

# SENATO DELLA REPUBBLICA

———— X LEGISLATURA ————

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

---

8° Resoconto stenografico

SEDUTA DI MARTEDÌ 29 NOVEMBRE 1988

---

**Presidenza del Presidente DE GIUSEPPE**

## INDICE

### Audizione del ministro della sanità, senatore Carlo Donat-Cattin

PRESIDENTE .....	Pag. 3, 5, 12 e <i>passim</i>	CARRA .....	Pag. 11, 12, 16 e <i>passim</i>
AZZARETTI (DC) .....	17, 18, 22		
DONAT-CATTIN, ministro della sanità .....	3, 5, 11 e <i>passim</i>		
FERRAGUTI (PCI) .....	16, 17		
LOPS (PCI) .....	20		

*I lavori hanno inizio alle ore 20,20.*

### **Audizione del ministro della sanità, senatore Carlo Donat-Cattin**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione del ministro della sanità, senatore Donat-Cattin. Desidero anzitutto ringraziare il Ministro, che per partecipare ai lavori di questa seduta si è dovuto allontanare da una riunione del Consiglio dei ministri. Il suo intervento sarà certamente di grande utilità ed importanza per noi. Do quindi la parola al ministro Donat-Cattin il quale ha chiesto - ed io non ho rilevato motivi contrari - di essere assistito dal signor Vittorino Carra.

DONAT-CATTIN, *ministro della sanità*. Signor Presidente, ho chiesto che fosse presente il signor Vittorino Carra in quanto egli ha presieduto la commissione che ha redatto il rapporto sulla base del quale è stato formulato il programma di interventi finalizzati nell'ambito del piano sanitario nazionale 1989-1991 di imminente presentazione.

Vorrei innanzi tutto fare un quadro di quello che stiamo facendo o che ci apprestiamo a fare al Ministero della sanità. Abbiamo costituito presso il centro studi del Ministero una commissione per definire i progetti finalizzati, così come previsto dalla legge n. 595 del 1985, che per la verità si riferiva al piano sanitario nazionale precedente, ma che non ha avuto alcun seguito se non nella dotazione ordinaria del fondo sanitario nazionale. Una relazione venne presentata nell'aprile del 1988 e fu congiunta con un altro progetto operativo che il Ministero intese acquisire e che costituisce la sintesi di una ricerca biennale condotta dalla facoltà di medicina dell'Università cattolica sulla non autosufficienza dell'anziano. È questo uno studio che è stato esposto in un convegno che ha avuto luogo nel mese di giugno. Nel successivo mese di luglio, in occasione di un seminario sull'impostazione del piano sanitario nazionale, abbiamo inteso fondere i due progetti considerando particolarmente interessante il secondo di essi ai fini dell'organizzazione della sede ospedaliera in relazione alla condizione dell'anziano. La relazione della commissione di cui parlavo all'inizio resta comunque il documento fondamentale e sarà allegata al piano sanitario nazionale in quanto documento più completo, integrato dai dati e dalle indicazioni dello studio dell'Università cattolica.

La prima rilevazione che abbiamo dovuto fare riguarda l'impossibilità di realizzare l'intervento che spetta a noi, cioè quello sanitario, in relazione alla condizione degli anziani non autosufficienti senza superare, per molti aspetti, il principio della separatezza della spesa sanitaria da quella assistenziale. Ciò perché l'anziano non autosufficiente (e in questa definizione ricompriamo sia quelli che lo sono in maniera totale che gli anziani parzialmente non autosufficienti) presenta aspetti patologici spesso cronici ed ha bisogno di essere seguito

in maniera tale che, se dovessimo separare i due interventi, saremmo costretti ad un continuo concerto e bisticcio tra sedi e competenze diverse.

Per questi motivi, già nella proposta di riforma formulata all'inizio del 1987 dal Consiglio sanitario nazionale, successivamente bloccata dalla crisi del Governo Craxi del 3 marzo 1987, ripresentata ed approvata dal Consiglio dei ministri nel settembre 1987, è previsto, in modo per la verità improprio, che la spesa che si sostiene per l'anziano, anche di carattere assistenziale per interventi a domicilio oltre che negli ospedali, deve essere sostenuta dalle unità sanitarie locali le quali devono tenere un conto distinto. Questa previsione si è resa necessaria a seguito delle disposizioni contenute nella legge finanziaria del 1984. Il conto distinto dovrebbe essere coperto da voci diverse da quelle relative al fondo sanitario nazionale; tuttavia, in sede di Commissione affari sociali della Camera, questa impostazione è stata cancellata.

Le strade percorribili per l'intervento relativo all'anziano non autosufficiente o comunque cronicamente malato sono di due tipi: quella delle visite al domicilio del malato o della sua famiglia (e questa è la direzione privilegiata) o quella del ricovero presso strutture di vario tipo, definite residenze sanitarie assistite. Sotto l'aspetto sanitario l'anziano sarebbe guidato da un'unità valutativa geriatrica sotto la direzione di un primario in modo che si faccia riferimento ad un ospedale sia quando la visita è realizzata a domicilio, sia quando avviene presso le residenze cui ho poc'anzi accennato, sia quando il malato deve essere ricoverato in ospedale per qualche acuzie o per lunga degenza.

Dal punto di vista sanitario chi dirige unitariamente la vita dell'anziano è questa unità valutativa geriatrica che è guidata da un primario coadiuvato da una *équipe* che può subire comunque variazioni nel tempo. È importante che vi sia tale centro di guida che tende non soltanto a curare, ma anche a prevenire e a riabilitare, intendendosi come atto riabilitativo qualsiasi atto che recuperi un aspetto di vitalità della persona anziana e che quindi in qualche modo prolunghi l'esistenza in condizioni accettabili.

Secondo le raccomandazioni dell'Assemblea mondiale di Vienna sull'invecchiamento della popolazione promossa dall'ONU, per l'impegno assunto anche dalla Repubblica italiana, si intendono adottare le iniziative progettate in quella sede seguendo anche i principi e le raccomandazioni relative alle politiche per gli anziani.

L'invecchiamento è un processo che dura tutta la vita e deve essere riconosciuto come tale. La preparazione della popolazione nella sua interezza dovrebbe integrarsi con le politiche sociali comprendenti fattori fisici strutturali, religiosi, culturali, economici e sanitari.

A nostro parere la questione organizzativa va posta nel solco di uno sviluppo integrale di azioni in questa direzione. La commissione che ha redatto i progetti finalizzati, innovando rispetto alle dottrine correnti, ritiene che debbano rientrare nella categoria delle persone anziane, quelle persone cioè che sono oggetto del piano, in particolare gli ultrasessantacinquenni. Infatti il prolungamento della vita media della popolazione (che si aggira ormai sui 76 anni, superando in questo il Giappone) ha come effetto il prolungamento della vita attiva, talchè anche dal punto di vista del costo sanitario abbiamo un salto netto

quando ci spostiamo dal sessantesimo al sessantacinquesimo anno di età. Infatti dai 65 anni in su il costo sanitario che calcoliamo per gli anziani a qualsiasi condizione è tre volte la media della spesa sanitaria della generalità della popolazione attuale. Naturalmente - lo ricordo - vi è una interazione tra i costi sociali e quelli sanitari. Con ciò non intendiamo assorbire tutti gli aspetti relativi alla assistenza sociale e previdenziale: il trattamento pensionistico e gli assegni sociali non rientrano nella nostra competenza.

PRESIDENTE. Infatti abbiamo già ascoltato il Ministro del lavoro.

DONAT-CATTIN, *ministro della sanità*. Tuttavia per quanto concerne l'assistenza a domicilio non possiamo separare l'intervento dell'infermiere dall'intervento dell'*ancilla*, come dicono gli inglesi, ossia della donna che si occupa della pulizia e della cucina. Tutto deve essere organizzato allo stesso modo e allo stesso tempo da un unico soggetto, cioè dal servizio che dovrà intervenire in base alle direttive dell'unità valutativa geriatrica. Si tratterà di un unico centro di spesa.

Rimanendo nell'ambito di tale tematica, vi è stata qualche polemica. Padre Perico su «Aggiornamenti sociali», che è una rivista del Centro San Fedele di Milano, ha pubblicato una sua relazione svolta ad un convegno nella quale parla di intenzioni che non abbiamo, ma per altri aspetti nota che non abbiamo scritto nei nostri studi e nelle nostre relazioni le parole «anziani non autosufficienti cronici». Cercherò di spiegare che cosa vuole intendere. Se noi usassimo la parola «cronico» per la persona in ospedale, per la quale viene sostenuta ogni spesa dall'alloggio al vitto, alle cure sanitarie, lo stesso dovremmo fare per l'assistenza a domicilio. Ritengo che vi siano molte persone in condizioni croniche e non autosufficienti, le quali ricevono dal servizio sanitario nazionale la dovuta attenzione, mentre per il mantenimento e per l'alloggio partecipano con il proprio reddito o comunque partecipano i familiari. Le situazioni sono varie, ma abbiamo comunque previsto un centro di spesa unico. Attualmente non neghiamo l'assistenza sanitaria, anche se non riusciamo a finanziarla con altre fonti o altri cespiti per quanto concerne la parte più strettamente assistenziale. Normalmente questa parte dovrebbe essere rifinanziata, se si mantiene l'attuale distinzione di competenze, dal Ministero dell'interno, altrimenti con fondi destinati alla Sanità e in parte con redditi personali o familiari della persona assistita.

Ho già fatto notare che mi pareva strano che, sostenendo il valore della famiglia come dato primario di assistenza e di benessere dell'anziano (questa è la nostra convinzione, tanto che affidiamo una priorità all'assistenza a domicilio), poi si pretendesse che nell'assistenza a domicilio tutte le spese fossero a carico dello Stato senza alcun contributo della famiglia. Mi sembra un concetto di famiglia fatto solo di buoni sentimenti ma privo di atti concreti: la solidarietà familiare dovrebbe esprimersi pure in relazione alla capacità di reddito di ciascuno. È chiaro che, in mancanza di tale capacità, interviene sussidiariamente lo Stato con una propria partecipazione.

Al riguardo va sottolineato che abbiamo mantenuto una struttura crispina dell'assistenza perchè continua ad occuparsi di tale settore il

Ministero dell'interno, come quando si occupava delle prostitute, degli esposti, degli abbandonati, che, in rapporto ai ceti perbene, rappresentavano lo scandalo, certe tendenze da tenere a freno affinché non disturbassero la morale e l'ordine costituito. Così il Ministero dell'interno si occupava della polizia e dell'assistenza.

È sempre auspicabile una soluzione unitaria della politica sociale che faccia capo ad un unico Ministero degli affari sociali che comprenda le questioni della famiglia, del lavoro, della previdenza, eccetera. Un ordinato Governo di gabinetto dovrebbe prevedere questo! Noi abbiamo scelto un Gabinetto di carattere politico che ha scarsa consistenza dal punto di vista della praticità e modernità della vita di Governo, e questo si è accentuato rispetto alle prospettive del 1972 allorquando ci venne affidato il primo obiettivo di trasferire alcuni poteri, ristrutturando le competenze dei Ministeri, alle Regioni; all'epoca ero Ministro del lavoro ed avevo consegnato alla Commissione del Senato, presieduta dalla senatrice Falcucci, il testo di un disegno di legge che dovrebbe ancora essere agli atti. Probabilmente, in altri paesi hanno saputo unificare queste situazioni. Io ho insistito sull'argomento proprio perchè vi è stata questa polemica.

Noi riteniamo comunque di essere nel giusto dicendo che tutto va supportato dall'unità sanitaria locale, con quelle integrazioni che possono esservi, per la parte assistenziale e sociale della spesa, da parte della famiglia, in relazione alle sue possibilità, o da parte di altri fondi statali che non siano il Fondo sanitario nazionale, soprattutto nella prospettiva di trasformare in aziende le unità sanitarie locali, consolidando i conti regionali e rendendo responsabili le Regioni della spesa sanitaria, con la sicurezza però che vi siano degli altri introiti.

La commissione ha sottolineato la necessità di inventare una serie di meccanismi di informazione che insegnino a vivere bene per invecchiare nel modo giusto. Vi è quindi un primo compito di educazione sanitaria, in questo senso di prevenzione. Si tratta cioè di una educazione alla terza età, al fine di prevedere in anticipo per intervenire in tempo o prevenire. Nel nostro campo prevenzione vuol dire intervenire, rimuovere o reprimere le cause di malattia prima che esse esplodano. Intendo sottolineare l'importanza della prevenzione che per l'anziano si fa vitale un bel poco prima dei sessantacinque anni, cioè intorno ai cinquant'anni secondo le indicazioni geriatriche che abbiamo raccolto unanimemente in questo senso. Tale età rappresenta un passaggio importante nella vita dell'individuo!

Prevenzione vuol dire anche offerta di servizi sociali e sanitari adeguati in modo tempestivo, negli ospedali e fuori, per poter impedire che una grande percentuale di anziani sia colpita da patologia croniche quale risultato finale di errori e di insufficienze o di mancanze commesse. Riteniamo opportuno richiamare il principio, sottolineato da molti geriatri e gerontologi, secondo cui non è assolutamente possibile effettuare con successo la prevenzione gerontologica se non attraverso una politica di educazione sanitaria per tutta la popolazione, quindi non soltanto nei confronti dei vecchi. Tale educazione indurrà l'individuo a modificare i propri comportamenti per mettere a profitto i servizi sanitari.

La seconda cosa che la commissione ha sottolineato è il rapporto anziano-famiglia sul quale non mi dilungo. La famiglia, qualunque essa sia, resta il punto verso cui convergono gli affetti, si smorzano le tensioni, il luogo in cui si possono risolvere le problematiche esistenziali dei suoi componenti. Noi abbiamo però una struttura sociale che non è più quella di ieri: la struttura attuale è diversa, così come quella di domani sarà ancora diversa rispetto a quella di oggi. Faccio cenno sempre all'area metropolitana di Torino nella quale il 30 per cento delle famiglie è costituito da una sola persona (non è questo l'indice più elevato, ma io conosco solo questo). Questo è un segno dei tempi: questo isolamento, questa separatezza che comincia nell'età giovanile, per cui, usciti dalla famiglia, i giovani non ne costituiscono una propria, stabile, oppure vi è la costituzione e poi lo scioglimento che comincia ormai a rappresentare una condizione pesante, superata una certa età, che non corrisponde più all'età della bellezza, ma che si avvicina alla soglia dei cinquant'anni sia per gli uomini che per le donne, con delle conseguenze che ci obbligano a non poter impostare bene i discorsi. Anche se si privilegia l'aspetto dell'assistenza alla famiglia, non per motivi economici (sebbene sotto l'aspetto economico pare che esistano delle convenienze non indifferenti), ma per i motivi complessi del miglior modo di sopravvivenza dell'anziano, non possiamo non individuare altri sistemi di assistenza.

Mettendo a confronto l'anziano che rimane solo nel proprio domicilio con l'anziano che va in una comunità-residenza sanitaria assistita, quando sia non autosufficiente oppure abbastanza malato, possiamo constatare che c'è un certo numero di casi in cui l'anziano preferisce stare solo nel proprio domicilio perchè gode di relazioni sociali, anche se in condizioni di difficoltà abbastanza intense, gode di rapporti interparentali, eccetera. In questo senso il Ministero insisterà sempre per la famiglia o anche per la vita solitaria se il singolo soggetto la preferisce. Vi sono però moltissimi altri casi in cui, soprattutto andando in là negli anni, vi sono maggiori difficoltà, per l'autosufficienza che tende a limitarsi. Allora, la permanenza presso il proprio domicilio, isolati o talvolta anche a coppie, diventa molto difficile. Forse, anche se è una brutta vita, è meglio la situazione di una comunità che almeno garantisce degli scambi sociali piuttosto che la vita solitaria nella propria abitazione. Per questo abbiamo riservato in un altro provvedimento, in relazione all'articolo 20 della legge finanziaria 1988, un finanziamento per la realizzazione di 140.000 posti letto ma che abbiamo definito in maniera piuttosto generica per istituti, per cui anche su questo è venuta una critica che riguarda l'istituzionalizzazione (non potevamo che considerare quote per istituti, anche se è questo un caso da sottoporre all'esame del Parlamento).

In qualche altro paese si provvede anche ad interventi da parte dello Stato di edilizia a favore degli anziani che vogliono rimanere nel proprio domicilio. Certo, sotto l'aspetto sanitario abbiamo avuto la preoccupazione e l'urgenza, trovandoci nel caso italiano e non in quello di un altro paese, di avere un intervento piuttosto massiccio per le residenze. Parlo di residenze nuove, perchè non ne abbiamo moltissime che accolgono persone non autosufficienti. Quelle che abbiamo sono per lo più di carattere privato o appartengono all'area del privato

sociale e praticano prezzi di pensionamento molto alti e presentano condizioni organizzative che lasciano a desiderare, nella maggior parte dei casi. Anche nel campo dell'assistenza ad anziani autosufficienti, vi sono tradizioni diverse a seconda delle regioni. Ad esempio nel Nord le case di ricovero per gli anziani sono più diffuse che al Sud; spesso sono volute dalle stesse amministrazioni comunali e sono tenute in forma socio-privata, qualche volta con l'intervento delle provincie.

Tali costruzioni sono quasi tutte fatiscenti e devono essere soggette ad una serie di interventi di riattazione e soprattutto di eliminazione degli ostacoli architettonici; sono inoltre necessarie opere per l'adeguamento degli edifici alle misure di sicurezza antincendio. Ebbene, per tali opere saranno necessari circa 5.000 miliardi e tutto il fondo rischia di volatilizzarsi. Complessivamente l'intervento richiesto ammonta a 8.000 miliardi e con una svalutazione di circa il 20 per cento in 4 anni ci avviciniamo ai 10.000 miliardi.

A questo proposito ritengo che l'intervento non può essere fatto su larga scala, individueremo tre o quattro tipologie; riteniamo poi di non dover acquistare di nuovo tutti i mobili e di poter riparare qualche suppellettile.

Per quanto riguarda la polemica che si sta aprendo a proposito dell'inchiesta dell'ISIS, devo precisare che quell'inchiesta ha riguardato complessivamente gli ospedali, gli istituti di ricovero e cura e le cliniche private. Il risultato dell'indagine su questo settore è stato che il costo medio nelle cliniche e case di cura si aggira sulle 220.000 lire per il ricovero al giorno, mentre il settore pubblico ha un costo di 280.000 lire. In realtà, invece, il settore pubblico ha un costo che supera di poco le 300.000 lire, mentre normalmente le convenzioni con il settore privato si stipulano intorno a prezzi di 150.000, 170.000 e qualche volta 180.000 lire. Questo dipende anche dal fatto che nelle strutture private si ricoverano prevalentemente lungodegenti o malati mentali (bisognerebbe comunque fare un'indagine), anche perchè le strutture pubbliche ancora non hanno adempiuto alla norma della legge n. 180 che disponeva la predisposizione di reparti specifici per le malattie mentali: molte volte questi non ci sono ed è giocoforza che i ricoveri di queste persone siano fatti in strutture private.

Da un esame - che si ferma alla mera constatazione, dal momento che non abbiamo un potere di ispezione - si evidenziano cose molto diverse (ed anche cose molto nere). I costi, in realtà, sono bassi; non so se siano esatti, ma sono bassi. L'ospedale pubblico inoltre dà molte maggiori garanzie dal punto di vista terapeutico anche se devo rilevare che nella pratica molte USL si esercitano alla rincorsa per l'acquisto di nuovi strumenti diagnostici prima ancora di avere a disposizione le risorse.

Ecco, non vorremmo cadere nello stesso errore per quanto riguarda le residenze collettive per gli anziani. In questo caso c'è un quadro molto diverso, vi è una scarsa presenza o un'assoluta assenza da parte dello Stato, mentre la struttura privata privilegia l'anziano autosufficiente (sia pure pieno di acciacchi).

Gli interventi da prevedersi in questo settore per alleviare la spesa pubblica sono da prendere in esame attentamente, perchè l'intervento pubblico non sarà necessario soltanto nella costruzione delle strutture,



bensi anche alla loro gestione. Infatti, se la gestione viene affidata ad enti diversi, che pure sono fiorenti in molte zone del paese (pensiamo all'associazionismo o al volontariato), allora la spesa è una casa; se invece l'intervento deve essere coperto dalla «a» alla «z» dalle strutture pubbliche, quindi anche per quanto riguarda i servizi, avremmo dei costi notevolmente maggiori. Dico questo anche se abbiamo sviluppato una programmazione e delle tabelle nelle quali sono già individuate delle priorità.

Naturalmente dobbiamo anche tener conto che già esiste una vasta legislazione in materia di assistenza all'anziano.

Abbiamo notizia di leggi regionali delle Regioni Piemonte, Toscana, Veneto, Abruzzo e Campania che si muovono in direzione di previsioni relative all'anziano non autosufficiente. Vi sono poi iniziative di vari comuni che si estrinsecano in interventi atti a dare all'anziano, sia solo che con familiari, il cui reddito sia insufficiente al mantenimento, una autosufficienza economica. Vi sono state poi le conseguenze della modifica dell'istituto degli assegni familiari. La nuova disciplina, se presenta come connotazione negativa la mancata inclusione del genitore anziano o non autosufficiente nel nucleo familiare, è però fortemente innovativa rispetto al passato perchè non si richiama in via principale al lavoratore, bensì al nucleo familiare inteso nella sua globalità in cui assume rilievo la presenza o meno di familiari portatori di *handicap*. Da questo punto di vista, dobbiamo stabilire se l'anziano non autosufficiente debba o meno essere ricompreso nella categoria degli handicappati. Personalmente credo di sì e con ciò si risolverebbe il problema in quanto l'anziano non autosufficiente riceverebbe tali prestazioni in qualità di membro portatore di *handicap* di un determinato nucleo familiare.

Vi è un documento programmatico che il Governo ha presentato al Parlamento il 19 aprile scorso con il quale, oltre agli impegni per una legge-quadro sull'assistenza e sui servizi sociali ormai non più procrastinabile, si faceva riferimento anche alla definizione di un documento propositivo di piano sanitario nazionale che in effetti stiamo varando in questi giorni e che presenteremo prima della fine dell'anno al Consiglio sanitario nazionale. In tale documento verranno tra l'altro puntualizzate alcune proposte di settore, come quella riguardante le azioni finalizzate, e verrà posto l'accento sulla necessità di definire una politica di sostegno alla famiglia monoreddito e in generale alle famiglie su cui pesano situazioni di grave disagio. Basti pensare ai nuclei familiari formati da una sola persona che sono ovviamente monoreddito e che spesso si collocano sui livelli minimi di pensione.

Abbiamo anche preso in considerazione un intervento misto che ha già avuto una prima sperimentazione a Torino ad opera del professor Fabris: mi riferisco alla cosiddetta ospedalizzazione domiciliare, da non confondere con l'assistenza sanitaria assicurata dal medico di base, attività quest'ultima che viene riconosciuta anche economicamente con un'integrazione di assistenza infermieristica e con un'integrazione di servizi in condizioni di normalità. Mi riferisco ad un'assistenza che sostituisce il ricovero ospedaliero anche in caso di malattie acute che abbiano un lungo decorso, assistenza che verrebbe realizzata da *équipes* costituite presso gli ospedali e che partono da questi per raggiungere,

sulla base di determinati protocolli, i malati che si trovano in queste condizioni nelle loro abitazioni. A mio parere si tratta di un esperimento da compiere a livello più ampio di quanto non abbia fatto il professor Fabris, il quale nel suo studio afferma che tale forma di assistenza ha un costo pari al 60 per cento di quello ospedaliero. Tuttavia devo far notare che si tratta di un costo che prescinde dall'intervento anche assistenziale dei familiari, dall'intervento alimentare e da quello abitativo. È una forma di assistenza che immette nel territorio infermieri e medici in movimento ponendo però un problema di controllo e quindi interrogativi sull'effettivo esito dell'intervento stesso nel senso che, se non si stabilisce un equilibrio volontario, si rischia di superare il costo ospedaliero. In ogni caso, anche qualora si giungesse ad un costo uguale a quello ospedaliero, si otterrebbe una sostituzione di posti letto che sarebbe comunque utile anche perchè il malato avrebbe il vantaggio di restare a casa. Vale quindi la pena - ripeto - di verificare una simile ipotesi, tenendo conto che l'esperimento del professor Fabris è stato rivolto, giusta la specializzazione del medico in questione, soltanto al settore oncologico e quindi a malati gravi che però non presentano problemi tipici di altre malattie, per cui la cura a domicilio può essere cadenzata con ritmi proporzionali al basso indice di incidenti tipico di quella categoria di malati.

Passando poi a fornire alcune cifre, va detto che la popolazione degli ultrasessantacinquenni alla data del 1° gennaio 1986 era pari al 13 per cento del totale della popolazione, ma con netta tendenza all'aumento. La quantità di posti letto che abbiamo previsto per sedi collettive corrisponde ad una percentuale superiore ad un terzo degli assistibili, tenendo conto che all'interno di questo 13 per cento abbiamo una percentuale di non autosufficienti che si aggira oggi intorno al 4 per cento - con tendenza all'aumento con il prolungarsi della durata della malattia - e che i nostri calcoli prevedono che una netta maggioranza dei non autosufficienti possa essere assistita a domicilio. Vi sono previsioni dell'ONU relative al periodo 1980-2000, che indicano la presenza in Italia di 6.782.000 soggetti di età superiore ai 65 anni, nel 1980, che tendono a superare nel 2000 le 10 milioni di unità. In una graduatoria mondiale, per quanto riguarda gli ultrasessantacinquenni, categoria in cui è più alta la presenza di soggetti totalmente o parzialmente non autosufficienti, l'Italia è passata dal 13° al 4° posto. Attualmente gli ultrasessantacinquenni costituiscono il 4,8 per cento della popolazione totale e tale percentuale salirà nel 2000 al 6,6, pari ad un aumento di circa il 35 per cento.

Abbiamo basato l'intervento su questi dati, ripartendoli anche tra maschi e femmine per alcune proiezioni. In una prima categoria abbiamo indicato coloro i quali abbisognano di servizi socio-sanitari, in una seconda categoria coloro che sono totalmente privi di autonomia e in una terza categoria coloro che sono parzialmente non autosufficienti. Il dato attuale comprende le seguenti cifre: in totale vi sono 7.470.000 persone con più di 65 anni (3.300.000 maschi e poco più di 4 milioni femmine). Di questi ha bisogno di servizi sanitari un 20 per cento per un totale di 1 milione e mezzo circa. Hanno una autonomia limitata 747.000 persone, mentre sono totalmente prive di autonomia 283.000 persone. Quest'ultima cifra,

divisa per 2, corrisponde ai 140.000 posti delle residenze, nei quali però va ricompresa anche una quota dei 747.000 parzialmente autonomi. Si raggiunge così una quota di posti letto rapportabile al 40-50 per cento degli assistibili.

Al riguardo non si deve dimenticare che non si può fare il fuoco con legna da ardere che ancora non abbiamo, vale a dire tenendo conto di bilanci futuri. Quest'anno sono state compiute due operazioni; innanzitutto non si è avviata ad investimenti una parte della quota destinata alle unità sanitarie locali per i *tickets*, mentre un'altra parte viene utilizzata per i programmi finalizzati. Rispetto ai prospetti delle spese del primo anno avremo una copertura che arriverà a toccare i 1.100-1.200 miliardi.

Sono piuttosto scettico sulla possibilità di contenere i costi. Preferisco così che al riguardo intervenga il signor Carra, mio consigliere per i problemi degli anziani.

*CARRA.* Debbo difendermi dalle accuse del Ministro che sostiene che i costi non sono contenuti. Ci siamo basati sul contratto di lavoro degli assistenti e degli infermieri professionali. Se si innalza il trattamento economico complessivo del personale tecnico-sanitario, deve salire anche il trattamento degli infermieri. È stato tuttavia compiuto un calcolo su *standards* assistenziali piuttosto bassi relativamente al numero degli infermieri impiegati e quindi i costi ci sembrano piuttosto contenuti. È chiaro che se si aumenta il numero delle ore di lavoro prestate, aumentano anche i costi, ma non sono mai molto elevati e così l'assistenza domiciliare per un anziano ammonta a 7.034.000 annue.

Invece l'assistenza nelle strutture assistite di tipo sanitario è diversificata secondo le tre categorie classificate dei non autosufficienti gravi, dei non autosufficienti per motivi fisici o per motivi mentali e dei cosiddetti disorientati, ossia di coloro che debbono essere curati perché non in grado di badare a se stessi. Sono diverse le strutture che li ospitano e diversa è quindi l'assistenza. La media della spesa si aggira comunque sulle 60.000 lire al giorno diversificate, appunto, a seconda della struttura ospitante. Si era partiti dal modulo 15 da moltiplicare fino a 120 ospiti; poi, in rapporto a una decisione assunta dal Ministro sugli *standards* operativi stabiliti dall'unità valutativa geriatrica, si è passati ad un modulo 20.

Ciò può portare ad una modifica più o meno ampia dei costi. Il Ministro inoltre chiedeva che vi fosse una valutazione sul costo di produzione del posto-letto con *standards* che abbiamo misurato prendendo a base l'esperienza danese e quella inglese: si tratta di *standards* medio-alti rispetto a quelli dell'ospitalità pubblica dell'anziano e il costo varia a seconda della partecipazione esterna. Si ipotizza un centro di ospitalità a livello di distretto che debba servire anche come polo sociale, disponibile quindi anche per gli anziani non ospiti.

*DONAT-CATTIN, ministro della sanità.* È un aspetto importante che si collega al tema fondamentale, nel piano sanitario, del distretto inteso come struttura orizzontale.

CARRA. C'è quindi una diversificazione in base al tipo di anziano non autosufficiente da ospitare, alla dimensione complessiva dei posti e dello spazio da offrire, al tipo di struttura. Il costo va così da 40 a 60 milioni per unità secondo i costi di mercato valutati nell'aprile di quest'anno. Si è compiuta una rilevazione prendendo a base i dati di una intera regione, il Veneto, che si occupa da anni di tale aspetto. Sono stati considerati tutti gli anziani presenti nel territorio regionale, ma si è potuto constatare che i dati che emergono da quella rilevazione collimano con quelli di un comune (quello di Modena) e con quelli della Gran Bretagna che da 14 anni compie tale studio. In quei dati vi è una percentuale del 3,80-4 per cento di ultrasessantacinquenni non autosufficienti. All'interno di questa percentuale il 50 per cento è sostituito da non autosufficienti fisici, il 35 per cento da disorientati e il 15 per cento da non autosufficienti mentali. Purtroppo al riguardo dobbiamo lamentare il significato non univoco di alcuni termini, talchè il Ministero della sanità ha promosso la traduzione del cosiddetto vocabolario per l'anziano. Si tratta di una proposta francese per cercare di usare parole dello stesso significato sia nella legislazione statale che in quella regionale. Infatti le leggi citate dal Ministro ci inducono ad un certo sforzo per identificare la stessa condizione nelle varie normative regionali.

PRESIDENTE. Vi è problema di nomenclatura: l'ho colto anch'io leggendo i documenti regionali.

DONAT-CATTIN, *ministro della sanità*. Abbiamo tradotto un dizionario!

CARRA. Adattandolo però alla situazione italiana per tutti i singoli termini.

Altre cifre se ne possono fornire a volontà, ma non credo sia necessario.

PRESIDENTE. Ringrazio il Ministro e Vittorino Carra per l'integrazione di informazione che hanno voluto fornire. Credo che si possa dare inizio alle domande e, se i colleghi consentono, vorrei iniziare io a porre qualcuna lasciando poi spazio ai Commissari che volessero porre ulteriori quesiti al Ministro della sanità.

La prima domanda che vorrei porre, signor Ministro, fa riferimento alla legge finanziaria 1988. Lo stanziamento di 30.000 miliardi per investimenti nella sanità rappresenta certamente un fatto positivo. La mia preoccupazione però si basa sul fatto che l'articolo 20 della legge finanziaria prevede una molteplicità di passaggi. Da una stima che ho compiuto ho concluso che, dal momento in cui sarà emesso il decreto del Ministro, bene che vada, in una struttura burocratica italiana che è quella che è, passerà almeno un anno e mezzo prima che i finanziamenti siano realmente disponibili. Si ritiene di rivedere questa procedura attraverso forme più rapide che, facendo sempre forza su parametri oggettivi - in modo che la distribuzione delle risorse in tutte le regioni d'Italia possa avvenire sulla base di una logica e non di interventi o di pressioni clientelari - rendano possibile raggiungere lo stesso effetto

che si vuole raggiungere con l'articolo 20 della legge finanziaria in tempi più brevi, oppure no? Occorre infatti considerare che è già trascorso un anno e quel vantaggio che tutti speravamo di ottenere insieme al Ministero ancora non si intravede.

La seconda domanda riguarda l'unità valutativa geriatrica. Non ho avuto la possibilità di partecipare al convegno su tale argomento organizzato dall'Università cattolica di Roma, ma ho letto gli atti e mi sembra che questa sia una soluzione valida.

Tale soluzione però - a mio modo di vedere - comporta due risposte. Una è rappresentata dalle figure professionali. Quando assegniamo al settore dell'assistenza all'anziano un infermiere o un assistente sociale, costoro devono avere una sensibilità particolare e diversa. È differente la posizione mentale, spirituale e professionale dell'infermiere che si avvicina al capezzale di un anziano, così come non è semplice portare avanti con quest'ultimo un colloquio costante. Capisco che le figure professionali oggi in Italia è difficile individuarle per via di quelle competenze cui il Ministro faceva riferimento, però, al di là della difficoltà di una sintesi, c'è questa intenzione di un approfondimento circa le figure professionali?

In Italia, l'insegnamento della geriatria non è diffuso nel *curriculum* universitario; i giovani si laureano senza aver fatto l'esame di geriatria e molte volte accedono alla cattedera di geriatria coloro che ne sanno molto poco e che poi magari si specializzano successivamente perchè, avendo vinto il concorso per chirurgia o per medicina interna, non trovano i posti relativi nelle università e ripiegano su geriatria come scelta subordinata rispetto alla prima effettuata. Il Ministro sta promuovendo delle intese con la Pubblica istruzione per cercare di preparare il personale? Se non ci sono effettivamente, a livello di operatori pratici o di primari, persone che abbiano una qualificazione professionale, rischiamo di affidare l'anziano a coloro che non conoscono in realtà, o conoscono relativamente poco, i problemi complessi dell'anziano non autosufficiente!

Vi è poi un'altra domanda che vorrei porre. Il Ministro ha fatto riferimento ad alcuni dati. Se ho compreso bene, i dati riferiti ai non autosufficienti si riferiscono al Veneto e sono poi stati estrapolati e proiettati su tutto il territorio nazionale. C'è un'indicazione che ci faccia sapere e conoscere regione per regione la presenza di non autosufficienti in modo più sicuro di quanto non possa essere quello studio, che sarà sicuramente valido ma che potrebbe anche non corrispondere alla realtà della situazione?

Infine, vorrei dire che in tutti i nostri ospedali, i famosi ospedali di zona, abbiamo i soliti classici reparti: medicina, chirurgia, ostetricia e ginecologia, ortopedia. Abbiamo reparti di ostetricia diffusi capillarmente in tutto il territorio in una situazione che vede il nostro paese collocarsi tra gli ultimi in Europa rispetto alla natalità: sembra questa al Ministro della sanità una situazione da mantenere? Oppure occorre che da questo argomento ci sia una riflessione rispetto ad una distribuzione «a tappeto» sul territorio del paese? Questa trovava giustificazione quarant'anni fa, ma oggi ne trova un po' meno in una situazione in cui abbondano i reparti di ostetricia, di ginecologia e di pediatria, mentre invece mancano o sono insufficienti i reparti di geriatria.

DONAT-CATTIN, *ministro della sanità*. Comincerò a rispondere dalla fine. Per quel che riguarda la legge ospedaliera, cioè il quadro fondamentale delle quattro sezioni, tutto sarà sottoposto a revisione con la legge di settore. Con la Commissione affari sociali della Camera siamo rimasti d'accordo che, ad integrazione della legge di settore così come è stata presentata nel 1987, vi sarà la riforma della cosiddetta «legge Mariotti». Questa naturalmente è una riforma nella quale si rispecchierà una situazione demografico-sociale diversa da quella di vent'anni fa, e quindi essa terrà conto delle tendenze in atto. In quest'ambito, quindi, il Governo pone il problema innanzitutto della preparazione gerontologica e geriatrica del personale infermieristico, ed inoltre pone anche un problema che va al di là. Infatti, con la legge di settore si ha l'intenzione di risolvere in termini non più legislativi la questione della definizione dei profili professionali, affrontandola con altri strumenti normativi.

In particolare, si è pensato di introdurre la figura professionale dell'igienista e anche la figura dell'infermiere geriatrico accanto a quella di infermiere pediatrico. Inoltre vi è la necessità di dirigenti sanitari geriatrici.

Rileva a questo proposito anche il problema posto dal Ministro della pubblica istruzione sulla specializzazione. Questo numero infinito di cattedre di specializzazione ha continuo bisogno di alimentazione, cioè di studenti. Abbiamo contato fino a 243 specializzazioni, mentre l'Europa ne riconosce soltanto 36. Senza parlare poi delle nuove facoltà di medicina, qualcosa che grida vendetta al cospetto di Dio e degli uomini.

A mio avviso, deve essere affrontata la questione della assoluta dequalificazione del settore della geriatria, considerata quasi la specializzazione dello spazzino di turno. In realtà invece quella in geriatria per il medico di medicina generale rappresenta una specializzazione nettissima: vi sono differenze nella somministrazione di farmaci, è diversa la terapia, tutto deve essere fatto in modo diverso e qualcuno ha anche accennato alla chirurgia geriatrica.

Da questo punto di vista, non appena presentato il piano sanitario nazionale procederemo alla riorganizzazione del Ministero. Nel frattempo proponiamo che un dirigente superiore sia distaccato presso il Ministero della pubblica istruzione; questo non già per liberarci di un direttore (come sarebbe necessario in alcuni casi), bensì per stabilire un tramite ed un rapporto che ha molteplici implicazioni. Ad esempio siamo praticamente paralizzati con le Commissioni università-Regioni. Il problema della carriera infermieristica, poi, è risolvibile soltanto se si istituisce un corso universitario infermieristico, perchè a tutt'oggi la professione dell'infermiere è ancora intesa come quella di un operaio. Ci sono in sostanza moltissime iniziative che riguardano la sanità che passano attraverso il Ministero della pubblica istruzione.

Sempre in occasione della riorganizzazione ministeriale dovremmo chiedere anche l'istituzione di una struttura analoga a quelle francesi o americane che vedono la ricerca medica avere una sede propria. La ricerca medica, infatti non è ricerca astratta, che si può fare in laboratorio: vi è bisogno del continuo contatto con il malato e con le terapie, una verifica continua.

Per quanto riguarda l'utilizzo delle statistiche, è chiaro che dobbiamo attenerci a questi dati; un lavoro fatto dalla nostra struttura sarebbe impossibile. Per rendervi un'idea, giorni fa ho dovuto riferire sulla situazione dei tossicodipendenti: ebbene, i dati relativi all'anno 1987 li abbiamo da appena 6 Regioni (e sono parziali). Non abbiamo ancora tutti i bilanci delle unità sanitarie locali relativi al 1985. In pratica abbiamo una macchina senza una normativa precisa e saremmo costretti a delegare queste indagini ad agenzie private. Questo per dire che in materia di statistica è facile dire ma è difficile fare. Dunque le valutazioni possono essere fatte sulla base di sondaggi regionali: niente più di questo, altrimenti andremmo a rimmetterci.

Dal marzo 1988, cioè dall'approvazione della legge finanziaria, ad oggi sono trascorsi 8 mesi e mezzo nei quali abbiamo dovuto affrontare notevoli difficoltà. La nostra logica è che si debbano stabilire prima gli *standards*, cioè i criteri di razionalizzazione dell'esistente. I termini per fissare tali *standards* non erano perentori, ma solo ordinatori: ci abbiamo messo un bel po' di tempo, abbiamo riunito molte volte il Consiglio sanitario nazionale e abbiamo tenuto una discussione molto complessa insieme alle Regioni.

Essendo i termini successivi perentori per le unità sanitarie locali e per le Regioni (dopo di che interviene lo Stato) non potevamo bruciare i mesi di agosto e settembre in cui gran parte del personale è in ferie. Pertanto abbiamo spostato il termine a metà settembre. Le Regioni hanno tempo per rispondere fino al febbraio 1989. Tuttavia le Regioni stesse recalcitrano e capisco anche il perchè, per cui alla fine dovrà intervenire lo Stato. A giugno avremo finito questo lavoro di razionalizzazione dell'esistente; nel frattempo abbiamo costituito il nucleo valutativo che lavora in collaborazione con il Ministero per la definizione dei criteri di impostazione, sia dal punto di vista architettonico sia soprattutto da quello della strategia sanitaria e ospedaliera per le nuove costruzioni. Alla fine di gennaio predisporrò un decreto di impostazione che sottoporro all'esame delle due Commissioni di merito della Camera e del Senato. Naturalmente si tratta di una responsabilità di Governo, ma preferisco avere il conforto delle due Commissioni parlamentari competenti. Ciò permetterà alla Regioni di ultimare l'applicazione degli *standards*, di fare tutti gli aggiustamenti relativi ai criteri e di valutare le possibilità future che per loro si prospettano. Dopo che sarà stato emanato il decreto, che sarà stato varato il piano regionale e che saranno stati realizzati i primi interventi, potremo procedere.

Per quanto riguarda l'AIDS, dovremmo procedere con un intervento simile a quelli della protezione civile, realizzando, con un'ordinanza, un appalto praticamente unico. Tuttavia vi sono problemi con il Tesoro il quale ci ha offerto i fondi ordinari in conto capitale relativi al fondo sanitario nazionale, fondi che però non sono neanche sufficienti per la manutenzione ordinaria. L'AIDS è invece una specie di calamità naturale alla quale bisogna provvedere; non è possibile rinunciare alla manutenzione ed occuparci dell'AIDS. Ho chiesto che ci venga indicato l'ente con cui realizzare l'appalto e si intende che questo sarà un appalto unico rispetto al quale opereremo d'accordo con le Regioni. In questo senso sollecitiamo soprattutto le aziende a partecipazione statale e tutti i

grandi enti in quanto il nostro progetto prevede circa 15 mila posti letto. L'intervento per l'AIDS è sotto certi aspetti discutibile per quanto riguarda l'autonomia delle Regioni; esso è però giustificato perchè, sulla base delle previsioni per il 1991, il 1992 e il 1993, è facile parlare di epidemia.

Nel procedere sulla strada dello sviluppo di un'attività di interventi edificatori e ristrutturatori da parte delle Regioni, ci si imbatte però nelle norme della contabilità generale dello Stato per cui vi sono somme da mettere a disposizione e progetti da affrontare per i quali già interveniamo pesantemente in quanto rientranti nel potere di indirizzo e di coordinamento.

**PRESIDENTE.** Signor Ministro, non immagina la possibilità di qualche iniziativa che passi per il CIPE in modo che esso fissi i parametri che le Regioni devono rispettare?

**DONAT-CATTIN, ministro della sanità.** Abbiamo sostituito il CIPE con il nucleo valutativo in quanto il CIPE stesso appare già gravato di una notevole mole di lavoro arretrato.

**FERRAGUTI.** Vorrei sapere se i progetti per gli anziani sono presenti in tutti i piani sanitari regionali.

**CARRA.** Le leggi che contengono norme relative agli anziani sono meno di dieci e diversificate fra loro.

**FERRAGUTI.** Visto che le scelte nazionali non sono vincolanti e stante il rilievo della tematica al nostro esame ormai considerata di estremo interesse in tutta Europa, mi interessava sapere se tutte le Regioni italiane erano in sintonia con i problemi di cui ci stiamo occupando.

**DONAT-CATTIN, ministro della sanità.** Le Regioni sono tenute ad adattare i loro piani regionali a quello nazionale.

**CARRA.** Ai fini della fruizione dei fondi, i progetti delle Regioni devono essere approntati entro il 1988. Per quanto riguarda i posti letto per malati non autosufficienti, esiste un modello che deve essere approvato con decreto da parte del Ministro della sanità.

**DONAT-CATTIN, ministro della sanità.** Prolungheremo la scadenza prevista soprattutto in considerazione del gran numero di Regioni esistenti in Italia.

**PRESIDENTE.** Pertanto i progetti di massima dovranno essere presentati entro il 28 febbraio?

**CARRA.** Entro quella data devono essere presentati i progetti di fattibilità cui devono far seguito, entro i successivi quattro mesi, i progetti definitivi. Tuttavia, facendo slittare un termine, slitteranno anche i successivi.



FERRAGUTI. Negli *standards* che avete definito, avete tenuto conto di quanto emerso in un convegno nazionale tenutosi a Modena alcuni anni fa cui parteciparono geriatri, architetti e sociologi?

CARRA. Il redattore del testo conclusivo di quella conferenza ha fatto parte del comitato operativo per gli anziani ed ha coordinato il gruppo che ha elaborato gli *standards*. Tale gruppo si è anche avvalso della collaborazione del consulente tecnico della Regione Lombardia e della Regione Veneto, nonché di un consulente proveniente dall'Istituto superiore della sanità. Nella definizione degli *standards* si è tenuto conto anche delle esperienze di altri paesi, in particolare dell'Inghilterra e della Danimarca.

AZZARETTI. Vorrei svolgere una prima osservazione basandomi sulle osservazioni del Ministro, alcune delle quali vanno particolarmente approfondite e tenute presenti in vista della redazione del documento finale che la nostra Commissione dovrà elaborare al termine dei suoi lavori.

Il problema principale, se non si risolve il quale con tutta probabilità sarà difficile trovare una soluzione periferica alla questione dell'anziano, in particolare di quello non autosufficiente, concerne la divisione di competenze tra il Ministero della sanità e gli organismi che si occupano degli aspetti più prettamente assistenziali e sociali.

Vi è infatti una zona grigia, un confine dove finisce la sanità e inizia l'assistenza che è difficile definire. Mi pare che soltanto con un decreto del Presidente del Consiglio dell'8 agosto 1985 si sia cominciato a fare qualche passo in avanti, in quanto, se si dovesse ricorrere solo alle risorse dell'assistenza, con tutta probabilità gli anziani non avrebbero un avvenire, soprattutto coloro che non sono autosufficienti. Ricordo, ad esempio, che la Regione Lombardia ha istituito nel 1980 - se così si può dire - le unità sanitarie locali con una «esse» in più perchè si prevedeva l'entrata in vigore di una legge-quadro sull'assistenza sociale. È difficile, per chi ne ha voglia, programmare la sanità senza poter contemporaneamente programmare l'assistenza: questo è un nodo fondamentale. Se non si scioglie, con tutta probabilità gli sforzi compiuti non daranno i risultati che ci aspettiamo.

Mi pare che il Ministro abbia in sostanza espresso una preoccupazione sugli enormi ritardi dell'unità valutativa geriatrica che si ripercuotono anche in periferia. Come è stato già detto, non si sa dove è il geriatra; anzi questa figura di medico si trova in ospedale ma non in tutti gli ospedali. Inoltre bisognerà definire, in maniera possibilmente omogenea, tutta la materia perchè in Lombardia, ad esempio, la geriatria è un settore che è stato fatto saltare.

PRESIDENTE. Non soltanto in Lombardia.

AZZARETTI. Negli ospedali non c'è il reparto geriatrico perchè il piano ospedaliero della Regione Lombardia lo aveva eliminato.

PRESIDENTE. Nel Friuli-Venezia Giulia i pochi reparti di geriatria esistenti sono stati soppressi o modificati in reparti medici.

CARRA. La geriatria, la gerontologia, la lungodegenza fanno parte di un equivoco di nomenclatura.

PRESIDENTE. Però i reparti di medicina sono una cosa diversa.

AZZARETTI. I bravi medici oggi si occupano prevalentemente di geriatria in quanto negli ospedali la media dell'età è molto alta. Ho le mie idee al riguardo e non vorrei che, istituendo troppe specializzazioni, si sdoppiassero le cattedre per favorire i professori, producendo adesso troppi studenti e dopo troppi medici.

L'ultima considerazione concerne il personale dell'assistenza. Negli ospedali ci sono reparti chiusi perchè manca il personale infermieristico per la ragione semplicissima che, dopo il recepimento della direttiva comunitaria circa la soppressione delle scuole e quindi della figura dell'infermiere generico, non è stata più programmata alcuna figura professionale. Era stato previsto l'operatore sanitario di seconda categoria, ma non c'è una scuola che lo possa preparare. Vi sono invece degli ospedali e delle unità sanitarie locali che prevedono tale figura, la quale è comunque assente sul mercato del lavoro. Nello stesso tempo c'è il problema degli infermieri professionali perchè, purtroppo, le Regioni non sono state capaci di dare un'immagine esterna in grado di suscitare interesse nei confronti di questa professione. L'esperimento di Torino sarà di difficile esportazione perchè negli ospedali, in cui non c'è la capacità di assistere adeguatamente gli ammalati, sarà ancor più difficile avere delle *équipes* in grado di svolgere quel ruolo assistenziale presente invece in altri paesi. Non si può pensare, per esempio, ad un'assistenza a domicilio senza alcun incentivo.

DONAT-CATTIN, *ministro della sanità*. Se è difficile avere dei trapianti senza alcun incentivo, figuriamoci l'assistenza domiciliare.

AZZARETTI. Si manifestano sempre dei buoni propositi che poi non giungono mai a risultati concreti. Quando si istituirà effettivamente la figura dell'infermiere geriatrico?

Come avrete potuto constatare, non ho posto delle vere e proprie domande quanto piuttosto ho svolto delle considerazioni. Vorrei però avere dal Ministro un'informazione circa il personale paramedico (di personale medico ce n'è in abbondanza); vorrei sapere cioè se sta maturando qualche iniziativa che in prospettiva riesca a soddisfare l'enorme bisogno che c'è di questo tipo di personale.

DONAT-CATTIN, *ministro della sanità*. Per quanto concerne questo settore, l'intervento legislativo del Ministero riguarda la formazione del personale e la ricerca. Vorremmo avere un centro nazionale promozionale che dovrebbe sorgere autonomamente come un'agenzia (ad imitazione di quello che si fa in Francia) oppure come un organismo affiliato all'Istituto superiore di sanità. Naturalmente questo disegno va concordato con il Ministero della pubblica istruzione. Senza un simile centro promozionale a carattere nazionale abbiamo timore che i residui passivi dei piani finalizzati alla formazione non possano essere utilizzati.

C'è però un'altra questione da considerare relativa al contratto: ci si deve riferire ad un sistema di tipo privatistico o di tipo pubblicistico? Nel 1993 gli infermieri italiani che vorranno recarsi in Francia guadagneranno il 60 per cento in più del loro stipendio; non si capisce allora perchè dovrebbero rimanere nelle nostre città. Tuttavia se introduciamo dei cambiamenti retributivi rimanendo all'interno della pubblica amministrazione, dovremo dare alle caposala uno stipendio uguale a quello di un direttore generale. Ritengo che problemi analoghi sorgano anche per i medici e che richiedono quindi un'elasticità maggiore di quella derivante dall'attuale inquadramento. Sarà il legislatore ad occuparsi di tale aspetto nel bene e nel male.

Si intende che, discutendone con l'ambiente sindacale infermieristico, si ha questo riscontro, ma è ovvio che vi è poi l'abitudine di chi ha un determinato lavoro a non volerlo cambiare. Altrimenti, potremmo anche realizzare i centri e tutto ciò che vogliamo, ma è vero che è questa una professione non appetibile in quanto richiede molto sacrificio ed un grande impegno. Le donne che hanno fatto per quindici anni l'infermiera sono distrutte fisicamente, essendo inoltre pagate in modo poco considerevole! Se non vi è proprio un declino delle motivazioni ideali, che rimangono in una parte notevole del corpo infermieristico, vi è comunque un calo di entusiasmo. Occorre individuare una realizzazione professionale soddisfacente, perchè altrimenti i discorsi sull'umanizzazione e sulla prestazione professionale non trovano alcuna applicazione pratica.

Abbiamo quindi vari problemi: innanzitutto quello di una legge organica di ordinamento; inoltre vi è il problema di individuare un centro promozionale con una certa serietà e con una possibilità di risultati non soltanto sul piano sociale.

Un altro aspetto importante è costituito dal fattore economico che è difficilmente risolvibile nel quadro rigido del pubblico impiego senza creare stravolgimenti enormi non consoni a questo settore. Sulla questione assistenza e sanità, devo dire che lo stesso progetto suggerito dalla Università cattolica è molto polemico rispetto al decreto del 1985. A livello ministeriale siamo convinti che quel decreto vada superato, in particolare per quanto riguarda gli anziani, in quanto non è possibile pensare di dividere le varie «fette» accogliendo contemporaneamente l'idea di non dividere nulla, o incorporando alcuni fatti di assistenza sociale che sono inscindibili tanto per l'anziano che per l'handicappato o per il tossicodipendente; lo stesso discorso vale inoltre anche nel settore infantile ed in quello delle malattie mentali. Sono questi i cinque progetti socio-sanitari in esame.

Facendo un passo più azzardato, si potrebbero costituire unità socio-sanitarie in tutto il territorio così da inglobare anche tutto il sociale a livello territoriale. La tesi proposta dall'Università cattolica è quella dei distretti socio-sanitari. A livello di distretti l'ipotesi è ancora più interessante che a livello di unità sanitarie locali, in quanto il distretto dovrebbe provvedere principalmente alla prevenzione in quanto si occuperebbe dell'organizzazione dei medici di base e di tutti gli interventi preventivi, dalla medicina scolastica alla medicina sportiva.

Come è possibile però pensare di realizzare tutto ciò separatamente dall'intervento sociale? È chiaro che diventerebbe tutto più difficile, per cui direi che il decreto del 1985 nella discussione più avanzata è ormai nettamente superato. Secondo me, si potrebbe addirittura arrivare alla soppressione del Ministero della sanità, in quanto il Ministero degli affari sociali potrebbe ricomprenderne tutta l'attività, anche con una dimensione più ridotta.

LOPS. Signor Presidente, non dovrei dire molte cose in quanto avrei preferito, stando alle dichiarazioni del Ministro della sanità su come stanno le cose, che si avesse un po' più di tempo per affrontare questa discussione. Infatti, dall'esposizione del Ministro, io, che per quanto mi riguarda ero già pessimista su come vanno le cose in Italia circa i problemi della sanità, sono ulteriormente convinto della mia posizione. A parte il fatto che conosco la situazione di decine di istituti in cui si trovano gli anziani, autosufficienti e non, anziani che hanno le famiglie lontane o vicine, e così via; vi è poi una questione che si sta presentando in maniera prepotente in questi giorni. Nel Policlinico di Bari, ad esempio, si stanno chiudendo sei-sette reparti proprio per le questioni di cui si parlava prima circa il personale! Le unità sanitarie locali si trovano nelle stesse condizioni.

Per quanto riguarda gli anziani, giacché siamo in tema, posso dire che in questi istituti non funziona niente, neanche la legge regionale della Puglia relativa alla materia, cioè la legge n. 49. Innanzitutto vi sono problemi di finanza; poi vi è il problema rappresentato dai progetti per le questioni di base che i comuni approntano e che poi, quando arriva il momento di attuarli, spariscono nel nulla in quanto non si dà vita a ciò che la legge prevede e tutto si riduce alla convenzione tra la Regione ed alcuni istituti. Quando poi si va a vedere questi istituti - ed io l'ho fatto - si scopre che questi non sono tali, ma dei veri e propri ghetti: altro che la legge n. 180 sui manicomi! Ci sono istituti privati in cui si possono constatare cose incredibili.

È allora possibile - questa è la mia domanda - che lo Stato sia diventato così impotente di fronte a questi grandissimi problemi? Se poi è vero, come dice lei, signor Ministro, che nel 2000 gli ultrasessantacinquenni saranno molti di più rispetto ad oggi, se essi non avranno una propria autosufficienza, non so proprio in quale condizione ci troveremo. Pongo questo problema in modo molto elementare: noi facciamo una battaglia politica a livello istituzionale per ottenere finanziamenti, che poi riusciamo ad ottenere come ha ricordato il Presidente, ma poi occorrerà fare una battaglia per attivarli.

Vi è poi un problema di controllo da parte del Ministero. È possibile che non si preveda un coordinamento delle diverse attività in questa direzione dal punto di vista delle varie istituzioni, qualunque esse siano? Possibile che non si riescano a fare cose che a me sembrano elementari? È chiaro che occorre salvaguardare la posizione e l'autonomia delle Regioni e degli enti locali, ma è questo un problema che certamente occorre affrontare.

Sinceramente, signor Presidente, signor Ministro, allo stato attuale per me che non sono tanto vecchio, ma neppure tanto giovane, c'è una sensazione di sfiducia.

DONAT-CATTIN, *ministro della sanità*. Il punto è questo: anche se ci rifacciamo sempre alla legge n. 595, abbiamo cambiato il modo di programmare (perchè era facile presentare un programma di indirizzi e lasciare poi che ciascuna Regione se la vedesse per proprio conto). Presentiamo questo programma dapprima alle Regioni per avere un loro parere e poi al Consiglio dei ministri, con impegni di spesa precisi (parlo di spesa corrente) collegati ad un dato di investimenti già acquisito.

Naturalmente, da questo punto di vista, non posso rassicurarla completamente, senatore Lops, per il suo pessimismo. So che in tre anni è possibile fare alcune cose, pur rendendomi conto che le condizioni, soprattutto nel settore dell'anziano, sono tali d'aver fatto introdurre nel disegno di legge del settore, presentato nel novembre '87, un articolo 26 in cui è prevista l'istituzione di una commissione nazionale per la verifica delle strutture per la cura e l'assistenza degli anziani. Lei, in effetti, è il primo esponente del Partito comunista che mi chiede di coordinare le autonomie; in passato mi era sempre stato chiesto di non coordinare nulla. Vi do lettura ora di questo articolo 26:

#### Art. 26.

*(Commissione nazionale per la verifica delle strutture per la cura e l'assistenza degli anziani)*

1. Con decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro degli affari speciali, è costituita la commissione nazionale per la verifica delle condizioni degli anziani nelle collettività istituzionalizzate di tipo ospedaliero per acuti, di riabilitazione o di lunga degenza per disabili fisici o psichici, autosufficienti e non autosufficienti, di natura sanitaria, socio-assistenziale o abitativa ordinaria; sia pubblica che privata.

2. La commissione ha il compito di:

a) esaminare mediante accessi diretti, con la collaborazione delle unità sanitarie locali e degli enti ospedalieri regionali ovvero con acquisizione di documenti dalle istituzioni interessate o con indagini specifiche, le condizioni di vita degli anziani nelle istituzioni stesse, il trattamento ricevuto, l'igiene e le attrezzature dei locali, le relazioni umane e sociali intrattenute, nonché l'adeguatezza degli oneri posti a carico del Servizio sanitario nazionale o degli interessati ai costi delle prestazioni e dei servizi resti;

b) collaborare alla definizione di *standards* nazionali minimi di agibilità igienico-sanitaria e di umanizzazione dei rapporti nonché di parametri medi di costo per tipo di istituzione;

c) elaborare e tenere aggiornato l'elenco nazionale per tipologia delle istituzioni e delle sedi destinate agli anziani, per le occorrenti annotazioni relative all'osservanza degli *standards* e dei parametri di cui alla lettera a). L'elenco è periodicamente comunicato dalla Commissione agli assessori alla sanità delle regioni, con motivata segnalazione delle situazioni che necessitano di interventi correttivi da parte delle unità sanitarie locali competenti.

3. La commissione nazionale per la verifica della condizione dell'anziano è presieduta da un sottosegretario del Ministero della sanità

e di essa fanno parte tre assessori alla sanità regionali, uno dei quali con funzione di vice presidente, un rappresentante del Ministro degli affari speciali, un rappresentante del Ministero di grazia e giustizia, esperti di discipline connesse all'attività della commissione tra cui almeno un sociologo, uno specialista in geriatria, uno specialista in riabilitazione, uno psicologo, uno specialista in bioetica, un medico legale, un ingegnere o architetto esperto in tipologie edilizie socio-sanitarie, rappresentanti delle organizzazioni sindacali nazionali più rappresentative dei pensionati, rappresentanti di organizzazioni di volontariato e di enti morali aventi per fine specifico la tutela degli anziani

4. La Commissione nazionale riferisce ogni semestre, con apposite relazioni, al Ministro della sanità e al Consiglio sanitario nazionale.

Questa proposta di legge è attualmente all'esame della Commissione affari sociali della Camera e spero che vi sia trasmessa al più presto. Del resto alcuni convincimenti ve li siete già formati sulla base dell'inchiesta che state svolgendo. Sarebbe opportuno istituzionalizzare - è questo l'intento dell'articolo 26 del disegno di legge - una sede di verifica della situazione ed elaborare anche un libro «nero» che funga da deterrente rispetto alle cattive abitudini di istituzioni democratiche come le nostre. Per il resto, chi come voi e come me ne ha viste di tutti i colori, conosce bene la situazione di questi istituti.

Altro non posso dire se non che abbiamo quantificato e precisato gli interventi. Procediamo così per questi tre anni, supponendo che questo intervento costituisca una traccia sulla quale si potrà pianificare anche in termini molto rigidi, crediamo che in un settore come questo sia necessario cercare di non masticare solo aria.

AZZARETTI. Non correremo il rischio che, contrariamente alle previsioni, le strutture realizzate non potranno funzionare perchè manca il personale di assistenza?

DONAT-CATTIN, *ministro della sanità*. Penso di no, perchè di ospedali abbandonati non ne ho visti. Magari non andremo *de plano*, con un funzionamento regolarissimo. Comunque vi è una domanda e vi è un'offerta e la domanda di lavoro che noi proponiamo è a fronte di una offerta ingentissima.

PRESIDENTE. Ringrazio il Ministro della sanità per il suo contributo alla nostra inchiesta.

Dichiaro chiusa l'audizione.

*I lavori terminano alle ore 22,25.*

---

SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI

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

DOTT. ETTORRE LAURENZANO