



PRECARI MAI PIÙ

*Proroga dei contratti al 31 dicembre
ma l'obiettivo è la stabilità*

a pagina 3

**Federalismo
fiscale, pagano
i cittadini**

a pagina 4

**Ospedale di
Sora il sindaco:
"Basta Tagli"**

a pagina 9

**Slow Medicine:
rispettosa
sobria, giusta**

a pagina 11



Sanità e partecipazione: il grande inganno

Ospedale e territorio. Una moderna organizzazione dei servizi sanitari non può prescindere da scelte strategiche basate su un sistema integrato, su un'organizzazione a rete, su una collaborazione tra pubblico e privato sociale.

Sono decenni che lo slogan si va ripetendo in tutte le salse. Amministratori, esperti, professionisti, semplici cittadini, propongono e guardano con favore al ripensamento di una architettura che vede al vertice, quasi in completa solitudine, l'ospedale come preferenziale erogatore di cure. Quasi che i centri di eccellenza siano gli unici depositari di certezze tecnico-scientifiche proprie di una eletta oligarchia.

Dal 1978, anno della rivoluzione copernicana della sanità, della prima riforma mutuata dal sistema britannico, che faceva dell'universalità delle cure, della prevenzione e riabilitazione punti centrali di tutto l'ordito normativo, ben poco si è investito sul territorio. Di assessori alla Sanità nella Regione Lazio ne sono pas-

sati ma gli stanziamenti sono sempre gli stessi: a presidi e servizi locali meno della metà delle risorse disponibili, il rimanente tutto all'ospedale.

A metà giugno, nel corso di una importante manifestazione sulla sanità che si tiene ogni anno a Roma, un navigato politico regionale che di sanità certamente si intende, ha espresso la propria opinione sul tema dei mancati investimenti sul territorio, attribuendo tale scelta a presunte, inconfessabili "convenienze" che avrebbero orientato l'interesse verso l'ospedale. Ci auguriamo che questa sia solo un'opinione non suffragata da fatti, altrimenti sarebbe arduo ipotizzare un futuro per la nostra sanità. A meno che non si inverta la rotta, coalizzando tutte le vittime del sistema, in primo luogo i cittadini-utenti, perché intervengano su un potere sempre più onnisciente e onnivoro. Le aziende sanitarie pubbliche sono amministrate con un atto di diritto privato, il cosiddetto atto aziendale, che offre ampi margini di discrezionalità. Il potere di ve-

rifica sui direttori generali è affidato – quando tale verifica è esercitata – alle Regioni che li hanno nominati.

Nelle mani del direttore generale si concentrano poteri di indirizzo, controllo e gestione e gli anodini organismi di contorno non sono altro che emanazione del vertice. Forse qualche anomalia nel sistema è presente. Un emendamento proposto dal ministero della Salute nel 2007 alla riforma sanitaria ter, la 229 del 1999, prevede la partecipazione delle associazioni organizzate di cittadini alle commissioni di gara. Cosa ne è stato di tale previsione? E il controllo degli utenti sulla organizzazione aziendale, previsto dall'art. 14 bis della legge 502/92, in cosa si sostanzia? Sembra tutto un grande inganno ma non crediamo che la responsabilità sia da attribuire ai soliti noti, ai poteri forti, al sistema. Gli strumenti per contrastare l'attuale andazzo ci sono, l'indignazione è montata a sufficienza, le risorse investite in sanità sufficienti non sono più. Basta temporeggiare.

Accordo ponte verso la stabilizzazione e mobilità per riconversione degli ospedali

Per il diritto alla salute, per il diritto al lavoro

“Ricerca un'intesa per il graduale superamento del lavoro precario”. È racchiusa in questa frase la speranza di quasi tremila precari della sanità del Lazio: 2750 per l'esattezza, che dal 27 maggio hanno visto tramutarsi la speranza in certezza. La sigla dell'“Accordo sulla programmazione delle risorse umane del Servizio sanitario regionale per il biennio 2011-2012” da parte dei sindacati della dirigenza (medici, farmacisti, veterinari, psicologi, biologi) e del comparto (infermieri, tecnici, ausiliari, amministrativi) ha scongiurato la paralisi dell'assistenza, almeno fino al 31 dicembre. Si pensi che in importanti strutture romane, come ad esempio il Policlinico Umberto I, interi reparti sono affidati a figure professionali non stabilizzate: tecnici assunti a tempo determinato, medici con contratti co.co.co. e similari. Una storia che nella sanità si ripete da sempre. Dai contratti interinali con successiva sanatoria agli avvisi pubblici con prove di selezione e minacce di licenziamento. Tante tipologie di assunzione e una sola condizione: l'instabilità. Mai come in questa occasione la trattativa sindacale è stata defatigante, vuoi per il blocco del turn over, vuoi per il piano di rientro e il pauroso deficit regionale ma le sigle sindacali - tredici tra confederali e autonomi per la dirigenza, Cgil, Cisl, Uil, Fials/Confasal, Fsi, Ugl Sanità per il comparto – mostrano soddisfazione e un moderato ottimismo. “La Regione – assicura Stefano Mele, segretario della Cgil Medici – si è impegnata a indicare entro novembre, le tappe per il superamento del precariato”. In sintesi stabilizzazione, prevista da due leggi Finanziarie (2007-2008) e dalla c.d. legge anticrisi n. 102 del 2009. Sarà il tavolo permanente regione-sindacati a elaborare proposte, con l'ulteriore possibilità di proroga di 24 mesi dei contratti in scadenza qualora non si trovino soluzioni immediate.



I precedenti

“Per organizzare un concorso nella sanità ci vogliono almeno due anni, per un posto si presentano migliaia di persone. Questa è la pubblica amministrazione. Poi nel settore c'è stata una serie di riforme, una sull'altra, che ha reso ancora più complicato il problema. Certo, ci sarà pure qualche parte d'Italia e qualche Regione che ha preferito non fare concorsi per avere più libertà nelle assunzioni. Ma questa è solo una delle cause. Ora nella legge in discussione alla Camera abbiamo inserito disposizioni per sveltire e snellire le procedure in modo che casi così abnormi non si ripetano”

Dichiarazione del ministro della Sanità Costante Degan – da Repubblica Economia 12 marzo 1985

Precari di lusso

Isritti a un ordine, per lo più laureati, lavorano a “tempo” e sono penalizzati da una scarsa capacità contrattuale. Sono i “lavoratori professionisti”, categoria monitorata in una ricerca dell'Iress, promossa dalla Cgil e dalla Filcams. L'80 per cento ha una laurea e quasi il 50 per cento una retribuzione annua inferiore ai 15 mila euro. Il 58,4 per cento della categoria, non riesce a concordare le condizioni di lavoro con il committente. Sono presenti in gran numero nel comparto socio-sanitario, seguito dall'area gestionale-amministrativa, economica e tecnica.

Fiscalità elevata, tasse, ticket e scarsa qualità dei servizi

Il federalismo fiscale lo pagano i cittadini

DISAVANZI SANITARI E INASPRIMENTO FISCALE

Nelle regioni (Abruzzo, Campania, Calabria, Lazio, Molise, Piemonte, Puglia, Sardegna e Sicilia) con elevati disavanzi sanitari e che hanno sottoscritto con il governo i "Piani di rientro", l'inasprimento fiscale è la leva maggiormente utilizzata per ricondurre la spesa entro livelli sostenibili. L'addizionale regionale IRPEF per i lavoratori dipendenti e pensionati e l'aliquota IRAP per le imprese sono state elevate ai massimi livelli consentiti dalla legge.

E' la conseguenza del nuovo meccanismo del "chi rompe paga", non c'è più l'intervento dello stato centrale a ripianare, con interventi successivi, i disavanzi sanitari delle singole regioni.

Ad esempio nel Lazio è dal 2007 che il disavanzo annuo della spesa sanitaria (la differenza tra le entrate e la spesa reale) di circa 1.400 milioni di euro tab. 1 pari al 14% delle entrate viene, per la maggior parte, pagato dai cittadini e dalle imprese.

La pressione fiscale, nel triennio 2007-2009, è infatti aumentata dello 0,5 per l'IRPEF passando così dallo 0,9 all'1,4 e dello 0,62 per l'IRAP anch'essa salita dal 4,2 al 4,82.

Al termine poi di vigenza del Piano di rientro non essendo stati raggiunti gli obiettivi previsti la regione Lazio, così come previsto dal Patto per la salute, è stata commissariata e a partire dall'anno d'imposta 2010 vi è stato un ulteriore inasprimento della leva fiscale. L'addizionale regionale IRPEF è aumentata di un +0,30 e l'aliquota IRAP di un +0,15. Oggi quindi i lavoratori e pensionati del Lazio pagano un addizionale regionale IRPEF dell'1,7 (+0,9 rispetto a quella nazionale) e le imprese un'aliquota IRAP di 4,97 (+0,77 rispetto a quella nazionale). Dal 2007 al 2010 l'addizionale regionale IRPEF nel Lazio è pressoché raddoppiata.

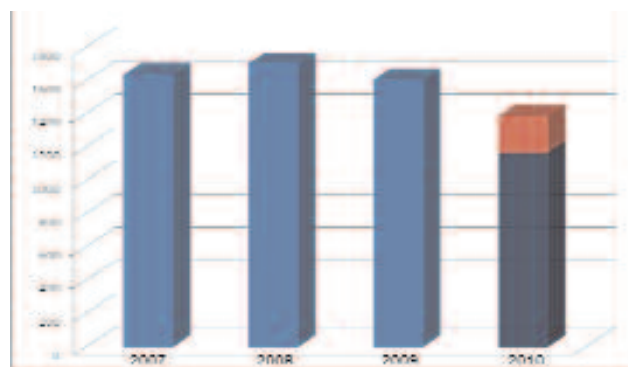
Pertanto con la leva fiscale si copre circa il 57% del disavanzo economico sanitario prodotto nel Lazio mentre il restante 43% è coperto per il 18% dal fondo di accompagnamento dello stato (cessato dal 2010) e per il 25% con fondi propri dalla regione.

AUMENTO DELLE SPESE E DIMINUIZIONE DEI SERVIZI

Aumentano quindi le spese (ticket, tasse) sostenute dai cittadini per l'accesso al servizio sanitario regionale a fronte di una generale diminuzione della qualità e quantità dei servizi. Le liste di attesa per visite e prestazioni diagnostiche non diminuiscono, aumentano invece le ore, a volte addirittura anche giorni di attesa nei corridoi dei pronti soccorsi. E' la diretta conseguenza di alcune delle azioni messe in atto dalla regione come la chiusura di alcuni ospedali, il blocco del

Tab 1

Disavanzi in sanità nel Lazio dal 2007 al 2010



FONTE BILANCIO REGIONALE

turn over (per la sola sanità pubblica), al solo fine di ridurre strutturalmente il disavanzo, ma senza una adeguata e contestuale implementazione dei servizi territoriali.

La gestione commissariale toglie alla regione l'autonomia nell'attività di programmazione e organizzazione della sanità sul territorio. Agisce in funzione dei dettati governativi dove prevale il criterio meramente ragionieristico dei conti rispetto a quello dei bisogni di salute delle persone.

Se è questo il federalismo che avrebbe dovuto migliorare la spesa pubblica, e la qualità dei servizi, ebbene nel Lazio possiamo dire che non sta avvenendo né l'uno e né l'altro. I cittadini subiscono passivamente le non scelte di amministratori "incapaci" di affrontare e mettere le mani ai veri problemi strutturali della sanità del Lazio come l'eccesso di offerta, la spesa dei 5 policlinici universitari per ricerca e formazione impropriamente a carico del SSR, la mancanza di una adeguata rete di servizi territoriali, ecc. Non vi è alcun meccanismo sanzionatorio che responsabilizzi chi gestisce la spesa pubblica soprattutto quando, Regione e Comuni, fanno ricorso all'aumento delle tasse per far fronte al continuo incremento della stessa.

Ma il federalismo fiscale non doveva essere la via per togliere le tasse e per sottoporre sindaci e governatori al controllo diretto e ravvicinato dei cittadini? Siamo invece in presenza di un federalismo fiscale, almeno in sanità, con nuove tasse e a pagare sono solo e soltanto i soliti noti: lavoratori dipendenti e pensionati.

Giorgio Cerquetani
Responsabile Dipartimento
Politiche della Salute
CGIL Roma e Lazio

Continua l'analisi del Piano di rientro e le relative conseguenze

Piano di rientro, assicurare un'assistenza equa

Continua il nostro percorso sul piano di rientro e i suoi effetti relativi all'offerta di servizi ai cittadini. In questo numero, partiamo da alcuni aspetti essenziali da cui non si può prescindere per assicurare equi livelli di assistenza ottimizzando il sistema:

- **Riequilibrare l'offerta sanitaria a favore delle province**, deve essere garantito lo standard di 4 PL per mille comprensivi di 0,7 PL per riabilitazione e post acuzie. (valori attesi: Frosinone: 2,1; Rieti: 2,6; Latina: 2,75; Viterbo: 2,32; Roma: 3,56) per evitare la dipendenza di aree lontane dalla capitale e non soffocare gli ospedali capitolini di riferimento delle province per l'alta specialità;

- **Rivedere la divisione della regione in 4 macroaree**. È indispensabile rivedere la divisione della regione in 4 macroaree, semplice artificio contabile per raggiungere lo standard previsto che di fatto nega la garanzia di assistenza nei territori della provincia;

- **Rivalutare il numero effettivo di abitanti**, tale valutazione ai fini di ristabilire lo standard di posti letto di spettanza del Lazio;

- **Realizzare una integrazione tra le reti ad alta complessità e reti a media e bassa intensità** offrire una copertura al territorio regionale attraverso la definizione chiara di percorsi e tempi (protocolli scritti), colmando vuoti assistenziali tipo Ematologia, Allergologia e Immunologia clinica;

- **Chiarire il ruolo dei Policlinici Universitari**. Stabilire la quota parte dei costi da questi sostenuti per formare medici e altri professionisti sanitari che saranno utilizzati da regioni che però non hanno investito nel processo formativo (22% dell'intera offerta for-



Il Policlinico Universitario Umberto I

mativa). Si tratta di un cifra calcolata in 400 mln di euro che dovrebbero tornare in larga parte nella casse della regione Lazio;

- **Definire analiticamente i rapporti con gli Istituti religiosi a convenzione obbligatoria** con i quali è lo Stato italiano ad avere sottoscritto i rapporti contrattuali fin dalla legge 833/78 prevedendo che anche tali istituti sottostiano agli stessi obblighi del pubblico per i percorsi assistenziali, accesso al CUP regionale e reclutamento del personale;

- **Riorganizzare la rete ospedaliera della capitale**, accorpando reparti prevedendo un uso delle alte tecnologie, della alte specialità, delle sale operatorie per un tempo prossimo alle 24 ore, implementando nuovi modelli assistenziali come quello basato sulla intensità di cura;

- **Prevedere specifici protocolli di dimissione di pazienti**, affidamento a strutture a minore intensità assistenziale (post acuzie, ospedale distrettuale, RSA) istituendo sul modello toscano le

cosiddette “discharge room” in ogni presidio ospedaliero.

- **Attivare immediatamente i posti di RSA e di lungodegenza**. Si tratta di oltre 5.000 posti la cui carenza comporta un uso improprio degli ospedali che da presidi adibiti all'acuzie si trasformano invece in strutture per lungo degenza o simili (5148 posti letto a fronte di un fabbisogno 13072). Un provvedimento essenziale per rendere efficiente il sistema, in linea con quanto sostenuto dallo stesso Ministro Sacconi nel “rapporto sulla non autosufficienza del 2010” laddove si dimostra come il disavanzo regionale sia connesso (in modo potremmo dire lineare) ad un eccessivo uso dell'ospedale e questo a sua volta sia in diretta relazione alla scarsa disponibilità di posti letto per anziani. Un mezzo peraltro indispensabile per salvaguardare migliaia di posti di lavoro, ora messi a rischio dalla manovra.

Roberto Polillo

Dirigente medico Asl Roma A
(III^a parte - continua)

Il governo fa ricorso ma la presidente Polverini dimostra ottimismo

Accreditamento sanitario ...indietro tutta

Nonostante l'ottimismo della governatrice Renata Polverini e le rassicurazioni del ministero per i rapporti con le Regioni, il ricorso presentato contro la legge per l'accREDITAMENTO delle strutture sanitarie dallo stesso dicastero – con delibera di impugnativa del 16 giugno - avverso la legge n. 6, approvata lo scorso 22 aprile alla Pisana, pesa come un macigno sul piano di rientro. Perno centrale della riorganizzazione della rete assistenziale, la messa in regola dei privati subisce così uno stop fino alla modifica della legge che, stando ai numerosi e argomentati rilievi giuridici, non dovrebbe essere immediata. Vediamo, nel dettaglio, su cosa si concentrerebbe l'attenzione dei ricorrenti di parte governativa. Asserzione cardine delle puntigliose argomentazioni tecniche sarebbe quella secondo cui «Il legislatore regionale, disciplinando in modo non conforme ai principi fondamentali stabiliti dalla normativa statale in materia di tutela della salute, viola l'art.117, comma 3 della Costituzione». In sintesi, i commi 4, 5, 6, 7, 8, 9,13 dell'articolo 1 della normativa regionale prevedono per le strutture sanitarie una sorta di salvacondotto per l'esercizio delle attività, mettendo al centro dell'iter autorizzativo le Asl in luogo della stessa Regione, prolungando sine die il regime di accreditamento provvisorio anche nel caso di "incolpevole non presentazione della domanda di conferma di accreditamento definitivo o presentazione in modo incompleto", basta sistemare il tutto o integrare entro 15 giorni dall'entrata in vigore della legge.... Secondo il ministero non è poi legittimo che la disciplina regionale consenta ai privati "di continuare a operare in regime di accreditamento provvisorio in assenza dei requisiti di legge e in attesa dell'eventuale successiva acquisizione". Per non parlare dei posti letto riconvertiti o delle nuove attività intraprese, che "pos-

I PUNTI CONTROVERSI DELLA LEGGE REGIONALE

Art. 1 comma 4

- Convocazione della Conferenza dei Servizi da parte della Asl in luogo della Regione - Violazione art. 14 legge 241/90 e art. 117 Costituzione c. 2 punto m);

Art. 1 comma 5

- Sanatoria in caso di mancata presentazione della richiesta di accreditamento, in assenza di colpa o documentazione incompleta. Sanatoria per avvio di nuove attività in seguito a riconversione posti letto, con dichiarazioni sostitutive attestanti il possesso di standard minimi. Adeguamento entro sei mesi o decadenza. Violazione art. 8 c. 4 legge 502/92 "Riordino della disciplina in materia sanitaria" e Dpr 14.1.97 che subordinano l'esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie da parte di strutture pubbliche e private al possesso di determinati requisiti minimi (strutturali, tecnologici e organizzativi) nonché con gli artt. 8 ter e 8 quater del stesso d. lgs n. 502/1992 che condizionano il rilascio dell'autorizzazione e dell'accREDITAMENTO al possesso dei suddetti requisiti.

Art. 1 comma 6

- Reiterazione del regime transitorio per l'esercizio fino al rilascio dei provvedimenti di conferma o diniego – Violazione per mancanza limite temporale previsto dall'art. 1 c. 796 della legge 296/2006 "Finanziaria 2007", che impone la cessazione dell'accREDITAMENTO provvisorio dal 1.1.2011. Violazione del diritto alla salute e del principio di eguaglianza "giacché il regime di tutela del paziente sarebbe di grado e misura diverse tra le regioni italiane".

Art. 1 comma 7

- Sanatoria anche in caso di accertate difformità e in mancanza di notifiche alla Regione di avvenuti adeguamenti – Violazione dei principi fondamentali in materia di tutela della salute di cui all'art. 8 ter del D.lgs 502/1992 e art. 193 del R.D. 27/7/1934, n. 1265.

Art. 1 commi 8 e 9

- Autorizzazione confermata per numero posti letto superiore a quelli formalmente autorizzati per singola specialità e per attività non formalmente autorizzate se si è in possesso di requisiti minimi previsti per legge - Violazione dei principi fondamentali di tutela della salute (art. 8 quater d.l.v. 502/1992 e art. 117 c. 3 Costituzione).
- Una palese violazione dell'art. 9 bis del 502/92 riguarda poi la sospensione della verifica triennale sugli esiti della sperimentazione gestionale stabilita per il policlinico Tor Vergata (gestione affidata a società miste con capitale pubblico e privato ndr).

sono continuare a esercitare in presenza dei requisiti minimi previsti in sede di accREDITAMENTO provvisorio". Il tutto senza che sia fissato, dalla legge n.6/11 un termine perentorio per la messa in regola, come previsto invece da leggi statali. Insomma il potere centrale non rinuncia alle sue prerogative e ribadisce che nelle materie di c.d. legislazione

concorrente spetta alle Regioni la potestà legislativa, salvo che per la determinazione dei principi fondamentali, riservata alla legislazione dello Stato. Insomma, la legge n. 6/2011, al di là di polemiche e speculazioni politiche, si è rivelata un ulteriore patiscio giuridico e burocratico sulla accidentata strada della riorganizzazione della sanità regionale.

Riduzione unità operative e polo ospedaliero unico multipresidio nelle Asl

Atti aziendali, avanti tutta con cautela

Porta la data del 10 giugno il decreto U0040 della presidente-commissario ad Acta per il piano di rientro della sanità Renata Polverini e serba in sé il futuro prossimo di tutte le aziende sanitarie e ospedaliere regionali. Con l'approvazione del "Documento di indirizzo per l'attuazione dell'Atto di autonomia aziendale delle Aziende sanitarie della Regione Lazio", tutti i provvedimenti assunti dai direttori generali dovranno allinearsi al rigore previsto dal piano di rientro al fine di evitare iniziative non compatibili con il processo di razionalizzazione e risanamento avviato (...). Lacrime e sangue perciò, che dovrebbero scendere ancor più copiosi se andassero in porto le previsioni della super manovra finanziaria proposta dall'esecutivo per i prossimi tre anni.

Dai governatori regionali si avvertono i primi dissensi, pronti a diventare marea montante se i super ticket per il pronto soccorso, gli ulteriori tagli a risorse già devastate e il balzello sulle prescrizioni diventassero realtà. Il via libera agli atti aziendali da parte regionale, se da un lato riprende un discorso interrotto nell'agosto del 2008, quando gli stessi furono sospesi con la legge di assestamento biennale del bilancio, dall'altro riduce di molto la discrezionalità dei vertici aziendali e pone limiti stringenti alla proliferazione di servizi, unità operative, dotazione di figure professionali che non siano compatibili con le scelte strategiche e organizzative del management, in funzione della razionalizzazione e della compatibilità economica.

Inderogabili gli obiettivi per i vertici aziendali: entro trenta giorni dovranno adeguarsi a quanto previsto dall'atto di indirizzo, dal piano sanitario regionale 2010-2012 e da ulteriori pro-



Renata Polverini

grammi operativi tesi ad arginare la crescita del deficit. Termini inderogabili anche per i regolamenti organizzativi da emanare entro tre mesi con la riduzione di unità operative e servizi.

Una novità è rappresentata dalla individuazione, nell'atto aziendale, del dirigente preposto

alla redazione dei documenti contabili, secondo quanto previsto dalla legge regionale "Misure urgenti di contenimento e razionalizzazione della spesa sanitaria". Aziende governate dall'economia quindi, per cui il consistente documento di 50 pagine fornisce in tre sezioni, indicazioni sulle politiche sanitarie e delle risorse umane, passando per la valutazione e il controllo, con l'introduzione - prevista dal decreto 150/09 del ministro Brunetta (Sireneonline giugno) - di un organismo indipendente di valutazione sulla attività del personale ai fini del sistema premiante.

Grande attenzione è riservata alle strutture operative aziendali: distretti sanitari e dipartimenti con l'istituzione delle aree delle dipendenze e della sanità penitenziaria. In linea col contenimento dei costi di gestione, nell'atto di indirizzo si prevede la costituzione di un unico polo ospedaliero multi presidio per ogni azienda, tenendo in debita considerazione i vantaggi per l'utenza.

Spesa sanitaria: "cresce...con lentezza"

La spesa sanitaria rimane la voce più importante nella spesa corrente delle Regioni (75% di media), e risulta in continua crescita. Nel 2010 è stata di 113,5 miliardi (7,3% del Pil) con previsioni per il 2011 di circa 115 miliardi (7,2% del Pil sulla base delle attuali previsioni di crescita). A fornire i numeri è Luigi Giampaolino, presidente della Corte dei Conti, a margine del proprio intervento all'Università Campus Bio-Medico di Roma sul tema 'La tutela della salute e il ruolo della Corte dei conti: le spese pubbliche in materia sanitaria'.

Nonostante la spesa sanitaria cresca, per Giampaolino, "la strada imboccata attraverso il Patto per la salute è quella giusta, tant'è vero - si legge in una nota del Campus Bio-Medico - che negli ultimi due anni il ritmo della crescita è rallentato". Se infatti nel 2008 la spesa sanitaria è aumentata del 6,6% rispetto all'anno precedente, nel 2009 l'aumento è stato dell'1,8% e nel 2010 del 2,7%.

Un ritardo nei finanziamenti da parte della Regione rallenta la dotazione di ausili ai neurolesi

SLA: l'ausilio per la vita arriva a singhiozzo

Francesca – la chiameremo così – ha trentadue anni e uno sguardo vivace. Al momento i suoi occhi sono l'unica possibilità di cui dispone per comunicare con i suoi amici, i genitori, esprimere le sue emozioni e i suoi dolori. Da mesi è in attesa di un set di ausili che le consenta di entrare in relazione con il mondo che la circonda ma, il ritardo dei fondi regionali all'azienda ospedaliera San Filippo Neri, che dovrebbe dotarla delle apparecchiature, sta rendendo impossibile quello che ai comuni mortali è normalmente consentito. “Progetto per la facilitazione della comunicazione nei pazienti con gravi patologie neuromotorie”. La denominazione è lunga e complessa, come complessa è l'attività ad esso collegata.

Dal 2010 l'azienda ospedaliera San Filippo Neri di Roma è centro di riferimento per la dotazione di ausili per pazienti con sclerosi multipla, sclerosi laterale amiotrofica, distrofie muscolari progressive e altre patologie fortemente invalidanti, che minano fortemente l'autonomia di chi ne è colpito.

Nato grazie a un finanziamento del Piano sanitario nazionale 2006-2008, attivato nel Lazio con l'accordo della Conferenza Stato-Regioni, che ha destinato allo scopo 1.835.670 euro, il progetto è frutto di un complesso sistema “a rete” che vede strutture come il Gemelli, le Asl Roma D e Roma E e l'ospedale di Monte Mario collaborare per individuare i destinatari dei supporti vocali e le modalità di erogazione. Beneficiari i residenti nel territorio regionale, con punte a Roma, Viterbo e Latina che, pur mantenendo le capacità cognitive perdono a mano a mano le possibilità di comunicazione verbale e della vita di relazione, con gravi limitazioni nella



San Filippo Neri

espressione dei bisogni più elementari. Tra apparecchi comunicatori, tastiere e supporti vari, è complesso il set destinato ai neurolesi e costa, in media, intorno ai 1490 euro, con la possibilità di riadattarlo per più pazienti, in un conveniente turn over che realizza economie di scala con notevole abbattimento dei costi.

Numerose sono le figure professionali coinvolte nell'attuazione del progetto: medici, fisioterapisti, logopedisti, terapisti occu-

pazionali e figure di supporto, che hanno seguito specifici percorsi formativi organizzati dall'azienda e dalla Regione Lazio.

Fondamentale è il supporto al progetto della Cooperativa sociale “Centro per l'autonomia”, le associazioni di parenti e familiari e altri centri di riferimento regionali per patologie similari. Sarebbe importante che per progetti del genere, fondi già stanziati e impegnati non tardassero ad arrivare.

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

Hanno collaborato: GIORGIO CERQUETANI, ROBERTO POLILLO, GIORGIO SCAFFIDI, CORRADO STILLO

Chiuso in redazione il 30 giugno 2011

sireneonline@libero.it • 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/>

Nel territorio del frusinate sono già stati chiusi tre ospedali e si aspettano altri tagli

Sora: “quel reparto chiuso è uno schiaffo ai cittadini”

La chiusura, seppur temporanea, del reparto di Ortopedia dell'Ospedale “Santissima Trinità” di Sora è un ulteriore schiaffo ai sorani e a tutti gli utenti del nostro territorio”. Esordisce così, con un comunicato datato 15 giugno, il sindaco Ernesto Tersigni. “È inconcepibile – continua il primo cittadino – che 110.000 residenti non abbiano il diritto di essere curati nella struttura sanitaria di riferimento ma debbano essere trasferiti al di fuori del territorio, non solo provinciale, ma regionale, alimentando a dismisura la spesa sanitaria delle prestazioni rese in mobilità passiva che il Lazio deve sostenere per saldare il conto che le regioni contermini presentano quale contropartita per le cure prestate”.

I timori dell'amministrazione comunale sono alimentati dalla analoga sorte prevista per il reparto di Pediatria. “Non credo che queste azioni siano il modo più corretto per garantire il diritto alla salute sancito dalla Costituzione – si sfoga ancora Tersigni - il nostro territorio è



ospedale di Sora

stato già privato di tre importanti strutture sanitarie: gli ospedali di Isola del Liri, Arpino ed Atina, perciò non sono ammissibili ulteriori tagli che creano disagi enormi alla popolazione”. Per questo motivo e per salvaguardare l'ampio bacino di utenza di oltre centomila abitanti,

l'amministrazione comunale ha sollecitato un incontro con il direttore generale della Asl di Frosinone, Carlo Mirabella per discutere la riorganizzazione del nosocomio che, attualmente, si troverebbe secondo il sindaco “in una situazione altamente penalizzante”.

Prove di integrazione alla Asl di Viterbo e formazione specifica per gli operatori

Assistenza per tutti, nessuno escluso

Facilitare l'accesso alle prestazioni, snellire i percorsi assistenziali, conoscere la medicina delle migrazioni. Sono questi gli obiettivi del programma di formazione per operatori sanitari e sociali che il terzo distretto della Asl di Viterbo ha promosso a metà giugno, puntando sulla conoscenza dello scenario socio sanitario migratorio e degli aspetti epidemiologici in Italia e nel Lazio, del pregiudizio in relazione alla salute e alle malattie in ambito interculturale, approfondendo aree critiche come le mutilazioni genitali

femminili, l'accoglienza e la presa in carico della popolazione migrante.

L'azienda dell'alto Lazio è attiva da anni su tale tema, ne è testimonianza il “Progetto benessere dei cittadini immigrati” partito nei primi anni duemila, pronto ad arginare le nascenti necessità di una comunità – quella degli immigrati – che andava man mano crescendo, con forti impennate nelle presenze femminili che rappresentano più della metà dei nuovi arrivati.

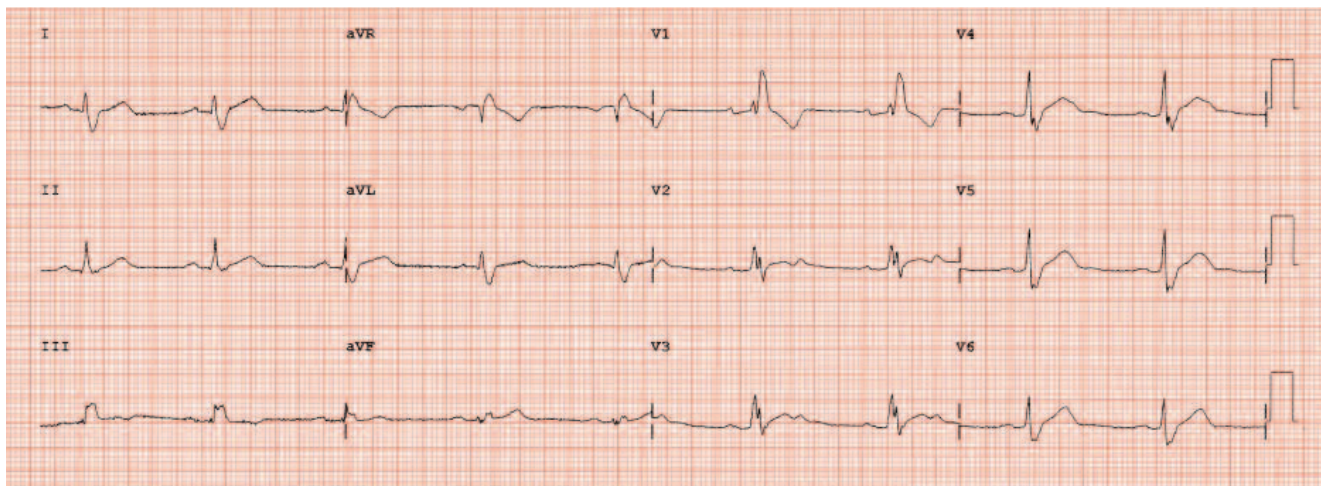
Il corso, coordinato dalla dotto-

ressa Antonella Proietti, direttore di distretto, sarà esportato in altri ambiti provinciali, garantendo la presenza di docenti esperti del settore: Salvatore Geraci, responsabile dell'area sanitaria della Caritas di Roma e direttore del corso di Medicina delle migrazioni presso la Scuola superiore di Scienze biomediche di Roma e Parma e Marco Mazzetti, pediatra e psichiatra impegnato in numerosi progetti di cooperazione sanitaria in Asia, Africa e America Latina.

Al San Giovanni di Roma, la tele cardiologia è un servizio all'avanguardia

Dal Kilimangiaro a Roma, un battito in tempo reale

Elettrocardiogramma



Martedì 7 giugno, ore 13:49. Da Arusha, città africana alle falde del Kilimangiaro, il dottor John Kingaru invia una mail all'ospedale San Giovanni di Roma che non è un normale messaggio di posta con allegato un qualsiasi documento.

Unito alla comunicazione, c'è il tracciato del battito del cuore della 46enne Wendy (la chiameremo così), un elettrocardiogramma che, senza i miracoli della moderna tecnologia, non sarebbe mai arrivato al collega specialista per un confronto clinico. La paziente, ipertesa, in trattamento domiciliare, non ha segreti per il cardiologo romano che riceve il messaggio: la sua storia clinica (anamnesi) è racchiusa in quelle righe venute da lontano e, quando parliamo di trattamento domiciliare in Africa ci riferiamo, probabilmente, alla modesta abitazione di un villaggio della Tanzania.

Strumento di colloquio, conoscenza, collaborazione e consulenza, la posta elettronica ci consente di fare miracoli da qualunque parte del mondo, seppure sprovvista di quasi tutto, arrivando all'altra parte del globo,

quella che ha pure troppo. Il cardiologo consultato si fa una idea del paziente quasi come se lo vedesse, referta l'ecg come di norma ed esprime il proprio parere "second opinion" per affrontare meglio il caso specifico.

Certo, bisogna fare i conti con i limiti della tecnologia e dei farmaci disponibili in loco. Ma cosa facevamo decenni fa? In sintesi, che occorre per fornire in tempo reale a qualsiasi distanza una "second opinion"? Ricetta: 1 pc con connessione internet, 1 elettro-

cardiografo, personale formato all'uopo, un centro cardiologico di riferimento, mentalità da buon samaritano. Se serve così poco e a costi molto contenuti, nel proliferare di Ong, Onlus, 5 e 8 per mille...quante centinaia, se non migliaia, di centri sanitari on-line potremmo far proliferare?

Giorgio Scaffidi

Direttore Unità Operativa pronto soccorso cardiologico Azienda San Giovanni Addolorata

Telecardiologia: applicazione specifica della telemedicina consistente nella trasmissione e interpretazione a distanza di parametri cardiovascolari;

Parametri trasmessi: elettrocardiogramma, frequenza cardiaca, ecocardiografie, valori pressori, ossimetria, dati elettrofisiologici e angiografici;

Modalità di trasmissione: indagini strumentali di base attraverso la telefonia;

Vantaggi: uso di apparecchi semplici e poco costosi; efficacia nell'abbattimento del fattore tempo essenziale nelle patologie cardiovascolari;

Telegestione: trasmissione a distanza per via telematica di dati sanitari;

Telemonitoraggio: controlli o assistenza clinica tramite trasmissione "transtelefonica" attraverso apparecchi portatili in possesso del paziente.

Presentato il 29 giugno un movimento che propone pacatezza e moderazione nelle cure

Elogio della lentezza, anche in medicina

Sobria, rispettosa, giusta. La medicina del futuro dovrebbe veder condensato in questo slogan la sua capacità di essere vicina alla persona, al suo vissuto, alle sue emozioni, lontana anni luce da suggerimenti e imposizioni di medici sempre più legati a ritmi dettati dalla diagnostica ipertecnologica e dalle esigenze del pareggio di bilancio aziendale. Se la sintesi dello slogan depone bene, la scelta della location per la presentazione non poteva essere migliore. La dolce Ferrara, città della bicicletta per antonomasia, dei ritmi rilassati, del buon vivere, accoglie il gruppo di lavoro della slow medicine che parte da lontano. Esordisce Andrea Gardini, direttore sanitario dell'azienda ospedaliera universitaria ferrarese narrando i prodomi italiani di una "Medicina appropriata e sostenibile per la comunità". E' un convegno a Torino, organizzato nel 2008 dalla Società per la Qualità nell'assistenza sanitaria (Siquas Vrq), a porre l'accento su come coniugare qualità e sostenibilità riducendo costi e sprechi. Da allora i sedici professionisti – tra cui medici, psicologi, direttori di ospedali, docenti ma anche designer-comunicatori, pedagogisti ed esperti di scienze sociali – cui è stato conferito il mandato di studiare, programmare, porre in essere attività finalizzate allo scopo, si sono attivati e, insieme a numerosi lavori scientifici, hanno lanciato un manifesto che ha già visto numerose adesioni nel mondo sanitario e non solo. Fu Dennis McCullogh, medico di famiglia e geriatra Usa, a sostenere per primo, in un fortunato bestseller, la possibilità di un approccio meno invasivo nelle cure ed è del 2002 sull'*Italian Heart Journal*, il primo articolo scientifico del cardiologo Alberto Dolara del Careggi di Firenze per "L'invito a una slow medicine", portando ad esempio le evidenze scientifiche legate ai



Il professor Andrea Gardini

ricoveri multipli per scompenso cardiaco. In sostanza, sostiene il medico fiorentino, "un moderato prolungamento della degenza con dimissione protetta, seguito da accurati controlli ambulatoriali, terapia domiciliare e stretti contatti con lo specialista, dall'ottimizzazione della terapia alla riabilitazione", sarebbe molto più efficace di interventi invasivi con dimissioni a breve termine e possibili, conseguenti recidive con ricovero e duplicazione di cure. Così i sostenitori di questa pratica, mutuata dalla più celebrata slow food e identica negli intenti di ricerca di qualità e riscoperta di antica sapienza medica, hanno lanciato questa "rete di idee in cammino" che ha catturato al momento 60 sostenitori, pronti a spendere le proprie competenze per una pratica professionale che, come sostiene Giorgio Bert, esperto di medicina narrativa, "non semplifica ma adatta le scelte all'individuo, in un rapporto empatico riferito al sentire del soggetto".

Tumori rari e qualità della vita

"Bisogna mettere al primo posto la qualità della vita dei pazienti affetti da neoplasie testa-collo e puntare su un approccio multidisciplinare". Lo ha suggerito Mario Airoidi, direttore della Oncologia medica all'ospedale Molinette di Torino, nel suo intervento al convegno sui tumori rari, organizzato dalla Associazione Dossetti il 1 luglio a Roma. Tale patologia, a torto sottovalutata, rappresenta il 3 per cento dei tumori maligni, coinvolgendo la capacità di parlare, di deglutire e l'aspetto fisico del paziente. Colpisce in particolare soggetti dediti a fumo e alcol ma responsabile della sua insorgenza è anche il Papilloma virus (HPV), per il quale si sta procedendo a una importante campagna di prevenzione sulle adolescenti, che ora dovrebbe "investire anche i giovani soggetti maschi dediti a promiscuità sessuale". Ha insistito sugli aspetti dell'assistenza anche Paolo Marchetti, ordinario di Oncologia all'Ospedale Sant'Andrea di Roma: "È fondamentale curare il paziente e non solo il tumore – ha precisato – questi malati sono sottoposti a trattamenti complessi che hanno un forte impatto sulla qualità di vita e di relazione".

Una patologia considerata immaginaria, guarita con il semplice uso delle mani e della parola

Don Argante non abita più qui

Kradija B. è una giovane donna che arriva dalla Libia. Soffre di cefalea ricorrente e per curarsi affida le sue speranze a un grande ospedale romano di cui ha sentito parlare molto bene nel suo paese.

Il mal di testa le provoca un dolore continuo che si ripercuote sugli arti inferiori, con fastidiose scosse che, dopo pochi passi, la costringono all'immobilità. Viene accolta in pronto soccorso, poi spedita in medicina d'urgenza e ancora, in medicina interna. Tac, risonanze, esami approfonditi, consulti tra specialisti non risolvono il suo problema. I risultati non evidenziano alcuna anomalia. Per sconfiggere il dolore a Kradija vengono somministrate flebo con i cosiddetti analgesici maggiori, farmaci potenti che funzionano da palliativo. Finito l'effetto il dolore riprende e la disperazione si fa strada, contrapposta allo scetticismo dei medici che arrivano ad etichettarla quale malata immaginaria.

Tra le difficoltà della lingua e del trovarsi in un ambiente estraneo, l'incertezza di suo marito, l'impossibilità di avere punti di riferimento, Kradija decide di lasciare l'ospedale per tornare nella sua terra. "Se debbo morire – ripete con voce rassegnata – preferisco farlo nel mio Paese". Non immagina che di lì a poco, un casuale incontro si rivelerà determinante. C'è un osteopata indicatole da una sua amica che non appena la riceve – al contrario degli specialisti dell'ospedale di



"eccellenza" – le parla, si informa sulla sua storia clinica e personale, la tocca, la visita, la studia. Esamina il suo problema in modo globale. Alla fine capisce: è stato l'allattamento artificiale a provocarle l'irrigidimento di un lato del corpo, con conseguente contrattura dell'apparato muscolo-scheletrico.

Un modo errato di porgerle la tettarella, lo sforzo immane della mascella e come conseguenza lo sviluppo, negli anni, di disfunzioni difficili da diagnosticare e da curare, in un attrezzato e rinomato ospedale, con i costosi, sofisticati, inarrivabili strumenti diagnostici di ultima generazione. Non certo per l'osteopata, che la riporta alla vita.

Publicati i bandi per i corsi di laurea con una vasta offerta in campo sanitario

Lauree alla Cattolica, medicina e non solo

Test psicoattitudinali scritti di carattere scientifico e in lingua inglese, più una prova orale di cultura generale – ed è la novità di quest'anno – con lineamenti di bioetica e analisi motivazionale. È questo il programma previsto dall'Università Cattolica per l'accesso ai corsi di laurea in Medicina e Chirurgia, Odontoiatria, per le Professioni sanitarie, Economia sanitaria e management aziendale. Un'offerta ricca che, tra le lauree triennali, propone le Biotecnologie, le Scienze motorie, quelle infermieristiche e le ostetriche.

Per agevolare gli spostamenti



degli aspiranti universitari di tutta Italia le prove scritte si svolgeranno a Roma, Milano e Bari. Dopo l'esperienza decennale affidata solo

agli scritti, quest'anno per la selezione degli studenti di Medicina e Odontoiatria viene introdotta, o meglio, riproposta, la prova orale. "Una facoltà importante come Medicina e Chirurgia deve continuamente interrogarsi sui criteri di selezione – ha spiegato il preside Rocco Bellantone – criteri che debbono rispondere all'unico obiettivo di scegliere gli studenti più meritevoli. Per compiere questo impegnativo percorso di studi c'è infatti bisogno di una particolare vocazione"

Per consultare e scaricare i bandi, collegarsi a <http://roma.unicatt.it>