

SENATO DELLA REPUBBLICA

————— X LEGISLATURA —————

COMMISSIONE PARLAMENTARE DI INCHIESTA SULLA DIGNITÀ E CONDIZIONE SOCIALE DELL'ANZIANO

—————

Resoconto stenografico

dei sopralluoghi effettuati nella provincia di Milano
il giorno giovedì 11 agosto 1988

INDICE

Sopralluogo alla Fondazione Ferrario di Vanzago - Audizione dei rappresentanti della fondazione

PRESIDENTE (DE GIUSEPPE - DC)	Pag. 3, 4, 5 e <i>passim</i>	PINI	Pag. 3, 4, 5 e <i>passim</i>
FERRAGUTI (PCI)	4, 5, 6 e <i>passim</i>	TOGNOLO	5, 7, 9
PERRICONE (PRI)	4		
SIGNORELLI (MSI-DN)	4, 5, 6 e <i>passim</i>		

Sopralluogo all'Istituto «Piccola casa divina provvidenza» di Maleo - Audizione della madre superiora

PRESIDENTE (ZANELLA - PSI)	Pag. 10, 11, 13 e <i>passim</i>	Suor Giovanna CORNACCHIA	Pag. 10, 11, 12 e <i>passim</i>
PARISI (DC)	11, 13, 15 e <i>passim</i>		
RANALLI (PCI)	10, 11, 12 e <i>passim</i>		
STRIK LIEVERS (Fed. Eur. Ec.)	11, 12, 13 e <i>passim</i>		
TOTH (DC)	11, 12, 16 e <i>passim</i>		

Sopralluogo al «Pio albergo Trivulzio» di Milano - Audizione dei responsabili dell'istituto

PRESIDENTE (DE GIUSEPPE - DC) ..	Pag. 24, 26, 28 e <i>passim</i>	CONTI	Pag. 28, 29, 30
FERRAGUTI (PCI)	25, 26, 30 e <i>passim</i>	CORALLO	27, 37
PARISI (DC)	35, 37, 39 e <i>passim</i>	DOTTI	25, 26, 27
RANALLI (PCI)	27, 32, 33 e <i>passim</i>	PORTA	24, 25, 27 e <i>passim</i>
SIGNORELLI (MSI-DN)	27	RESTI	32, 33, 34 e <i>passim</i>
STRIK LIEVERS (Fed. Eur. Ec.)	28, 38		
TOTH (DC)	25		
ZANELLA (PSI)	30, 32, 33 e <i>passim</i>		

Sopralluogo alla Fondazione Ferrario di Vanzago

La Commissione, guidata dal presidente De Giuseppe, effettua un sopralluogo nei locali della struttura protetta. Si procede poi all'audizione del ragioniere Giovanni Pini, segretario della fondazione, e del dottor Alberto Tognolo.

I lavori hanno inizio alle ore 13.

PRESIDENTE. Dobbiamo rivolgerle, ragionar Pini, alcune domande.

La prima riguarda la procedura che viene seguita per l'ammissione a questo istituto: come il cittadino che desidera essere qui accetto si rivolge all'istituto, quali sono le procedure, i criteri, quando ci sono più domande rispetto ai posti disponibili.

PINI. Esiste un fascicolo con tutte le istruzioni.

Abbiamo una regolamentazione composta da una parte sanitaria e da altri elementi: si esprime un giudizio numerico quando è possibile, e anche un giudizio medico esteso, in modo che venga fuori un parere definitivo di ammissione. La proposta del dirigente responsabile passa al presidente che decide in via definitiva.

PRESIDENTE. Nell'eventualità che vi siano più domande rispetto ai posti disponibili, si segue una graduatoria sulla base di determinate indicazioni?

PINI. Si considerano le necessità familiari, mediche, e si cerca di favorire una persona del posto piuttosto che un milanese.

PRESIDENTE. In lista di attesa ve ne sono molti? Quanti?

PINI. Dai venti ai trenta, tra i non autosufficienti. Dagli ultimi dati mi pare che gli autosufficienti siano una quindicina.

PRESIDENTE. Qual è il costo del posto-letto?

PINI. Mi farò dare la deliberazione delle rette del 1988.

PRESIDENTE. Mentre attendiamo queste indicazioni, vorrei sapere quanti sono i posti globalmente.

PINI. 114.

PRESIDENTE. Quanti sono, allo stato attuale, gli autosufficienti?

PINI. 72, tutti gli altri sono non autosufficienti.

PRESIDENTE. Qual è la qualificazione giuridica di questo ente?

PINI. Istituzione pubblica di assistenza e beneficenza.

PRESIDENTE. Come è composto il consiglio di amministrazione?

PINI. Da sette membri, che rappresentano il comune, la provincia, l'arcivescovo e gli interessi dei fondatori.

PRESIDENTE. Come vengono soddisfatte le richieste sanitarie dei ricoverati?

PINI. Abbiamo i medici di base, obbligatori per la riforma sanitaria. La fondazione ha poi un proprio dirigente sanitario fisso. E inoltre abbiamo specialisti convenzionati.

Per quanto riguarda l'attività fisioterapica, abbiamo un contratto con la fondazione Don Gnocchi, la quale agisce in molti settori. Noi abbiamo le attrezzature, che la Don Gnocchi gestisce per gli interni ed anche per gli esterni.

PERRICONE. Non vi occupate della fisioterapia?

PINI. La Don Gnocchi provvede a tutto.

SIGNORELLI. Pagate voi la fondazione Don Gnocchi?

PINI. La Don Gnocchi opera per l'interno e per l'esterno. Per l'esterno viene pagata dalla unità sanitaria locale; noi gli concediamo telefono, locali, attrezzature, luce e riscaldamento. Cioè, paghiamo in natura.

FERRAGUTI. Non gli date i soldi, ma gli date i mezzi necessari.

PRESIDENTE. Una domanda. Nell'eventualità che la richiesta medica dell'ospite fosse tale da non poter essere soddisfatta attraverso la fisioterapia nè con le cure del medico di base, nell'eventualità che la situazione di non autosufficienza fosse particolarmente grave, il ricovero dove avviene?

PINI. Innanzitutto escludiamo solo etilismo e psichiatria. Per il resto non esiste un grado di non autosufficienza non recepibile. Per gli altri casi purtroppo si arriva fino alla morte.

FERRAGUTI. Non avete specialisti in psichiatria?

PINI. No. Alle domande di carattere medico può rispondere, comunque, il dottor Alberto Tognolo.

SIGNORELLI. Come vi regolate nei casi di demenze senili o di demenze secondarie?

TOGNOLO. Le demenze non sono una patologia psichiatrica, ma una patologia organica: vengono accettate. Le patologie psichiatriche non gravi, le forme depressive, si possono accettare. Le varie forme di demenze - Alzheimer, tipo Alzheimer, vascolari - le teniamo. Nel caso invece di forme di carattere psichiatrico dissociative, allora no... Se abbiamo problemi psichiatrici, non teniamo queste persone al centro. Se ne occupa l'unità sanitaria locale dove c'è un reparto di psichiatria, c'è un reparto ospedaliero.

PINI. Possiamo tornare adesso al problema posto dal Presidente: il costo del posto-letto. Per gli ospiti autosufficienti il costo delle camere singole è di lire 37.500 giornaliere, di un posto nella camera a due letti 36.500, della camera matrimoniale per coniugi 65.500. Questo è il costo dei posti-letto al netto dei contributi che dà la fondazione, col suo patrimonio, e dei contributi della Regione. Intendiamoci, la retta è un pacco di spese, tutte quelle necessarie per legge, detratte eventuali entrate, e diviso il numero dei giorni di presenza.

FERRAGUTI. Vuol dire che la retta da lei indicata non copre il costo reale?

PINI. No, deve aumentarlo di 20.000 lire circa. Per la camera singola che ha un costo di 37.500, abbiamo un contributo integrativo, per i non autosufficienti, di 12.000 lire al giorno, erogate dalla Regione Lombardia a valere sul fondo sanitario nazionale.

La fondazione concorre alle spese con 250 milioni circa di redditi del proprio patrimonio.

PRESIDENTE. Sommando tutti questi contributi integratori con le 37.500 lire...

PINI. Si aumenta di 22.000.

In sostanza un criterio empirico può essere il seguente: a quanto ammonta la pensione di un povero disgraziato? A un milione, 900.000, 800.000 lire al mese. Con le rette si fa allora in modo di non superare quella cifra, altrimenti si verrebbe ad incidere sulle famiglie; si incide lo stesso in qualche caso, ma una specie di guida rimane l'andamento delle pensioni pagate dall'INPS a chi ha lavorato, non per chi ha pensioni sociali.

FERRAGUTI. Non avete anziani con pensioni sociali?

PINI. Converrebbe chiudere.

PRESIDENTE. Ci sono comuni che intervengono pagando l'intera quota?

PINI. Sì, perchè fra l'altro ai comuni applichiamo uno sconto del 15 per cento, previsto nella delibera.

PRESIDENTE. Quanti sono gli assistiti la cui retta è interamente pagata dai comuni?

PINI. Vi farò avere questo dato il più presto possibile.

PRESIDENTE. La Regione non interviene in questo caso?

PINI. No.

PRESIDENTE. La Regione si limita alle 12.000 per il non autosufficiente?

PINI. È vietato per legge, non può fare assistenza.

FERRAGUTI. Agli enti locali fate il 15 per cento di sconto?

PINI. Sì, sebbene paghino a nove mesi, a un anno, a un anno e mezzo, noi siamo buoni.

PRESIDENTE. Gli altri come pagano?

PINI. Direttamente.

FERRAGUTI. L'anziano vi lascia la pensione?

PINI. Vanno in banca, sono abituati, fanno due passi. Ho ricevuto il dato richiestomi: sono 14 le rette pagate interamente dai comuni.

PRESIDENTE. Tra un anziano che aspira ad essere ospitato in questo istituto e che è disposto a pagare l'intera retta, e un anziano che riceverà dal comune il pagamento della retta, c'è da parte vostra un motivo di preferenza o vale sempre la graduatoria di cui avete parlato?

PINI. La graduatoria è sempre neutra rispetto a questi problemi. Metterò comunque a vostra disposizione tutta la documentazione.

PRESIDENTE. Quali sono i rapporti con il volontariato?

PINI. Da due o tre anni lavoro qui: queste persone le ho già trovate. Si tratta di persone di questo paese, in massima parte di signore bene.

SIGNORELLI. Dame di San Vincenzo?

PINI. Sono signore che si interessano molto a questa attività. Cercano di fare il massimo possibile di assistenza, soprattutto per l'animazione.

La Regione Lombardia con legge n. 1 dell'anno scorso ha inteso disciplinare questa materia del volontariato, prevedendo la formalizzazione di questi gruppi volontari con una forma giuridica di associazione privata, con una relativa iscrizione.

Abbiamo chiamato queste volontarie e si sono fatte parecchie riunioni; è sembrato però loro che questa forma le ingabbiasse e le spingesse in qualcosa di diverso. Il volontariato invece è libero, viene fatto in certi giorni, quando queste signore non hanno altri impegni, in quanto non sempre possono. Circa la qualità desidero che si esprima il dottor Tognolo.

TOGNOLO. La qualità è ottima. Queste volontarie non si mettono in testa grandi ideali, per cui non stanno qui tutti i giorni. Vengono un pomeriggio alla settimana, organizzano molto bene, hanno una buona preparazione: fanno animazione musicale, concerti anche di un certo livello, con musica classica e popolare, fanno teatro. Abbiamo persone che sanno fare un po' di teatro; organizzano tombolate, giochi di società, gite qui vicino. Andiamo nel parco naturale del WWF oppure in zone che richiamano il passato di questi anziani, le loro abitudini, la loro cultura. Queste donne fanno tutto molto bene.

L'anno prossimo vorrei farle partecipare ad un corso di formazione per animatori, in modo che abbiano, se non un inquadramento, comunque una formazione di base data dal personale docente della facoltà di psicologia di Milano.

PRESIDENTE. Sui 114 ospiti dell'istituto quanti sono gli anziani compresi nel territorio di competenza dell'unità sanitaria locale?

PINI. Sono il 30 per cento: quindi 37, 38. È un dato del dottor Marchesi, coordinatore della unità sanitaria locale.

PRESIDENTE. Si è mai verificato che avete ospitato più persone rispetto ai posti-letto disponibili.

PINI. No. Dove potremmo metterli?

FERRAGUTI. Ci sono posti dove lo fanno.

PINI. Negli ospedali, al Santo Spirito a Roma.

PRESIDENTE. Dunque non si è mai verificato.
Qual è la situazione del vostro bilancio?

PINI. Abbiamo un bilancio di previsione, come prescrive la legge, che parte in pareggio, e ci manteniamo, come voleva Maria Teresa di Austria, nei binari del bilancio di previsione, spendiamo quello che è scritto in bilancio.

Le rette sono rigide ed anche i redditi, che sono dati dagli affitti disciplinati dalla legge sull'equo canone. Ci sono poi i redditi agrari disciplinati dalla legge agraria. La libertà degli enti non esiste, data la centralizzazione finanziaria dello Stato italiano. Gli stipendi riguardano i sindacati, le figure professionali rientrano nel piano regionale.

PRESIDENTE. Dunque i 250 milioni che ogni anno prevedete a integrazione vi derivano dalle proprietà, dagli affitti agrari o dagli affitti delle case.

Avrei esaurito le domande.

FERRAGUTI. Che patrimonio ha questa IPAB?

PINI. In bilancio il patrimonio è di 5 o 6 miliardi. Il patrimonio però degli enti in generale, nelle singole contabilità, raccoglie solo un sacco di bugie. Quando si conosce il patrimonio reale? Quando si vende. 3.000 metri quadrati di terreno quanto valgono? Oggi 5.000 lire al metro quadro. Se però domani una industria mi chiederà il terreno, potrò venderlo a 50.000 lire al metro quadro. La valutazione viene fatta al momento della vendita. Posso dire 10 miliardi, ma se considero il patrimonio in un certo altro modo potrebbero essere 20 miliardi. Quindi il valore non ha importanza, bisogna considerare le quantità, le posizioni, l'età degli edifici. Per esempio, è crollata pochi giorni fa alla Mantegazza, una frazione qui vicino, una proprietà di cascinali. Non valeva niente; se però si facessero dei lavori, in futuro forse potrebbe fruttarmi di più.

PRESIDENTE. Lei vuole dire che la disponibilità di 250 milioni l'anno sta a dimostrare una ricchezza ed ampiezza notevole.

FERRAGUTI. Fondamentalmente sono terreni o appartamenti?

PINI. Terreni agrari, industriali e a Vanzago diverse case, anche in costruzione. Abbiamo anche un po' di BOT e CCT.

FERRAGUTI. C'è un vincolo per gli investimenti?

PINI. È l'obbligo che nasce dalla legge del 1890 e che si è perso strada facendo. L'abbiamo utilizzato quando era necessario. Se un terreno iscritto in bilancio come fondo agricolo riuscissi a venderlo come terreno industriale, ricaverai dieci volte di più e cercherei un investimento migliore.

FERRAGUTI. Vi è consentito?

PINI. Perché no? Con il decreto n. 616 si è creduto di potere trasferire tutto ai comuni, che invece sono vincolatissimi. In questo caso invece c'è un'autonomia prevista dalla legge, e la delibera è sottoposta ad approvazione.

FERRAGUTI. Non vi fanno più tante storie?

PINI. In base a cosa mi si potrebbe proibire?

FERRAGUTI. Applicate la legge Crispi.

PINI. Se mi convenisse una casa, prenderei una casa, altrimenti una fattoria o BOT.

SIGNORELLI. Vorrei fare una domanda al collega Tognolo. Vorrei sapere se con i fisioterapisti che frequentano l'istituto riuscite a soddisfare completamente la gamma di interventi di riabilitazione, che può essere fonetica oltre che neuromuscolare. Intendete anche effettuarla vicino ai letti di singole persone non autosufficienti per evitare che perdano completamente la motricità? Vorrei sapere, in poche parole, se riuscite a soddisfare il bisogno di ogni ospite col personale di cui vi giovate della fondazione Don Gnocchi.

TOGNOLO. Di solito è riabilitazione neuromuscolare, ma comunque già tratta una grossa fetta di patologie. Quando è il caso, vado al letto del paziente, nelle prime fasi dopo la frattura, quando occorre fare riabilitazione a letto.

SIGNORELLI. I pazienti cosiddetti non autosufficienti, prevalentemente a letto o in carrozzina e che non hanno grande motricità, li sottoponete ad una fisioterapia di mantenimento?

TOGNOLO. Di solito per tutti non si può. Per alcuni però, quando vedo che la situazione sta piano piano decadendo, anche se la persona è ancora in discreto stato chiedo l'intervento, cerco di arrivare all'intervento preventivo che però non è possibile per tutti gli ospiti. Non parlo solo dei non autosufficienti, ma anche della cosiddetta ginnastica di mantenimento per gli autosufficienti. Anche questa è una idea importante, mi piacerebbe poterla realizzare; stiamo pensando di farlo.

Le basi della geriatria, secondo me, sono le seguenti: la pluripatologia dell'anziano; la condizione dell'anziano, al limite tra la funzionalità e la patologia; una corretta valutazione funzionale. Non serve capire quanto l'anziano è malato ma quanto è ancora sano, questa è la novità, e, quando si sa, insistere sulla sua sanità, sulle parti che funzionano perchè funzionino sempre meglio e suppliscano eventualmente le parti che hanno una limitazione. Questi dovrebbero essere i tre concetti fondamentali della geriatria, su cui noi pensiamo di lavorare.

SIGNORELLI. Ci è stato di ausilio con le sue idee attuali della geriatria. Siamo stati fortunati, perchè abbiamo trovato una valida persona capace di sintetizzare così bene.

Quanto sto per dire non rappresenta un invito a voi: intendo dire che dovremmo individuare gli interventi e dare molta importanza alla riabilitazione intesa anche come prevenzione per il mantenimento di un certo tono muscolare e anche psicologico. Un diabetico, un enfisematoso - l'enfisema polmonare è un fatto fisiologico - migliorano con un buon cammino ed anche con la ginnastica respiratoria che è molto importante.

PRESIDENTE. Possiamo tornare a Milano.

Desidero ringraziare i nostri interlocutori e anche dire che siamo stati felici di iniziare il nostro lavoro proprio da questo istituto che ci sembra essere all'altezza della situazione.

I lavori terminano alle ore 13,40.

Sopralluogo all'Istituto «Piccola Casa Divina Provvidenza» di Maleo

Il senatore Zanella, Vicepresidente della Commissione, assume l'incarico di presidente della delegazione che si reca presso l'Istituto «Piccola Casa Divina Provvidenza», sito in Maleo, provincia di Milano. La delegazione, dopo aver effettuato un sopralluogo, procede all'audizione di suor Giovanna Cornacchia, madre superiora dell'istituto medesimo

I lavori hanno inizio alle ore 12,15.

PRESIDENTE. Come le avevo anticipato prima del nostro sopralluogo, faremo ora una serie di domande a cui la preghiamo di voler dare cortesemente risposta.

Pertanto invito tutti i colleghi a porre alla madre superiora le domande che più ritengono opportune.

RANALLI. Suor Cornacchia, quante persone prestano la loro opera in questo istituto?

SUOR GIOVANNA CORNACCHIA. Vi sono tredici persone regolarmente pagate cui si aggiungono undici sorelle della nostra comunità religiosa.

RANALLI. Vi sono, quindi, ventiquattro persone in tutto.

SUOR GIOVANNA CORNACCHIA. Fra le nostre sorelle, per esempio, ve ne è una che ha svolto il proprio lavoro nelle cucine per lunghissimi anni.

RANALLI. Qual è la ragione per cui non c'è personale specializzato nell'animazione per i residenti della comunità, per renderli più motivati, più interessati, più intellettualmente lucidi e vivi, come si dice oggi?

SUOR GIOVANNA CORNACCHIA. Sotto un certo punto di vista le nostre ragazze sono sempre a disposizione, non vengono soltanto a fare il proprio mestiere. Esse dialogano tranquillamente con gli anziani. Ritengo che, anche durante la gestione precedente, si sia avvertito il personale di questo istituto che non doveva svolgere soltanto il proprio mestiere, ma che era necessario parlare con gli anziani ed avere rapporti con loro. Proprio per questo motivo non si è mai avuta l'idea di prendere una persona professionalmente preparata come assistente sociale.

PRESIDENTE. Che qualifica hanno i vostri dipendenti?

SUOR GIOVANNA CORNACCHIA. Due di esse sono infermiere.

PRESIDENTE. Solo due infermiere su tredici dipendenti. E le altre undici sono inservienti? Per esempio, la signora che le sta a fianco, quale qualifica ricopre?

SUOR GIOVANNA CORNACCHIA. La signorina Lucia Croce ha il diploma di segretaria di azienda e tiene la contabilità dell'istituto. Bisogna tenere la contabilità soprattutto per il versamento delle rette. Si occupa inoltre anche delle fatture.

PRESIDENTE. Quindi, suor Cornacchia, lei è la responsabile dell'istituto?

SUOR GIOVANNA CORNACCHIA. Sì, sono io, anche se c'è la sorella più anziana che mi è di grandissimo aiuto ed ha una grossa responsabilità.

Bisogna capire che nelle nostre case c'è sempre molto da fare e a volte siamo addirittura travolte dai nostri compiti. Quindi la sorella anziana mi è veramente di grande aiuto.

PRESIDENTE. L'istituto riceve contributi straordinari oltre a quelli del comune?

SUOR GIOVANNA CORNACCHIA. No, non abbiamo altri contributi, eccettuata qualche beneficenza. Quindi, i contributi che riceviamo sono soltanto quelli della Regione e del comune.

STRIK LIEVERS. Non vi sono privati, ditte o società che vi danno dei contributi?

SUOR GIOVANNA CORNACCHIA. No, ripeto: non abbiamo altri contributi, ma qualche volta riceviamo delle beneficenze.

PARISI. Si tratta di lasciti, di contributi o di che cosa?

SUOR GIOVANNA CORNACCHIA. A volte qualcuno arrotonda la retta mensile, ma non si tratta mai di grandi versamenti.

PRESIDENTE. Allora gli assistiti pagano direttamente una parte della retta mensile, mentre il comune fornisce il resto?

SUOR GIOVANNA CORNACCHIA. Se l'assistito non può pagare la retta da solo, si ricorre all'amministrazione comunale: cioè quando la pensione è troppo piccola e i parenti non possono aiutare l'assistito.

RANALLI. Uno degli scopi della visita è di capire se, attorno al tema dell'assistenza sociale all'anziano è fiorito il volontariato. Lei quale tipo di esperienza ha maturato in questo istituto o anche in altre case?

TOTH. Vi sono dei giovani volontari che vengono ad aiutarvi?

SUOR GIOVANNA CORNACCHIA. Vi sono tre volontari. Vi è un signore di circa 55 anni e due nostre ex dipendenti che vengono a darci una mano.

RANALLI. Ma tra i giovani esiste questo tipo di interesse?

SUOR GIOVANNA CORNACCHIA. Purtroppo, per quanto riguarda questo istituto, devo dire di no.

TOTH. Vi sono molti giovani a Maleo?

SUOR GIOVANNA CORNACCHIA. Direi che si tratta di un numero normale.

RANALLI. Questo interesse non si riscontra neanche tra le associazioni cattoliche?

SUOR GIOVANNA CORNACCHIA. In passato avevamo una maggiore partecipazione.

TOTH. Quindi vengono a darvi una mano?

SUOR GIOVANNA CORNACCHIA. Un paio di anni fa venivano spesso, la sera, a cantare e ad organizzare qualcosa, per esempio delle cenette. Poi hanno dovuto smettere perchè, dopo una mezz'ora che sta seduto, un anziano comincia ad avere moltissime necessità. Poi, per esempio, se ad uno gli è morto il figlio, tra questo dispiacere e quello di aver lasciato la casa potete bene capire che cosa può succedere. Questi ragazzi si aspettavano che gli anziani gli dicessero bravi e li invitassero a ritornare. Purtroppo questo non si è verificato: i ragazzi, soprattutto quelli dell'oratorio maschile, hanno provato a venire, ma non hanno avuto alcun riscontro positivo.

TOTH. Hanno molta nostalgia di quando stavano da soli? Tornerebbero nuovamente nella loro casa o preferirebbero rimanere in questo istituto? Se fosse possibile, tornerebbero alla situazione precedente?

SUOR GIOVANNA CORNACCHIA. C'è una percentuale molto bassa che tornerebbe indietro, anche perchè molti assistiti hanno dei gravi malanni. In verità non sentono il bisogno di tornare a casa. Infatti, se qualcuno manifestasse l'idea, sicuramente gli altri gli direbbero: «ma come, non ti trovi bene?». In effetti dicono che si trovano bene, che non gli manca niente e pertanto non vorrebbero tornare indietro.

RANALLI. Le risulta l'esistenza, nel territorio, del servizio di assistenza domiciliare per l'anziano? Nella vostra zona le famiglie godono di una certa assistenza in questa loro opera per gli anziani?

SUOR GIOVANNA CORNACCHIA. Sì, a Maleo è stato organizzato un servizio dal comune e devo dire che funziona benino.

STRIK LIEVERS. Questo servizio è svolto da assistenti sociali?

SUOR GIOVANNA CORNACCHIA. È svolto da operatori che vanno nelle case a dare una mano, a fare la spesa, ad accompagnare gli anziani che devono uscire, eccetera.

RANALLI. Quindi gli anziani arrivano in questo istituto perchè le famiglie non sono più in grado di fornire loro un'adeguata assistenza in casa.

PRESIDENTE. Gli anziani ricoverati sono tutti di Maleo?

SUOR GIOVANNA CORNACCHIA. No, quando vi sono dei letti disponibili prendiamo gli anziani anche dai paesi vicini.

PRESIDENTE. Vi è un'altra casa di ricovero?

SUOR GIOVANNA CORNACCHIA. Sì, nelle vicinanze vi è un'altra casa più piccola della nostra con 24 posti-letto.

PRESIDENTE. In base a quale criterio il comune assegna gli anziani a questa o a quella casa di riposo?

SUOR GIOVANNA CORNACCHIA. In primo luogo viene effettuata una scelta da parte dei parenti.

RANALLI. Non è il comune che stabilisce la graduatoria, cioè chi ha diritto a essere ricoverato?

SUOR GIOVANNA CORNACCHIA. No, i parenti vengono a visitare l'istituto, si informano e poi scelgono. Questo è il criterio.

PRESIDENTE. Allora, il familiare chiede un posto-letto, voi ricoverate l'anziano e il comune paga il contributo?

RANALLI. Mi sembra un po' strano che il comune si inserisca a cose fatte e soltanto per il pagamento.

SUOR GIOVANNA CORNACCHIA. Il comune di Maleo paga soltanto una parte della quota.

STRIK LIEVERS. Allora, per un anziano non residente a Maleo il comune di Maleo non paga la sua quota?

SUOR GIOVANNA CORNACCHIA. No. Abbiamo una convenzione con il comune di Milano identica a quella con il comune di Maleo. Si integra la cifra pagata da coloro che dispongono di una pensione.

PARISI. Per i non autosufficienti paga il comune?

SUOR GIOVANNA CORNACCHIA. Il comune aiuta a pagare le rette dovute alla casa di riposo in base alle condizioni fisiche ed economiche degli anziani.

PRESIDENTE. A quanto ammonta la retta mensile?

SUOR GIOVANNA CORNACCHIA. Si parte da un minimo di 500.000 lire per arrivare ad un massimo di 800.000 lire.

PRESIDENTE. Allora, se un anziano può pagare soltanto 200.000 lire, la casa di riposo riceve dal comune una quota di circa 600.000 lire?

SUOR GIOVANNA CORNACCHIA. Dipende dalla convenzione con l'amministrazione comunale e da quanto i parenti possono pagare di tasca propria.

RANALLI. Quindi avviene una compensazione tra la quota versata dai parenti e quella versata dal comune.

SUOR GIOVANNA CORNACCHIA. Se un anziano ha la pensione minima e non può pagare la retta mensile, va al comune a chiedere l'integrazione.

PRESIDENTE. Quindi, dal punto di vista economico, le rette dei ricoverati sono coperte al 100 per cento?

SUOR GIOVANNA CORNACCHIA. Questi sono i rapporti stabiliti con il nostro comune.

PRESIDENTE. Il ritmo di vita degli anziani autosufficienti ricoverati è libero oppure devono rispettare determinate regole?

SUOR GIOVANNA CORNACCHIA. L'unica regola da rispettare è quella degli orari dei pasti.

STRIK LIEVERS. La mattina a che ora si alzano?

SUOR GIOVANNA CORNACCHIA. È preferibile che vengano a consumare la colazione tra le 7,30 e le 8,00. Comunque parecchi anziani restano in camera. I pasti, invece, sono fissati alle ore 12 e alle ore 18.

RANALLI. Non le sembra che l'orario della cena sia troppo anticipato, soprattutto ora che siamo in estate?

SUOR GIOVANNA CORNACCHIA. Purtroppo c'è il problema del personale che altrimenti finirebbe con il rientrare troppo tardi nelle rispettive abitazioni. Infatti, mentre si serve a tavola, si attende che i ricoverati abbiano terminato di mangiare, si sparcchia e si riassetta la cucina, si lavano i piatti, le posate, eccetera, si fa molto tardi per il personale che deve rientrare nelle proprie abitazioni.

PRESIDENTE. Il cibo che fornite ai ricoverati viene scelto da voi stesse? La qualità è curata da voi?

SUOR GIOVANNA CORNACCHIA. Certamente, soprattutto perchè si tratta solo di una settantina di ricoverati.

PRESIDENTE. Ma se qualche anziano avesse delle esigenze particolari, come vi regolate?

SUOR GIOVANNA CORNACCHIA. Anche a questo provvediamo noi, perchè ci sono dei medici che forniscono la dieta a seconda dei casi. Ci sono, per esempio, dei diabetici e degli anziani che soffrono di altre forme di malattia. I medici adattano la dieta ai vari casi.

PRESIDENTE. Quindi riuscite a fare dei piatti differenziati?

SUOR GIOVANNA CORNACCHIA. Sì, dal momento che non vi sono tanti ricoverati. Inoltre, c'è una suora per gli uomini ed una suora per le donne che servono nei due refettori ed il lavoro è già diviso.

PRESIDENTE. Il pasto lo decidete voi?

SUOR GIOVANNA CORNACCHIA. Certamente, a volte qualche giorno prima, a volte anche la sera prima. Naturalmente gli anziani possono dire «non mi va la cotoletta, non posso mangiare la frittata». Se lo dicono con un certo anticipo, allora possiamo cambiargli il tale piatto. Per esempio possiamo dare del cervello o del fegato. Facciamo più piatti e quindi c'è una certa scelta. Chi non vuole, per esempio, il cotechino, può mangiare l'arrosto o qualche altra cosa.

PRESIDENTE. Pensavo che faceste un piatto unico.

SUOR GIOVANNA CORNACCHIA. Anche se non mangiano una determinata cosa tuttavia riteniamo che debbano mangiarne un'altra.

PARISI. Qual è il rapporto con le famiglie d'origine? Vengono a trovare gli anziani o sono questi ultimi che si recano dai propri familiari?

SUOR GIOVANNA CORNACCHIA. I familiari vengono a trovarli molto spesso, perciò gli anziani non sono abbandonati a se stessi. Non si tratta di un «parcheggio», perchè gli affetti sopravvivono. Poi noi cerchiamo anche di sensibilizzare le famiglie in questo senso.

STRIK LIEVERS. Gli anziani si recano qualche volta a casa?

SUOR GIOVANNA CORNACCHIA. Qualcuno si reca a casa la domenica, ma non mi sembra di rilevare molto entusiasmo.

PARISI. Non sono entusiasti di andare a casa o non sono entusiasti i familiari di averli tra loro?

SUOR GIOVANNA CORNACCHIA. No, sono gli anziani che si recano a casa senza entusiasmo.

RANALLI. In questo caso sembrerebbe emergere una specie di coscienza di autoisolamento: non vogliono più tornare alle proprie case.

SUOR GIOVANNA CORNACCHIA. Noi facciamo quanto è in nostra facoltà per aiutarli.

PARISI. Per quanto riguarda il rapporto tra gli ospiti, uomini e donne, è vero che avete tentato di farli mangiare insieme e che non ha funzionato?

SUOR GIOVANNA CORNACCHIA. Sì, è vero.

PARISI. Non crede che servirebbe ad animare la casa una stimolazione dell'orgoglio di una donna nei confronti di un uomo?

RANALLI. Credo che questo servirebbe molto.

PARISI. Non servirebbe forse ad avere una maggiore motivazione?

SUOR GIOVANNA CORNACCHIA. Abbiamo tentato molte volte, ma non è mai andata bene, soprattutto la sera, quando un uomo può bere un bicchiere di più e disturbare la donna. Tra moglie e marito c'è accettazione, sopportazione, amore o altro, ma per una donna che non ha alcun legame affettivo con un determinato uomo che, magari, beve anche un bicchiere di vino in più... Capite anche voi stessi ciò che voglio dire.

TOTH. Quale, fra i due sessi, ha mostrato maggiori difficoltà?

SUOR GIOVANNA CORNACCHIA. Sicuramente le donne, perchè gli uomini stavano più volentieri insieme, anche per bere un bicchiere di vino. Ora alcuni si interessano soltanto alla televisione. Ritengo sarebbe stato molto produttivo se avessero potuto legare. Inoltre vi sono anche alcuni anziani che non si interessano nemmeno alla televisione.

TOTH. Forse sarebbe bene che la Commissione facesse delle audizioni di sociologi, psicologi e psichiatri, a livello nazionale, perchè si possa capire se stiamo parlando di cose utopistiche o reali. A parte i membri della Commissione, occorrerebbe che psichiatri, gerontologi, eccetera, ci venissero a dire se stiamo parlando di utopie o di cose reali.

RANALLI. Non vorrei, infatti, che le nostre esperienze di visitatori si riducessero a questo.

SUOR GIOVANNA CORNACCHIA. La nostra è un'opera assistenziale, non una casa-albergo.

RANALLI. Ci sono degli anziani e noi vogliamo capirne la condizione.

PRESIDENTE. Che cosa fa il comune per questi ricoverati?

SUOR GIOVANNA CORNACCHIA. Gli assistenti sociali vengono a visitarli durante le festività; organizzano feste, pranzi e parecchie altre

cosette, tuttavia la partecipazione dei ricoverati è scarsissima; soltanto due o tre uomini si dimostrano interessati.

RANALLI. Questo è quello che, in realtà, mi preoccupa moltissimo.

PARISI. L'unità sanitaria locale manda qualcuno per questi anziani?

SUOR GIOVANNA CORNACCHIA. No, non manda nessuno.

PRESIDENTE. Ho capito che non viene nessuno. Non c'è una assistenza sanitaria organizzata e metodica.

TOTH. Qual è l'età dei vostri ospiti?

SUOR GIOVANNA CORNACCHIA. Non sono tutti ultra-settantacinquenni, comunque ne abbiamo una buona percentuale.

TOTH. Questi ricoverati sono afflitti da malattie che ne limitano le facoltà intellettuali oppure si tratta di persone mentalmente sane?

SUOR GIOVANNA CORNACCHIA. C'è qualche caso particolare. Per esempio un anziano è afflitto dal morbo di Parkinson.

TOTH. Vi sono degli ammalati con una facoltà mentale diminuita?

SUOR GIOVANNA CORNACCHIA. Sì, vi sono, ma dipende soprattutto da pigrizia, indolenza, eccetera.

RANALLI. Se uno è malato, la situazione è spiegabile. Altrimenti, se un anziano è pigro o indolente va scosso, va aiutato a tenersi attivo.

PARISI. Non credo che una età media così elevata consenta di realizzare qualcosa di meglio. Se avessero un'età intorno ai 65 anni credo che la situazione sarebbe diversa.

PRESIDENTE. Non credo si tratti soltanto di un problema di età. Per esempio mio padre ha 84 anni e vive ancora in famiglia. È ovvio che si tratta di un problema diverso, ma qui bisogna cercare di realizzare le condizioni (non dico uguali) simili ad una vita attiva.

STRIK LIEVERS. È molto importante tenere in considerazione la vita vissuta in precedenza. Si tratta, in questo caso, di persone che già in passato non avevano una grande cultura ed avevano pochi rapporti con l'esterno. Pertanto è chiaro che adesso, arrivati alla loro età, la condizione è peggiorata.

SUOR GIOVANNA CORNACCHIA. Devo dire, per esempio, che questa mattina sono arrivati una signora sui 95 anni ed il figlio, che ha avuto un attacco di meningite. Sono sempre vissuti in un ambiente unico ed hanno detto che quasi vivevano in una stalla. Si pensi, quindi,

al trauma che subiscono venendo in questa casa, che loro considerano come un ospedale, perchè preferirebbero l'angoletto in cui sono sempre vissuti. Quindi a volte non c'è la possibilità di assisterli completamente e di parlargli. Magari accettassero di dialogare, anche per noi sarebbe più facile. Invece bisogna cercare di iniziare diversi tipi di discorso, nella speranza di vederli aprire il loro animo.

TOTH. Si tratta, forse, di situazioni di degrado che nascono dall'isolamento.

SUOR GIOVANNA CORNACCHIA. In realtà, in certe situazioni, si è sempre andati avanti in questo modo.

PRESIDENTE. Avete mai chiesto dei contributi per ammodernamento o per ampliamento?

SUOR GIOVANNA CORNACCHIA. Sì, ma non abbiamo avuto risposte positive. In un primo tempo, quando acquistammo la lavastoviglie, la Regione aveva inviato una circolare che diceva che si poteva ottenere un contributo. Seguirono poi altri documenti che chiedevano si arrivasse ad una convenzione e allora si sarebbe dovuto andare a Lodi perchè i nostri superiori si trovano lì. Tuttavia la nostra è nata come un'opera assistenziale e l'intenzione è di farla rimanere tale. Per cui, per adesso, non vediamo la necessità di fare una convenzione.

RANALLI. Eppure la convenzione vi inserirebbe nel circuito pubblico. Quindi è necessaria una vostra riflessione, anche come istituto religioso. Ho dato sempre buoni consigli in questo senso, a Roma, anche agli istituti religiosi, salvandone una gran parte da un sicuro fallimento.

SUOR GIOVANNA CORNACCHIA. Adesso viviamo questa esperienza e non possiamo cambiarla.

PRESIDENTE. Avete forse avuto esperienze negative a proposito di convenzioni?

SUOR GIOVANNA CORNACCHIA. Per ora abbiamo detto di no alla convenzione. Forse un domani potrà esserci, tuttavia per adesso la risposta è negativa.

RANALLI. Certo, la convenzione vi obbligherebbe a rispettare determinati canoni; vi darebbe certi indici in fatto di spazi. Per esempio ci sarebbe anche il numero minimo di unità lavorative da rispettare.

PRESIDENTE. Nel caso vi siano mariti e mogli, le coppie dormono assieme?

SUOR GIOVANNA CORNACCHIA. No, vi è la divisione fra donne e uomini. C'è stato qualche caso in cui marito e moglie dormivano insieme, ma la casa non si presta a questo tipo di decisioni.

PRESIDENTE. Tuttavia, secondo la sua opinione, è utile farli dormire insieme, è utile continuare la vita di coppia? E se la coppia è divisa questo fatto non comporta grandi problemi?

SUOR GIOVANNA CORNACCHIA. Non vi è certo una separazione netta. Le coppie stanno insieme tutto il giorno e si dividono soltanto la sera al momento di andare a dormire. Tuttavia vi sono anche altri problemi. Se uno dei due è malato certamente l'altro non è in grado di assisterlo. Ecco perchè tante volte sono loro stessi a non voler stare insieme. Infatti, in molti casi l'uno non può essere utile all'altra, perchè non sanno che cosa fare.

PRESIDENTE. Quante ore di lavoro svolge il personale utilizzato?

SUOR GIOVANNA CORNACCHIA. Fanno 36 ore di lavoro settimanale e in questo modo riusciamo a coprire le esigenze dei ricoverati. Questo anche grazie all'opera delle suore che prestano la loro assistenza praticamente senza orario. Il fatto è che, se nel complesso dell'analisi sui costi tenessimo conto della quantità di lavoro svolto dalle suore, alla fine potremmo dire che l'assistenza viene fatta a carico delle suore stesse perchè senza di loro non si potrebbe fare nulla.

PARISI. La notte, quante suore sono a disposizione?

SUOR GIOVANNA CORNACCHIA. Durante la notte vi sono due suore a disposizione.

RANALLI. Tenendo conto delle disposizioni vigenti, non mi convince il tipo di isolamento sanitario al quale lei ha fatto riferimento durante il nostro giro di ispezione. Questa non è una casa di cura, perciò le consiglieri di rifletterci sopra perchè, se disgraziatamente succedesse qualcosa, lei non potrebbe assolutamente isolare una persona. Lei, durante la nostra ispezione, ha parlato addirittura di possibili casi di epatite virale. Non scherziamo, per favore, perchè un caso di epatite virale non può essere isolato in un luogo non idoneo.

SUOR GIOVANNA CORNACCHIA. Avevo parlato di epatite virale solo per fare riferimento ad una malattia particolare, non per altro.

PARISI. Non si possono isolare casi di malattia infettiva in una casa di questo tipo.

SUOR GIOVANNA CORNACCHIA. Comunque non è mai successo nulla del genere.

PRESIDENTE. Allora non dovrebbe presentare quella zona come area di isolamento.

TOTH. In effetti abbiamo rilevato che dentro vi è un ciclostile usato da un sacerdote.

SUOR GIOVANNA CORNACCHIA. Si trova qui per aiutarci un po'. Noi chiamiamo quel luogo zona di isolamento; tuttavia, grazie al vicino ospedale di Codogno è una zona che non è stata mai utilizzata.

TOTH. Allora, perchè la chiamate zona di isolamento?

SUOR GIOVANNA CORNACCHIA. La Regione vuole che ci sia un locale di isolamento.

TOTH. L'isolamento può essere imposto per casi di malattie infettive o per fatti mentali?

SUOR GIOVANNA CORNACCHIA. Non abbiamo casi di malattie infettive. Non si sono mai verificati.

PARISI. A prescindere dal contributo concesso dalla Regione o dal comune, la convenzione viene fatta sulla base di *standards* riconosciuti di agibilità, di spazio, di servizi, di personale e di qualifiche. Tutto questo è certamente previsto da norme che, in astratto, ciascun istituto dovrebbe assumere a carico della propria amministrazione. Se non esiste una convenzione, tuttavia c'è una norma regionale che prevede che ci sia un angolo per l'isolamento, anche se quest'ultimo potrà essere sfruttato in altro modo.

PRESIDENTE. Si tratta di capire che cosa sia questa zona di isolamento e a che cosa serva, anche perchè non vi sono controlli effettivi da parte dell'unità sanitaria locale o del comune.

PARISI. Eppure questo dovrebbe essere un obbligo sia del comune che dell'unità sanitaria locale.

SUOR GIOVANNA CORNACCHIA. Non esiste un obbligo: si tratta solo di una voce «isolamento».

PRESIDENTE. Per realizzare questa zona di isolamento viene concesso un contributo?

PARISI. Credo di aver capito che loro non vogliono questo contributo perchè non vogliono convenzionarsi. Probabilmente non vogliono la convenzione perchè temono una pubblicizzazione surrettizia.

PRESIDENTE. Mi parlava di un altro istituto.

SUOR GIOVANNA CORNACCHIA. Si tratta di un ente morale.

PRESIDENTE. Il maresciallo dei carabinieri con cui parlavo durante il giro di ispezione diceva che in quell'istituto prendono meno autosufficienti. Forse ho capito male?

SUOR GIOVANNA CORNACCHIA. Credo di sì perchè hanno problemi di personale. Infatti un anziano malato richiede un'assistenza più assidua da parte del personale.

STRIK LIEVERS. In base a quali criteri stabilite se una persona è autosufficiente oppure no?

SUOR GIOVANNA CORNACCHIA. Questi criteri vengono stabiliti in base ad una visita medica ed alle cartelle cliniche. Il medico compila delle schede personali e stabilisce chi è autosufficiente e chi no.

PRESIDENTE. Ogni quanto tempo il medico compie le sue visite?

SUOR GIOVANNA CORNACCHIA. Innanzitutto compie una visita appena l'anziano entra in istituto; poi l'assistenza continua in modo pressochè giornaliero.

PRESIDENTE. Forse vengono perchè chiamati per visitare qualcuno?

SUOR GIOVANNA CORNACCHIA. No, vengono tutti i giorni a visitare i propri assistiti.

PRESIDENTE. Il medico passa tutte le mattine a visitare gli anziani ricoverati?

SUOR GIOVANNA CORNACCHIA. Infatti è così.

STRIK LIEVERS. Qual è il numero di medici che presta servizio in questo istituto?

SUOR GIOVANNA CORNACCHIA. Sono in tutto tre medici ed ognuno di loro ha un carico di ricoverati. Se può interessare, il medico lo sceglie l'anziano prima di entrare.

STRIK LIEVERS. Il medico viene una volta al giorno?

SUOR GIOVANNA CORNACCHIA. I medici hanno un giorno stabilito della settimana, ma, se è necessario, possono essere presenti anche tutti e tre nello stesso giorno. Comunque sono sempre reperibili in caso di necessità. Se poi c'è qualcuno che ha bisogno di una assistenza prolungata, non è necessario chiamare tutti i giorni i medici, vengono spontaneamente a controllare la situazione.

PRESIDENTE. Quando visitano un ammalato come si comportano?

SUOR GIOVANNA CORNACCHIA. Se l'ammalato è già stato visitato in precedenza, possono dire se sia il caso di continuare con la cura già prescritta o se sia necessario cambiare cura.

PRESIDENTE. Voi conservate le cartelle cliniche?

SUOR GIOVANNA CORNACCHIA. Certamente, ogni ricoverato ne ha una.

PRESIDENTE. Quindi voi tenete una cartella clinica anche di chi sta bene e non ha bisogno alcuno di prescrizioni particolari. Queste cartelle cliniche vengono aggiornate dopo ogni visita? Registrate anche la data in cui la visita viene effettuata?

SUOR GIOVANNA CORNACCHIA. Le cartelle cliniche vengono sempre aggiornate, anche quando un medico decide di cambiare la cura.

RANALLI. Cambiando momentaneamente argomento, ogni quanto tempo avviene il cambio delle lenzuola?

SUOR GIOVANNA CORNACCHIA. A seconda dei casi: può avvenire anche giornalmente, specialmente in presenza di una malattia. Di norma, invece, avviene una volta circa al mese, cioè tra i 25 e i 28 giorni. Tra i ricoverati c'è un gruppo di 7-8 persone con cui si tiene una certa cadenza, ma nel caso degli ammalati questo non è possibile. La nostra lavanderia è in funzione tutti i giorni per cui non c'è scadenza particolare. A volte dipende anche dalle persone, se fanno il bagno più spesso e se sono più accorte alla pulizia.

PRESIDENTE. Per quanto riguarda la biancheria personale, c'è forse un controllo oppure ognuno si autogestisce?

SUOR GIOVANNA CORNACCHIA. Per chi è autosufficiente il problema non esiste, negli altri casi interveniamo noi. Vi sono anche dei ricoverati che usano il pannolone; riteniamo che quest'ultimo dovrebbe essere anatomico, soprattutto per quegli anziani che camminano. Noi li vediamo stare in piedi, però gran parte di essi porta il pannolone. (Comunque, finché non viene sistemata la pratica dei pannoloni, se ne occupano le famiglie). Quelli di tipo rettangolare, invece, non vengono usati perchè rovinano le macchine che devono lavarli. Perciò ritengo che quelli più idonei siano quelli anatomici, anche per la persona che deve cambiare l'ammalato.

RANALLI. Vorrei capire meglio questo aspetto.

SUOR GIOVANNA CORNACCHIA. Preferisco i pannoloni anatomici sotto ogni punto di vista, perchè lei deve pensare che i pannoloni normali, quando li mettono nelle mutandine, a volte si spostano o addirittura lo perdono. Invece quelli anatomici si reggono benissimo e ve ne sono di vari tipi.

RANALLI. Questo tipo di protezione è a carico dei familiari?

SUOR GIOVANNA CORNACCHIA. Molte persone presentano la domanda all'unità sanitaria locale, che interviene fornendo i pannoloni.

RANALLI. Questa protezione è compresa nella retta mensile?

SUOR GIOVANNA CORNACCHIA. No.

PARISI. I farmaci sono compresi nella retta mensile?

SUOR GIOVANNA CORNACCHIA. Sui farmaci c'è il *ticket* normalmente previsto. Alcuni anziani usufruiscono dell'esenzione prevista dal sistema sanitario.

PARISI. In effetti vi sono farmaci prescrivibili e farmaci non prescrivibili.

SUOR GIOVANNA CORNACCHIA. Vi sono anche medicine che devono essere pagate. Pensiamo, per esempio, a chi è malato di tumore: sicuramente ci saranno dei medicinali non prescrivibili.

RANALLI. Facevo le domande di prima perchè so che il costo dei pannoloni è altissimo. Per un anziano si tratta di una spesa elevata.

SUOR GIOVANNA CORNACCHIA. Un pacco di pannoloni anatomici costa più di novemila lire.

RANALLI. Facciamo il calcolo di quanti pacchi occorrono in un mese e moltiplichiamolo per il numero di anni e vedremo che verrà fuori una cifra altissima.

SUOR GIOVANNA CORNACCHIA. Comunque, con questa protezione stanno meglio e rimangono più asciutti.

RANALLI. Si tratta, quindi, di un costo aggiuntivo non previsto nella retta mensile. Quanto tempo può durare un pacco di pannoloni?

SUOR GIOVANNA CORNACCHIA. Una scatola può durare a seconda dell'incontinenza. Ne occorrono circa tre scatole al mese per un numero di tre pannoloni al giorno. Alcuni riescono a tenere un pannolone per tutta la notte, mentre ad altri un pannolone solo non basta. Comunque non saprei fornire una media effettiva.

PRESIDENTE. Lei diceva prima che le infermiere fanno 36 ore settimanali con turni giornalieri antimeridiani e pomeridiani. E l'assistenza di notte?

SUOR GIOVANNA CORNACCHIA. È prevista l'assistenza di una suora e di una donna che viene a fare la notte.

RANALLI. Faccio ora una domanda che esula da quanto trattato fino adesso: si sapeva che oggi sarebbe stata una giornata di visita?

SUOR GIOVANNA CORNACCHIA. No, questa mattina, poi, siamo stati impegnati con i nuovi entrati.

RANALLI. La stampa non aveva dato notizia della nostra visita?

SUOR GIOVANNA CORNACCHIA. Noi non ne sapevamo niente, ed è meglio che sia andata così.

PRESIDENTE. Ringrazio Suor Giovanna Cornacchia, madre superiora dell'istituto «Piccola Casa Divina Provvidenza» e dichiaro conclusa l'audizione.

I lavori terminano alle ore 13,15.

Sopralluogo al Pio Albergo Trivulzio di Milano

La Commissione, guidata dal presidente De Giuseppe, effettua un sopralluogo nei reparti dell'istituto. Si procede poi all'audizione del professor Conti, capo della ripartizione assistenza, del professor Corallo, primario di fisioterapia cardiorespiratoria, della dottoressa Dotti, vice direttrice sanitaria, del professor Porta, primario del servizio di fisiochinesiterapia e riabilitazione, dell'avvocato Resti, segretario generale.

I lavori hanno inizio alle ore 18.

PRESIDENTE. La storia del Pio Albergo Trivulzio è ben nota. Desideriamo invece che ci sia illustrata la situazione attuale.

PORTA. Il Pio Albergo Trivulzio è istituto pubblico di assistenza e beneficenza, regolato con legge del 1890. Sta a voi fare o meno la legge-quadro sull'assistenza che finora non siete riusciti a fare.

Questa è una istituzione che per statuto è dedicata all'assistenza delle persone anziane e che ha avuto un primo riconoscimento sanitario con decreto del medico provinciale del 1960, che l'ha riconosciuta come infermeria per cronici per circa 1.200 letti. Accanto alla parte di ricovero per persone malate o comunque bisognose di assistenza sanitaria continua c'è una casa-albergo, che andrete a vedere, solo per autosufficienti. Questo risponde al concetto di una filosofia assistenziale in cui l'autosufficiente viene collocato, anche se in una situazione perimetrale comune, in suo *habitat* distinto.

Poi, sempre nell'ambito delle competenze dell'istituto, c'è una comunità-alloggio protetta ed anche un'altra sede, con caratteristiche simili a quella di Milano, a Merate, per circa 351 posti-letto, dove esiste una parte per autosufficienti ed una parte per non autosufficienti.

Per quanto riguarda l'organizzazione, c'è una direzione dell'istituto e una direzione sanitaria che sovrintende a un servizio sanitario che sostanzialmente si può articolare così come prevede la legge n. 132. Ci sono strutture ospedaliere per lungodegenti, esclusa la parte di rianimazione e chirurgica: vi sono cioè servizi di medicina, un poliambulatorio, cinque servizi speciali di diagnosi e cura, di cui uno è di radiologia ed uno di patologia clinica, di fisiopatologia e terapia cardiorespiratoria, due servizi di fisiochinesiterapia e riabilitazione: uno è stato istituito anni orsono e l'altro circa quindici giorni fa. C'è poi un poliambulatorio dove è prevista una serie di specialità, e l'ospedale diurno. Vi è anche il servizio di psicologia e di assistenza sociale.

L'organico medico è costituito dalla struttura di *équipe* con un primario, l'aiuto e assistenti, per ogni reparto. Per i poliambulatori abbiamo colleghi a rapporto professionale a seconda delle esigenze. Abbiamo anche una sezione di podologia aggregata ad una sezione di ortopedia. Per laboratorio di patologia clinica si intende il laboratorio di analisi biochimiche e microbiologiche.

Per l'ospedale diurno è prevista la possibilità di una frequenza giornaliera con 60 posti-letto, con mezzi di trasporto dell'istituto che vanno a prendere queste persone a domicilio e li riportano indietro. Questa struttura è alternativa al ricovero.

TOTH. Quanti anziani frequentano l'ospedale diurno?

PORTA. Abbiamo una media di 45 persone che giornalmente vengono.

Quando fu fatto il discorso dell'ospedale diurno, il consiglio di amministrazione dell'epoca e anche alcuni di noi fecero un giro per l'Europa, erano esperienze all'inizio: dal punto di vista dell'impostazione si è visto che gli ospedali che superavano le 65, 70 frequenze non rispondevano correttamente. Quindi, già una collocazione di 50, 60 frequenze al giorno è soddisfacente.

Ovviamente gli ospiti dell'ospedale diurno usufruiscono delle prestazioni che possiamo erogare all'interno: cioè, un ospedale diurno dimensionato con un suo organico, che però usufruisce dei vari servizi presenti nel Pio Albergo.

FERRAGUTI. Avete avuto persone passate dalla degenza al *day hospital*?

PORTA. Abbiamo avuto persone che sono passate dalla degenza all'ospedale diurno, come persone che dopo anni di frequenza dell'ospedale diurno sono passate alla degenza.

La dottoressa Dotti, che ha introdotto il telesoccorso, ve ne parlerà dettagliatamente.

DOTTI. Il telesoccorso è nato il 1° luglio; è in via sperimentazione da due mesi, con una utenza di dieci persone, proprio per rapportarci all'esigenza della popolazione. È rivolto ai nostri dimessi lungodegenti. Quindi, era vista come uno strumento a disposizione del nostro paziente riabilitato, perchè spesso la riabilitazione, nel momento del reintegro sul territorio, crea problemi di riadattamento soprattutto di ordine psicologico, massimamente a luglio e ad agosto, mesi in cui le strutture territoriali sono sicuramente più carenti. Pertanto, il nostro paziente viene istruito all'uso dei quell'apparecchio.

Poco fa abbiamo visto solo la centrale: praticamente è costituito da una valigetta tipo 24 ore, posta sotto il telefono del paziente, che viene collegata al telefono del paziente. Il paziente con un telecomando simile a quello televisivo, che ha un raggio di azione di un paio di stanze considerando anche i muri, schiacciando un bottone può parlare con noi direttamente e dire qual è il problema. Se il problema è puramente di ordine psicologico e basta una ripresa di contatto con l'istituto, che

molto spesso si rivolge anche alla famiglia di questi pazienti, il nostro rapporto si esaurisce ad un rapporto verbale. Se viceversa c'è una esigenza di ordine clinico sanitario, il nostro medico con la scheda del paziente si reca al domicilio del paziente e presta la sua opera.

PRESIDENTE. Si tratta di lungodegenti ritornati a casa dove hanno un nucleo familiare?

DOTTI. No. L'abbiamo riservato ai nostri lungodegenti riabilitati che, siccome sul territorio non trovano un referente, si scompensano, e quindi a volte è una ripresa di una sintomatologia che li aveva portati al nostro istituto. Altre volte sono difficoltà di reintegro nella vita normale.

PRESIDENTE. Una volta compiuta questa esperienza limitata a dieci persone, il telesoccorso potrà essere esteso?

DOTTI. È una valutazione che deve fare il consiglio di amministrazione. Alla fine di questa esperienza noi daremo una valutazione di efficienza.

PRESIDENTE. Che lei sappia, solo voi a Milano state realizzando il telesoccorso?

DOTTI. Di questo tipo sicuramente solo noi. Esiste un telesoccorso nel senso di una assistenza telefonica all'utente, è una specie di telefono amico. Il nostro è, diciamo così, un'apertura sul territorio, come l'ospedale diurno.

Vuole essere il rapporto dell'istituzione con l'anziano nel territorio.

FERRAGUTI. Come i medici di base, che tipo di rapporto avete attivato?

DOTTI. Noi non intendiamo sostituirci al medico di base nè al servizio sociale esistente nel territorio. Invece, proprio perchè si parla dell'anziano e si crea un tipo di rapporti privilegiati fra noi e gli anziani, si tratta del tentativo di non combinare completamente le cose e il rapporto con il medico di base è di reciproca collaborazione.

FERRAGUTI. Voi segnalate il fatto che un paziente viene dimesso?

DOTTI. Sì, perchè il nostro telesoccorso è temporaneo, vale a dire che l'utente avrà il telesoccorso fino a quando non sarà ripresa la sua vita normale nel territorio.

PRESIDENTE. Comunque non avete ancora esperienza per vedere come il lungodegente, una volta tornato a casa con il telesoccorso, reagisce al momento in cui glielo togliete.

DOTTI. I nostri utenti sono molti limitati nel numero e selezionati. Essi sono molto contenti di andare a casa con questo strumento. Abbiamo avuto anche delle chiamate pertinenti, nel senso di una ripresa della sintomatologia dolorosa in esiti di frattura del femore e il nostro obiettivo sarebbe quello di poter usare il telesoccorso in caso di necessità, nel senso che anche quella lista di attesa, che potrebbe essere breve (per esempio una settimana), possa essere bypassata da questa specie di cordone ombelicale tra l'istituto ed il paziente dimesso.

RANALLI. Il presidente ed il consiglio di amministrazione, eletti dal consiglio comunale di Milano, hanno rapporti con l'unità sanitaria locale competente per territorio?

PORTA. Il rapporto è regolato dalla situazione convenzionale per settore. C'è una convenzione con l'unità sanitaria locale per quanto riguarda le prestazioni ambulatoriali; si tratta di un convenzionamento esterno fatto con l'unità sanitaria locale. Poi, per quanto riguarda l'ospedale diurno esiste un altro convenzionamento ed esiste una convenzione anche per quanto riguarda il reparto dei ricoveri di lungo-degenza. C'è anche la convenzione del comune per i malati cronici. Si tratta, comunque, di rapporti convenzionali per modulo.

RANALLI. Non è stato molto convincente, tuttavia mi ha dato dei chiarimenti.

PORTA. Le ho detto qual è la situazione in atto. Si tratta di rapporti convenzionali con l'unità sanitaria locale, di quei rapporti pregressi che esistevano con i grossi istituti mutualistici. Mi riferisco, per la parte sanitaria, alle convenzioni con l'INAM, l'ENPAS, l'INADEL, eccetera: quando si è verificato il passaggio delle competenze tali convenzioni sono passate nell'ambito del Servizio sanitario nazionale. Poi, accanto a queste, c'è una convenzione con il centro di riabilitazione, soprattutto per quanto riguarda la riabilitazione dell'invalide in fase acuta e dell'anziano.

SIGNORELLI. Con il servizio di riabilitazione cardiorespiratoria date una completa risposta al fabbisogno sul territorio milanese?

CORALLO. Questo servizio si occupa della diagnosi e della terapia cardiologica e respiratoria dei pazienti adulti ed anziani. È convenzionato anche con l'esterno; lavora, all'interno dell'istituto, per i ricoverati e per i dimessi che vengono dall'esterno.

Oltre a chi vi parla il centro può contare su un aiuto pneumologo, un aiuto cardiologo, alcuni assistenti, su un certo numero di fisioterapisti e sul personale infermieristico. La struttura è basata su laboratori di diagnostica cardiologica e diagnostica di fisiopatologia respiratoria e su due palestre, una di riabilitazione respiratoria, l'altra di riabilitazione cardiologica. Nell'ambito dell'istituto questa attività è integrata dal centro di riabilitazione neuromotoria e cardiologico-respiratoria. Vi sono dei tempi d'attesa accettabili: tra le visite, la

diagnostica e i trattamenti siamo riusciti a ridurre nell'ordine di due mesi i tempi di attesa per la terapia respiratoria.

L'anno scorso abbiamo compiuto 7.800 trattamenti e, nei primi sei mesi di quest'anno, abbiamo già compiuto 4.810 trattamenti respiratori.

Per quanto riguarda la parte cardiologica, ci stiamo attrezzando per la diagnostica incruenta e, con l'arrivo dell'autunno, inizieremo l'attività di riabilitazione cardiologica rivolta sia ai pazienti ricoverati, sia all'esterno. Inoltre, nei progetti e negli auspici dell'istituto - e miei in particolare - c'è la possibilità di avere una lungodegenza riabilitativa o una riabilitazione cardiologica in degenza nell'istituto. Sono state individuate delle aree e delle zone dove si potrà effettuare questo, in modo che un paziente anziano dimesso da un ospedale per acuti possa essere trasferito in una unità cardiologico-respiratoria di specifica competenza, trattato dapprima in degenza, poi dimesso e seguito ambulatorialmente. Questo varrà sia per gli anziani sia per gli acuti, per sfruttare al massimo le possibilità di cui può disporre l'istituto. Questo diventerà il primo centro pubblico di riabilitazione nella città di Milano.

PRESIDENTE. Qual è la lista d'attesa più lunga: quella dei cronici, dei lungodegenti o di coloro i quali intendono frequentare la casa-albergo?

CONTI. La lista che rimane sempre più consistente è quella dei lungodegenti di sesso femminile. Per quanto l'istituto sia andato progressivamente trasformando sezioni per pazienti di sesso maschile in sezioni per pazienti di sesso femminile, tuttavia questa lista è sempre molto elevata, anche perchè il rapporto tra domanda ed offerta sul mercato in generale non è equilibrato.

PRESIDENTE. Forse anche perchè la popolazione femminile è più numerosa di quella maschile?

CONTI. In questo caso i rapporti sono molto più elevati: arriviamo ad avere rapporti di uno a tre, di uno a quattro e siamo arrivati - nel rapporto tra i due sessi - ad un massimo di uno a sette.

STRIK LIEVERS. In cifre assolute come stanno realmente le cose?

CONTI. Abbiamo una sessantina di donne in lista di attesa, mentre per gli uomini siamo sostanzialmente in pari con le domande. Vi sono tempi d'attesa che oscillano tra uno e due mesi, ma vi sono state, in passato, punte molto più elevate che arrivano perfino a tempi di 6-7 mesi.

STRIK LIEVERS. A che cosa è dovuto il miglioramento?

CONTI. Il miglioramento è dovuto ad un accorciamento dei tempi di degenza ed anche agli sbocchi diversi della situazione sanitaria in generale, perchè si tratta di un mercato che sostanzialmente non

dispone di molte risorse e queste risorse erano appostate anche rigidamente, per cui non erano in grado di seguire le modificazioni della domanda. Oggi a livello ospedaliero e di enti convenzionati c'è molta più attenzione per la domanda e, quindi, il tentativo di un adeguamento.

Per quanto riguarda i cronici, il problema non è molto significativo. Non abbiamo attese molto alte per i cronici, per il fatto che il problema è legato a quali sono le competenze passive per questi ricoveri successivi, perchè il ricovero per cronici in una struttura del genere ha evidentemente costi che non sono alla portata del cittadino medio. D'altra parte, le amministrazioni comunali non sono certo in grado di fare fronte tempestivamente alla domanda che la cittadinanza pone, per cui è difficile distinguere tra domanda reale e quella che poi viene invece canalizzata con possibilità di soluzione. Cioè, mediamente si presentano da noi a chiedere un ricovero 12/15 persone al giorno, però non è che tutte le persone che si presentano diventano clienti. Ne entreranno poi una, due o tre al giorno, per cui si ha uno scarto notevole; bisognerebbe valutarlo a livello della città.

Credo che molti pazienti cronici o cronicizzati emigrino poi verso istituzioni della provincia anche abbastanza lontane. Ci sono domande che nascono qui e che trovano soluzione a Lecco, a Lodi, a Vimercate.

PRESIDENTE. Che lei sappia, emigrando in queste località, trovano strutture sanitarie adeguate o vanno verso una sistema di emarginazione?

CONTI. Le mie informazioni sono troppo generiche per avere un significato preciso ma posso dire questo: che una volta questi sbocchi erano tantissimi e, quindi, estremamente eterogenei, con gradi di sicurezza, di assistenza, di tutela del rischio, molto variabili e insoddisfacenti; oggi sono molto di meno e migliori. Credo però che permanga il problema di una risposta insufficientemente rapida, perchè ci sono situazioni che possono, con una prevenzione secondaria, terziaria, avere ottimo esito se affrontate rapidamente, in tempo. Poi ci possono essere solo interventi emendativi che poco possono fare, garantiscono in ordine al grande rischio ma non la qualità dell'assistenza.

PRESIDENTE. Per la casa-albergo qual è la situazione?

CONTI. Va detto che è diversa dalle altre perchè non è una casa-albergo qualsiasi, così come si presenta nei modelli regionali, perchè quella che ci viene indicata dagli *standards* regionali è poco protetta, essenzialmente alberghiera, dove esistono determinate barriere architettoniche e dove esiste una certa tutela di tipo sociale ma non significativa.

Sappiamo che il livello di protezione è molto più alto nella casa di riposo rispetto alla casa-albergo come modello strutturale. La nostra casa-albergo è nata come uno degli elementi del sistema Trivulzio, per cui non è casa-albergo con connotazione limitatamente alberghiera. È

una casa nella quale c'è una presenza infermieristica sull'arco delle 24 ore, cosa che normalmente non c'è; ha riscontri infermieristici con posti sempre disponibili di fronte ad una situazione che diventi preoccupante, non gestibile nel contesto della casa-albergo.

FERRAGUTI. È una struttura protetta?

CONTI. È una struttura protetta senza però le caratteristiche di invalidità degli ospiti che hanno le strutture protette, mentre qui abbiamo reparti che sono chiaramente strutture protette. Ci sono 150 posti perennemente occupati, con attese di 5, 6 mesi circa.

ZANELLA. Con quale impiego di personale?

CONTI. Di 40 unità, specificamente per la casa-albergo.

ZANELLA. Diviso come?

CONTI. Ci sono due dirigenti di amministrazione, due assistenti sociali, un terapeuta occupazionale, un medico, dodici ausiliari, 9 operai specializzati nella ristorazione e nel bar, 4 portieri, tre inservienti per le pulizie generali, più 7 infermieri, perchè è assicurato il servizio infermieristico anche la notte.

PRESIDENTE. Non sono un medico, quindi la domanda la porrò in termini tali da provocare probabilmente il vostro sorriso. Vorrei capire se esiste qui una unità valutativa geriatrica, nel senso di una *équipe* con diverse competenze che, quando arriva l'anziano, lo inquadrano nella sua globalità, con le esigenze che potrebbe avere di ordine psicologico, medico, sociale. Esiste una struttura di questo tipo?

PORTA. Diciamo questo: per quanto riguarda la popolazione cosiddetta autosufficiente, autonoma nella casa-albergo, la valutazione sulle caratteristiche dell'ospite avviene nell'ambito delle strutture della casa-albergo. Dal punto di vista sanitario c'è un medico dell'istituto tutti i giorni a tempo definito, cioè 27 ore di presenza settimanale.

Ovviamente c'è una situazione promiscua in questo senso: c'è un nucleo di ospiti da tanto tempo nell'istituto, nella vecchia struttura, che sono poi stati trasferiti, per cui l'assistenza sanitaria è a carico di questo istituto. Coloro che sono entrati di recente direttamente dal loro domicilio mantengono il loro medico SAUB, il medico di base: cioè, sono domiciliati qui, ma è come se fossero presso il loro domicilio precedente.

Per quanto riguarda la visita di accettazione nella casa-albergo, c'è questo nostro medico, lo psicologo, l'assistente sociale, per i nuclei di autosufficienti. Ovviamente, questa comunità ha a disposizione 24 ore su 24 il servizio di guardia dell'istituto. Per esempio, la responsabilità igienico-sanitaria della casa-albergo fa capo al nostro direttore sanitario. Per quanto riguarda l'urgenza medica, c'è il servizio di guardia dalle 13 del pomeriggio alle 8 del mattino, che serve per tutta la popolazione ospitata.

Per quanto riguarda invece il malato, il cronico a carico del comune, il ricovero in lungodegenza riabilitativa, l'accettazione è regolata in determinati passaggi. In questo momento sto forse toccando competenze di direzione sanitaria... Le spiego molto in breve e dico subito questo: le strutture di lungodegenza riabilitativa che si trovano in questo istituto sono riferite preferibilmente e prevalentemente a persone anziane, perchè la tradizione assistenziale dell'istituto riguarda proprio l'anziano. Non vi sono giovanissimi, comunque vi sono anche persone di 30, 40 anni, anche perchè ci sono delle situazioni particolari, come può essere uno stato comatoso, eccetera. Pertanto, avere servizi specialistici strutturati in un certo modo è necessario. Infine, le tecniche si erogano o i procedimenti curativi non variano a seconda dell'età.

A questo punto se una persona vuole essere ricoverata in lungodegenza riabilitativa viene con un certificato del suo medico di famiglia che illustra i motivi del ricovero. Questo nel caso di una persona che si trova nel proprio domicilio. Nel caso, invece, che una persona sia ricoverata in ospedale, deve venire con la certificazione compilata dal medico dell'ospedale dove il malato si trova per un evento acuto. Successivamente dalla struttura ospedaliera avviene il passaggio in una struttura per la lungodegenza.

Quindi, oltre alla certificazione del medico della SAUB o del medico ospedaliero dell'istituto in cui il malato si trova, noi inviamo il questionario dove vengono compilate alcune voci. Quando il parente o l'assistente sociale viene a presentare la domanda, è ricevuto dall'assistente sociale di accettazione e c'è anche un nostro medico che inizia la preistruttoria della situazione, per avere il profilo clinico e sociale dell'ammalato. Si tratta di un lavoro che può essere fatto anche successivamente. Poi si decide se c'è necessità o meno di un ricovero di queste persone.

Al riguardo è previsto anche uno *screening* non generalizzato ma finalizzato caso per caso. Vi sono i nostri medici che si recano a domicilio o in ospedale per vedere la verifica di congruità tra la richiesta e le nostre possibilità. Tanto per fare un esempio, io, come fisiatra, ho fatto dal 1985 ad oggi circa 400 *screenings* presso ospedali e la richiesta che mi veniva rivolta non era riferita a tutte le patologie, ma soltanto a quelle di mia competenza, cioè il malato neurologico, il fratturato, eccetera. Questo anche perchè molte volte, quando abbiamo richieste di ricovero provenienti dagli ospedali, ci troviamo di fronte a delle patologie complesse. Infatti, accanto alla lesione o alla frattura, abbiamo a volte situazioni di compromissione generale, per esempio i malati in coma. Noi non possiamo prendere tutti i malati in stato di coma, perchè occorrono livelli assistenziali che magari non possediamo.

Quindi, posso dire che quando mi reco in ospedale per fare questa verifica redigo una specie di verbale e prendo atto della cartella clinica. Normalmente questa attività è bene accolta dai colleghi ospedalieri ed ho sempre trovato molta collaborazione. Poi, in base a questa valutazione, c'è la decisione dell'assistente sociale o del medico di accettazione che dipende dalla direzione sanitaria, sia per far ricoverare l'ammalato, sia anche per indirizzarlo, perchè per i 400 letti di lungodegenza riabilitativa abbiamo cercato di avere non soltanto la

caratteristica della lunghezza della degenza, ma anche di dare, a grandi linee, una impostazione specialistica che non può essere spinta oggi oltre un certo limite, perchè la lungodegenza dell'anziano presenta anche situazioni di polipatologia. Per esempio il fratturato, il malato neurologico, viene avviato su una degenza specifica di riabilitazione per neuromotulesi; il malato cardiorespiratorio viene avviato su una degenza che abbia un certo tipo di impronta internistica.

L'unità operativa di valutazione geriatrica non esiste da noi dal punto di vista formale; essa viene svolta in termini generali, perchè tra l'altro, in questa sede, specie nei primi 15 o 20 giorni da quando il malato entra, viene rivalutato il tutto. Noi marciamo con una cartella clinica ospedaliera; facciamo le radiografie, l'elettrocardiogramma, e tutto il resto. Per la verità abbiamo sempre avuto un'enorme possibilità di fare degli esami. In certi casi, però, come nel caso di una risonanza nucleare, poichè non abbiamo la possibilità di farlo in sede, portiamo gli ammalati all'esterno. Alla fine si ha un quadro completo. In sostanza, abbiamo la possibilità di fare quasi tutti gli esami.

FERRAGUTI. La struttura è fondamentalmente impostata sul settore ospedaliero, ma questo è un istituto nato con una legge assistenziale: in che cosa si configura la parte assistenziale di tutto questo lavoro sostanzialmente sanitario?

RANALLI. Questa domanda volevo già porla io. Secondo me qui ci sono reparti ospedalieri da regionalizzare e trasferire alle unità sanitarie locali.

PORTA. La Regione ha riconosciuto, nel 1981, la natura di istituto geriatrico svolgente attività di carattere sanitario. Comunque noi rimaniamo dell'idea che questo non sia un istituto con una sola caratteristica, bensì un sistema con diverse componenti. Pertanto non intravediamo in quest'istituto la sola immagine ospedaliera.

ZANELLA. In questa trasformazione ospedaliera siete stati agevolati? Avete ricevuto collaborazione o siete stati ostacolati da parte del comune, della provincia o della Regione?

RESTI. Non abbiamo trovato particolari agevolazioni o ostacoli. Diciamo che si è trattato di un processo naturale che non ha ricevuto spinte. Anzi, il sopralluogo effettuato nel 1985 da parte di una commissione mista comune-Regione sull'attività di questo ente si è concluso con il riconoscimento che lo stile organizzativo dell'ente era valido sia sul versante sanitario che su quello assistenziale e che rientrava in un sistema misto. Teniamo anche presente che in Lombardia le unità sanitarie locali si chiamano effettivamente unità socio-sanitarie locali.

Quindi si è riconosciuta la validità del modello e si è dato il benessere per il suo sviluppo.

FERRAGUTI. Devo dire che la mia domanda non ha avuto la risposta che meritava. Essa atteneva alla parte di fondo sociale. Ho

capito che una parte la risolvete con un fondo sanitario, ma c'è una parte dell'assistenza che viene risolta tramite un fondo sociale e con finanze comunali. Qual è questa parte.

RESTI. I 600 letti per i cronici sono per il 90 per cento supportati dal comune che paga la retta e poi si rivale in parte sui familiari, là dove esistano dei redditi che richiedano l'integrazione da parte del comune della retta pagabile tramite i parenti. Quindi abbiamo due fonti di finanziamento distinti: una di finanza locale, l'altra del Servizio sanitario nazionale che paga il laboratorio di lungodegenza, il riabilitativo, il *day hospital*. La finanza locale compensa la parte dei cronici.

RANALLI. I servizi sanitari sono a pie' di lista?

RESTI. No. Abbiamo una retta che determiniamo a fine anno, che viene approvata e che in genere carica sulla retta dei lungodegenti buona parte dei costi dei servizi sanitari, nella presunzione che i servizi sanitari abbiano maggiore riferimento alla parte di lungodegenza.

Anche per i cronici non c'è distinzione; se c'è una radiografia da fare, non si mandano all'ospedale vicino.

PRESIDENTE. Qual è la situazione reale del bilancio?

RESTI. È generalmente in pareggio effettivo. Conseguiamo il pareggio in termini pratici. Io provengo dagli ospedali, dalle unità sanitarie locali e posso affermare che si tratta di un ente economicamente sano. In effetti, non esistono grosse possibilità di autofinanziamento; pertanto, quando ci sono programmi di ristrutturazione, come in questo momento, non è che i mezzi siano di estrema consistenza, anche perchè i beni patrimoniali sono di difficile alienazione, soggetti ad autorizzazioni, regolati dalla legge.

Gestiamo un grosso patrimonio, ma per la maggior parte è di proprietà degli orfanotrofi: si tratta dell'80 per cento che corrisponde a 2.000 contratti di affitto.

Quest'IPAB ha un patrimonio molto limitato e, tra l'altro, anche di difficile alienazione. Il consiglio di amministrazione amministra quattro enti: il Pio Albergo Trivulzio - che comprende l'istituto con la casa-albergo - l'istituto di Merate che ha 350 posti-letto, l'orfanotrofio maschile, detto il «Martinicchia» che ha 451 anni di vita, l'orfanotrofio femminile, detto delle «Stelline», il pensionato Manfredi di Monfort, che è una istituzione pubblica di assistenza e beneficenza molto ridotta e che è stata assorbita recentemente nella casa-albergo, perchè la struttura era ormai bisognosa di grossi lavori. Il pensionato era previsto per il ricovero di donne, in genere di professoresse in pensione. Gli orfanotrofi e il Pio Albergo Trivulzio hanno bilanci separati; il patrimonio degli orfanotrofi non può essere alienato per nostri investimenti.

ZANELLA. Il patrimonio che potrebbe essere utilizzato a favore di questo istituto è di difficile alienazione?

RESTI. Innanzitutto il patrimonio è di scarso pregio; l'alienazione è poi subordinata ad autorizzazioni comunali, regionali, per la legge di salvaguardia. Vi sono poi fondi affittati con i patti agrari, sono affitti lunghissimi, e quindi l'alienazione non è conveniente.

ZANELLA. Il patrimonio è immobilizzato, dunque.

RESTI. Ci sono case popolari, ma mettere in vendita case popolari significa scatenare molte proteste. Secondo le stime, il patrimonio del Trivulzio è attorno ai 20 miliardi.

PRESIDENTE. Come finanziate le ristrutturazioni?

RESTI. Le vie sarebbero tre: gli avanzi di gestione che, quando ci sono, sono sempre modesti e ridotti a 400, 500 milioni l'anno su bilanci di 50 miliardi; sono cifre poco significative. Abbiamo anche l'accesso al credito attraverso i mutui; non sempre però abbiamo l'opportunità di averli alle migliori condizioni, perchè il mutuo soggiace all'esigenza delle ipoteche con procedure lunghe. Attualmente abbiamo una certa agevolazione dal nostro tesoriere, che concede sostanzialmente mutui senza alcuna garanzia. Abbiamo finanziato con due mutui, uno di 3 miliardi e l'altro di 2 miliardi e 400 milioni, la costruzione che sta sorgendo, che è il primo modulo dell'intero programma di risanamento dell'istituto.

L'istituto è formato da un anello centrale da cui si dipartono quattro denti di pettine che sono altrettanti volumi con 100 posti-letto ciascuno. Al posto di ogni due volumi ci sarà un solo volume che terrà 150 posti-letto. Quindi, si allargheranno gli spazi di tre volumi con quattro piani invece che due. Il modulo che sta crescendo verrà ripetuto nell'altro lato. L'anello centrale nel concetto dell'ingegneria e dell'architettura degli enti è stato definito struttura valida. Nell'anello centrale hanno sede i servizi; i bracci laterali sono invece reparti di degenza o di alloggio.

ZANELLA. Vorrei sapere se il patrimonio dà una rendita all'istituto o se invece produce passività.

RESTI. No, il patrimonio ha cessato di essere passivo. Per quanto riguarda il Trivulzio, eravamo arrivati nel 1981 a 50 lire al giorno per degenza. Era vergognoso che il patrimonio fosse passivo. Oggi è tutto attivo, ovviamente non solo per merito dell'amministrazione, ma anche di una legislazione che sugli usi diversi ha consentito la rinegoziazione: abbiamo 600 contratti. Ci sono poi le leggi sui fondi.

ZANELLA. L'attività è quindi al massimo.

RESTI. Oggi ha realizzato la punta massima, perchè c'è stato un rinnovo recente degli usi diversi ed anche dei contratti agrari. Abbiamo una cinquantina di poderi in aggiunta alle case, generalmente a Milano.

Il nostro tesoriere è la Banca del monte di Milano, che adesso è la Banca del monte della Lombardia. Abbiamo, quindi, accesso a questi mutui.

Devo pure dire che è stato pubblicato recentemente un piano socio-assistenziale che prevede un finanziamento di parecchie decine di miliardi nel prossimo triennio. Noi abbiamo fatto un programma di accesso a questi finanziamenti, che possono essere a fondo perduto oppure fidejussioni per acquisizioni di mutui: il comune, nel deliberare le priorità di Milano, ci ha messo al secondo, al terzo e al quinto posto. Noi costruiremo una residenza protetta con 150 posti-letto. Il comune ha proposto alla Regione di assegnarci per la costruzione di questa residenza protetta un contributo pari a 7 miliardi, quasi il 50 per cento.

RANALLI. La Regione ha deciso?

RESTI. La Regione deve ancora decidere; ha sentito il comune di Milano in quanto comune interessato, ma ci vorranno mesi prima che ci inseriscano o meno in questi tipi di finanziamento. Si ha però ragione di ritenere che avremo una risposta, perchè la Regione è nettamente impegnata a potenziare, soprattutto a Milano, i posti-letto in quanto c'è un notevole fabbisogno.

RANALLI. C'è una concentrazione per grandi aree metropolitane.

RESTI. Crediamo di avere successo nell'ottenere il finanziamento.

PARISI. Gli amministratori sono retribuiti?

RESTI. Non hanno alcuna retribuzione, hanno una indennità di carica approvata dal comitato regionale di controllo che equivale a 25.000 lire per accesso, per un massimo di 15 accessi al mese.

PARISI. Anche il presidente?

RESTI. Sono delibere regolarmente approvate. Il presidente è un dipendente della unità sanitaria locale e, come tale, usufruisce di una norma che gli consente di mantenere il trattamento economico che aveva come caporipartizione di una unità sanitaria locale: quindi percepisce lo stipendio che già gli competeva in quella sede.

PARISI. E se non appartenesse ad una unità sanitaria locale?

RESTI. Se non fosse un dipendente dell'unità sanitaria locale prenderebbe una indennità di carica leggermente superiore a quella dei consiglieri.

ZANELLA. Quindi voi operate in modo tale che la struttura diventi sanitaria del tutto?

RESTI. Non è così, perchè ritengo che per il Pio Albergo Trivulzio la definizione di solo sanitario o solo assistenziale sia molto riduttiva; si tratta, invece, di qualcosa che combina insieme i due aspetti.

ZANELLA. Poichè siamo arrivati a 150 assistiti nella casa-albergo, la restante parte di assistenza dove la svolgete?

RESTI. I 600 posti-letto dei malati cronici hanno certamente un carattere assistenziale ed il comune interviene nel pagamento. Anche i 150 letti della casa-albergo fanno parte di un sistema assistenziale.

ZANELLA. Gli interventi che voi effettuate in questa struttura sono finalizzati a potenziare l'aspetto sanitario-ospedaliero oppure quello assistenziale?

RESTI. Il volume che stiamo già costruendo è finalizzato ad una residenza protetta a tutti gli effetti, quindi ad un modello che rientra nelle prescrizioni del piano socio-assistenziale. Poi è chiaro che, se si parla con un primario del servizio sanitario, questi sarà portato a specificare questa sua attività; al contrario, se si parla con un operatore assistenziale, egli sarà portato ad enfatizzare il suo settore. Tuttavia non credo che l'amministrazione abbia intenzione di fare del Trivulzio un ospedale. Certo, un ambulatorio non può avere carattere assistenziale, ma una casa-albergo non sarà mai parte integrante di un sistema sanitario.

PORTA. Vorrei solo far presente questo: a Monza c'era una casa di riposo, Villa Serena, che, ad un certo punto, negli anni scorsi fu trasformata in ospedale geriatrico ed ora fa parte dei presidi ospedalieri. In quella zona (si tratta di un'esperienza diretta) quando arrivava il vecchio non autosufficiente, un cronico, non sapevano dove collocarlo e si dovette aprire un altro istituto. Tuttavia, qualche anno dopo, ci fu dirottamento di cronici da Monza a Milano.

Nel 1968-69, vigente la legge Mariotti, era previsto che altri istituti potessero chiedere, con il tempo, la possibilità del riconoscimento come ente ospedaliero, così come fece anche l'ospedale geriatrico di Padova, quello che si trova in piazza Mazzini.

Ci fu un dibattito interno, al Trivulzio, per decidere se fare o non fare questa domanda di passaggio. In quella fase, in quel momento, si decise di non presentare la domanda di passaggio dell'istituto ad ente ospedaliero.

Sostanzialmente ritengo che se l'istituto avesse preso la strada dell'ospedale, con tutte le situazioni e gli oneri complessi che comporta la gestione di un ente ospedaliero di Milano, con quella grande necessità di posti-letto per le persone anziane e per i non autosufficienti, avremmo avuto un ospedale in più ed una struttura in meno per i cronici, pur con tutti i suoi difetti.

Chiedo scusa ai colleghi che hanno una loro grande e illustre tradizione ospedaliera per il discorso che faccio (e che ho fatto anche nelle sedi politiche di cui faccio parte come cittadino). Secondo me devono esistere delle strutture di tipo intermedio tra l'ospedale ad alta tecnologia con tutti i servizi (qui, il discorso chirurgico non l'abbiamo mai fatto, perchè sarebbe stato improprio allestire sale operatorie e servizi di anestesia quando ci sono degli ospedali a 500 metri in linea d'aria) e strutture adeguate a fronteggiare la componente disabilità e gli

handicaps che giocano molto nella patologia e nell'invalidità; si tratterebbe quindi di potenziare i servizi di riabilitazione ed una serie di servizi diagnostici per erogarli in questa sede dove la componente assistenziale e la componente sanitaria hanno delle implicanze estremamente intime; dove, sostanzialmente, si può erogare una assistenza sanitaria di tipo ospedaliero, dove però la componente non medica del personale sanitario può essere più necessaria di quella medica.

A questo punto potremmo dare un'assistenza sanitaria dignitosa a 300.000-400.000 lire al giorno e nel contempo offrire una base assistenziale che può essere significativa.

Avendo noi nella stessa struttura la parte ospedaliera e quella assistenziale, quando il nostro cronico ha bisogno di alcuni esami li può fare tranquillamente in sede, come se fosse ricoverato in un ospedale. Sto facendo un discorso di tipo sanitario e non di competenza amministrativa. Se ho un cronico malato di emiplegia gli posso prestare tutte le cure necessarie come se si trovasse in ospedale.

PRESIDENTE. Allora lei dice: non tolgo nulla, ma questa integrazione mi fa spendere di meno.

PORTA. Però teniamo presente anche che in altre strutture o in altri paesi il discorso è squisitamente ospedaliero. Per l'anziano (non mi riferisco al fratturato acuto, perchè si tratta di un altro discorso) per le terapie di mantenimento o il prolungamento di lungodegenza, una struttura inter-media (e qui viene fuori il discorso di strutture integrate, con ospedali, ambulatori, eccetera) è un discorso per il quale la legge n. 833 risponde bene ad un modello strutturale di questo tipo.

In questa sede noi riusciamo a realizzare tante cose proprio perchè, tra l'altro, essendo una struttura non troppo piccola abbiamo la possibilità, tramite un certo bilancio, di erogare tante prestazioni. Ripeto, faccio sempre un discorso di struttura sanitaria, non di struttura ospedaliera.

CORALLO. Vorrei ricordare che la parte diagnostica in questa sede è tutta incruenta. Anche per la parte cardiologica si fanno le prove da sforzo, si fa l'ecocardiografia, eccetera, ma non facciamo il cateterismo cardiaco perchè non ha senso farlo. È chiaro però che se il paziente ha una crisi anginosa, siamo in grado di curarlo e non lo mandiamo in ospedale.

Stiamo istituendo un sistema di cardiotelefono per cui il medico di guardia, quando il servizio di cardiologia non è operativo, per esempio la domenica pomeriggio o di notte, può correre al letto del paziente, fare l'elettrocardiogramma; se poi ha dubbi, può trasmetterlo via telefono ad un centro di lettura dove ci sono specialisti in grado di dare una interpretazione, un consiglio di tipo terapeutico. Questo vuole dire anche risparmiare in termini di costi. Dovrei, altrimenti, avere un intero servizio di guardia di cardiologia 24 ore su 24 e ciò non fa parte dei compiti istituzionali di questo istituto.

PARISI. Questa istituzione ci fa riflettere. Probabilmente si tratta di un complesso che sorprende chiunque entri, se non è a conoscenza di

caratteristiche, funzioni e finalità dell'istituto, e sembrate quasi attardarvi su vecchie logiche che hanno voluto conservare tradizioni, retaggi del passato. Sarebbe certamente opportuna una riflessione sull'opportunità della scelta che avete fatto di non farvi ospedalizzare. Ciò suscita la mia ammirazione per gli operatori di maggiore responsabilità, perchè altrove si è subito pensato di diventare ospedalieri. Per caso la vostra esperienza, dopo quello che abbiamo vissuto sulla pelle di tutta l'Italia con riforme e controriforme, può costituire una proposta del futuro invece che un attardarsi nel passato?

PORTA. Questa è una domanda che comporterebbe una riflessione sia di natura giuridica che di natura organizzativa. Ritengo che questo coacervo di servizi possa avere un suo significato in una dimensione assistenziale integrata e in una visione che porti il sanitario-assistenziale ad una unica risposta. Il discorso grosso è questo: dovremmo dare per il vecchio una risposta di civiltà complessiva dove la componente sanitaria e quella assistenziale - intendo dire in senso generale - vadano di pari passo, perchè molte volte la perdita dell'autonomia deriva da una causa fisica, e può avere ripercussioni, risposte diverse a seconda del supporto economico a monte o a valle.

È un discorso grosso nel quale, per esempio, il decreto del Presidente del Consiglio dell'8 agosto 1985 è stato un passo avanti. In questo momento non sto parlando come primario. Siamo ancora alla prima parte di un'opera incompiuta, perchè francamente dovremmo poter avere la possibilità di dire tutto sul vecchio e di dare tutto quello che occorre, sia su un versante che sull'altro; ci sono infatti situazioni di interscambio, e molte volte il voler portare regole e regime ospedaliero in strutture per anziani malati è un errore. Nell'ospedale si entra e si esce e comunque si va per poi uscire; nelle strutture per anziani spesso si va per rimanere e l'uscita è un'altra. La regola che alle 9 c'è il giro del medico, per cui il vecchio deve stare a letto, è inaccettabile in una struttura per anziani non autosufficienti; il discorso è che qui hanno la loro casa. Chiedo scusa ai colleghi ospedalieri, ma sono contenuti di condotta generale che devono essere estremamente rispettosi delle persone che hanno qui la loro casa. E la legge n. 833 dal punto di vista culturale era già un tentativo di risposta.

RANALLI. Ammiro chi ancora crede nella legge n. 833.

PORTA. Agli articoli 1 e 2 senz'altro.

STRIK LIEVERS. Dal punto di vista assistenziale i provvedimenti che prendete di gestione della vita di queste persone, lungodegenti o cronici, di che tipo sono? Parlo di provvedimenti per metterli in condizione di sopportare psicologicamente meglio la loro situazione.

PORTA. Per i lungodegenti si cerca, nei limiti del possibile, di stabilire traguardi di recupero anche modesto: cioè, andare in carrozzella è già un traguardo, come pure essere autosufficienti nel mangiare. Le tecniche sono quelle degli ospedali ma si riducono i

traguardi; si cerca di rendere l'anziano il più possibile autonomo; si cerca di rimandare a casa il lungodegente quando è possibile.

PRESIDENTE. Si riducono i traguardi?

PORTA. Si riducono i traguardi di recupero. La persona anziana ha problemi di competitività per la sua autosufficienza. Cosa faceva prima a casa? Provvedeva a se stesso, ma non andava a lavorare; passando gli anni, c'è il problema di riportarlo al suo livello. Uso il termine «competitività» in accezione generale per rapportare il malato a quello che faceva prima dell'evento morboso. Il giovane ha un altro programma. L'intervento rieducativo deve essere mirato alle esigenze della vita di queste persone.

Per quanto riguarda invece il problema dei cronici, c'è il direttore dell'istituto che può dire determinate cose.

PARISI. Ho colto nel nostro colloquio diretto e indiretto le opinioni che in generale lei rappresenta, così come il tentativo di contrastare altre opinioni che pure non rappresenta. Ne parleremo casomai al di là di questo nostro incontro.

Visto che siete una struttura anomala per il discorso fin qui fatto, visto che lei è un fisiatra e quindi conosce meglio di noi, almeno di me, la situazione generale in Italia, ritiene che siano molte e consistenti le realtà simili nel nostro paese?

PORTA. Le rispondo che nessuno è profeta in casa sua.

PARISI. Ci sono situazioni analoghe, per esempio, in Emilia, in Sicilia, in Sardegna? Se ci fossero, mi permetterei di fare alcune proposte di lavoro al Presidente. Se poi voi organizzaste un incontro sull'integrazione del sociale e del sanitario per l'anziano, fatto sul serio, non un convegno di parole, sulla vostra esperienza raffrontata alle nostre sensibilità politiche, sociali, umane, territoriali, io sarei, per esempio, ben lieto di venire.

PRESIDENTE. La domanda forse ci interesserebbe. Ci sono in altre parti d'Italia istituti simili?

PORTA. Ho sentito dire che in alcune parti d'Italia sono stati fatti tentativi di risposta in questo senso. Certamente nella realtà lombarda si è potuto fare molto, proprio perchè esiste una situazione anomala ed atipica di sommatoria di risorse, eccetera; questo perchè Milano dà una risposta, in generale, molto più aperta.

Io ho una esperienza genovese, perchè mi sono laureato a Genova e la mia tesi di laurea era dedicata alla questione dell'emiplegia, per cui ho visitato numerosi istituti che si occupano di questo settore. Devo dire che, una volta arrivato in questa sede, ho trovato veramente delle possibilità enormi di lavoro, cosa che sicuramente non sarebbe avvenuta in un altro istituto. Avevo vinto, infatti, un concorso in una struttura ospedaliera di Padova e lì, in quella sede, non avevo avuto grandi possibilità di sviluppare il mio lavoro.

In questa sede, invece, ho trovato un gruppo di operatori che, venendo da esperienze universitarie, ha cercato veramente di lavorare ed abbiamo realizzato un certo progresso. Ovviamente dobbiamo ringraziare le amministrazioni passate ed anche quella attuale, che ci hanno dato molto fornendoci sempre i mezzi necessari. Infatti ci è stata data anche la possibilità di fare esami molto costosi. Abbiamo un prontuario terapeutico che è stato mutuato da un ospedale e vi abbiamo aggiunto tutta una serie di cose.

Infine, per quanto riguarda l'aspetto più politico, che esula dalla mia competenza, potrete avere maggiori chiarimenti dal presidente dell'istituto e dal consiglio d'amministrazione, anche per il rispetto che loro dobbiamo.

PRESIDENTE. Ringrazio a nome della Commissione tutti gli intervenuti e dichiaro conclusa l'audizione.

I lavori terminano alle ore 19,15.

SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI

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

DOTT. GIOVANNI LENZI