

NOVEMBRE 2011

# Sirene

n. 8  
ANNO I

online

MENSILE DELLA SANITÀ REGIONALE



## EMERGENZA: istruzioni per l'uso

alle pagine 4 e 5

**Valle  
Fiorita:  
Una storia  
infinita**

a pagina 8

**Telecuore  
in carcere.  
Parla  
l'esperto**

a pagina 9

**Croce rossa,  
i sindacati  
dicono no  
al privato**

a pagina 11



Palazzo Comunale - Piazza del Plebiscito, Viterbo

# Le conseguenze del Piano di rientro

**Q**uesta volta non parliamo noi, lasciamo spazio ai cittadini o meglio, ai loro rappresentanti che in questo caso sembrano interpretare totalmente la volontà di coloro che li hanno eletti. Non crediamo di fare demagogia pubblicando il testo completo dell'esposto inviato dall'amministrazione comunale di Acquapendente – maggioranza e minoranza al completo – alla Procura della Repubblica di Viterbo e ad altre autorità competenti e invitiamo tutti a fare le proprie riflessioni sui provvedimenti assunti e sulle ripercussioni da essi derivanti.

“Com'è noto, a seguito dei decreti del Commissario ad Acta per la sanità della Regione Lazio On. Renata Polverini, e principalmente del decreto n. 80 del 2010, la rete ospedaliera della Regione Lazio ha subito una riorganizzazione che ha significato soprattutto per i territori delle Province una chiusura, passata sotto il termine di riconversione, di molti ospedali mettendo in seria discussione il diritto alla salute dei cittadini delle aree marginali. Una delle aree più colpite da questa scelta della Regione Lazio è sicuramente la Provincia di Viterbo,

*in particolar modo l'area nord che fa, o meglio faceva, riferimento all'ospedale di Acquapendente, un'area disagiata di 19 Comuni con circa 55.000 abitanti che dista dall'ospedale di riferimento (Belcolle) circa 70 km con tempi di percorrenza di 90 minuti. Con questa denuncia l'Amministrazione Comunale, quale responsabile della tutela dei cittadini, interviene per la sicurezza e l'incolumità della popolazione interessata. A seguito dell'applicazione del decreto 80 l'Amministrazione Comunale ha prodotto i seguenti documenti: integrazione all'atto aziendale approvato all'unanimità dalla Conferenza dei Sindaci; documento prodotto dalla Conferenza di Servizi; documento prodotto dal Consiglio Comunale straordinario. Tali documenti, che comportano anche proposte organizzative, denunciano la mancanza di una riorganizzazione complessiva della rete ospedaliera e territoriale, nonché una insufficiente copertura della rete emergenze/urgenze mettendo fortemente a rischio la risposta alla salute delle popolazioni di questo territorio, così come a tutt'oggi non si conosce l'esito del documento or-*

*ganizzativo (Atto Aziendale) all'esame della Regione Lazio. Pure in questa situazione, l'Azienda Sanitaria ha emanato una serie di provvedimenti tampone, e a volte anche poco chiari, senza riorganizzare nel complesso la struttura ospedaliera e le attività territoriali. Tale situazione è stata segnalata a mezzo stampa anche dal Comitato Pro Ospedale in data 29/10/2011. Il rischio a cui la Regione Lazio e l'Azienda Sanitaria hanno esposto le popolazioni di questo territorio non ha comportato nessuna economia di spesa, anzi la massiccia mobilità verso le Regioni confinanti (Toscana e Umbria) comporterà un notevole aumento dei costi a carico della Regione Lazio. Tutto questo crea una situazione di confusione sia per gli operatori sanitari che per la popolazione, e comporta una mancanza di sicurezza nella gestione delle emergenze/urgenze, e pertanto quale autorità competente sentiamo l'obbligo di segnalare tale pericolo, con rischi per omissioni dolose o colpose per l'incolumità della popolazione. Chiediamo a tutte le parti interessate di assumersi le proprie responsabilità”.*

I sindacati medici contestano il ddl dai contenuti insufficienti se non peggiorativi del proprio status

# Governo clinico, entro novembre è legge

**H**a superato il parere della Conferenza Stato-Regioni e, dopo l'approvazione della commissione Affari sociali della Camera si appresta a diventare legge. Il disegno di riforma della sanità, "Principi fondamentali in materia di governo delle attività cliniche per una maggiore efficienza e funzionalità del Servizio sanitario", relatore Domenico Di Virgilio (Pdl), ha incassato il nulla osta della Conferenza unificata perché, secondo il presidente Vasco Errani "sono state attenuate quelle norme che sembravano invasive rispetto all'autonomia e alle competenze delle Regioni". In realtà non era questa la sola opposizione che il provvedimento ha dovuto superare. Ad aprile, le organizzazioni sindacali della dirigenza medica e veterinaria – dodici sigle compatte – avevano manifestato a parlamentari e responsabili della Sanità dei partiti, le proprie perplessità rispetto al ddl che lasciava intatte "regole di ingaggio sempre più radicate in un efficientismo gestionale che esercita un controllo pressoché assoluto dei Medici, privi di un coinvolgimento operativo nei percorsi organizzativi, considerati solo come costosi fattori di produzione". Ovvero, l'esasperato ricorso a regole dettate dall'economia, da parte del management aziendale, non si addice a una professione che ha, quale missione primaria, la tutela della salute al di sopra di tutto. Da qui la richiesta di un nuovo modello gestionale basato sulla "idea del

governo clinico nata (...) per contrastare una cultura che nelle organizzazioni sanitarie riduce i Medici alla stregua di macchine banali e anonime, rinunciando alle loro competenze e professionalità". Insomma, più reali margini di autonomia e responsabilità per i professionisti, a supporto del management aziendale nelle scelte tecniche con procedure di selezione delle carriere e verifica delle competenze meno discrezionali e autoritarie, sottratte al rapporto fiduciario con il direttore generale. In

sintesi: via la politica nella sanità ma nei fatti, non a parole. Il testo si limiterebbe a ribadire norme di funzionalità delle aziende sanitarie, sfiorando soltanto il nocciolo dei problemi "che pure, a detta dei promotori, l'avrebbero originato, e sottraendo ulteriore materia allo spazio contrattuale per affidarla in modo unilaterale alle Regioni". Per i sindacati il testo sul Governo clinico va rivisto alla luce delle esigenze delle categorie professionali. Altrimenti meglio farne a meno.

Il Nisan, network sanitario italiano, avvia una ricerca per l'applicazione di nuovi sistemi di spesa

## Costi standard per una sanità sostenibile

**"P**rima di aggredire il cuore della sanità tagliando presidi e riducendo medici e infermieri, conviene agire sui costi alberghieri". Lo afferma, dati alla mano, Adriano Lagostena, direttore generale dell'ente ospedaliero Galliera di Genova, coordinatore del Nisan, consorzio di aziende sanitarie, ospedaliere, universitarie, istituti di ricerca e una provincia, attivo dal 2009 per una sperimentazione basata sulla comparazione dei costi sanitari legati ai ricoveri. Dall'esame del biennio 2008/2009 – che ha coinvolto 841 reparti per 76.000 ricoveri – e la determinazione del costo unitario di ogni degenza, si è appurato l'incremento del 12% delle spese comuni e alberghiere rispetto ai costi di produzione (medici, infermieri, farmaci e presidi). Altro elemento interessante dello studio è la certezza che i costi reali non sempre sono allineati alle tariffe che le aziende ricevono dalle regioni per singole prestazioni, con la tendenza a effettuare prestazioni a tariffa sovrastimata per una maggiore convenienza, in spregio all'equità, alla sostenibilità e alla eticità del sistema.

Per approfondimenti: [www.saperi.forumpa.it](http://www.saperi.forumpa.it) area tematica sanità

**PRONTI**  
ALL'  
**IMBARCO**

[www.prontiallimbarco.it](http://www.prontiallimbarco.it)



Grido d'allarme dei medici di emergenza riuniti a congresso a Roma

# Sovraffollamento, pericolo numero uno

“**G**li italiani che entrano in un pronto soccorso possono finire vittime di danni alla salute legati al sovraffollamento di queste strutture”. Lanciano l'allarme i medici riuniti il 28 ottobre a Roma, al convegno sul “sovrappollamento dei servizi di emergenza”, promosso dal Sindacato professionisti dell'emergenza sanitaria. “Quando la permanenza nel dipartimento d'emergenza supera le 6 ore prima del ricovero in terapia intensiva – afferma Maria Pia Ruggeri, presidente della federazione del Lazio della Società italiana medicina di emergenza – la mortalità passa da 8,4% al 10,7%. Ma non solo. Il caos

generato dal sovraffollamento mette a repentaglio, la privacy e il decoro umano – sottolinea la dottoressa – incrementa i rischi d'infezioni ospedaliere, prolunga i tempi di ricovero, aumenta gli eventi avversi e incide pericolosamente sulle cure e sulla mortalità”. Per gli esperti a scatenare il sovraffollamento sono soprattutto i tagli ai posti letto dei nosocomi imposti dai Piani di rientro regionali, la mancanza del filtro dei medici di famiglia e delle guardie mediche e una popolazione sempre più anziana. “Se il pronto soccorso scoppia, a rimetterci è tutto l'ospedale – spiega Massimo Magnanti, segretario del sindacato – perché il sovraffolla-

mento, l'overcrowding, vuol dire occupazione delle postazioni e impedimento ad assistere i pazienti che si succedono l'un l'altro. Il motivo è l'impossibilità di ricovero nei reparti – continua Magnanti – ecco quindi malati per ore in barella nei corridoi e ambulanze in attesa nei parcheggi dell'ospedale”. A finire sotto accusa “il taglio dei posti letto imposto dai Piani di rientro di molte Regioni, la mancanza di un adeguato filtro dei medici di famiglia e della guardia medica tra ospedale e cittadini, il ricorso al nosocomio per la diagnostica strumentale e un aumento della quota di popolazione fragile o abbandonata”.

Blitz notturni dell'Associazione Dossetti evidenziano i mali atavici dei reparti di emergenza

## Pronto soccorso: “I tagli minano il diritto alla salute”

**P**rotagonista di un recente monitoraggio notturno al San Camillo, Corrado Stillo, responsabile dell'Osservatorio per la tutela dei diritti dell'Associazione Dossetti, commenta i principali mali delle strutture assistenziali cittadine, accresciuti dalla insicurezza degli operatori che, complice la situazione, sono spesso vittime di aggressioni verbali e fisiche

**Gironi danteschi, così avete definito i pronti soccorsi della capitale. Di chi la colpa?**

In primo luogo l'emergenza paga la carenza di servizi territoriali: ambulatori dei medici di famiglia chiusi nel fine settimana, insufficienza dei punti di primo intervento con operatori e strumenti idonei all'assistenza di base. In più di trent'anni, per la prevenzione e la medicina territoriale non si è fatto nulla e questo

spiega il massiccio ricorso dei cittadini, specie se anziani e fragili, al pronto soccorso, anche in caso di patologie che potrebbero essere affrontate con successo altrove.

**La responsabilità di tale situazione potrebbe essere anche di natura organizzativa**

Se il personale medico e di assistenza non ce la fa a rispondere alla massiccia richiesta di interventi, dobbiamo ringraziare i provvedimenti attuati con il piano di rientro. La carenza dei posti letto è una delle prime cause del sovraffollamento e delle attese interminabili e la politica dei tagli non paga. Alla lunga, saranno maggiori i costi sopportati, sia sul piano economico che sul piano sociale. In questo modo, non si garantisce il diritto alla salute dei cittadini e si mette a rischio l'incolumità degli operatori.

**Qualche ricetta da applicare subito per migliorare la situazione?**

Innanzitutto l'accoglienza, il comfort, il rispetto della privacy dell'assistito. Poi la comunicazione ai parenti e, anche per questi, una logistica migliore dell'attuale. Non è pensabile, in un ospedale che ha visto importanti ristrutturazioni, assistere alla bolgia quotidiana nelle sale d'attesa, anguste e poco comode rispetto all'afflusso massiccio di un nosocomio di tale importanza. Il pronto soccorso dovrebbe essere il biglietto da visita ma non ci siamo. Per non parlare poi della segnaletica.

**Carente?**

Inquietante direi. Manca qualsiasi indicazione esterna agli edifici e, dentro il pronto soccorso, viene indicato il Tribunale del Malato in prosimità di un gabinetto...

Sintesi di uno studio che considera cause, effetti e possibili soluzioni per il pronto soccorso

# Emergenza, istruzioni per l'uso

“Delle cause si è parlato fino allo sfinimento. Ora è il momento delle soluzioni. Il medico di pronto soccorso è, oggi, di fronte a un bivio”.

A proporre ricette concrete contro l'overcrowding è Luigi Zulli, direttore dell'Unità complessa Pronto soccorso e Medicina d'Urgenza del San Filippo Neri di Roma, ospedale che ha visto di recente, l'aggressione di un sanitario dell'emergenza da parte di un pregiudicato tossicodipendente.

“Il sistema sanitario – osserva Zulli – è fra i settori più rischiosi e imprevedibili perché si occupa di persone con diversi e complessi problemi di salute. Per questo, valutata l'epidemiologia di chi si rivolge all'emergenza – in prevalenza anziani fragili – va ripensato il rapporto ospedale/territorio assegnando a quest'ultimo una maggiore centralità con responsabilizzazione dei medici di famiglia. Occorre garantire la continuità assistenziale tra medicina territoriale e assistenza ospedaliera, nella fase pre e post ricovero, soprattutto indirizzare i pazienti nella struttura idonea, secondo il grado di criticità della patologia. Il nostro slogan deve essere: Approccio integrato ed empatico alla malattia e al paziente”.

## Possibili rimedi

- Ridare centralità al territorio
- Superare la conflittualità interna
- Rivedere il ruolo dell'ospedale
- Assegnare le opportune risorse
- Lavorare in gruppo con più sinergie
- Migliorare la comunicazione
- Ottimizzare gli spazi
- Creare strutture modulari e flessibili
- Garantire la sicurezza degli operatori

## Cause di iperafflusso

- Progressivo invecchiamento della popolazione e pazienti con polipatologie;
- Soppressione, non programmata, di posti letto di medicina, causa piano di rientro;
- Stazionamento prolungato del paziente privo di comfort in area ad alto rischio;
- Carezza della medicina di base e maggior afflusso nei giorni prefestivi e festivi;
- Gratuità delle prestazioni in molte regioni italiane;
- Miglioramento organizzativo-strutturale del pronto soccorso e della rete di intervento sul territorio, integrazione con il 118;
- Miglioramento delle tecnologie e acquisizione di nuove strumentazioni ospedaliere;
- Mancata realizzazione dei servizi territoriali (assistenza domiciliare, RSA, strutture post-acuzie);
- Scarsa funzionalità e carezza tecnologica degli ambulatori specialistici territoriali, liste di attesa spesso lunghissime;
- Incremento di fasce di popolazione prive di assistenza (stranieri extracomunitari);
- Incremento progressivo dei traumi della strada per l'alta diffusione delle due ruote e le sempre più frequenti cause di indennizzo.

## Criticità attuali

- Mancanza di ascolto del paziente
- Mancanza di sinergie tra operatori
- Conflittualità tra operatori
- Spersonalizzazione del paziente
- Comunicazione frettolosa e distaccata

Noi siamo Pronti all'Imbarco, e tu?

**PRONTI  
ALL'IMBARCO**

[www.prontiall imbarco.it](http://www.prontiall imbarco.it)



Due nuovi reparti e apparecchi di ultima generazione. Il San Filippo Neri investe in salute

## Economie di gestione e la sanità trova i fondi

“In sanità i soldi ci sono, basta saperli trovare”. Lo ha ripetuto fino allo spasimo Domenico Alessio, direttore generale dell'azienda ospedaliera San Filippo Neri e, alle parole, ha fatto seguire i fatti. Un nuovo reparto di radioterapia, con un acceleratore lineare di particelle di ultima generazione – presso il padiglione D, aperto nello scorso luglio – una Tac di modernissima concezione, la centrale termica completamente rinnovata e 5 posti letto di unità di terapia intensiva respiratoria sono stati inaugurati il 31 ottobre scorso, alla presenza della presidente della Regione Lazio, commissario alla Sanità Renata Polverini. E non è tutto. In programma c'è la ristrutturazione dei vecchi padiglioni A e B e la costruzione di un nuovo reparto, denominato E, che dovrebbe sorgere al posto dei bellissimi giardini sul retro del nosocomio. Questo il pro-

gramma illustrato nell'incontro in aula magna, successivo alla inaugurazione delle strutture. “Qui accade ciò che mi aspetto accada in tutte le altre strutture sanitarie del Lazio – ha commentato Polverini – il San Filippo lavora sulle economie di gestione, realizza servizi e non fa spendere un soldo alla Regione”. Il piccolo miracolo finanziario è infatti tutto racchiuso in questi termini: risparmi sugli appalti, penali applicate alle ditte che non rispettano le clausole contrattuali, autofinanziamento. Economie di gestione insomma. Quante Asl e ospedali nel Lazio potrebbero applicarle? “E' un anno che ho affidato gli incarichi ai direttori generali – ha precisato Polverini – e mi aspetto che tutti si mettano al passo con gli obiettivi regionali, prendendo ad esempio proprio questa azienda”. I conti sono presto fatti: il restyling dei vetusti reparti è stato finanziato,



L'équipe di Radioterapia del San Filippo

per 18 milioni di euro, grazie alla legge 67 del 1988, che all'articolo 20 prevedeva fondi per l'edilizia sanitaria. La Tac ha richiesto un impegno finanziario di 800 mila euro mentre per la radioterapia sono stati impiegati quasi 3 milioni di euro ricavati da economie di bilancio; stessa cifra per la centrale termica grazie ai risparmi sugli appalti. Uno spiraglio di luce nel buio cupo della sanità commissariata.

Prevista il 16 novembre la chiusura della casa di cura, presidio del San Filippo Neri

## Valle Fiorita, soluzione in vista

Un'altra freccia al proprio arco Domenico Alessio l'ha conquistata per la risoluzione della vertenza Valle Fiorita. Grande indignazione tra i lavoratori ha destato la decisione di togliere la convenzione al presidio, riportando personale medico e letti di degenza dentro il San Filippo Neri, con un risparmio di gestione di 12 milioni di euro l'anno. Il risultato positivo e tranquillizzante, per il personale di assistenza, sembra essere dietro l'angolo. “I 65 posti letto finora ospitati presso la struttura privata – spiega il direttore – saranno assorbiti dall'ospedale come i medici, dipendenti della nostra azienda”. Per gli infermieri invece, dipendenti della clinica, i sindacati sono in prima linea per “garantire gli attuali livelli occupazionali” assicura il segretario provinciale della Uil Paolo Dominici. Si tratta di trovare un accordo tra Regione, Azienda ospedaliera e proprietà della struttura di via di



Torrevecchia. Non cessa però la mobilitazione del personale che, in varie occasioni ha manifestato sotto l'ospedale di Trionfale.

La Asl Roma D investe sul territorio e punta sul Dipartimento di Prevenzione

# Prevenzione, parte il piano industriale

**P**revenzione, avanti tutta. Si parte con il “Piano industriale” e da qui a pochi mesi, tecnici, ispettori, medici e comunicatori saranno attivi sul territorio dell’azienda sanitaria locale Roma D – che si estende da Monteverde a Fiumicino e Ostia, passando per il Portuense – intercettando i bisogni sanitari della popolazione, fornendo consulenze, pareri, assistenza, promuovendo attività di informazione sanitaria ed educazione alla salute. Un modello innovativo, di apertura dell’azienda pubblica che vende la propria competenza a imprenditori locali bisognosi di ausilio per avviare la propria attività o implementare la produzione. Il nuovo team di professionisti, fortemente voluto dal direttore del dipartimento Claudio Fantini, contenderà a società private – attualmente imperanti nel settore – una fetta qualificata di mercato, rappresentando una piccola rivoluzione, specie in



ambito aziendale. Previsti dalla Riforma sanitaria, i dipartimenti di prevenzione hanno, quale compito istituzionale la tutela della salute collettiva negli ambienti di vita e di lavoro, con numerose e diversificate competenze: dall’igiene e sanità pubblica, degli alimenti, degli ambienti di lavoro, ai controlli svolti in ambito di sanità animale. Produzione, lavorazioni, commercio, conservazione e trasporto degli alimenti, igiene degli allevamenti. Consulenze e pareri di idoneità

igienico-sanitaria sulle attività commerciali, artigianali, sanitarie, sportive ma anche in campo edilizio e veterinario, di inquinamento ambientale e diffusione delle malattie infettive e via elencando. Una miriade di competenze e un potere smisurato. Una dotazione del 2% delle risorse, molto lontana da quel 5% inizialmente previsto. Per assolvere a tali compiti il dipartimento si avvale di indagini epidemiologiche, di iniziative di informazione ed educazione sanitaria, interventi di vigilanza volti a verificare il rispetto della normativa sanitaria. Alla Asl Roma D però ritengono opportuno invertire la tendenza: privilegiare il momento preventivo rispetto a quello di controllo e sanzionatorio, con un aumento di produttività e di investimenti. Anche questo è un modo per ottimizzare risorse, prestazioni e aumentare la qualità dei servizi al cittadino.

Parla Claudio Fantini, direttore del Dipartimento di Prevenzione della Asl Roma D

## “Facciamo concorrenza ai privati”

**D**ottor Fantini, qual è la novità di questo piano industriale?

Mettere a disposizione un gruppo di esperti, opportunamente formati, che offrono proposte qualificate al mercato, con pacchetti ad hoc per imprenditori che attualmente si rivolgono a società di consulenza private.

**Concretamente, ci spieghi i vostri settori di intervento**

Penso all’apertura di una clinica, un laboratorio analisi ma anche a catene alimentari, i canili, le palestre e molte altre realtà produttive. Forniamo formazione e ricerca, sistemi di sorveglianza, promuovendo la prevenzione piuttosto che la repressione.

**Cosa cambia rispetto al passato?**

Cogliamo i bisogni del territorio, gestiamo programmi in grado di rendere produttivo il settore della prevenzione. Fino a qualche anno fa eravamo in un limbo, confinati alla spesa storica, senza alcuna possibilità di programmazione.

**Elemento qualificante di questo progetto?**

L’epidemiologia predittiva, ad esempio. Consente di pianificare il futuro e sviluppare le conoscenze sui bisogni di salute. La stasi del settore negli ultimi anni e l’incapacità di investimenti è dovuta all’assenza di un



quadro di riferimento, una cabina di regia.

**Nella sanità regionale, il vostro piano, può esser definito “il nuovo che avanza”?**

Piuttosto lo definirei un elemento innovativo nella tradizione: una linea formativa per i privati, la consulenza qualificata, la progettazione di pacchetti per il mercato, con un occhio a progetti rivolti all’Unione europea.

In aula il 10 novembre il disegno di legge per i malati di Alzheimer. Attingerà ai fondi UE

# Alzheimer: legge regionale per la "rete" di servizi



Alessandra Mandarelli

**S**ostenere concretamente familiari e associazioni che assistono i malati di Alzheimer. Con questo intento, la presidente della commissione Sanità della Regione Lazio Alessandra Mandarelli, presenterà la proposta di legge n. 35 in favore dei soggetti affetti da malattia di Alzheimer e altre forme di demenza il prossimo 10 novembre nel parlamentino della Pisana. Concepito per fornire linee guida di carattere generale, in realtà il disegno di legge – che si avvale della competenza di ricercatori, clinici ed esperti della malattia – detta regole per la costituzione di una rete di servizi ben distribuita sul territorio. Sarà l'istituenda commissione ad hoc regionale a uniformare i percorsi diagnostici e definire i requisiti strutturali e organizzativi dei centri di assistenza, che saranno potenziati e ristrutturati mentre i reparti di degenza dovrebbero vedere un ampliamento e la dotazione di strumenti assistenziali all'avanguardia. E' previsto un registro per gli assistenti familiari mentre le famiglie dovrebbero godere di contributi regionali per l'assistenza domiciliare. Si pensa inoltre a sgravi fiscali per le imprese che favoriscono il telelavoro dei dipendenti che assistono i congiunti malati, a corsi informativi per le famiglie e di formazione per il personale socio-sanitario. L'articolazione dei servizi spazia da centri specializzati per le demenze all'interno delle Asl, a poli specialistici

Il segretario della Fials Gianni Romano contesta le cifre della Regione

## Risorse alle Asl: è polemica su 38 mln

**D**iagnostica per immagini, medicina d'urgenza, strutture di emergenza. Molte le unità operative della sanità regionale che dovrebbero beneficiare di un contributo straordinario di 38 milioni, stanziato dalla Regione Lazio per il rinnovo delle tecnologie, con una delibera di giunta del 31 ottobre. A quanto affermano i sindacati però la cifra si assottiglierebbe di molto, tanto da non garantire alcun rinnovo del "parco-macchine". Non ha dubbi in proposito Gianni Romano, segretario della Fials Confsal Lazio. "Le risorse impegnate per il rinnovo delle attrezzature tecnologiche sono così insufficienti per coprire il reale fabbisogno che, spalmate sulle singole Asl basterebbero giusto per acquistare una risonanza magnetica di ultima generazione, con relativo contratto di assistenza ovvero per una apparecchiatura radiologica per eseguire la tomografia assiale computerizzata". L'analisi sulle cifre è presto fatta: i 38 milioni di euro sono stanziati in 3 anni e a questi ne vanno tolti 3,8 accantonati per eventuali urgenze. Si arriva così a un ammontare complessivo che scende a 34,2 milioni. Inoltre il 25 per cento di questi è destinato ai canoni di locazione cui la maggioranza delle aziende sanitarie deve fare fronte. "Ciò che rimane sono briciole – chiosa Romano – appunto gli 8 milioni da dividere su 21 aziende tra Asl, ospedali, Policlinici e Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (Irccs)".

di Università e Istituti di ricerca, passando per i centri diurni e case del sollievo presenti sui territori. Non sono esclusi dalla proposta di legge i reparti di degenza extraospedalieri e i nuclei di Alzheimer all'interno delle residenze sanitarie assistenziali (Rsa). Particolare attenzione la legge prevede per la cura dei mala-

ti a domicilio attraverso il sostegno alle famiglie e alle associazioni di volontariato attraverso la concessione di contributi finalizzati. Il finanziamento per l'applicazione della legge, dovrebbe derivare dal reperimento di risorse anche in ambito europeo, compatibilmente con il piano di rientro sanitario.

## Sirene

MENSILE DELLA SANITÀ REGIONALE

online

NUOVA EDIZIONE

Rivista on line (stampabile) di informazione e di servizio destinata a utenti e operatori sanitari del Lazio. Registrazione n. 102/2011 del 4.4.2011 Tribunale di Roma

Editore e Direttore Responsabile: GIUSEPPINA GRANITO

Grafica e impaginazione: TIZIANA GUGLIANDOLO

Chiuso in redazione il 7 novembre 2011

[sireneonline@libero.it](mailto:sireneonline@libero.it) • [www.sireneonline.it](http://www.sireneonline.it)

Redazione: viale Aldo Ballarin 130h - 00142 Roma

Se, involontariamente, fosse stato pubblicato materiale soggetto a copyright o in violazione della legge si prega di comunicarlo, provvederemo immediatamente a rimuoverlo

Foto e testi sono liberamente riproducibili per usi non commerciali, a patto di citare la fonte secondo la licenza creative commons - <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/it/>

Parte il progetto di tele cardiologia per i detenuti. Coniuga risparmio e qualità delle prestazioni

## Un battito a distanza e la sanità è virtuosa

**R**isposte complesse con strumenti semplici. Un telefono, un pc, un elettrocardiografo e parte la tele cardiologia, tecnologia al servizio del cittadino e di ausilio alle aziende ospedaliere. Il primo è seguito con perizia e monitorato in tempi reali; per le aziende la trasmissione di dati clinici a distanza comporta un'ottimizzazione delle prestazioni, con notevoli risparmi di gestione. Da ottobre, grazie al concorso di più istituzioni, il tele monitoraggio con consulto specialistico è diventato una realtà per i detenuti del carcere romano di Regina Coeli, che possono così, senza complessi e dispendiosi trasferimenti, godere di un servizio di qualità elevata, nel rispetto del diritto alla salute, valido in qualsiasi circostanza. Coordina il progetto il dottor Giorgio Scaffidi, direttore della

Unità di Cardiologia in emergenza dell'ospedale San Giovanni Addolorata di Roma, che illustra i punti di forza della innovativa procedura. "La tele cardiologia è senza dubbio una attività produttiva per il Servizio sanitario regionale – dice il cardiologo – considerato il risparmio di circa 2000 euro su ogni prestazione a distanza che venga effettuata. Fra trasferta, sorveglianza con agenti di custodia, prelievi ematici ed esami strumentali in ospedale, eventuale degenza al costo di 800 euro giornaliero non si può che plaudere all'iniziativa, fortemente sostenuta dal Garante per i diritti dei detenuti del Lazio, con il concorso dell'amministrazione penitenziaria, della presidenza regionale, delle aziende San Giovanni Addolorata e Asl Roma A". Per dolore toracico e aritmie, che nel

caso in esame "potrebbero assumere la connotazione di sintomi seri, gravi ma anche temporanei se non addirittura confezionati 'ad arte' – continua Scaffidi – la soluzione intermedia, tra gli estremi dell'infermeria del carcere e l'ospedale, si presenta ottimale. Si procede a ricovero soltanto quando indispensabile, riconducendo ai controlli protocollari, accreditati a livello internazionale, casi non acuti". Per il tele monitoraggio però esistono anche zone d'ombra: un'attività con tali ricadute positive non è finanziata dalle regioni, eccetto la Lombardia. "I costi – chiosa lo specialista – ricadono tutti sulle aziende che, in questo particolare momento, difficilmente si sentono in grado di affrontare il rischio di un investimento siffatto". Con buona pace dei risparmi di gestione.

Il parere di Mario Brozzi, ex medico della Roma e consigliere regionale del Lazio

## Caso Cassano: "Più controlli per tutti gli sportivi"

**“L**o Sport deve essere fattore di vita, per questo sono necessari maggiori e più approfonditi accertamenti per incrementare e diffondere una cultura della sicurezza per tutti gli sportivi". Lo ha detto il consigliere regionale e vicepresidente della Commissione Sport Mario Brozzi, formulando i suoi auguri ad Antonio Cassano, il calciatore operato per "pervietà del forame ovale", una anomalia cardiaca consistente in una chiusura anatomica imperfetta tra i due atri del cuore. "Da anni – ha continuato l'esponente della lista Polverini – sono sostenitore di un protocollo medico che riservi maggiore attenzione e cura preventiva per l'accesso in sicurezza alla pratica sportiva sia a livello dilettantistico che professio-



Mario Brozzi

nistico. L'episodio di Cassano ha evidenziato la necessità di una nuova rubricazione delle patologie". Secondo il consigliere "la pervietà del forame ovale è divenuta realmente

fattore di rischio, per cui l'ecocardiocolordoppler – nella fase di accertamenti iniziali e di monitoraggio successivo – da esame consigliabile, diventa assolutamente prescrivibile, anche in considerazione del fatto che una parte autorevole della letteratura medica ha evidenziato che il forame ovale aperto, nei giovani, rappresenta elemento di rischio ischemico e cerebrale". Come medico dello sport prima e consigliere attuale, Brozzi ha proposto una modifica al testo di legge sulla prevenzione sanitaria, prevedendo di inserire il sofisticato esame, che consente di monitorare l'afflusso di sangue ai vasi, tra gli strumenti diagnostici necessari e sta inoltre contribuendo alla stesura di un'apposita proposta di legge sullo sport.

Difficile percorso per la specializzazione presa all'estero: medici stranieri lasciano il camice

## Indagine Amsi: il futuro in medicina è donna

La salute ha il volto di una donna. Cresce infatti in Italia il numero delle dottoresse, specie tra i camici bianchi stranieri, tra cui il gentil sesso rappresenta il 45%, di cui il 10% è dentista. Area di provenienza più gettonata l'Europa dell'Est (Russia, Ucraina, Romania, Albania, Moldavia, ex Jugoslavia), seguita da Iran, Camerun, Congo, Somalia, Egitto, Libia. Il dato emerge da un'analisi dell'Associazione medici di origine straniera in Italia (Amsi) e il fenomeno è in linea con quanto già accade con le dottoresse nate in Italia. Anzi, si può dire che nel nostro Paese il futuro della professione sembra segnato: sarà donna. Negli ultimi dieci anni – secondo i dati del ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, elaborati dalla Federazione degli Ordini dei medici (Fnomceo), il sorpasso tra gli specializzati si è già consumato: su 67.980 specialisti, 35.986 sono donne e 31.994 uomini. Soprattutto pediatre, psichiatre dell'infanzia e genetiste. Ancora poche, pochissime, sono invece le specialiste in oncologia e chirurgia. Il quadro pro-

fessionale è comunque variegato, in base alla provenienza delle professioniste. “Ad esempio – spiega Foad Aodi, presidente dell'Amsi, all'Adnkronos Salute – sono tante le specialiste che non sono riuscite a farsi riconoscere il loro titolo di specializzazione in Italia, in particolare quelle che arrivano dai Paesi dell'Europa dell'Est, che finiscono per esercitare come medici generici dopo il riconoscimento del diploma di laurea. Molte laureate di altri Paesi si sono poi specializzate in Italia. Le discipline più frequentate sono ginecologia, pediatria fisiatria, medicina d'urgenza”. La maggior parte delle donne medico straniere – circa il 65% – risulta sposata, o con italiani o con loro connazionali. Perlopiù si tratta di camici rosa che lavorano all'interno di strutture private. “Parliamo – sottolinea Aodi – di cliniche convenzionate, centri di fisioterapia, laboratori di analisi. Questo – spiega il numero uno dell'Amsi – perché non hanno la cittadinanza italiana”. C'è pure chi, giocoforza, finisce per abbandonare il camice. “Un numero considerevole di donne medico pro-



Igea, dea della salute

venienti dai Paesi dell'Europa dell'Est – afferma il presidente dell'Associazione – non è riuscito a farsi riconoscere il titolo di laurea, e per difficoltà economiche ha optato per il lavoro di badante”. Nell'ultimo periodo si sta registrando un cambiamento legato al flusso degli arrivi. “Negli ultimi cinque anni – spiega Aodi – si è ridotto molto il numero dei medici che arriva dai Paesi dell'Europa dell'Est rispetto ai primi anni Novanta. Adesso – conclude – si registrano soprattutto arrivi di camici bianchi dall'Egitto e dai Paesi arabi in generale”.

Figura nata nel mondo anglosassone nel 1973 con la prima crisi energetica, opera in Italia dall'82

## Energy Manager, c'è ma non si vede

Conservazione e uso razionale dell'energia. Lo prevede la legge n.10 del 1991 “Norme in materia di uso razionale dell'energia, risparmio energetico e sviluppo delle fonti rinnovabili” che individua nelle aziende industriali, civili e del terziario una figura professionale che operi in tal senso. Gli ospedali con più di 300 posti letto si sono adeguati ma, tranne qualche caso virtuoso – nel Lazio possiamo citare il Gemelli e il Sant'Andrea – poco si sa sulle

attività di questi tecnici, dei risparmi e del reimpiego delle risorse convertite.

Fu l'assessore all'Ambiente della Regione Lazio Filiberto Zaratti, a sollevare l'attenzione su questo professionista con un bando che nel 2009 stanziava 650mila euro per la riqualificazione degli impianti dei nosocomi regionali. Con una nota del maggio 2010, l'Enea ha allertato tutti i presidenti di regione per promuovere un progetto in tal senso. Il Lazio ha

aderito. L'adeguamento impiantistico consente, in media, un risparmio del 20% sui consumi, pari a 13 milioni di euro annui. Non poco, considerato il momento.

Resta da definire meglio il ruolo degli Energy manager in ambito aziendale. Spesso privi di poteri di programmazione e intervento, specie in materia di appalti a società di energia esterne, potrebbero a pieno titolo rientrare nello staff dirigenziale, incidendo in maniera decisiva.

Privatizzazione del rapporto di lavoro, mobilità, dismissione di beni immobili

# Croce rossa, cura dimagrante e riorganizzazione

**E'** contenuto in otto articoli il destino della Croce rossa: i comitati locali e provinciali esistenti alla data del 30 settembre 2011 – recita il decreto legislativo di riordino – assumono la natura giuridica associativa di diritto privato e sono disciplinati dalle norme del codice civile. E' bastato questo per scatenare proteste e tafferugli, di entità non trascurabile, tra i lavoratori e le forze dell'ordine, specie nella manifestazione del 26 ottobre scorso sotto Palazzo Chigi, con identificazione e denuncia per sei persone per blocco stradale e corteo non autorizzato. La massima preoccupazione è per 1600 precari che, secondo i sindacati – la Unione sindacale di base in particolare – correrebbero il rischio di licenziamento, così come 1400 dipendenti di ruolo. In effetti il decreto prevede una robusta cura dimagrante per l'ente: stop ai finanziamenti statali finalizzati al funzionamento dei comitati territoriali, iscrizione nei registri di volontariato sebbene i compiti di interesse pubblico continuino ad essere esercitati con tutti i crismi, attività finanziate "attraverso apposite convenzioni e con oneri a carico del Comitato centrale o dei Comitati regionali nell'ambito delle disponibilità di bilancio". Previsto quale opzione, per il personale civile in servizio con rapporto a tempo indeterminato, il transito



presso altre pubbliche amministrazioni. In sintesi, la mobilità per chi non accetti la permanenza nell'ente con contratto di diritto privato e rideterminazione degli organici "previa verifica degli effettivi fabbisogni e previa consultazione delle Organizzazioni sindacali". I sindacati però non ci stanno e, oltre a contestare le decisioni del governo sulla riorganizzazione, accusano la Regione Lazio per il mancato rinnovo della convenzione con il servizio di emergenza 118 che lascerebbe campo libero agli operatori privati del soccorso.

Le proposte di Matteo Renzi, sindaco di Firenze, a confronto col documento Pd sulla sanità

## "Sanità: rottamiamo e ricostruiamo"

**M**olti ortodossi militanti democratici storceranno la bocca ma il rottamatore per antonomasia Matteo Renzi sostiene di veder chiaro anche nel complesso mondo della sanità e detta il suo programma che, confrontato con le proposte del Pd dello scorso febbraio, avalla di sicuro i detrattori che accusano il sindaco di semplificazione dei messaggi. Sono sei i punti su cui si sofferma il ribelle fiorentino: l'attuazione immediata dei cosiddetti costi standard, ovvero l'uniformità della spesa sanitaria nelle diverse realtà locali; la ridefinizione del ruolo dei medici di famiglia, da associare in consorzi presso ambulatori polispecialistici; la razionalizzazione degli ospedali – cui ricorrere solo in caso di reale emergenza – e la chiusura dei nosocomi con meno di 100 posti letto, privi di anestesia e rianimazione, privilegiando l'assistenza domiciliare con eventuali ricoveri a bassa intensità di cure e basso costo. Renzi propone percorsi diagno-

stico-terapeutici su base regionale, per stabilire procedure e comportamenti comuni e si sofferma sulle esternalizzazioni – ovvero il ricorso ad appalti esterni per l'acquisizione di beni e servizi – che non debbono rappresentare un incremento dei costi. Se il modello di sanità pubblica non è messo in discussione, di certo lo è stato tra alcuni punti del credo renziano e il corposo documento del Pd sulla sanità è evidente. Se per i medici di famiglia e gli ospedali l'uniformità di vedute è evidente, tale consonanza non si riscontra sui costi standard, che il partito vuole modulati valutando realtà e situazioni di disagio, sui livelli essenziali di assistenza e sulla prevenzione, nonché sulla integrazione socio-sanitaria, temi non presenti nel dibattito alla "Leopolda". Di sicuro, i sostenitori di Renzi non si candidano a entrare nel "laboratorio sanità" che il partito vorrebbe quale sede di elaborazione di idee e monitoraggio del sistema.

Continua il viaggio di sireneonline nel "labirinto sanità" e nei servizi territoriali

# Ambulatorio Infermieristico: la salute sotto casa

**U**n viaggio nella sanità territoriale. Nel numero di ottobre abbiamo dato il via a un percorso attraverso i servizi della ASL, elencandoli municipio per municipio, con indirizzi e orari. Un modo per facilitare l'accesso alle prestazioni per i cittadini. Ci occupiamo, in particolare, dell'ambulatorio infermieristico, un servizio gestito direttamente dai professionisti dell'assistenza, come previsto da un decreto del ministero della Sanità del 1994 e dalla legge 251/2000 sulle professioni sanitarie, che può prendere in carico in particolare i soggetti fragili, gli anziani e tutti coloro che necessitano di cure immediate e hanno difficoltà a raggiungere altre strutture sanitarie. Nell'ambulatorio, che offre prestazioni infermieristiche di qualità elevata, si accede con richiesta del medico di famiglia – che deve specificare sulla prescrizione "presso ambulatorio infermieristico" – o prenotando al Cup aziendale o regionale (telefono 803333). L'assistito può inoltre fruire di una prima visita generale con valutazione e storia sanitaria (anamnesi). L'offerta spazia dalle medicazioni semplici o complesse, alla somministrazione di terapie iniettive, passando per il monitoraggio dei parametri vitali, la gestione di cateteri fino alle analisi cliniche con prelievo di sangue. Attraverso il centralino della Asl di appartenenza, chiunque può richiedere precisazioni all'ambulatorio di riferimento o più vicino alla propria abitazione. Le informazioni riportate sono aggiornate al 20 gennaio 2011. Qualora ci fossero cambiamenti, che al momento a noi non risultano, ci scusiamo in anticipo. In questo numero, presentiamo gli ambulatori di una delle più estese aziende sanitarie cittadine: la Asl Roma C.

(2 - continua)

## Municipio Indirizzo

VI municipio POLIAMBULATORIO  
S. CATERINA DELLA ROSA  
TEL 06 51008354

IX municipio POLIAMBULATORIO  
VIA APULIA  
TEL 06 51008834

XI municipio POLIAMBULATORIO  
VIA MALFANTE, 35  
TEL 06 51008601

XII municipio POLIAMBULATORIO (VITINIA)  
TEL 06 52370752

POLIAMBULATORIO  
VIA SABATINI-DECIMA  
TEL 06 51006422

VIA G. FRIGNANI, 83

VIA NOVENTA, 1

CENTRO DELLA GIOIA  
DIVINO AMORE

## Orari

dal lunedì al sabato: 8 – 11

mercoledì e venerdì 15 – 17

dal lunedì al sabato: 11 – 13

dal lunedì al venerdì: 11 – 13

martedì e giovedì: 14 – 17

dal lunedì al venerdì: 11 – 13  
giovedì 14.30 – 16.30

dal lunedì al venerdì: 8 – 12.30

Dal lunedì al venerdì:  
8.30 – 10.30

Per appuntamento  
lunedì e giovedì: 8 – 9.30

Mercoledì e venerdì: 8 – 9.30

Tutti i giorni: 11 – 12

Paolo Bonolis e suor Stella Okadar allietano la permanenza in ospedale

## Libri, ricette e ironia.

### Al Gemelli è booktherapy

**U**n modo diverso per passare un pomeriggio in ospedale. E' l'iniziativa "Il cielo nelle stanze", ciclo di incontri con scrittori e intellettuali, proposta per la prima volta nel 2010 al Policlinico Gemelli di Roma che, dato il successo riscontrato riprende a novembre, facendo leva per questa edizione, sull'ironia di Paolo Bonolis e la competenza gastronomica di suor Stella Okadar. Ideata e promossa dal Policlinico universitario "Agostino Gemelli" e dalle librerie Arion, la kermesse punterà sul rapporto cibo-salute, puntando sull'esperienza di scrittrice della religiosa di origine bosniaca – autrice del libro Quel che passa il convento. Sapori e profumi dall'est, edito da Eri, edizioni Rai – impostasi all'attenzione del grande pubblico presentando ricette nella trasmissione di Rai Due "Mattina in famiglia". Coordinate dal Luciano Onder, le conversazioni, che hanno visto tra gli altri, nella passata edizione, personaggi quali Andrea Camilleri, Antonio Pennacchi ed Erri De Luca, rappresentano un riuscito tentativo di "booktherapy", esperienza rivolta ai degenti che potranno seguire gli eventi in parte dal vivo, nella hall dell'ospedale oppure dai 1300 schermi a circuito chiuso presenti nei reparti. Primo appuntamento il 7 novembre alle 16.30, salone al piano terra del nosocomio, largo Agostino Gemelli 8.