



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 68

**COMMISSIONE PARLAMENTARE DI INCHIESTA
sull'efficacia e l'efficienza del Servizio
sanitario nazionale**

ESAME DELLO SCHEMA DI RELAZIONE SUL SOPRALLUOGO
EFFETTUATO IL 20 NOVEMBRE 2007 PRESSO LA CASA DI
CURA «SAN RAFFAELE» DI CASSINO

ESAME DELLO SCHEMA DI RELAZIONE SUL SOPRALLUOGO
EFFETTUATO IL 1° LUGLIO 2007 PRESSO IL «CENTRO SICURO»
DEL COMUNE DI FIRENZE

70^a seduta: mercoledì 6 febbraio 2008

Presidenza del presidente TOMASSINI

I N D I C E**Esame dello schema di relazione sul sopralluogo effettuato il 20 novembre 2007 presso la Casa di cura «San Raffaele» di Cassino**

PRESIDENTE	Pag. 3, 6, 7
BODINI (<i>PD-Ulivo</i>)	6
BOSONE (<i>Aut</i>)	6, 7
CURSI (<i>AN</i>)	6
MONACELLI (<i>UDC</i>)	3, 7

Esame dello schema di relazione sul sopralluogo effettuato il 1° luglio 2007 presso il «Centro Sicuro» del Comune di Firenze

PRESIDENTE	Pag. 7, 8
ALLEGATO (<i>contiene i testi di seduta</i>)	10

Sigle dei Gruppi parlamentari: Alleanza Nazionale: AN; Democrazia Cristiana per le autonomie-Partito Repubblicano Italiano-Movimento per l'Autonomia: DCA-PRI-MPA; Forza Italia: FI; Insieme con l'Unione Verdi-Comunisti Italiani: IU-Verdi-Com; Lega Nord Padania: LNP; Partito Democratico-L'Ulivo: PD-Ulivo; Per le Autonomie: Aut; Rifondazione Comunista-Sinistra Europea: RC-SE; Sinistra Democratica per il Socialismo Europeo: SDSE; Unione dei Democraticicristiani e di Centro (UDC): UDC; Misto: Misto; Misto-Italia dei Valori: Misto-IdV; Misto-Italiani nel mondo: Misto-Inm; Misto-La Destra: Misto-LD; Misto-Movimento politico dei cittadini: Misto-Mpc; Misto-Partito Democratico Meridionale (PDM): Misto-PDM; Misto-Popolari-Udeur: Misto-Pop-Udeur; Misto-Partito Socialista: Misto-PS; Misto-Sinistra Critica: Misto-SC; Misto-Unione Democratica per i consumatori: Misto-UD-Consum; Misto Unione Liberaldemocratici: Misto-UL.

Assistono alla seduta, ai sensi dell'articolo 23, comma 6, del Regolamento interno, i collaboratori, professor Carlo Signorelli, dottor Alessandro Ridolfi, Luogotenente Gaetano Caggiano, Maresciallo Capo Claudio Vuolo, Maresciallo Capo Simone Vacca e Maresciallo Gianfranco D'Agostino.

I lavori hanno inizio alle ore 15.

PRESIDENTE. Se non si fanno osservazioni, il processo verbale della seduta del 16 gennaio 2008 si intende approvato.

Esame dello schema di relazione sul sopralluogo effettuato il 20 novembre 2007 presso la Casa di cura «San Raffaele» di Cassino

(Esame e conclusione)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'esame dello schema di relazione sul sopralluogo effettuato il 20 novembre 2007 presso la Casa di cura «San Raffaele» di Cassino.

Invito la senatrice Monacelli ad illustrare lo schema di relazione predisposto, il cui testo è stato posto in distribuzione.

MONACELLI (UDC). Signor Presidente, ritengo che si possa considerare acquisito lo schema di relazione nella sua parte tecnica, redatta sulla base di quanto è stato esaminato. Mi soffermerò invece più specificamente sulla parte concernente le conclusioni, di cui do lettura:

«Conclusioni

Nell'ambito dell'inchiesta sui coma neurovegetativi, sull'assistenza domiciliare ed il Servizio sanitario nazionale nelle diverse realtà regionali avviata dalla Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale sono state inviate, in data 15 maggio 2007, alle Regioni, schede sotto forma di questionari, con l'esigenza di acquisire alcuni dati utili.

La raccolta dei dati avrebbe dovuto consentire la definizione del tipo di risposta offerta alle situazioni di coma vegetativi, oltre che all'assistenza domiciliare, sui pazienti affetti da patologie neurovegetative, demenze e fasi terminali di malattia, nelle diverse realtà regionali.

Nell'ambito dei questionari sono stati indagati sia gli aspetti generali (concernenti il fabbisogno stimato dei posti letto dedicati ai pazienti, la presenza di linee guida riguardanti l'assistenza ai pazienti e l'anno della loro approvazione, i pazienti degenti in strutture ospedaliere, i pazienti de-

genti in strutture convenzionate dedicate e quelli degenti in altre strutture); sia gli aspetti organizzativi, con domande su: numero delle strutture dedicate ai pazienti, numero di unità operative dedicate, il totale di posti letto/100 mila abitanti.

In una terza sezione dei questionari si indagava quali fossero gli *standard* assistenziali minimi, riferiti al numero di ore di prestazione sanitaria domiciliare per paziente/*die*, e numero di ore di assistenza domiciliare per paziente/*die*.

La sezione quarta era dedicata agli aspetti economici, con domande sui costi per paziente/anno nelle varie modalità assistenziali: ospedalizzazione, R.S.A., domiciliarizzazione e strutture dedicate, oltre che il costo medio paziente/*die*.

Le Regioni che hanno aderito, rispondendo ai questionari, sono elencate nell'allegato 1. Le altre Regioni, nonostante vari solleciti, non hanno ad oggi dato risposta. Le Regioni più «virtuose», cioè quelle che hanno risposto prontamente sono state:

provincia autonoma di Bolzano (27 giugno), Molise (2 luglio), Lombardia (6 luglio), Valle d'Aosta (6 Luglio), Marche (21 luglio), provincia autonoma di Trento (30 luglio), le meno «virtuose» Piemonte (14 settembre), Basilicata (25 settembre).

Il nord Italia ha aderito quasi nella totalità (anche se mancano Regioni «importanti» come il Veneto), dal centro Italia, sud Italia e Isole le risposte sono pervenute soltanto da due Regioni.

Dalle risposte pervenute è emersa una notevole difficoltà di aggregazione dei dati dovuta alla frammentazione, parzialità e incompletezza delle informazioni.

In considerazione dell'estrema differenziazione rilevata tra le Regioni, sono stati condotti alcuni sopralluoghi a campione (Sassari, Casa di cura di Brebbia) in diverse aree del Paese a seguito o di segnalazioni ovvero di notizie apparse sulla stampa.

In questo ambito si è inserito il sopralluogo effettuato, presso la Casa di cura «San Raffaele» di Cassino, che ha registrato la totale validità di un struttura, dedicata alla riabilitazione delle gravi cerebrolesioni, alla riabilitazione motoria e sensoriale con un approccio multidisciplinare centrato sulla persona.

Il notevole livello qualitativo espresso dalla struttura è rafforzato dalla presenza di un complesso di tappe (prestazioni ambulatoriali – *day hospital* – ricovero per degenza riabilitativa – ricovero ad alta intensità di intervento) richieste nei vari processi di recupero. La capacità recettiva della struttura complessivamente pari a 300 posti letto le consente di ricevere utenza proveniente anche dalle Regioni vicine.

Il principio ispiratore della organizzazione della struttura cioè quello della «filiera» del paziente da recuperare, dagli stadi sub-acuti della patologia fino alla residenza assistita, passando attraverso i vari gradi della assistenza riabilitativa, costituisce sicuramente un esempio positivo al quale deve guardare il sistema sanitario nazionale.

Lo spostamento dell'attenzione della spesa sanitaria dal paziente acuto al paziente cronico richiede sicuramente più strutture adeguate a ricevere e a curare diverse patologie «lungodegenziali» fra le quali anche i coma neurovegetativi.

C'è anche la necessità di adeguare le politiche tariffarie per far fronte in modo dignitoso a pazienti che non devono essere soltanto ospitati, ma anche opportunamente curati, con crescente professionalità e per tempi da considerare sempre più lunghi anche in conseguenza dei progressi tecnico-scientifici.

Valutando i questionari e l'esperienza di Cassino si può notare come l'ospedalizzazione domiciliare, pur inserita nell'ambito dello stesso *budget* dedicato al paziente con patologia cronica, costituisce un momento di completa discontinuità assistenziale rispetto al ricovero nelle strutture dedicate. Si ritiene che tale discontinuità debba essere recuperata reinserendo anche l'ospedalizzazione domiciliare tra le competenze fornite dalla struttura di ricovero, ove il paziente è stato, magari, ospitato, conosciuto, seguito per diversi mesi.

In questa ottica il bilanciamento tra i costi e la qualità dell'assistenza a questa tipologia di pazienti è un tema aperto per non avere attivato strutture male organizzate o improvvisate che rendono un cattivo servizio alla comunità pur impiegando risorse pubbliche.

Sulla base di queste considerazioni, il centro di Cassino è sembrato veramente un esempio straordinario dal quale la Commissione è rimasta positivamente colpita.

Le strutture sono, come indica la relazione tecnica, di alta qualità; le attrezzature moderne, adeguate ed in numero proporzionato e sufficiente alle necessità.

Le professionalità sono di sicura eccellenza tanto che sono veramente edificanti i casi che riescono ad essere riportati e riaffidati ad una vita sociale, possibile in percentuale molto rilevante.

L'organizzazione complessiva tra le varie fasi di riabilitazione, a seconda della intensità richiesta, consente l'utilizzo ottimale del personale e quindi un contenimento di costi; tuttavia, tale contenimento dei costi appare non sufficientemente sostenuto dalla remunerazione assegnata dalla Regione, soprattutto se confrontata con i livelli di altre Regioni; in tal senso, l'equilibrio di bilancio ha del miracoloso.

Si sottolineano anche le attività di supporto collaterali che rendono questa struttura paragonabile ai più alti livelli europei ed internazionali.

La continuità di cure che si crea all'interno dell'istituzione ed il rapporto con la rete territoriale è veramente esemplare; si è evidenziata inoltre una inclinazione ad una ricerca clinica continua ed a progetti obiettivi sperimentali di cura di grande efficacia.

Quindi la struttura di Cassino appare un importante prototipo da replicare e diffondere anche in altre regioni e si ritiene che potrebbe essere utile attribuire alla medesima la qualifica di «Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico».

Il rapporto qualità-costo offerto dalla Casa di cura «San Raffaele» di Cassino rappresenta un ottimo esempio di funzionalità ed efficienza verso cui dovrebbe guardare con attenzione l'intero Servizio sanitario nazionale al fine di poter disporre sull'intero territorio nazionale di una omogeneità di linee guida ed offerta di risposte che ad oggi appare inadeguata o del tutto disomogenea, come emerge da una valutazione anche solo qualitativa dei questionari inviati dalle Regioni collaboranti».

Quindi, esprimiamo una valutazione complessivamente favorevole sulla struttura.

PRESIDENTE. Senatore Bosone, ha qualcosa da aggiungere come altro relatore?

BOSONE (*Aut*). No, signor Presidente, mi associo alle considerazioni espresse dalla senatrice Monacelli.

BODINI (*PD-Ulivo*). Condivido le valutazioni contenute nella relazione illustrata dalla senatrice Monacelli, che offre il quadro di una realtà complessivamente molto positiva.

Forse si potrebbe rendere meno enfatico qualche passaggio della relazione. In particolare, laddove si parla di «casi che riescono ad essere riportati e riaffidati ad una vita sociale»: a mio avviso, sarebbe più opportuno parlare di un reinserimento in famiglia.

Inoltre, mi sembra eccessivo fare riferimento ad una «percentuale molto rilevante», se non si tiene conto delle differenze tra le tipologie di soggetti considerati. Io stesso ho espresso talvolta qualche perplessità con riferimento all'impiego di tecniche sperimentali i cui benefici spesso non corrispondono alle risorse investite. Considerata la limitatezza delle risorse a disposizione, è bene valutare con attenzione il loro impiego. Si potrebbe parlare piuttosto di «percentuale significativa».

CURSI (*AN*). Signor Presidente, vorrei fare riferimento ad uno specifico passaggio dello schema di relazione in cui si parla di contenimento dei costi, in particolare laddove si legge: «L'organizzazione complessiva tra le varie fasi di riabilitazione, a seconda della intensità richiesta, consente l'utilizzo ottimale del personale e quindi un contenimento di costi; tuttavia, tale contenimento dei costi appare non sufficientemente sostenuto dalla remunerazione assegnata dalla Regione, soprattutto se confrontata con i livelli di altre Regioni; in tal senso, l'equilibrio di bilancio ha del miracoloso».

Qualora approvato, lo schema di relazione al nostro esame – ricordo per inciso che alcune Regioni, tra cui la Calabria, la Campania, il Lazio e la Liguria, non hanno ancora aderito alla compilazione del questionario – dovrebbe essere inviato anche al Presidente della regione Lazio, trattandosi di una struttura che ricade nell'ambito delle sue competenze. Sarebbe opportuno che egli fosse consapevole di questa situazione, considerato che

tende sempre a sottolineare la bontà della gestione economica di certe strutture.

MONACELLI (*UDC*). Ritengo condivisibile la modifica suggerita dal senatore Bodini.

BOSONE (*Aut*). Concordo con la senatrice Monacelli.

PRESIDENTE. Passiamo alla votazione.

(Il Presidente accerta la presenza del numero legale).

Metto ai voti lo schema di relazione in titolo che, con la modifica testè suggerita dal senatore Bodini ed accolta dai relatori, verrà pubblicato in allegato al resoconto della seduta.

È approvato.

Esame dello schema di relazione sul sopralluogo effettuato il 1° luglio 2007 presso il «Centro Sicuro» del Comune di Firenze
(Esame e conclusione)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'esame dello schema di relazione sul sopralluogo effettuato il 1° luglio 2007 presso il «Centro Sicuro» del Comune di Firenze.

Stante l'assenza della senatrice Binetti, svolgerò in sua vece le funzioni di relatore con riferimento allo schema di relazione in esame.

Anzitutto è opportuno specificare che tale schema, già in distribuzione, verrà pubblicato in allegato al resoconto stenografico della seduta odierna limitatamente alle parti non oggetto di secretazione. Esso consta di tre parti distinte. La prima attiene alla struttura, la seconda ad una specifica valutazione della senatrice Binetti (su cui ritengo opportuno, se la Commissione è d'accordo, mantenere il massimo riserbo considerato che la relatrice, nell'ambito della sua esperienza personale, entra specificamente nel merito di una valutazione riguardante un bambino) e la terza riguarda le conclusioni su cui la Commissione è chiamata ad esprimersi.

Non mi soffermo sulla prima parte concernente la struttura, rinviando al testo in distribuzione e alla sua pubblicazione in allegato al resoconto. Vorrei invece dare lettura della seconda parte dello schema di relazione, che fa riferimento alle valutazioni fornite dalla senatrice Binetti, che ritengo opportuno secretare.

(I lavori proseguono in seduta segreta dalle ore 15,10).

(I lavori riprendono in seduta pubblica alle ore 15,15).

PRESIDENTE. Riprendiamo dunque i lavori in seduta pubblica, procedendo nella lettura dello schema di relazione in esame:

«Conclusioni

La relazione tecnica sulla struttura pone in evidenza una idoneità per la funzione istituzionale al limite della discutibilità: se da un lato tutte le certificazioni ed i sopralluoghi ne assicurano l'idoneità legale, non si può non porre qualche dubbio su quella sostanziale.

La trasformazione di un capannone in un centro di soggiorno può essere una buona soluzione per l'emergenza ma non per la continuità.

Il tetto in lamiera pone dei problemi riguardo alla microclimatizzazione non sufficientemente assicurata dai condizionatori; la struttura è complessivamente buia con illuminazione indiretta attraverso plafoniere e tutto viene reso più accettabile proprio grazie ad una manutenzione ed a pulizia accurata: solo in virtù di questa si può esprimere un giudizio di idoneità.

Fatta questa considerazione, la struttura appare adatta per l'attività istituzionale a cui è dedicata, che è in primo luogo quella di accettazione in transito di casi di particolare difficoltà di dipendenza, disturbi di comportamento o difficoltà familiari, ma per persone di avanzata adolescenza o comunque mature. Non sembra invece particolarmente idonea per persone di diversa fragilità ed in particolare per bambini fino all'età dell'infanzia.

In considerazione di questo, l'assegnazione del minore a questa struttura – che è stata tra i motivi del sopralluogo – appare non sufficientemente meditata.

Al momento della ispezione vi era solo un altro ospite, ma con diversa motivazione tale da generare una promiscuità inaccettabile.

Malgrado la sicura buona volontà e il grande affetto ed impegno con cui il caso è stato seguito dal personale dedicato, non si può sostenere che il minore possa aver tratto giovamento in una situazione di isolamento che poteva addirittura essere controproducente ai fini proprio di quella diagnosi di iperattività che era alla base della sua assegnazione.

È soddisfacente aver constatato che, dopo l'iniziativa della Commissione, il bambino sia stato trasferito in un luogo più idoneo e consono alla sua situazione«.

Se nessuno chiede di intervenire, passiamo alla votazione.

(Il Presidente accerta la presenza del numero legale).

Metto ai voti lo schema di relazione in titolo.

È approvato.

COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE

PRESIDENTE. Comunico che nell'Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi, riunitosi prima della seduta, sono stati fissati i criteri per l'elaborazione della relazione conclusiva sull'attività della

Commissione e sono stati anticipati alcuni principi in merito al regime di pubblicità degli atti acquisiti.

I lavori terminano alle ore 15,20.

ALLEGATO

RELAZIONE APPROVATA DALLA COMMISSIONE SUL SOPRALLUOGO EFFETTUATO IL 20 NOVEMBRE 2007 PRESSO LA CASA DI CURA «SAN RAFFAELE» DI CASSINO (FR)

In data 20 novembre 2007, una delegazione della Commissione, composta dal Presidente Tomassini e dai senatori Bodini, Bosone, Corsi e Monacelli, nell'ambito dell'inchiesta sui coma neurovegetativi, sull'assistenza domiciliare ed il Servizio sanitario nazionale nelle diverse realtà regionali, ha effettuato un sopralluogo presso la Casa di cura «San Raffaele» di Cassino (FR). La visita ispettiva è stata determinata anche da notizie stampa che riportavano il risveglio di tre pazienti, da anni in stato vegetativo, ricoverati nella struttura sanitaria in argomento.

La casa di cura «San Raffaele» di Cassino è una delle strutture ospedaliere gestite dalla «Tosinvest Sanità», azienda che opera nel settore della riabilitazione e della ricerca nel panorama della sanità nazionale convenzionata, le cui principali finalità sono la riabilitazione e la medicina interna. Al fine di rispondere alle esigenze sempre più specifiche dell'utenza, è stata realizzata anche una unità per la riabilitazione delle gravi cerebrolesioni, a cui è stato conferito un premio di eccellenza dall'Agenzia di sanità pubblica della regione Lazio.

La casa di cura «San Raffaele» è una struttura dedicata alla riabilitazione motoria e sensoriale con un approccio multidisciplinare centrato sulla persona. La connotazione principale della struttura risiede nel fatto che in essa si realizzano le varie tappe del complesso *setting* riabilitativo, partendo dalle prestazioni di tipo ambulatoriale e risalendo, attraverso l'offerta di *day hospital*, ricovero per degenza dedicata alla riabilitazione e ricovero presso strutture dedicate all'alta intensità di intervento, tutte le tappe che può richiedere un processo di recupero, sia nell'età evolutiva che nell'adulto e nell'anziano.

Inoltre, il «San Raffaele» offre l'opportunità di soddisfare anche alcune fondamentali istanze diagnostiche, fornendo risposte in ambito di neurofisiopatologia, radiologia, laboratorio analisi, cardiologia, otorinolaringoiatria, oculistica, dermatologia, neurologia, ortopedia, etc., che trovano all'interno della struttura dotazioni strumentali e di personale qualificato in grado di soddisfare tutte le principali richieste diagnostiche della medicina riabilitativa.

La Casa di cura ha una capacità ricettiva pari a 300 posti letto di cui 140 di riabilitazione (70 posti letto di riabilitazione ordinaria, 58 posti letto dedicati al *day hospital* riabilitativo adulti e 12 posti letto dedicati all'età evolutiva), 100 posti letto di lungodegenza medica (su cui vengono erogate anche prestazioni di riabilitazione speciale – delibera della Giunta

regionale n. 713/2000), 20 posti letto di riabilitazione ad alta intensità (RAI), 20 posti letto di lungodegenza ad alta intensità (LAI) e 20 posti letto di RSA funzionalmente collegati alle unità di RAI e LAI, diagnostica per immagini e di laboratorio.

Il «San Raffaele» di Cassino ha ottenuto la certificazione UNI EN ISO 9001 2000, da parte dell'ente di certificazione CSQ per le attività di: erogazione di prestazioni sanitarie di diagnosi e cura in regime di degenza e *day hospital* di riabilitazione neuromotoria, riabilitazione intensiva, lungodegenza, RSA.

È autorizzata e accreditata con il Servizio sanitario nazionale con delibere della Giunta regionale della regione Lazio n. 4489/98 e n. 161 del 14 febbraio 2005 per la RAI e la LAI. La gestione del «San Raffaele» è demandata ad un Direttore operativo e ad un Direttore sanitario. La struttura è organizzata in 6 unità operative che operano nell'ambito dei dipartimenti comuni all'IRCCS «San Raffaele Pisana».

Nel corso del sopralluogo sono stati ispezionati i seguenti reparti della Casa di cura ed è stato constatato una buona organizzazione del lavoro e buone condizioni igienico-sanitarie:

- Riabilitazione neuromotoria ed ortopedica;
- Riabilitazione pediatrica in regime *day hospital*;
- Unità operativa di riabilitazione ad alta intensità;
- Lungodegenza in assistenza intensiva;
- Residenza sanitaria assistita;
- Lungodegenza medica post-acuzie.

Inoltre, la Casa di cura è convenzionata con:

Università degli Studi di Roma «Tor Vergata» per lo svolgimento del corso di laurea in fisioterapia e scienze infermieristiche;

Università degli Studi di Roma «Tor Vergata» per la scuola di specializzazione in igiene e medicina preventiva;

Università degli Studi di Roma «La Sapienza» per il corso di laurea in scienze infermieristiche – fisioterapia – tecnico di radiologia – logopedia;

Seconda Università degli Studi di Napoli per il corso di laurea in psicologia;

Campus Biomedico per la scuola di specializzazione in neurologia.

Durante le audizioni, tenutesi al termine del sopralluogo, il coordinatore scientifico del Gruppo Tosinvest Sanità e direttore scientifico dell'ospedale «San Raffaele Pisana», professor Massimo Fini, dopo aver ricordato la nascita nel 2001 del reparto dedicato all'assistenza dei pazienti da coma neurovegetativi, ha evidenziato che è in corso il riconoscimento come Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS). Inoltre, è stata prospettata la creazione di una sorta di rete che raggruppi istituti che si contraddistinguono per trattare tali tipi di pazienti: ai cinque IRCCS promotori se ne sono aggiunti altri otto che hanno aderito a tale iniziativa per la quale è in corso di redazione l'apposito statuto.

Dopo aver posto in risalto alcuni punti critici, rappresentati dall'esigenza di dotarsi di strumenti diagnostici condivisi e di identificare, con un registro *ad hoc*, i pazienti in stato neurovegetativo ed alcuni obiettivi che si concentrano soprattutto nel rafforzamento della ricerca clinica e della continuità assistenziale, ha precisato che la particolare posizione geografica del centro presso Cassino incide sulla provenienza dei pazienti da parte di diverse regioni.

Il primario dell'unità di risveglio del «San Raffaele» di Cassino, dottor Marco Sarà, si è soffermato sui criteri di accesso e sulla formazione delle liste d'attesa: in particolare, tra i parametri seguiti ha annoverato l'impossibilità di svolgere visite presso la struttura inviante, la permanenza da almeno sette giorni del paziente in un reparto di rianimazione, nonché la presenza di un coma classificato tra quelli con più alto indice di gravità. Tra i requisiti per le liste d'attesa non ha, a suo avviso, grande rilievo l'età, in quanto alla luce dell'esperienza si è verificato che anche pazienti ultraquarantenni abbiano fatto registrare progressi e recuperi. Infine, ha sottolineato come in generale il numero dei pazienti che sono assistiti appare in aumento.

Il responsabile della lungodegenza medica, dottor Francesco Cipolla, dopo aver svolto alcune considerazioni sulla difficoltà di una esatta distinzione e definizione di coma irreversibile, stato neurovegetativo e stato di coscienza, ha fatto presente che la regione Lazio ha elaborato delle scale di valutazione allo scopo di decidere la congruità del ricovero, sebbene l'esperienza pratica abbia dimostrato che tali parametri non vanno seguiti con eccessiva rigidità.

Il responsabile scientifico del «San Raffaele» di Cassino, professor Giorgio Albertini, ha posto l'accento sulla prospettiva che questo istituto, come altri analoghi, riesca a coniugare l'esigenza dei pazienti adulti con quelli pediatrici ed ha riferito su alcune proposte di ricerca come i centri di transizione, che sono utili in vista del passaggio dalla lungodegenza all'assistenza domiciliare e per un maggior coinvolgimento dei familiari. Anche sistemi di telemedicina e visite in videoconferenza si rivelano come strumenti sempre più efficaci per la creazione di vere e proprie strutture virtuali che, in sinergia con quelle reali, contribuiscono a migliorare l'offerta e l'organizzazione assistenziale.

Il direttore operativo ed amministrativo del «San Raffaele» di Cassino, dottoressa Marina Violo, dopo aver fatto presente che la struttura presenta un equilibrio finanziario, ha fornito alcuni dati sui costi della degenza che, in particolare, ammontano a circa 400 euro giornalieri, in gran parte destinati al personale la cui formazione professionale deve essere necessariamente elevata.

Conclusioni

Nell'ambito dell'*inchiesta sui coma neurovegetativi, sull'assistenza domiciliare ed il Servizio sanitario nazionale nelle diverse realtà regionali* avviata dalla Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'ef-

ficienza del Servizio sanitario nazionale sono state inviate, in data 15 maggio 2007, alle Regioni, schede sotto forma di questionari, con l'esigenza di acquisire alcuni dati utili.

La raccolta dei dati avrebbe dovuto consentire la definizione del tipo di risposta offerta alle situazioni di coma vegetativi, oltre che all'assistenza domiciliare, sui pazienti affetti da patologie neurovegetative, demenze e fasi terminali di malattia, nelle diverse realtà regionali.

Nell'ambito dei questionari sono stati indagati sia gli aspetti generali (concernenti il fabbisogno stimato dei posti letto dedicati ai pazienti, la presenza di linee guida riguardanti l'assistenza ai pazienti e l'anno della loro approvazione, i pazienti degenti in strutture ospedaliere, i pazienti degenti in strutture convenzionate dedicate e quelli degenti in altre strutture); sia gli aspetti organizzativi, con domande su: numero delle strutture dedicate ai pazienti, numero di unità operative dedicate, il totale di posti letto/100 mila abitanti.

In una terza sezione dei questionari si indagava quali fossero gli *standard* assistenziali minimi, riferiti al numero di ore di prestazione sanitaria domiciliare per paziente/*die*, e numero di ore di assistenza domiciliare per paziente/*die*.

La sezione quarta era dedicata agli aspetti economici, con domande sui costi per paziente/anno nelle varie modalità assistenziali: ospedalizzazione, R.S.A., domiciliarizzazione e strutture dedicate, oltre che il costo medio paziente/*die*.

Le Regioni che hanno aderito, rispondendo ai questionari, sono elencate nell'allegato 1.

Le altre Regioni, nonostante vari solleciti, non hanno ad oggi dato risposta.

Le Regioni più «virtuose», cioè quelle che hanno risposto prontamente sono state: provincia autonoma di Bolzano (27 giugno), Molise (2 luglio), Lombardia (6 luglio), Valle d'Aosta (6 Luglio), Marche (21 luglio), provincia autonoma di Trento (30 luglio), le meno «virtuose» Piemonte (14 settembre), Basilicata (25 settembre).

Il nord Italia ha aderito quasi nella totalità (anche se mancano Regioni «importanti» come il Veneto), dal centro Italia, sud Italia e Isole le risposte sono pervenute soltanto da due Regioni.

Dalle risposte pervenute è emersa una notevole difficoltà di aggregazione dei dati dovuta alla frammentazione, parzialità e incompletezza delle informazioni.

In considerazione dell'estrema differenziazione rilevata tra le Regioni, sono stati condotti alcuni sopralluoghi a campione (Sassari, Casa di cura di Brebbia) in diverse aree del Paese a seguito o di segnalazioni ovvero di notizie apparse sulla stampa.

In questo ambito si è inserito il sopralluogo effettuato, presso la Casa di cura «San Raffaele» di Cassino, che ha registrato la totale validità di una struttura, dedicata alla riabilitazione delle gravi cerebrolesioni, alla riabilitazione motoria e sensoriale con un approccio multidisciplinare centrato sulla persona.

Il notevole livello qualitativo espresso dalla struttura è rafforzato dalla presenza di un complesso di tappe (prestazioni ambulatoriali – *day hospital* – ricovero per degenza riabilitativa – ricovero ad alta intensità di intervento) richieste nei vari processi di recupero. La capacità recettiva della struttura complessivamente pari a 300 posti letto le consente di ricevere utenza proveniente anche dalle regioni vicine.

Il principio ispiratore della organizzazione della struttura cioè quello della «filiera» del paziente da recuperare, dagli stadi sub-acuti della patologia fino alla residenza assistita, passando attraverso i vari gradi della assistenza riabilitativa, costituisce sicuramente un esempio positivo al quale deve guardare il sistema sanitario nazionale.

Lo spostamento dell'attenzione della spesa sanitaria dal paziente acuto al paziente cronico richiede sicuramente più strutture adeguate a ricevere e a curare diverse patologie «lungodegenziali» fra le quali anche i coma neurovegetativi.

C'è anche la necessità di adeguare le politiche tariffarie per far fronte in modo dignitoso a pazienti che non devono essere soltanto ospitati, ma anche opportunamente curati, con crescente professionalità e per tempi da considerare sempre più lunghi anche in conseguenza dei progressi tecnico-scientifici.

Valutando i questionari e l'esperienza di Cassino si può notare come l'ospedalizzazione domiciliare, pur inserita nell'ambito dello stesso *budget* dedicato al paziente con patologia cronica, costituisce un momento di completa discontinuità assistenziale rispetto al ricovero nelle strutture dedicate. Si ritiene che tale discontinuità debba essere recuperata reinserendo anche l'ospedalizzazione domiciliare tra le competenze fornite dalla struttura di ricovero, ove il paziente è stato, magari, ospitato, conosciuto, seguito per diversi mesi.

In questa ottica il bilanciamento tra i costi e la qualità dell'assistenza a questa tipologia di pazienti è un tema aperto per non avere attivato strutture male organizzate o improvvisate che rendono un cattivo servizio alla comunità pur impiegando risorse pubbliche.

Sulla base di queste considerazioni, il centro di Cassino è sembrato veramente un esempio straordinario dal quale la Commissione è rimasta positivamente colpita.

Le strutture sono, come indica la relazione tecnica, di alta qualità; le attrezzature moderne, adeguate ed in numero proporzionato e sufficiente alle necessità.

Le professionalità sono di sicura eccellenza tanto che sono veramente edificanti i casi che riescono ad essere riportati e riaffidati ad una vita sociale, possibile in percentuale significativa, e restituiti alla famiglia.

L'organizzazione complessiva tra le varie fasi di riabilitazione, a seconda della intensità richiesta, consente l'utilizzo ottimale del personale e quindi un contenimento di costi; tuttavia, tale contenimento dei costi appare non sufficientemente sostenuto dalla remunerazione assegnata dalla Regione, soprattutto se confrontata con i livelli di altre Regioni; in tal senso, l'equilibrio di bilancio ha del miracoloso.

Si sottolineano anche le attività di supporto collaterali che rendono questa struttura paragonabile ai più alti livelli europei ed internazionali.

La continuità di cure che si crea all'interno dell'istituzione ed il rapporto con la rete territoriale è veramente esemplare; si è evidenziata inoltre una inclinazione ad una ricerca clinica continua ed a progetti obiettivi sperimentali di cura di grande efficacia.

Quindi la struttura di Cassino appare un importante prototipo da replicare e diffondere anche in altre regioni e si ritiene che potrebbe essere utile attribuire alla medesima la qualifica di «Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico».

Il rapporto qualità-costo offerto dalla Casa di cura «San Raffaele» di Cassino rappresenta un ottimo esempio di funzionalità ed efficienza verso cui dovrebbe guardare con attenzione l'intero Servizio sanitario nazionale al fine di poter disporre sull'intero territorio nazionale di una omogeneità di linee guida ed offerta di risposte che ad oggi appare inadeguata o del tutto disomogenea, come emerge da una valutazione anche solo qualitativa dei questionari inviati dalle Regioni collaboranti.

ALLEGATO 1

QUESTIONARI COMA VEGETATIVITABELLA RIASSUNTIVA DELLE REGIONI CHE HANNO ADERITO
(data 5/2/2008)

1	ABRUZZO	
2	BASILICATA	Si
3	CALABRIA	
4	CAMPANIA	
5	EMILIA-ROMAGNA	Si
6	FRIULI-VENEZIA GIULIA	
7	LAZIO	
8	LIGURIA	Si
9	LOMBARDIA	Si
10	MARCHE	Si
11	MOLISE	Si
12	PIEMONTE	Si
13	PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO	Si
14	PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO	Si
15	PUGLIA	
16	SARDEGNA	Si
17	SICILIA	
18	TOSCANA	
19	UMBRIA	
20	VALLE D'AOSTA	Si
21	VENETO	

**RELAZIONE APPROVATA DALLA COMMISSIONE SUL
SOPRALLUOGO EFFETTUATO IL 1° LUGLIO 2007 PRESSO
IL «CENTRO SICURO» DEL COMUNE DI FIRENZE**

In data 1° luglio 2007, una delegazione della Commissione parlamentare d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale, costituita dal presidente Antonio Tomassini e dalla senatrice Binetti ha effettuato un sopralluogo presso un istituto per la custodia dei minori, denominato «Centro sicuro», gestito dai Servizi sociali del Comune di Firenze.

Il sopralluogo è stato determinato da alcune segnalazioni giunte da senatori componenti la Commissione, che evidenziavano l'esigenza di effettuare un intervento conoscitivo «immediato», tendente a constatare le condizioni igienico-sanitarie della struttura e, in particolare, le condizioni in cui vengono tenuti i minori assistiti dai servizi sociali.

L'intervento mirava a constatare, altresì, le condizioni di salute di un minore, sottratto alla potestà genitoriale con provvedimento della Corte di appello di Firenze – sezione minorenni ed affidato al responsabile dei Servizi sociali del Comune, in attesa di una collocazione presso una famiglia.

L'istituto ha sede nel centro urbano del comune di Firenze ed è protetto da un alto muro di cinta e da un cancello che immette in un cortile antistante l'edificio. È costituito da un edificio di tipo prefabbricato di due piani, con struttura portante in travi metallici e tamponatura con pannelli termoisolanti e vetri.

Per accedere al piano terra dell'edificio sono utilizzate due entrate: la prima da' accesso direttamente nell'ufficio della responsabile dell'istituto e attraverso una porta all'interno del piano; la seconda immette nel vano scala – ascensore che portano al primo piano, ed attraverso una porta laterale si accede al piano terra.

Il piano terra è costituito: dall'ufficio della responsabile del plesso come già detto; da una stanza per il personale della polizia municipale, addetto alla vigilanza notturna; da un salone molto ampio, nel quale i minori ospitati trascorrono la giornata e dove si notano giochi per bambini, mobili, tavoli, sedie e nell'angolo in fondo a destra rispetto agli ingressi, una cucina attrezzata; da un ripostiglio per il materiale di pulizia ed un servizio igienico.

Il primo piano è costituito da quattro camere da letto, munite di condizionatori d'aria e da due servizi igienici. Una delle camere è riservata all'educatrice e tre per i minori, per un totale di 8 posti letto per gli ospiti. In particolare, è stato constatato che sia al piano terra che al piano superiore, il soffitto è stato realizzato in lamiera.

La superficie dello stabile è di circa 100 mq per piano e l'ascensore esistente viene utilizzato solo in caso di presenza di portatori di handicap.

Le condizioni igienico-sanitarie di tutti i locali sono buone mentre, è da rilevare una temperatura interna molto elevata, accentuata dal tipo di costruzione dell'immobile.

All'atto del sopralluogo, oltre al bambino di anni 6, la cui presenza ha determinato il sopralluogo, era presente un minore di anni 16, di nazionalità albanese.

I minori erano vigilati da un'educatrice professionale e da un'educatrice generica.

Nel corso del sopralluogo è giunta sul posto anche la responsabile dei Servizi sociali del quartiere 4 di Firenze.

Il personale che opera nell'istituto è costituito da 13 dipendenti di due cooperative sociali denominate «Di Vittorio» e '«A.T.I». – consorzio Zenit s.c.c.r.l., entrambe con sede in Firenze, che hanno le seguenti qualifiche: 1 coordinatrice responsabile del centro, 4 educatrici professionali, 6 educatrici generiche, 1 assistente sociale, 1 addetta alle pulizie.

Durante la visita ispettiva è stata acquisita copia della seguente documentazione:

protocollo operativo e procedure di funzionamento del centro, dal quale si rileva che richiamando le leggi nazionali del codice civile, le leggi europee, nazionali, regionali e comunali sull'assistenza sociale, detta i servizi base dell'assistenza fornita e le modalità di immissione dei minori;

nota informativa inerente il funzionamento della struttura definita «Centro sicuro»;

scheda riassuntiva del minore di anni 16, dalla quale si rileva che è stato inserito nel centro il 28.06.2007, perché si era presentato spontaneamente presso la questura di Firenze a chiedere aiuto;

schede riassuntive del minore di anni 6, dalla quale emerge che è stato inserito nel centro il 25.05.2007 su provvedimento d'urgenza della Corte di appello di Firenze.

Successivamente, dai servizi tecnici del comune di Firenze, sono stati acquisiti i seguenti documenti:

certificato di collaudo dello stabile;

certificato di agibilità dei locali;

autorizzazione igienico-sanitaria dell'Azienda USL di Firenze.

«omissis»

Conclusioni

La relazione tecnica sulla struttura pone in evidenza una idoneità per la funzione istituzionale al limite della discutibilità: se da un lato tutte le certificazioni ed i sopralluoghi ne assicurano l'idoneità legale, non si può non porre qualche dubbio su quella sostanziale.

La trasformazione di un capannone in un centro di soggiorno può essere una buona soluzione per l'emergenza ma non per la continuità.

Il tetto in lamiera pone dei problemi riguardo alla microclimatizzazione non sufficientemente assicurata dai condizionatori; la struttura è complessivamente buia con illuminazione indiretta attraverso plafoniere e tutto viene reso più accettabile proprio grazie ad una manutenzione ed a pulizia accurata: solo in virtù di questa si può esprimere un giudizio di idoneità.

Fatta questa considerazione, la struttura appare adatta per l'attività istituzionale a cui è dedicata, che è in primo luogo quella di accettazione in transito di casi di particolare difficoltà di dipendenza, disturbi di comportamento o difficoltà familiari, ma per persone di avanzata adolescenza o comunque mature. Non sembra invece particolarmente idonea per persone di diversa fragilità ed in particolare per bambini fino all'età dell'infanzia.

In considerazione di questo, l'assegnazione del minore a questa struttura – che è stata tra i motivi del sopralluogo – appare non sufficientemente meditata.

Al momento della ispezione vi era solo un altro ospite, ma con diversa motivazione tale da generare una promiscuità inaccettabile.

Malgrado la sicura buona volontà e il grande affetto ed impegno con cui il caso è stato seguito dal personale dedicato, non si può sostenere che il minore possa aver tratto giovamento in una situazione di isolamento che poteva addirittura essere controproducente ai fini proprio di quella diagnosi di iperattività che era alla base della sua assegnazione.

È soddisfacente aver constatato che, dopo l'iniziativa della Commissione, il bambino sia stato trasferito in un luogo più idoneo e consono alla sua situazione.

