Sirene online

APRILE 2014

n.4

ANNO IV

MENSILE DELLA SANITÀ REGIONALE

LA FARMACAP IN LIQUIDAZIONE

Le farmacie comunali, nate come servizio sociale, sono in pesante deficit

a pag. 6

REGIONE
Nominati i vertici di 4 aziende

a pagina 4

TERRITORIO
Civitavecchia nuovo reparto di medicina

a pagina 5

SALUTE
L'Europa contro il diabete

a pagina 9

Approvata in CdM la riforma del Titolo V con modifiche per la sanità. Tutela della Salute allo Stato

La sanità secondo Matteo

Non sarà rivoluzione copernicana ma poco ci manca. La riforma del Titolo V della Costituzione, varata pochi giorni fa dal Consiglio dei ministri con disegno di legge costituzionale, in campo sanitario presenta novità di non poco rilievo: si prevede la potestà legislativa esclusiva allo Stato in merito alle "norme generali per la tutela della salute, la sicurezza alimentare e la tutela e sicurezza sul lavoro". Restano di competenza delle regioni l'organizzazione dei servizi sociali e sanitari. Ci auguriamo però, che la montagna non abbia partorito il topolino. Oltre alla portata generale del provvedimento, che sul piano legislativo dovrebbe finalmente eliminare la frammentazione di norme tra una regione e l'altra, non ci sembra di scorgere, tra le righe del decreto, precise disposizioni a tutela del diritto alla Salute sancito dall'articolo 32. Il ddl, a nostro avviso, pecca ancora un po' di rigidità rispetto a una invocata chiarezza relativa agli effettivi poteri di intervento dello Stato su eventuali inadempienze regionali. E che dire della aziendalizzazione sanitaria, sbandierata come grande conquista negli anni Novanta e rivelatasi poi un totale fallimento? Per non parlare della gestione esclusivamente economicistica della sanità. Come si comporterà l'esecutivo Renzi, rispetto all'universalità del diritto alla Salute – prevista dalla legge 833 di Riforma sanitaria del 1978 – e alla necessità del pareggio di bilancio da parte delle aziende, anche a detrimento dell'offerta di prestazioni? Non ci sembra che il decreto, tranne marcati riferimenti alla eliminazione del conflitto di competenze tra Stato e Regioni e alla ispirazione a un "regionalismo cooperativo", risolva tali quesiti. In questi anni troppo pressanti sono stati gli appelli di tutti gli attori coinvolti nell'ambito sanitario perché si garantissero i diritti dei malati troppo spesso calpestati nei pronti soccorsi colmi all'inverosimile, nelle corsie ospedaliere ormai prive dei letti necessari ad accogliere i malati, davanti agli sportelli Cup per le liste d'attesa con tempi biblici e via discorrendo. Sicuramente la revisione del Titolo V è un passo avanti, rispetto all'immobilismo degli inutili decenni trascorsi. Sicuramente, quel riferimento alla "clausola di supremazia" contenuto nel testo lascia ben sperare. Ci sembra di capire che, in ossequio ai principi generali del diritto, lo Stato possa in caso di inadempienza regionale intervenire per riparare a una eventuale, non corretta gestione. Come sempre, tra il dire e il fare…leggi e decreti sono soltanto pezzi di carta se non si dotano di strumenti concreti per porli in essere. Riusciranno i nostri governanti a intaccare il potere della politica locale, la pratica diffusa della corruzione, l'incapacità di gestione? Il piglio e la volontà sembrano quelli giusti, il tempo rivelerà i risultati del cambiamento, o presunto tale.

Intorno ai 1000 euro annui il costo medio per protesi e medicine, problemi per permessi al lavoro

Malati rari e cronici: difficoltà di cura

Malattie croniche o patologie rare, curarle o occuparsi di una persona malata è diventato un lusso. I costi diretti e indiretti della malattia risultano insostenibili per un numero crescente di pazienti e di famiglie. Questa l'istantanea scattata da Exposanità, manifestazione prevista a Bologna dal 21 al 24 maggio, uno dei pochi eventi dedicati a sanità e assistenza. Collabora con l'organizzazione Cittadinanzattiva, associazione da anni impegnata nella tutela dei diritti dei cittadini, che ha costituito il coordinamento nazionale delle associazioni dei malati cronici. Sono proprio i rappresentanti del coordinamento a lamentare la difficoltà di non riuscire a conciliare l'orario di lavoro con le esigenze di cura e assistenza, tanto da aver ricevuto segnalazioni di licenziamenti o mancato rinnovo del rapporto lavorativo; nel 63% dei casi si tratta di persone con patologie croniche e invalidanti e nel 41% dei casi dei familiari che li assistono. Critici anche i dati relativi ai costi dell'assistenza non garantita dal Servizio sanitario nazionale, troppo onerosa per il 54% degli intervistati, così come la distanza tra l'abitazione e il luogo di cura (41%). Proprio sulla necessità di una sanità diffusa e radicata sul territorio per quanto riguarda l'assistenza, Exposanità ospiterà sabato 23 maggio il convegno di Cittadinanzattiva "Lo spostamento sul territorio delle attività di prevenzione, diagnostica e terapia, correlate al tema delle malattie croniche e rare" per analizzare e confrontare le diverse modalità in cui si esprime l'assistenza sanitaria. "Lo spostamento verso il territorio dei percorsi di cura ed assistenza – dichiara Marilena Pavarelli, project manager di Exposanità – è una dinamica che la manifestazione ha sostenuto negli anni, per contribuire ad affermare un modello policentrico della sanità che affianchi al tema della cura quello dell'assistenza. Un modello che può reggersi soltanto attraverso un'attenta organizzazione dei servizi – continua Pavarelli – e un'adeguata formazione del personale, elementi questi da sempre al centro delle attività formative che anche in questa edizione caratterizzeranno Exposanità". Per molti cittadini, come evidenzia il rapporto di Cittadinanzattiva, l'estrema difesa connessa alle difficoltà sociali ed economiche legate ad una patologia cronica, consiste nel nascondere la malattia in alcuni contesti, fra cui quello lavorativo. Un quadro ancor più negativo se si considera quanto i costi relativi a malattie croniche e rare hanno gravato sulle famiglie.

I numeri dei malati rari o cronici

38%	persone affette da 1 malattia cronica
20%	persone affette da 2 patologie croniche
80%	associazioni che lamentano difficoltà di cura
49%	malati che rinunciano a permessi di lavoro
43%	malati che nascondono la propria patologia
60%	malati con difficoltà ad avere permessi al lavoro
5.832	costo medio annuo per famiglie che assistono malati
1.374	costo medio annuo di visite specialistiche

Fonte: Welfare/Dire

I giovani Anaao-Assomed denunciano i tagli di risorse per la formazione. Chiesti aiuti al governo

Campagna a difesa del Ssn

Campagna di sensibilizzazione di medici e cittadini a tutela del Servizio sanitario nazionale. I giovani camici bianchi del sindacato Anaao-Assomed organizzeranno nelle prossime settimane assemblee in tutti gli ospedali italiani, per sostenere ciò che definiscono "patrimonio di ogni cittadino, che difende quotidianamente la salute di tutti noi. Nonostante i dati confortanti pubblicati dall'Istat sull'indice di produttività del 'sistema sanità pubblica' – è scritto in un comunicato – le forze di chi ci lavora, compresi i dirigenti medici, sono in esaurimento. Vengono chiesti ulteriori sforzi, sia lavorativi che economici, mentre le risorse destinate, anche alla formazione, sono state decurtate in modo selvaggio tagliando i posti disponibili nelle scuole di specialità. Le giustificazioni di chi pone come causa del dissesto motivi economici non sono più accettabili – continuano – chiediamo al nuovo governo atti concreti connessi alla garanzia del costituzionale diritto alla salute".

Con Tiziana Frittelli sale a 4 il numero delle donne direttore, un record per la sanità regionale

Tre direttori e un commissario, completate le squadre

Nominati i vertici di importanti aziende ospedaliere: Tiziana Frittelli a Tor Vergata, Antonio D'Urso a San Camillo, Egisto Bianconi al Sant'Andrea e Fulvio Moirano è commissario allo Spallanzani, accorpato con gli Ifo Regina Elena San Gallicano

TIZIANA FRITTELLI

Laureata in giurisprudenza, 54enne viterbese, ha seguito corsi di perfezionamento e conseguito master di secondo livello in Ingegneria delle pubbliche amministrazioni; è docente di Economia e management dei servizi sanitari presso l'Università romana di Tor Vergata. Ha partecipato come relatrice a numerosi convegni e ha pubblicato articoli su riviste specializzate, relativi alla gestione delle risorse umane. Ha un'esperienza di lavoro nell'amministrazione statale e nel 1998 è diventata dirigente di ruolo presso l'azienda l'Azienda Ospedaliera S.Camillo – Forlanini, assumendo, tra vari incarichi, quello di direzione del servizio personale. È stata direttore del dipartimento risorse umane e relazioni sindacali dell'azienda-policlinico Tor Vergata. Ha poi assunto l'incarico di direttore generale presso l'Acismom, istituzione sanitaria del Sovrano Militare Ordine di Malta.

ANTONIO D'URSO

Direttore sanitario a Prato, direttore generale a Lucca, il medico anestesista 62 enne Antonio D'Urso è stato al vertice del Centro regionale trasfusione sangue e ha avuto esperienze come direttore sanitario alla Asl Roma B e come dirigente presso il San Filippo Neri. Specialista in Igiene e organizzazione dei sistemi ospedalieri e in Medicina legale e delle assicurazioni, si è occupato del servizio informativo della Asl di Latina e ha avuto responsabilità in ambito di igiene ospedaliera presso il presidio di Sezze. Ha seguito il corso manageriale di formazione per direttori generali presso la Scuola superiore Sant'Anna di Pisa e si è occupato di gestione della qualità nelle organizzazioni sanitarie. Ha acquisito competenze specialistiche in Economia sanitaria e in Organizzazione sanitaria e sicurezza sociale e vanta una nutrita attività di produzione scientifica.

EGISTO BIANCONI

Laureato in Economia e Commercio, il 46enne Egisto Bianconi è stato dirigente amministrativo presso l'azienda ospedaliera Sant'Andrea, per poi diventarne direttore amministrativo. Ha all'attivo numerosi master e corsi di formazione, presso le università Luiss e Bocconi e ha approfondito le proprie competenze nel campo degli appalti pubblici, della organizzazione delle risorse nelle aziende sanitarie, in Economia e management sanitario. Ha seguito il corso di formazione "Master per dirigenti amministrativi nel Servizio sanitario nazionale", seminari sulla nuova funzione contabile in sanità, corsi per la gestione dei processi. Nel 2001 diviene dirigente della Contabilità analitica, è docente presso i corsi di laurea delle professioni sanitarie, di Informatica, statistica e cibernetica. Ha diretto il settore giuridico-legale del Sant'Andrea.

FULVIO MOIRANO

Direttore dell'Agenas, Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, il 62enne Fulvio Moirano, laurea in Medicina e Chirurgia, ha una vasta esperienza al vertice di diverse aziende sanitarie piemontesi e come consulente presso le stesse e l'assessorato alla Sanità del Piemonte. È stato responsabile del servizio di medicina integrativa di base, ispettore sanitario, vice direttore e coordinatore sanitario, direttore del presidio di Savigliano. Ha superato il corso di formazione manageriale presso l'Università Bicocca di Milano, è specialista in Igiene e tecnica ospedaliera e in Igiene e Sanità pubblica. Ha seguito inoltre il corso di perfezionamento in gestione ed Economia sanitaria presso l'Università Bocconi di Milano. Ha svolto attività di docenza e ha all'attivo una nutrita attività scientifica con contributi su riviste specializzate nazionali ed estere.

Nuova ala di medicina al San Paolo di Civitavecchia e annuncio della casa della salute a Ladispoli

Restyling al reparto con un occhio al territorio

Ennesimo taglio del nastro per il presidente della Regione Lazio Nicola Zingaretti. Dopo le case della salute di Sezze e Pontecorvo, questa volta spetta al rinnovato reparto di Medicina dell'ospedale San Paolo di Civitavecchia e, siccome in occasione di tali eventi non ci si fa mancare nulla, si celebra anche la posa della prima pietra dell'ala speculare della stessa divisione. Alla presenza dei vertici aziendali e delle "autorità civili, religiose e militari", si è appreso dallo stesso direttore generale Giuseppe Quintavalle che "l'obiettivo aziendale per Civitavecchia si concentra sul completamento della riqualificazione della struttura in modo funzionale, secondo le nuove normative, al fine di garantire all'utenza un approccio sanitario all'altezza dei migliori standard di qualità". Non ha mancato di sottolineare, il manager, i disagi derivanti dai tanti cantieri aperti presso il nosocomio grazie anche al determinante contributo di un istituto di credito locale. Si tratta delle opere

Nicola Zingaretti

di ristrutturazione per la risonanza magnetica nucleare, i poliambulatori e la stessa divisione di medicina. Presenti all'evento anche le associazioni di volontariato dei cittadini, i cui rappresentanti si sono dimostrati soddisfatti per la nuova realizzazione ma, allo stesso tempo, preoccupati per gli atavici problemi della sanità locale. Bruciano ancora i tagli dei posti letto operati dalla regione lo scorso anno: quasi la metà nell'ala maschile e un quarto nell'ala femminile della medicina interna locale. Per non parlare del pronto soccorso cittadino, che dal prossimo mese perderà un altro medico, arrivando a quota sei sanitari, del tutto insufficiente per garantire un idoneo funzionamento del reparto di emergenza. Alla soddisfazione del presidente Zingaretti e di tutto lo staff regionale, si è contrapposto però il disappunto dei rappresentanti del Movimento 5 stelle locale che hanno rimarcato le difficoltà che incontrano quotidianamente i cittadini a causa della insufficienza dei posti letto e delle lunghe attese in pronto soccorso. Per questo, il presidente Zingaretti, a conclusione della manifestazione ha sottolineato la necessità di aprire al più presto le case della salute "che oltre a migliorare l'efficacia delle prestazione sanitaria – ha precisato – risultano essere efficienti sotto il profilo della razionalizzazione dei costi, considerate le priorità del piano di rientro economico, anche ai fini della chiusura del periodo di commissariamento della sanità del Lazio".

Simposio alla Regione Lazio per illustrare i benefici apportati da strumentazioni all'avanguardia

Tecnologie, il 118 punta sulla qualità

Emergenza 118, una chiamata che può salvare una vita. In pochi secondi all'operatore è demandato un pesante compito: capire al volo il grado di urgenza e indirizzare il mezzo di soccorso idoneo. Un'impresa non sempre facile per questo, negli anni, si è cercato di colmare gli iniziali gap attraverso tecnologie sempre più sofisticate. Questi i temi affrontati nel "1° Simposio internazionale innovazioni tecnologiche in sanità", promosso dalla "SIS – Società italiana sistema 118" che si è svolto alla Regione Lazio il 28 marzo scorso. "Da tempo la professionalità e la tempestività di intervento, garantite dagli operatori, vengono continuamente verificate e migliorate – ha spiegato Pietro Pugliese, della SIS 118 – l'utilizzo delle tecnologie innovative, tramite un continuo scambio di dati, permette di integrare i cittadini con i servizi presenti nel distretto, le strutture ospedaliere e favorire, in caso di emergenza, le procedure di soccorso ed il ricovero mirato". Presenti al congresso esperti in sistemi tecnologici, rappresentanti del settore emergenza, consiglieri regionali e associazioni di tutela dei cittadini. "Questi sistemi – ha aggiunto Giuseppe Di Domenica, responsabile Qualità del 118 – ci permettono di interagire a livello socio sanitario e di monitorare, in continuo, le persone affette da patologie croniche migliorandone la qualità di vita".

Il comune è per il rilancio che richiede 20 mln. Magi, lista Marino, contesta la ricapitalizzazione

Farmacap: si attende il piano industriale

Un tempo era una florida azienda sociosanitaria del Comune di Roma: dal 1997, anno in cui fu creata, aprì in breve tempo 44 esercizi, diffusi in tutta la città, con una forte concentrazione nei quartieri periferici a sud est della capitale. Vendeva farmaci a prezzi calmierati e offriva servizi aggiuntivi ai cittadini, specie quelli più fragili e in difficoltà economiche. Oggi tutto questo non c'è più. Senza esagerare, si può dire che la Farmacap è in liquidazione, a meno che un piano industriale oculato non ne risollevi le sorti. I numeri sono impietosi: 44 farmacie con 360 dipendenti che rischiano il posto e 15 milioni di deficit, con crediti verso il comune per 4 milioni e la regione per ben 12 milioni di euro. Roma Capitale ha preso di petto la questione ma ad oggi, non sembrano emergere soluzioni idonee a salvare questa realtà. Si è fatto il passo più lungo della gamba? Si è puntato su una mission che travalicava gli indirizzi statutari? A quanto pare la barca navigava da tempo in mare aperto. Non è mai esistito un sistema di controllo di gestione né una commissione di vigilanza prevista dal contratto di servizio. Sono campati in aria perfino i numeri dell'inventario: quello reale ammonta a 4,5 milioni contro i 9 dichiarati dall'amministrazione, con 500mila euro di farmaci scaduti. I primi di marzo si è proceduto alla nomina di un commissario poi sono stati approvati i bilanci 2010, 2011, 2012, con lo sblocco di liquidità per 15 milioni di euro. Ora si attende un piano industriale credibile del vertice aziendale. Se da parte comunale gli intenti, almeno nelle dichiarazioni del competente assessore Rita Cutini, sono quelli di "non svendere né chiudere quello che per noi è un asset del comune", non tutti i consiglieri capitolini sono dello stesso avviso. Per Riccardo Magi, radicale della lista Civica Marino e unico voto contrario in assemblea, "Votare il rifinanziamento di Farmacap è una follia". Secondo il consigliere il ruolo dell'azienda appare del tutto decaduto: "La 'mission' di Farmacap doveva essere quella di portare farmaci dove il privato non sarebbe mai arrivato. Al contrario – continua – le farmacie comunali sono ovunque, anche nel centro storico, con affitti altissimi e costi di ristrutturazioni che nel 2011 erano arrivati a 8 milioni di euro". Per questo motivo Magi ha chiesto la sospensiva della discussione e la formulazione di un parere circostanziato del segretariato generale "perché la legge vieta la ricapitalizzazione di società partecipate che abbiano registrato perdite per tre esercizi consecutivi".

L'iniziativa parte dalle farmacie non convenzionate, dette parafarmacie e si basa su una legge

A Viterbo la prima farmacia di servizi

Partirà nelle "farmacie non convenzionate" di Viterbo – meglio note come parafarmacie – il progetto pilota che punta sull'offerta di servizi socio-sanitari ai cittadini. L'annuncio, nel corso del convegno al palazzo dei Congressi di Roma "Farmacistapiù", in cui il vice presidente della associazione di categoria Davide Gullotta ha illustrato tutti i servizi offerti da tali esercizi, che vanno dal cup privato all'infermiere di quartiere, passando per le prenotazioni con laboratori di analisi convenzionati. Un vero business, cui le farmacie non convenzionate hanno puntato fin dalla loro nascita. "Vogliamo contribuire al dibattito sulle liberalizzazioni e porre l'accento sul concetto che liberalizzare significa creare opportunità, crescita, lavoro e soprattutto concorrenza che tradotto, significa diminuzione delle tariffe a favore dei consumatori". Esordì così nei primi anni di attività il presidente del Forum Parafarmacie Giuseppe Scioscia e oggi i fatti gli danno ragione. Nati nel 2006 tali esercizi oggi sono quasi 5 mila, hanno creato più di 10 mila nuovi posti di lavoro, determinando una riduzione dei prezzi dei farmaci.

Garantire gli standard minimi di assistenza medica, infermieristica e comfort alberghiero

Pronto soccorso: #dottorestaisereno

di Luigi Zulli*

Da tempo si parla di riorganizzazione del sistema sanitario regionale: riconversione degli ospedali e accorpamento, riduzione dei posti letto e taglio delle spese, potenziamento della medicina territoriale e del 118, apertura case della salute e Rsa, revisione delle competenze del 118. La concreta possibilità di arrivare a intaccare privilegi ormai consolidati però, fa ritardare di giorno in giorno l'applicazione dei necessari correttivi. Le difficoltà sono numerose: nella sola Roma esistono ben 36, tra ospedali pubblici e privati, quattro università, una miriade di case di cura convenzionate, una galassia di centri privati accreditati. Unica certezza, in uno scenario privo di programmazione, è l'aumento quotidiano dei pazienti in Pronto soccorso, in ospedali di ogni ordine e livello. Per assicurare una minima assistenza ai pazienti, occorre partire dal basso, offrire loro un adeguato soggiorno, con tutti i comfort logistici, nel senso dell'allocazione alberghiera e dell'etica, con i servizi necessari: insomma, occorre offrire uno standard assistenziale adeguato. Perciò bisogna ridefinire gli obiettivi minimi e massimi da assegnare in merito alle risorse umane mediche, infermieristiche, ausiliarie e alle situazioni logistiche e alberghiere, per una adeguata degenza sia essa di uno, due o anche di cinque e più giorni. In pratica, un medico di pronto soccorso, per un turno continuativo di circa sei ore potrà visitare e assistere una media tra gli 8 e i 12 pazienti, finanche 18 o 22, considerando le varie tipologie di codice di accesso e il tempo medio da dedicare a ciascun caso. Per un ospedale con circa 120 accessi giornalieri ci vorranno almeno tre medici in servizio nella sale di emergenza e di visita. Il problema sarà "chiudere" questi casi entro le sei ore di servizio da parte del sanitario, per non lasciare consegne ai medici che gli daranno il cambio ma questo è proprio il punto cruciale della questione: spesso il paziente non viene rimandato a domicilio entro le sei ore ma necessita di una allocazione nei cosiddetti "letti tecnici di osservazione temporanea" per l'espletamento di tutto l'iter diagnostico. Altri tipi di paziente necessitano di ricovero in Osservazione breve intensiva (OBI), da non confondere con i letti tecnici, per completare l'iter clinico, diagnostico e terapeutico per un periodo variabile tra le 6 e le 36 ore; altri necessitano di ricovero ma per mancanza di posti letto, soprattutto nelle ore mattutine e notturne, sostano in un'area da poco identificata nella cosiddetta "Holding Room" per pazienti "stabili" che hanno completato l'iter in pronto soccorso e, il cui ricovero in aree di degenza ordinaria spesso viene procrastinato per alcuni giorni. È qui che si deve agire, con un numero di infermieri e medici adeguato agli assistiti per garantire idonea assistenza medico-infermieristica e una accettabile condizione logistica. Si tratta di ricalibrare le presenze di sanitari, evitando sperequazioni e sprechi in altri reparti. Altro spinoso tema, è l'indisponibilità di posti letto nelle varie aree di degenza ordinaria. Qui è il vero nocciolo della questione ma questa, è un'altra storia.

**Medico di Emergenza Urgenza*

(1 – Continua)

Salute mentale, il posto letto è una chimera

84.000	pazienti psichiatrici in cura
3.600	operatori previsti in pianta organica
2.500	operatori effettivi in servizio
529	posti letto previsti in regione nel Servizio psichiatrico diagnosi e cura (Spdc)
286	posti letto effettivi nel Lazio in Spdc

Fonte: Commissione Salute mentale Ordine dei Medici di Roma e provincia

Studio su parole e concetti chiave nella comunicazione in sanità, tema troppo spesso trascurato

Comunicare non è solo trasmettere

di Pierluigi Guiducci*

La comunicazione in Sanità può sembrare una questione di tipo marginale rispetto all'obbiettivo-chiave del Servizio sanitario nazionale (promozione e tutela della salute). In realtà, esiste una correlazione tra le prestazioni erogate ai cittadini e i processi comunicativi. In questo lavoro si cercherà di evidenziarne alcuni aspetti (anche con l'ausilio di disegni umoristici): concetti-chiave, modelli organizzativi, impatto delle disuguaglianze socio-economiche sulla salute e il ruolo della comunicazione, valutazione della comunicazione, comunicazione della responsabilità sociale (il bilancio di missione), buone pratiche.

Nell'ambito dei temi più dibattuti, il diritto alla salute (ex art. 32 della Costituzione) si colloca, accanto alla sicurezza personale e ai problemi del lavoro, tra gli interessi-chiave dei cittadini. Esso trova un'attuazione pratica nell'accesso alle informazioni sanitarie e alle cure. Nell'attuale periodo (→ pluralismo religioso, etnico e culturale), per realizzare cure sanitarie eticamente appropriate, equamente erogate (→ principio di sussidiarietà), la comunicazione e l'informazione assumono spazio e valenza, mentre emerge l'esigenza di un reale consenso informato. Il cittadino richiede il rispetto della propria autonomia (→ un fattore del benessere personale) mentre la salute e la gestione della malattia divengono parametri significativi per misurare la qualità della vita. Tutto ciò comporta il crescere delle aspettative dell'opinione pubblica verso l'operato del Servizio sanitario nazionale e in direzione di quello di altri organismi coinvolti. Ne deriva l'esigenza di promuovere politiche in grado di rendere efficace anche l'interazione tra la

popolazione e quanti operano nel mondo della sanità.

Aspetti della dimensione comunicativa

Nell'attuale sistema sanitario i progressi tecnico-scientifici, i mutamenti strutturali, organizzativi e del sentire sociale hanno attribuito una centralità della dimensione comunicativa. Emerge una valorizzazione di diverse figure professionali: da uno schema di tipo medico-centrico si è passati a un lavoro in équipe che implica interazioni e che esige una rimodulazione degli strumenti della comunicazione. Ogni professionista della sanità, singolarmente e collegialmente, con:

- le proprie responsabilità,
- le capacità comunicative ed espressive,
- il personale patrimonio di sistemi simbolico-culturali e valoriali,
- le modalità di rapporto con il paziente e con il gruppo di malati

diviene un significativo modello di relazione della struttura dove opera. Va comunque rilevato che la realtà sanitaria nazionale appare disomogenea, anche a causa delle differenze d'organizzazione tra i Servizi sanitari regionali. Ciò si ripercuote sulla comunicazione pubblica, circa i problemi sanitari, trasmessa da parte delle organizzazioni sanitarie sul territorio, in quanto la conformazione geografica e la tipologia d'utenza condizionano strutture, mezzi e modi di "fare comunicazione". Questo aspetto si manifesta anche per quanto riguarda le carenze informative e di comunicazione che riguardano molti pazienti. Esse non si limitano al rapporto medico-paziente, ma sono diffuse e riguardano, più in generale, la comunicazione che deve interagire tra sistema sanitario e società civile.

Centro Studi Asl Roma A

(1-continua)

Sirene online
MENSILE DELLA SANITÀ REGIONALE

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
Ringraziamo per la collaborazione a questo numero:
PIERLUIGI GUIDUCCI, ANTONIO TRAVIA, LUIGI ZULLI
Chiuso in redazione il 7 aprile 2014
sireneonline@libero.it • www.sireneonline.it
Redazione: viale Aldo Ballarin 112b – 00142 Roma

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

Le istituzioni europee si mobilitano. Create numerose reti di intervento, Italia in primo piano

Diabete, strategia Ue contro la patologia

Diabete, una patologia che più di altre malattie croniche correlate all'invecchiamento della popolazione, sta avendo un impatto significativo in termini di costi sociali ed economici in tutta Europa. Per questo il parlamento europeo si appresta ad attivare piani specifici da far adottare agli Stati membri. Di ciò si è parlato nel convegno del 31 marzo a Roma, presso la sede italiana dell'assemblea Ue, nell'ambito dell'incontro "*Una Roadmap per il diabete in Europa e in Italia*", organizzato sotto l'egida di Italian Barometer Diabetes Observatory (IBDO) Foundation, Università di Roma Tor Vergata e Diabete Italia, alla presenza di esperti e dei massimi esponenti dell'organismo sovranazionale. A tale scopo, la Commissione Europea ha avviato lo scorso mese di gennaio a Madrid, il programma "*EU Joint Action on Chronic Disease – CHRODIS*", nel quale l'Italia ricopre il ruolo, attraverso il Ministero della Salute, di coordinatore del gruppo sul diabete. Il nostro Paese è da sempre impegnato su questi temi – ha ricordato Paola Pisanti, presidente della commissione nazionale sul Diabete del ministero della Salute e ha varato nel 2013 il Piano nazionale sulla malattia diabetica, recepito dalla Conferenza Stato-Regioni, che funge da guida nella lotta alle malattie croniche in Italia. L'incontro di Roma è stato anche l'occasione per presentare il programma del 7° Italian Barometer Diabetes Forum, che avrà luogo presso la sede di rappresentanza dell'Università di Roma Tor Vergata di Villa Mondragone, a Monte Porzio Catone, il 10 e 11 Luglio 2014, durante il semestre di presidenza italiana Ue. Una strategia a tutto tondo quindi, che vede il nostro Paese in primo piano nella prevenzione, cura e lotta a una patologia tanto insidiosa, in grado di provocare complicanze di vario genere: dalla malattia coronarica – ne soffre il 10% di coloro che hanno il diabete – alla retinopatia con il 34% di persone affette. Per non parlare dell'insufficienza renale, con il 5 -10% degli affetti con diabete di tipo 2 e il 30 – 40% delle persone con diabete di tipo 1. Altre conseguenze della malattia: la neuropatia che, come ha spiegato Salvatore Caputo, presidente di Diabete Italia, affligge il 32 per cento di pazienti. "Sono complicanze che hanno un esito nefasto – sostiene il professore – oltre il 50% di coloro che hanno il diabete muore a causa di problemi cardiovascolari e il 10 – 20% per insufficienza renale. Le complicanze sono anche le maggiori responsabili del forte impatto che la malattia ha sul sistema sanitario", ha aggiunto il presidente. Sempre secondo i dati IDF, l'8,3% della spesa sanitaria in Italia viene destinata al diabete: il costo medio annuo per una persona con il diabete è di 2.540 euro, di cui oltre il 50% viene assorbito dai costi di degenza ospedaliera e solo il 6,3% dai farmaci antidiabete. Ma non esistono solo i costi per il trattamento e la cura della malattia, che in Italia ammontano a 7,9 miliardi, ma anche i costi indiretti legati a riduzione della produttività, giornate di lavoro perse e via dicendo, che si stima siano circa 12,6 miliardi: un impatto notevole per la società.

I numeri della malattia

73	morti ogni giorno in Italia
750	morti ogni giorno in Europa
26.645	morti in un anno in Italia
3,6	milioni italiani soffrono di diabete
8%	popolazione adulta affetta dalla patologia
1,8	milioni italiani a rischio di sviluppare la patologia

Fonte: Diabetes Atlas 2013 International Diabetes Federation (IDF).

Il sindacato dei dirigenti nutre forti dubbi sulla riforma della Pa proposta dall'esecutivo Renzi

Dirigenti a tempo strumenti del politico

di Antonio Travia*

Fedir Sanità da sempre sostiene una riforma della dirigenza basata sul merito, che allontani la politica dall'amministrazione. Se abbiamo ben compreso, sembra che il presidente del Consiglio Matteo Renzi voglia mettere in piedi una amministrazione pubblica incentrata sul modello "sindaco d'Italia". Verrebbe così esaltato il legame a doppio filo con la politica, legame non sempre virtuoso. Si veda la condanna di Giuseppe Scopelliti relativa alle sue attività di sindaco di Reggio Calabria. Un buco di bilancio enorme prodotto da "atti che firmavo e non leggevo" ha detto l'ex sindaco, scaricando le responsabilità sui dirigenti. Crediamo che ci sia sindaco e sindaco: Renzi ha fatto bene, dicono, a Firenze; Scopelliti che la magistratura dice aver fatto male, tanto male, a Reggio Calabria. Fedir è convinta che efficienza e legalità dipendano in primis dalle persone, non dal modello e nella pratica quotidiana troppi politici hanno dato pessima prova di sé. Non è a loro che può essere demandata la scelta del giusto dirigente pubblico. Lanciamo perciò un forte allarme sulle intenzioni di Renzi e un suggerimento: sola, unica, esclusiva preoccupazione del governo deve essere la creazione di un sistema che dia garanzie assolute sulla scelta delle persone giuste al posto giusto e non certo di un metodo di controllo della politica sulla dirigenza. Precarizzare ulteriormente la dirigenza pubblica, dando al politico la potestà di scegliere il dirigente più adeguato a sua completa discrezione, come suggerisce il "Modello Sindaco" non è la via maestra. Significa assoggettare la dirigenza pubblica ancora di più al potere politico e toglierle l'autonomia per operare bene. Ghettizzare una categoria intera in un albo senza specificare i criteri oggettivi di scelta, non risolve i problemi e non dà risposte ai cittadini.

Più che alle enunciazioni di principio, Renzi pensi a strumenti per garantire una selezione oggettiva e non discrezionale, abbandonando i già diffusissimi criteri fin qui praticati: amicizia, appartenenza, accondiscendenza. Il ruolo della dirigenza pubblica è perseguire il pubblico interesse, indipendentemente e oltre il partito politico al governo, che ha un raggio di azione di breve, spesso di brevissimo termine in uno Stato come il nostro in perenne campagna elettorale mentre il dirigente pubblico deve garantire l'azione di lungo termine. Tale professionista non può diventare la cenerentola della politica e soprattutto non può essere costretto a lavorare al soldo della cattiva politica come emerge dal caso di Scopelliti. Un dirigente a tempo determinato, scelto esclusivamente su basi politiche – come vorrebbe il governo Renzi – sarebbe costretto a diventare di fatto complice dei delinquenti quando a sceglierlo è un delinquente. Il sistema sindaco auspicato da Renzi a tanto espone tutta la dirigenza pubblica. L'Italia davvero non se lo può più permettere. I fatti ci insegnano che l'intreccio mala politica e mala burocrazia è devastante, a volte letale.

**Segretario Fedir Sanità*

Proposta del M5S per le nomine dei dirigenti sanitari

Nuova legge per i direttori

È improntata a criteri di razionalità e trasparenza la proposta di legge regionale 137, firmata da sei consiglieri pentastellati della Regione Lazio, con cui si intende fissare norme stringenti per la nomina dei direttori generali e dirigenti sanitari di Asl e ospedali. Dieci articoli, con la speranza di "buttar fuori la politica dalla sanità puntando sulla meritocrazia". Una commissione di cinque esperti, requisiti degli aspiranti e tipologia contrattuale ben definiti, così come le modalità concorsuali, i criteri di attribuzione dei punteggi, le graduatorie e gli obiettivi da raggiungere. Particolare attenzione è prevista per la valutazione dei risultati e per le nomine dei direttori di distretto, figura cardine per promuovere la sanità territoriale.

Superata la suddivisione territoriale del decreto 80/ 2010: la Regione non più divisa in 4 zone

Zingaretti, a sorpresa: "le macroaree" sono abolite

"Le macroaree sono abolite. È scritto nei piani operativi presentati dalla Regione Lazio al ministero della Salute". Lo ha annunciato, a sorpresa, dietro sollecitazione di un cittadino, il presidente della Regione Lazio Nicola Zingaretti il 31 marzo, nel corso della inaugurazione della seconda Casa della salute regionale a Pontecorvo, in provincia di Frosinone. Una inaugurazione sotto tono, con lo spettro di un ospedale, quello del capoluogo frusinate, afflitto da innumerevoli problemi, a cominciare dal pronto soccorso che esplode, per finire con la minaccia del ridimensionamento della radiologia della stessa cittadina di Pontecorvo che vede il taglio di un nastro con i lavori ancora in corso nella struttura. La casa, situata nell'edificio dell'ex ospedale Pasquale del Prete, chiuso nel 2010 ma attivo per i servizi ambulatoriali con 143 dipendenti, è dotata di un'area dell'accoglienza con lo sportello prenotazioni (Cup) e informazioni e orientamento sociosanitario (Pua),

assistenza primaria garantita dai medici di medicina generale dalle ore 8 alle 20 dal lunedì al venerdì, sabato dalle ore 8 alle 14, ambulatori attrezzati a disposizione dei medici medicina generale, area di sorveglianza temporanea, servizi di urgenza: punto di primo intervento, punto di soccorso mobile 118, guardia medica. E ancora, sono presenti attività specialistiche quali cardiologia, pneumologia, diabetologia, oculistica, otorinolaringoiatria, chirurgia, odontoiatria, dialisi, ambulatori infermieristici, posti letto a gestione infermieristica, gestione malati con patologie croniche e degenerative da parte di una équipe multidisciplinare e multi professionale, consultorio familiare e pediatrico, sportello ascolto antiviolenza, centro prelievi, attività di diagnostica strumentale, area del volontariato. La cittadinanza di Pontecorvo è comunque preoccupata in quanto sembra che la Regione Lazio abbia intenzione di sospendere i programmi di screening oncologico. "Senza prevenzione non si va da nessuna parte – hanno protestato all'unisono i cittadini – siamo favorevoli a un potenziamento della medicina territoriale ma ciò non deve significare la riduzione dell'offerta sanitaria. Se la coperta è troppo corta, si scelga di combattere gli sprechi, non tagliare i servizi e le prestazioni". Scettici si sono mostrati cittadini e operatori locali sui Piani operativi, un corposo documento di 346 pagine ricco di informazioni, grafici, tabelle "partorito dal governo regionale senza alcun coinvolgimento della collettività".

Programma ministeriale prende corpo nella Asl del litorale. Prevenzione e visite per ultra 65enni

Asl Roma D, gli anziani "Guadagnano salute"

Anziani, un programma di prevenzione con incontri di gruppo e visite individuali. Lo ha lanciato la Asl Roma D a Ostia e nel comune di Fiumicino e punta su stili di vita corretti, secondo le linee guida stabilite dal piano "Guadagnare salute" promosso dal governo a partire dal 2007. Punto cardine del progetto sono le aree tematiche e ce n'è per tutti: dagli obesi ai fumatori incalliti, o i sedentari cui sarà offerto un supporto per l'attività fisica, passando per la medicina preventiva e l'ospedale veterinario, con la possibilità di adottare un animale di compagnia. Usufruiranno del programma gli ultra 65enni che potranno prenotare un incontro per la consulenza alimentare chiamando il numero 06.56484534 mentre chi è interessato alla medicina preventiva, può chiamare ogni mattina dalle 10 alle 12 lo 06.56483480 o recarsi di persona il secondo giovedì del mese, dalle 10 di mattina in via Vasco de Gama 142. Chi intende smettere di fumare può invece prenotare una visita tutti i giorni – dalle 10 alle 12 – chiamando il numero 06.56483098 o recandosi allo sportello di via Vasco de Gama 142 l'ultimo martedì del mese dalle 10. Infine, per chi ama gli animali e vuole garantirsi una compagnia, c'è la proposta di adottare un cane con quattro visite veterinarie gratuite e garantite. Per saperne di più, chiamare il numero 06.56483651 oppure si può accedere direttamente all'ambulatorio veterinario di via Forni 39, a Ostia.

Continua a sollevare polemiche la soppressione del Reumatologia con 100 malati privati delle cure

San Filippo Neri, i cittadini contro i tagli

Blitz al San Filippo Neri in difesa della reumatologia. Un tris d'eccezione si è presentato la mattina del 2 aprile all'ospedale del Trionfale: il consigliere regionale Adriano Palozzi, il segretario regionale Uil Fpl Paolo Dominici e il presidente di Asso-Tutela Michel Emi Maritato. I tre sono intervenuti a tutela di un reparto di eccellenza, a loro avviso "inopinatamente soppresso dalla direzione aziendale, con una decisione passata quasi sotto silenzio". Interviene per primo Michel Maritato: "Nonostante le rassicurazioni del commissario Lorenzo Sommella, contestiamo tale provvedimento che priva almeno 80 malati dell'assistenza necessaria e delle cure particolari praticate nell'ospedale del Trionfale con i farmaci biologici. Non si può lasciare senza assistenza i pazienti, a vagare da un nosocomio all'altro, in attesa di qualcuno che li prenda in carico, con la situazione sanitaria che abbiamo nel Lazio. Non ci si venga a dire – incalza il presidente – che la direzione ha comunque provveduto ad assistere i malati, privati di punto in bianco del loro centro di riferimento". "La direzione – continua Paolo Dominici segretario Uil Fpl – ha spiegato in una nota che la sospensione delle attività ambulatoriali di reumatologia non comporterà le conseguenze denunciate dall'Apmar – Associazione di tutela dei pazienti – perché nessun malato dovrà interrompere le cure e che la continuità assistenziale è stata assicurata da altri centri di cura indicati dalla Regione Lazio. Replichiamo a queste giustificazioni rilevando che, al momento, 20 pazienti sono stati già inseriti in altre strutture, altri 80 attendono una soluzione mentre le prime visite sono sospese". "Riteniamo tali giustificazioni non valide – aggiunge Adriano Palozzi – soprattutto per quegli 80 pazienti lasciati allo sbando ma anche per i 20 costretti a cambiare repentinamente centro di cura, operatori, abitudini a danno della stabilità e la sicurezza della terapia". Ribatte Antonella Celano, presidente Apmar, associazione persone con malattie reumatiche: "Le terapie biologiche praticate al San Filippo Neri, sono le uniche in grado di tenere sotto controllo diverse malattie quali l'artrite reumatoide, la spondilite anchilosante, la psoriasi e tante altre ancora e non possono essere interrotte. Occorre dare una risposta ai pazienti e garantire la continuità delle cure". Tutti chiedono che il commissario ritiri la nota del 27 dicembre 2013 che prevede la "rivisitazione dell'assetto organizzativo delle strutture ospedaliere" e che Flori De Grassi, direttrice dell'area salute e integrazione socio-sanitaria regionale, revochi la determina del 12 febbraio, in nome del diritto alla salute.

Malati cronici di broncopneumopatia ostruttiva privati, per errore, dell'esenzione dal ticket

Bpco, petizione in aiuto ai malati

Nel 1999 la bronco pneumopatia cronica ostruttiva è stata erroneamente omessa dalla lista delle patologie croniche e invalidanti da inserire nel cosiddetto nomenclatore tariffario previsto dal ministero della Salute – secondo il decreto del 28 maggio 1999 – quindi le prestazioni essenziali per i pazienti non sono gratuite, come è previsto per le altre malattie croniche. Nonostante il parere favorevole della commissione ministeriale pneumologia, composta da Società scientifiche e da associazioni dei pazienti e le rassicurazioni ricevute, per i pazienti non è mutato nulla. Per questo, l'Associazione italiana pazienti broncopneumologici (Bpco) ha promosso sul sito www.change.org una petizione per il riconoscimento della broncopneumopatia come malattia cronica e invalidante. L'associazione spera di poter raggiungere un buon risultato da presentare nella "Giornata nazionale del respiro", prevista per il prossimo 31 maggio 2014. Per approfondimenti: https://www.change.org/it/petizioni/ministro-della-salute-lorenzin-appello-al-ministro-della-salute