potrei accennare la situazione della mia regione, ma questo richiederebbe un po' di tempo. Se la Commissione vuole, nel giro di un mese posso far pervenire un riassunto di poche pagine descrivendo appunto quella che è l'attività della regione di cui sono amministratore.

**PRESIDENTE.** Questo sarebbe senz'altro positivo, anche da parte degli altri assessori.

**CREUSO.** Si dovrebbe infatti dire come nella struttura residenziale è prevista la presenza di un medico, la presenza di terapisti della riabilitazione, la presenza di infermieri professionali, degli addetti all'assistenza e degli educatori-animatori per gli anziani, come il tutto sia previsto, nell'ambito delle piante organiche e degli *standards* in base a cui diamo i contributi. Si dovrebbe anche dire come esista una banca dati degli anziani che chiedono il servizio, sia domiciliare che residenziale, e come questa banca dati ci fornisca anche in tempi reali la lista d'attesa e l'indicazione di che tipo di lista d'attesa sia rispetto alle strutture residenziali, di che tipo di non autosufficienza si tratta (se morbo di Alzheimer, incontinenza, eccetera), a che età si manifesti, come viene organizzato il servizio, in che zona, e così via. Allo stesso modo, posso anche dire che con legge regionale abbiamo imposto la convenzione tra le strutture residenziali e le unità sanitarie locali, per riabilitazione, e che la non autosufficienza deve essere costantemente seguita da un'*équipes* medica che è quella dell'unità sanitaria locale.

Circa il grado di autosufficienza, noi l'abbiamo suddivisa in tre fasce: non autosufficienza, parziale autosufficienza e autosufficienza, con un punteggio che varia da 30 a 0, stabilito dalla commissione medica.

Ecco, questo è il modo in cui si è organizzato il servizio per coloro che sono bisognosi di assistenza nelle strutture residenziali. Tuttavia devo dire che, almeno nella mia regione, la politica per gli anziani non si effettua soltanto con le strutture, ma soprattutto attraverso il servizio domiciliare, che viene promosso anche con finanziamenti regionali e che si attua con l'estensione in tutto il territorio regionale del sistema di telesoccorso domiciliare attraverso le macchinette che, ventiquattr'ore su ventiquattro, danno risposte ai centri d'ascolto. Mediante questo servizio si effettua una opera di prevenzione rispetto all'ospedalizzazione e al ricovero nelle strutture. Inoltre dobbiamo sottolineare che la stessa organizzazione delle strutture si sviluppa indipendentemente dalla legislazione nazionale e dal riferimento a risorse certe e stabilite in base alle esigenze delle singole regioni. È questa la risposta che voglio dare al senatore Condorelli: non siete obbligati a conoscere il modo in cui si sono organizzate tutte le regioni, noi possiamo fornirvi questi dati. Dire «cronico» a Milano è diverso che dire «cronico» a Venezia, così

come la «non autosufficienza» nel Veneto non è la «non autosufficienza» di Roma. È quindi opportuno che da parte nostra si forniscano questi dati, innanzitutto per chiarirci.

In risposta al quesito posto dalla senatrice Tedesco Tatò, devo dire che nella mia regione la valutazione del decreto è estremamente positiva. Ad esempio, per tradizione si era sempre evitato di accollare certe spese sul bilancio sanitario, mentre tali spese poi sono state riconosciute sanitarie da quel decreto del Presidente del Consiglio. Per mezzo di quella interpretazione si è allargata la possibilità di fornire determinati servizi sociali e sanitari.

*BENIGNI.* Vorrei dire al senatore Ranalli che i costi di una degenza ospedaliera per un anziano si aggirano intorno alle 200.000 lire al giorno.

*FAPPANI.* In Lombardia la spesa è di circa 300.000 lire.

*BENIGNI.* Si tratta, come dicono alcuni, di ricoveri impropri. Comunque siamo intorno alle 200 mila lire al giorno. In una residenza protetta, cioè sociale, il costo, sia che si tratti di una struttura grande, sia che si tratti di una struttura piccola, oscilla dalle 50 alle 60 mila lire al giorno; cioè talvolta anche meno di un terzo. È difficile stabilire i costi del servizio domiciliare (anche perchè non ce ne sono, in pratica), ma indubbiamente essi si ridurrebbero anche al di sotto delle 60 mila lire al giorno.

*ZANELLA.* Qual è il maggiore costo annuo?

*CREUSO.* Nella mia regione vi è un istituto che è l'unica struttura per gli anziani non autosufficienti inserita, a seguito della riforma, nel settore sociale e non in quello sanitario. In quell'istituto c'è una divisione medica ed oltre ad una altissima retta si devono pagare 40 mila lire al giorno; tanto è vero che abbiamo dovuto riconoscere una quota superiore di spesa per i non autosufficienti.

*BENIGNI.* Per quanto riguarda la domanda che ci è stata rivolta «Cos'è l'assistenza pubblica non sanitaria agli anziani?», ha ragione l'assessore Creuso, occorre guardare effettivamente ai servizi e alla loro dinamica. Purtroppo siamo di fronte a due ordinamenti, quello sanitario e quello sociale, che sono nettamente separati e a volte anche contrapposti. In effetti abbiamo bisogno di ordinamenti con una propria autonomia, ma anche con una capacità di integrarsi reciprocamente. È chiaro, ad esempio, che il consultorio è affidato alla gestione delle unità sanitarie locali e viene finanziato mediante il fondo sanitario; ma il consultorio ha pure bisogno di offrire i servizi sociali. Quindi, perchè un consultorio familiare funzioni positivamente è necessario che sia gestito dalla sanità, ma che possa operare anche in funzione di servizio sociale. Lo stesso potrei dire per un ospedale: un reparto di pediatria non è solo un reparto medico, poichè il bambino deve poter recuperare anche sul versante dei rapporti sociali e quindi si pone l'esigenza di operatori sociali, di personale che viene dal servizio sociale. Viceversa – sia pure

non in maniera speculare - una struttura sociale come una residenza protetta o un centro diurno viene gestito dal settore sociale, ma in quella struttura deve poter operare anche del personale sanitario. E allora, chi gestisce queste strutture?

Il fatto è che il cittadino non deve soffrire perchè abbiamo predeterminato le strutture, il cittadino deve poter vivere, circolare, deve poter avere assistenza in rapporto ai suoi bisogni e quando esce dall'ospedale sono i servizi sociali a doversi far carico dei suoi bisogni. In altri termini lo *status* della persona cambia a seconda del presidio in cui si trova; quando è in ospedale la competenza appartiene al settore sanitario, quando si trova a domicilio la competenza è del settore sociale: sono i servizi a doversi integrare.

Per quanto riguarda la domanda in ordine al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, devo dire che quel testo non ha apportato grandi vantaggi, almeno nella mia esperienza. Infatti avevamo già consolidato una prassi di utilizzo delle risorse che fanno carico sul fondo sanitario, sia sulle spese di gestione, sia sulla parte di conto capitale. Il decreto è insufficiente sul piano della definizione delle risorse che vengono spostate da un settore all'altro. Tutta l'assistenza domiciliare non è ricompresa.

E invece l'assistenza agli anziani non autosufficienti comincia da lì, perchè se non c'è l'assistenza a domicilio o in strutture intermedie e se non vi sono servizi sanitari che danno un appoggio, quella persona viene inevitabilmente allontanata dalla famiglia e dal suo territorio per andare a finire in ospedale.

Quindi, se il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri non riesce a consolidare i servizi integrati nel territorio, a domicilio o comunque in strutture prossime alla famiglia, per evitare la fossilizzazione o l'estraneità, si va ad incentivare la spedalizzazione. Questa è una distorsione che, a mio avviso, va corretta in quella visione di integrazione, ma anche di incentivo ai servizi territoriali, in cui c'è una economia di spesa ma soprattutto un vantaggio, un valore morale e sociale per la persona che continua a vivere nel suo territorio.

**PRESIDENTE.** Abbiamo compreso che il costo del posto-letto, negli istituti convenzionati, si aggira intorno alle 60.000 lire giornaliere. Potreste farci conoscere, per le vostre regioni, l'istituto che riceve maggiori sovvenzioni, quello che ne riceve meno e la loro denominazione?

**FAPPANI.** Signor Presidente, vorrei invitare lei e gli onorevoli senatori a vedere gli istituti più brutti, perchè non abbiamo niente da nascondere. Ve ne sono anche di belli, ma vorrei che vedeste quelli più brutti. Non vorrei cadere nel patetico, ma il Governo centrale ed il Parlamento credo non si siano resi conto degli sforzi che stiamo compiendo a livello regionale, delle risorse esistenti e, soprattutto, non si sta comprendendo la radice del problema.

Se verrete a farci visita in Lombardia, potrete vedere nelle nostre case di riposo o strutture protette malati di tumore, malati psichiatrici. Ogni tanto la stampa si scandalizza (e io mi scandalizzo che questo avvenga). Infatti, dove volete che vadano a finire, se la legge n. 180 è

quello che è, se gli ospedali rifiutano i malati di tumore allo stadio terminale? Vanno a finire in queste strutture.

Allora, rispondendo alla sua domanda, l'istituto per cui spendiamo di più è il Pio Albergo Trivulzio di Milano, che ha mille posti-letto e una grande storia, ma anche grandi difficoltà a rendersi a misura d'uomo, nonostante gli sforzi, perchè mille posti-letto significano una struttura difficilmente vivibile.

Per quanto riguarda gli istituti per cui si spende di meno, c'è solo l'imbarazzo della scelta. Ci sono degli istituti cui non diamo una lira e potremmo fornirvene anche i nomi.

Noi abbiamo accettato volentieri il vostro invito e, prima che veniate a visitare questi istituti, vorrei che la Commissione si rendesse conto dello stato della situazione.

Mi riserverei di farvi avere una memoria nella quale sintetizzare il nostro pensiero rispetto a carenze legislative e di ordinamento.

*BENIGNI.* Credo anche io che sia giusto avere un quadro complessivo delle risposte che vengono date in ogni realtà. Ci sono certamente quelle più valide e quelle meno valide, quelle più integrate e quelle meno integrate; c'è una tipologia molto varia, sia per denominazione istituzionale, sia per consistenza di servizi: è difficile dire quale sia la risposta migliore.

Nella regione Toscana abbiamo una tipologia molto varia, con delle grandi strutture che stiamo cercando di decentrare ed abbiamo anche istituti di piccole dimensioni; ebbene, io sono convinto che quando l'anziano non può stare in famiglia, perchè questa non è in grado di assisterlo, vale veramente il principio che «il piccolo è bello», forse è anche economico, ma sicuramente sul piano sociale è umano e morale.

Il nostro sforzo è quello di decentrare le strutture più grandi. L'istituto più grande, in Toscana, dove vanno anche le maggiori quantità di risorse, è il Campansi di Siena, con un numero altissimo di anziani non autosufficienti, per i quali noi paghiamo la retta. Bisogna però dire che non paga direttamente la regione, bensì la USL: noi trasferiamo le risorse alle USL e poi la gestione di questa attività spetta a loro stesse. Noi ci occupiamo del coordinamento e della documentazione, per cui possiamo dire che la struttura che assorbe più fondi è il Campansi di Siena.

Vi sono poi moltissime strutture piccole; vi è anche il caso di gruppi di appartamenti, per cui c'è l'imbarazzo della scelta, dal momento che vi sono strutture con 4, 5, 6, 8 o 15 anziani.

*CREUSO.* Ho già fatto allusione prima all'istituto SS. Giovanni e Paolo, diversamente detto IRE di Venezia: è il più grosso istituto, ed anche il più chiacchierato della nostra regione e mi fa rispondere mediamente ad una interrogazione ogni seduta consiliare.

Anche noi vi invitiamo ad avere la bontà di farci questa visita conoscitiva e di avvisarci.

*MORO.* La faremo a sorpresa.

*CREUSO.* Avvisate solo noi assessori nel momento in cui arriverete.

Un'altra struttura importante è Ca' dei Fiori a Casale sul Sile. Se i finanziamenti per i 140.000 posti previsti dalla legge finanziaria fossero dati da gestire al sociale, il modello sarebbe quello di Ca' dei Fiori in Casale sul Sile, cioè 60 posti-letto, una struttura in cui sia presente l'autosufficiente e il non autosufficiente, con una integrazione con il territorio e la USL, modello cui facciamo riferimento anche quando autorizziamo le strutture con la nostra commissione regionale.

*FAPPANI.* Per esempio, Carate Brianza è una struttura di 89/90 posti-letto. Secondo noi il modello dovrebbe al massimo raggiungere il numero di 120 posti.

*BENIGNI.* Potrei indicare come modello Pieve S. Stefano e Anghiari.

*ZANELLA.* Credo di interpretare il pensiero del Presidente chiedendo quale sia l'entità del contributo.

*FAPPANI.* Noi diamo 20.000 lire ad alcune strutture che fanno anche della sanità; per il sanitario siamo a 20.000 come quota massima e a 7.500 lire come quota minima. Dovremo però passare ad un massimo di 30.000 lire al giorno per non autosufficienti, come contributo sanitario; per avere il totale basta fare il prodotto per il numero dei posti-letto.

*ZANELLA.* Volevo sapere se vi limitavate solo a dare la quota pro-capite o se vi sono altre forme di finanziamento.

Finanziamento, per voi, significa solo pagamento delle quote di degenza?

*BENIGNI.* Intervendiamo sulle quote pro-capite laddove sussiste un certo standard di servizio.

*ZANELLA.* Quello che vogliamo è essere messi nella condizione di sapere qual è la struttura più finanziata e a fronte di quanti posti-letto e di quali servizi riceve quel che riceve, comprensivo di pagamento della retta e altri servizi che possono essere erogati.

*PRESIDENTE.* Sarei grato ai nostri ospiti se queste notizie potessero giungerci nell'arco di poco tempo.

*BENIGNI.* Questi sono dati che avrei potuto avere se avessi avuto una richiesta preventivamente.

*PRESIDENTE.* Certamente, per carità: è chiaro che non poteva portare con sé tutto.

*SIGNORELLI.* Stiamo andando verso alcune chiarezze, anche se avevamo il sospetto che le cose stessero un po' dappertutto in questa maniera.



Io chiedo ai signori assessori una cosa: quando si parla di strutture povere e di strutture meno povere, voi utilizzate uno *standard* di servizi per ciascuna di esse oppure pagate meno una struttura povera, nel senso che questa non assicura determinati servizi di *équipe*?

Intanto colgo l'occasione di ringraziarvi perchè avete dato almeno una specificazione a quello che si intende per «essere anziano» sia nella parte sociale sia nella parte sanitaria sia, molto spesso, nella parte mista delle due componenti.

Comunque ribadisco la domanda: quando voi pagate meno una struttura, la pagate meno perchè sono straordinariamente abili a spendere poco, oppure perchè vi contentate dei suoi servizi, oppure ancora perchè avete obbligato a dare una certa tipologia di servizi standardizzati tutti gli istituti che voi controllate?

*FAPPANI.* La mia risposta schematica è la seguente.

Noi abbiamo un piano che prevede tre tipi di *standards*: 1) *standards* minimi per funzionare (e prevediamo che tutte le strutture nel giro di tre anni debbano essere autorizzate per poter funzionare); 2) *standards* di convenzione; 3) *standards* programmatori.

A seconda di quali sono gli *standards* posseduti diamo dei contributi.

L'ideale quindi è di raggiungere lo *standard* programmatore per tutti quelli che ricevono già il massimo del contributo (come dicevo, 20.000-30.000 lire al giorno, mentre chi è al minimo è a 7.500 Lire al giorno, chi sta nel mezzo è a circa 12.000).

*SIGNORELLI.* Si tratta soltanto di strutture convenzionate?

*FAPPANI.* No: oggi il contributo lo ricevono tutte; passeremo l'anno prossimo al convenzionamento generalizzato e allora convenzioneremo le strutture a seconda dei requisiti posseduti.

Vorrei chiarire (essendo schematico, non avevo risposto ad una domanda) che noi riteniamo che il sanitario e il socio-assistenziale siano identificabili attraverso le prestazioni che vengono date e riteniamo che il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri in proposito abbia avuto il grande merito di avere introdotto anche le attività sociali a rilievo sanitario, cosicchè nelle strutture è possibile fare una distinzione precisa delle varie figure professionali a rilievo sanitario e non.

Con questo diventa abbastanza facile fare gli *standards* e abbastanza facile quantificare la spesa. Su questo dovrebbe essere meno preoccupato il Ministro del tesoro, e il Governo dovrebbe essere abbastanza tranquillo.

Voglio dire, in fin dei conti, che se il Ministero della sanità o degli affari sociali riuscissero a fare proporre il progetto-obiettivo «anziani», identificando le funzioni e chiarendo quali sono a carico del fondo sanitario e quali sono a carico del fondo sociale, non ci sarebbe più la preoccupazione dei partiti e dei governanti di caricare tutto su una spesa incontenibile nel sanitario.

Questo è lo sforzo che noi chiediamo al Governo.

*PRESIDENTE.* Assessore Fappani, mi scusi, vorrei un chiarimento.

Lei ha detto che non ci sono le convenzioni, cioè che adesso date il contributo a tutti, ma state per fare le convenzioni: cosa significa l'espressione «a tutti»?

*FAPPANI.* Significa a tutti coloro che posseggono dei requisiti precisati in documenti verificati dalle unità sanitarie locali. Non abbiamo però il sistema delle convenzioni, perchè tale sistema presuppone un passo in avanti, presuppone *standards* che garantiscano una miglior qualità del servizio.

*PRESIDENTE.* Ma di fatto su tutte queste istituzioni il controllo la regione come lo esercita? La domanda non è soltanto per lei, assessore Fappani, ma è anche per gli altri suoi due colleghi: la regione esercita il controllo attraverso sue iniziative? Lo esercita attraverso le USL? Che tipo di controlli voi fate su queste strutture?

*FAPPANI.* La vigilanza della nostra regione era, fino a poco tempo fa, solo centralizzata; poi l'abbiamo trasferita alle 80 unità socio-sanitarie della Lombardia, ma adesso (ne stiamo discutendo di questi tempi) probabilmente la riporteremo alla provincia. Questo che lei ha posto è un problema enorme.

*PRESIDENTE.* Cioè l'esperienza di dare alle USL questa responsabilità non è stata particolarmente felice, se ho capito bene.

Lei, assessore Benigni, cosa ci può dire su questa questione?

*BENIGNI.* Intanto tutte le strutture toscane di assistenza ai non autosufficienti devono avere degli *standards* e quelle che non li hanno non sono abilitate a funzionare.

*PRESIDENTE.* Quindi voi avete le convenzioni.

*BENIGNI.* Abbiamo convenzioni e impegnative sulla base di convenzioni.

Dicevo che le strutture fuori degli *standards* non dovrebbero funzionare; diamo un certo tempo per consentire a chi è in difformità dagli *standards* stessi di potersi organizzare in modo da poter avere tutta la struttura funzionante in maniera uniforme.

Per quanto riguarda la Toscana, gli *standards* sono fondamentalmente due e riguardano il numero dei posti-letto e il rapporto di assistenza diretta agli ospiti della struttura. Chi non ha queste caratteristiche deve chiedere o rinnovare l'autorizzazione e quindi mettere la propria organizzazione e le proprie strutture in condizione di rispettare questi *standards*.

Per quanto riguarda il controllo, questo lo abbiamo affidato alle unità sanitarie locali.

*PRESIDENTE.* Da quanto tempo?

*BENIGNI.* Da sempre.

PRESIDENTE. E voi siete soddisfatti?

FAPPANI. Essere soddisfatti delle USL è un'impresa!

BENIGNI. Riteniamo che per ora non troveremmo altro, a livello istituzionale, per poter fare meglio.

CREUSO. Da noi qualsiasi struttura residenziale per anziani per aprire i battenti, anche se è privata e non chiede alcuna convenzione con chicchessia, deve avere l'autorizzazione al funzionamento da parte della Giunta regionale, che viene data in base a un'indagine fatta dalla unità sanitaria locale e dal comune nel quale va ad insistere la struttura.

L'autorizzazione al funzionamento è il presupposto per avere poi anche la convenzione, al fine di ricevere le quote di non autosufficienza, che sono date in base agli *standards* previsti, *standards* di servizio e strutturali («strutturali» vuol dire se le strutture hanno camere ad uno, a due, a quattro o a sei letti; se sono strutture che hanno determinati servizi integrativi; se sono strutture che hanno personale in base al rapporto uno a due, uno a tre e così via, nonchè in base agli infermieri, agli addetti all'assistenza, agli educatori, agli animatori in organico).

La classificazione per quanto riguarda i contributi di non autosufficienza è in quattro fasce, però siamo arrivati ormai, nel giro di qualche anno, ad utilizzare solamente le fasce A e B, che sono quelle più qualificate, essendo stata perseguita una riqualificazione dei posti e non l'ampliamento del numero dei posti nelle strutture.

Noi abbiamo la vigilanza obbligatoriamente fatta dalle unità locali socio-sanitarie e l'alta vigilanza da parte della regione. C'è però un problema particolare che è quello della insufficienza del controllo attuale rispetto all'obbligatorietà, che abbiamo previsto nella legge dell'86, della terza fase, che è quella della convenzione obbligatoria con le USL per i servizi specialistici all'interno delle strutture residenziali. Ciò è stato fatto non in tutte le USL, ma in metà del Veneto; ma questo è un problema evidentemente derivante dal fatto che noi non abbiamo previsto un congruo periodo per la realizzazione di tale servizio.

Avevamo imposto l'obbligatorietà subito e probabilmente abbiamo sbagliato a non prevedere un certo numero di anni per arrivare allo scopo. Portare la specialistica all'interno delle case di riposo non era facile e abbiamo sbagliato a chiederla subito.

PRESIDENTE. Ma la specialistica significa anche strutture e non solo un medico.

CREUSO. Sì.

PRESIDENTE. Questa duplicazione rispetto ad analoghe strutture esistenti negli ospedali trova giustificazione dal punto di vista finanziario?

CREUSO. Abbiamo cercato di portare la specialistica di base all'interno delle strutture per non autosufficienti per evitare i trasferi-

menti negli ospedali. Per esempio l'oculistica e alcune fasi della riabilitazione vengono prestate all'interno delle strutture per non autosufficienti, attraverso il personale delle unità sanitarie locali. Questo servizio non è, quindi, a carico dell'utente.

FERRAGUTI. Questa, però, è un'anomalia veneta rispetto alle altre regioni.

FAPPANI. Noi non siamo d'accordo. Noi abbiamo questo sistema in qualche grossa struttura, però lo scoraggiamo.

CREUSO. Abbiamo questa anomalia e in più abbiamo quella delle piante organiche nel sociale. La mia opinione è che, arrivati al livello in cui siamo nella nostra regione, ritengo sia indispensabile introdurre la specialistica: è il futuro della struttura residenziale.

FERRAGUTI. Sono interessata a conoscere due cose dagli assessori. Ho visto che tutte le regioni hanno lavorato in questi anni sulle autorizzazioni al funzionamento delle strutture, che è una cosa prevista nella legislazione sulla sanità. In una futura legge di riordino dell'assistenza, secondo voi, questo limite deve essere contemplato? Ricordo che si tratta di una cosa diversa rispetto alle convenzioni perchè l'autorizzazione non comporta convenzionamenti.

La seconda domanda riguarda un tema sul quale si discute parecchio: nella struttura sanitaria, nei cosiddetti cronicari un ricoverato costa da 200.000 a 300.000 lire; invece in una struttura protetta costa allo Stato molto meno, perchè il resto è a carico del cittadino. A chi si chiede perchè non tutto è gratuito si risponde che anche nella sanità esiste un costo che paga il cittadino, lavorando e versando i contributi. Avete ragionato sull'argomento e avete qualche idea di come trovare una soluzione che non gravi tutta sullo Stato, ma che nello stesso tempo non gravi tutta sul cittadino?

Un matto che abbiamo conosciuto a Reggio Emilia, quando andammo a visitare il manicomio, ci ha detto: se lo Stato desse a me le 180.000 lire al giorno per la mia assistenza, sarò anche matto ma hai voglia se ci campo. Potrebbe esistere qualcuno in grado di risolvere la propria non autosufficienza, con questa cifra.

FAPPANI. Abbiamo aperto la seduta con una domanda da qualche miliardo: la domanda conclusiva non è quantificabile. Dirò solo che, per quanto riguarda il primo punto, bisogna fare attenzione: quando lo Stato introduce delle autorizzazioni per il funzionamento di certe strutture dovrebbe anche pagarle, secondo un concetto molto lombardo. Anche in questo caso l'assistenza è libera, l'importante è che si riconosca questa idea come pilastro: è l'ente pubblico che programma e controlla, ma anche il privato che opera nel sociale ha la sua importanza. Se non vi fossero gli enti morali, le fondazioni, le cooperative nella mia regione saremmo ancora più lontani dalla soluzione dei problemi. Quindi ritengo che l'autorizzazione al funzionamento di queste strutture, nel rispetto del diritto alla loro esistenza, sia un dovere dell'ente pubblico.

Riguardo al quesito sui costi, nella mia realtà regionale arriveremo a 30.000 lire al giorno per posto-letto; l'obiettivo del piano regionale della Lombardia è di arrivare a 60.000 lire, cioè un quinto del costo ospedaliero, che viene considerato 300.000 lire in Lombardia. Ritengo che sarebbe sbagliato, anche se qualche gruppo politico nella mia regione sta facendo una battaglia su questo, pretendere che il non autosufficiente resti a totale carico dello Stato, perchè lo Stato comunque non ce la farebbe e restringerebbe i contributi per la sanità a pochi e molti sarebbero gli esclusi dalla contribuzione. Se oggi in Italia garantissimo 60.000 lire al giorno (che in Lombardia significherebbe passare da 150 miliardi a 400 miliardi di spesa per la sanità), in buona parte recuperabili sull'attuale Fondo sanitario nazionale, riusciremmo a dare una grande assistenza agli anziani non autosufficienti perchè daremmo il doppio delle prestazioni sanitarie garantite oggi.

**PRESIDENTE.** Lei ha ragione quando dice che approvando la finanziaria ci assumiamo delle responsabilità, però ho il grande timore che l'anziano venga affrettatamente liquidato dall'ospedale e inviato subito in una struttura che non ha la capacità di assisterlo, se privilegiamo l'esigenza di contenere i costi.

**FAPPANI.** Signor Presidente, ho dato per scontato che nella regione il numero previsto di posti-letto per la riabilitazione si realizzi subito. Abbiamo studiato un sistema per cui si arrivi all'1,20 per mille abitanti il che significa che carichiamo l'onere sul Fondo sanitario nazionale, prevedendo circa 8.000 posti-letto per la riabilitazione variamente dislocati. Se non c'è questo investimento sulla riabilitazione sanitaria, su di noi ricadrà una grande responsabilità.

Una Commissione d'inchiesta sugli anziani deve porsi, a mio avviso, due grandi problemi: il primo è quello della riabilitazione, prevista dalla riforma sanitaria; l'altro problema è costituito dal campo del socio-sanitario integrato.

**SIGNORELLI.** Ricordiamo che esiste uno *standard* dell'Organizzazione Mondiale della Sanità valido fino al 2001: il 4 per mille di posti-letto per i lungodegenti e per la riabilitazione. Mettiamoci d'accordo sulla nomenclatura.

**ZANELLA.** Abbiamo chiesto che tipo di controlli viene assicurato o le regioni sono nella condizione di assicurare, rispetto ai servizi erogati. Non ho capito se le regioni sono nell'impossibilità di assicurare altri tipi di controllo. Esse effettuano un controllo solo di tipo contabile e amministrativo o effettuano un controllo sanitario, nel senso di verificare che i parametri siano rispettati? Si riesce ad eseguire anche un controllo di tipo qualitativo sul servizio erogato? Se tutto questo lo si fa, con quali mezzi?

**CREUSO.** È questa la domanda che si pongono gli assessori alla sanità da 10 anni, come realizzare cioè il controllo qualitativo del servizio sanitario. Ce la siamo posta anche noi. Il controllo viene fatto sullo *standard* che, in base all'autorizzazione, deve essere garantito; se

dovessimo poi controllare se l'educatore-animatore riesce a ricreare l'ambiente familiare all'interno della struttura residenziale, ciò sarebbe molto difficile. Il controllo viene effettuato da parte di chi poi deve fornire anche le prestazioni, cioè l'unità sanitaria locale, nonché da parte della regione, che fornisce il contributo di non autosufficienza ai ricoverati nelle strutture. Non si è ritenuto - almeno nella mia regione - di mettere in piedi una struttura di verifica e di controllo puntuale perchè, anche se per 230 case protette prevedessimo 230 persone incaricate, queste non riuscirebbero comunque a fare un controllo qualitativo, che resterà sempre una delle aspirazioni di tutti noi in ogni tipo di servizio, non solo in quello delle case di riposo. È possibile fare dei controlli strutturali o dei controlli rispetto a ciò che abbiamo autorizzato, ma è molto difficile andare oltre.

Rispetto a quanto lei prima paventava, signor Presidente, anche se nel Veneto abbiamo una sanità che dicono sia abbastanza accettabile, le posso dire con sufficiente sicurezza che i medici da noi sostengono che o un anziano ha una determinata malattia, per la quale viene curato, oppure non è da considerare un malato. Non esiste un problema d'età, in quanto l'età non è una malattia di per se stessa. Il rischio che noi vogliamo evitare è ciò che si sta verificando relativamente a tanti reparti di medicina generale, compresi ormai all'interno dei vari piani sanitari che prevedono riduzioni a tutto spiano. Si sta appunto verificando una grande riduzione dei reparti di pediatria e di medicina generale: non andiamo però a sanitarizzare o a creare fittiziamente delle strutture sanitarie - di questo ne parlo continuamente in sede di Consiglio e di Giunta regionale - che sono funzionali non tanto per il servizio che dobbiamo dare agli anziani non autosufficienti, quanto piuttosto all'esigenza di mantenere determinati *standards* sanitari! Questa è la mia preoccupazione, e credo che sia la preoccupazione di tutti noi, e non certo quella da lei evidenziata prima, signor Presidente, cioè che la riabilitazione sia effettivamente fatta. Se andiamo a considerare le giornate di degenza nei reparti di medicina generale e di geriatria, scopriamo che le degenze medie sono molte superiori agli *standards* nazionali ed internazionali rispetto a determinati fattori patologici.

CONDORELLI. Mi preoccupo molto della qualità della vita degli anziani in queste strutture, perchè altrimenti si ricade nell'errore dell'ospedalizzazione. Il malato che si ricovera in un ospedale sa di essere malato, attende di fare gli accertamenti e le cure necessarie, ma nessuno si preoccupa degli aspetti umani dell'ammalato ricoverato, il quale vive una situazione abbastanza pesante. È questo un aspetto estremamente trascurato. Il ministro Jervolino è anche autore di un disegno di legge su questo problema molto importante, che prima o poi occorrerà affrontare. Tale problema diventa poi determinante per gli anziani perchè, se vogliamo realmente differenziare il problema sanitario da quello sociale, dobbiamo preoccuparci moltissimo del tipo di qualità della vita offerta agli anziani in queste strutture. Infatti, in caso contrario, corriamo il rischio di dire che è un problema sociale mentre altro non è che un problema sanitario e basta. Ci troveremmo soltanto davanti ad una persona che vegeta in una struttura che non si chiama più ospedale, ma che alla fine è la stessa cosa.

Ritengo questo un problema molto importante. Ad esempio, si parla molto della figura dell'educatore-animatore: ebbene, chi è questa figura? Chi lo forma? Cosa fa? Esiste una scuola? E qual è il processo formativo dal punto di vista culturale? Cosa fanno le regioni? Come si muovono? Esistono delle iniziative in merito?

PRESIDENTE. Senatore Condorelli, la sua domanda è molto interessante, ma dovrà avere una risposta telegrafica, perchè i nostri ospiti devono allontanarsi per altri impegni.

FAPPANI. Signor Presidente, vorrei soltanto suggerire di abolire il termine «educatori» e di utilizzare solo il termine «animatori», in quanto non credo che gli anziani sopportino molto facilmente l'idea di un educatore.

PRESIDENTE. Certamente. Comunque, credo che la Commissione avrà bisogno di colloquiare ancora con voi, signori assessori, in quanto questo è soltanto il primo incontro. Avremo bisogno di scambiarci ulteriormente opinioni e valutazioni.

Vorrei rivolgere comunque una preghiera ai nostri ospiti, cioè quella di inviarci con urgenza tutti gli appunti e le ulteriori informazioni da loro ritenute utili sull'esperienza compiuta. La Presidenza provvederà a distribuire tale documentazione a tutti i componenti la Commissione. Con particolare urgenza, la Commissione dovrebbe avere quelle notizie cui faceva riferimento il senatore Zanella; vorremmo cioè conoscere la struttura socio-sanitaria che riceve il maggior finanziamento da ogni regione in base alle sovvenzioni, in modo da cominciare a disporre di un quadro operativo.

Ringrazio nuovamente i nostri ospiti e dichiaro conclusa l'audizione.

*I lavori terminano alle ore 16,30.*

---

SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI

*Il Consigliere parlamentare preposto all'Ufficio centrale e dei resoconti stenografici*

DOTT. ETTORE LAURENZANO