

MAGGIO 2011

Sirene

n. 2
ANNO I

online

MENSILE DELLA SANITÀ REGIONALE



LEZIONI DI PIANO

Sotto la lente di ingrandimento i provvedimenti per il rientro dal deficit sanitario

a pagina 4

**Salute,
creiamo
un garante**

a pagina 3

**CTO nasce il
punto di primo
intervento**

a pagina 5

**Migranti,
task-force
sanitaria**

a pagina 10



Panorama fosco, ma si cominciano a vedere esperimenti interessanti

Il carrozzone della sanità

Le polemiche sulla campagna "Mi state a cuore", gli squilibri fra territorio e ospedali, i mancati investimenti sui distretti

"Mi state a cuore". La frase è azzeccata e tocca tutte le corde emotive. La presidente della Regione Lazio – commissario alla sanità – Renata Polverini attraverso il camper su cui è impressa tale frase ha fatto incontrare la sanità ai cittadini, portando medici, infermieri, specialisti nei mercati e nei centri commerciali. Se Maometto non va alla montagna... È evidente che un cospicuo numero di persone non segue la strada della prevenzione, uno dei cardini della prima, rivoluzionaria riforma sanitaria del 1978. Proprio da questa volontà sembra sia animata tutta la campagna di visite ed esami gratuiti e accessibili. "È un servizio che vuole avvicinare la sanità alle persone ed educarle alla prevenzione – ha spiegato Renata Polverini – Il suo successo indica che ce ne era bisogno, alleggerendo il numero degli utenti che si rivolgono al Cup, centro unico di prenotazione regionale. È importante prose-

guire su questa strada e tali iniziative dureranno per tutto il mio mandato". Non si è fatta attendere la replica delle opposizioni che hanno giudicato la campagna "offensiva, una cura africana con camioncini al posto di ospedali". Di sicuro le visite "a domicilio" suppliscono in parte a una sanità territoriale a lungo e da tutti invocata ma mai realizzata. Sui distretti sanitari non si è mai investito, in una visione che ha sempre messo al centro l'ospedale. Soprattutto non si è comunicato ai cittadini che nei presidi delle Asl si trovano ottimi specialisti, apparecchiature all'avanguardia, personale disponibile e non stressato, un'assistenza umana. Quasi come sui camper.

A giudicare dalle testimonianze di chi si è fatto assistere nei "carrozzi", come li chiamano molti con romanesca semplificazione, l'esperimento non sembra dei peggiori. Certo, per indagini più approfondite è

necessario l'ambulatorio di zona o l'ospedale, ma l'impatto e la comunicazione con i sanitari sembrano una scelta azzeccata. Certo il camper non ha abbattuto miracolosamente le liste di attesa, non ha risolto i problemi di chi si vede costretto a seguire lunghe terapie, non evita a chi entra in un ospedale, di perdersi per mancanza di corrette indicazioni, non elimina le ore e ore di sosta in pronto soccorso.

Vogliamo però essere ottimisti, perché insieme ai carrozoni stanno nascendo punti di primo intervento, come al Cto di Roma; in consiglio regionale si è insediata una commissione di studio e proposte per gli ospedali da riconvertire in servizi sanitari più vicini e accessibili ai cittadini. Soprattutto si è finalmente capito – la necessità aguzza l'ingegno – che il modello di sanità proposto finora è economicamente insostenibile e piuttosto che avvicinare, tiene lontani i cittadini.

Mario Falconi, presidente dell'Ordine dei Medici, elogia il merito e chiede alla politica di fare un passo indietro

Salute: "Creiamo un garante"

Test, esami, visite in sovrabbondanza oppure casi clinici ad alto rischio prudentemente evitati. E' la c.d. medicina difensiva, i medici prescrivono indagini ridondanti, spesso non necessarie, per ridurre la loro esposizione a un giudizio di responsabilità da parte dei pazienti per malpractice. Oppure, nel secondo caso, mettono in atto la versione negativa di tale pratica. Ne parliamo con Mario Falconi, presidente dell'Ordine dei Medici di Roma, da anni impegnato ad analizzare e combattere il fenomeno.

Dottor Falconi, siamo di fronte a una escalation senza ritorno?

Se i medici potessero lavorare in condizioni più serene il fenomeno non sarebbe così deflagrante. In Italia tale pratica incide sulla spesa sanitaria per quasi 12 miliardi l'anno, quasi una manovra finanziaria; nel Lazio di miliardi ne impieghiamo 2. Paradossalmente le controversie, seppure in aumento, nella maggior parte dei casi vedono assolto il professionista.

Lei punta l'indice contro un certo tipo di sensazionalismo dei media

Comunicare è bene per tutto ciò che attiene alla salute, lo scoop a tutti i costi, per fare audience è nefasto. Occorrerebbe creare una Authority di garanzia della salute dei cittadini nel rispetto di quanto previsto dagli articoli 3 e 32 della Carta costituzionale e un controllo della relativa informazione.

Non è da ieri che lei lo va rivendicando. Si potrà, a breve, invertire la rotta?

Sui tempi brevi non sono ottimista, per il medio/lungo periodo nutro maggiori speranze a patto che si parta immediatamente. Occorre mettere al centro la meritocrazia, restituire alla politica il ruolo di programmazione e non di gestione, intervenire nelle aziende affinché il vero obiettivo sia la qualità più che il risparmio.

Per questo c'è bisogno di

interlocutori attenti in Regione

Nel Lazio affrontiamo mali atavici. La mancanza di programmazione è attribuibile a tutte le giunte che si sono succedute, da almeno vent'anni ad oggi. Non investire sulla medicina del territorio, sull'assistenza domiciliare, sul sistema informativo è stato un grave errore di cui stiamo pagando le conseguenze.

Per questo stato di cose ai suoi colleghi non ha nulla da rimproverare?

Al contrario, noi medici dovremmo recuperare un grado ottimale di umanizzazione che ci permetterebbe di ricreare il clima sereno che tutti auspichiamo in ambito aziendale e ricostruire un rapporto empatico con il paziente.

Costi della Medicina difensiva

- 11,8%** Incidenza sulla spesa sanitaria annua in Italia
- 78,2%** Medici che temono esposti o denunce
- 65,4%** Medici che si sentono comunque sotto pressione
- 13%** Prescrizioni legate alla medicina difensiva
- 53%** Medici che praticano la medicina difensiva

Incidenza sulle visite specialistiche

- 73%** Medici che prescrivono per cautela
- 21%** Prescrizioni visite sul totale

Incidenza sugli esami di laboratorio

- 71%** Medici che prescrivono per cautela
- 21%** Prescrizioni esami sul totale

Incidenza sugli esami strumentali

- 75,6%** Medici che prescrivono per cautela
- 22,6%** Prescrizione esami sul totale

Stop alla equipollenza tra la laurea in scienze motorie e quella in Fisioterapia

No al titolo fotocopia

L'ambiguità andava avanti da anni ma, con voto unanime (257 sì e 2 astenuti), l'aula del Senato ha approvato il 5 aprile in via definitiva, il disegno di legge che abroga l'equipollenza del diploma di laurea in scienze motorie al diploma di laurea in fisioterapia. Dal 2005, quando con un emendamento al decreto legge n. 250, fu compiuto il blitz che non poche polemiche sollevò da una e dall'altra parte – insegnanti di educazione fisica e fisioterapisti – il legislatore ha tentato di tornare sui propri passi e ora, con il disegno di legge n. 572 B, licenziato dalla Commissione Istruzione, si sono finalmente ristabiliti criteri certi per l'esercizio della professione di fisioterapista, che saranno ulteriormente precisati con l'intervento normativo del ministero dell'Istruzione e del dicastero della Salute per quanto attiene ai crediti formativi, all'accesso ai corsi di laurea in base al fabbisogno annuo programmato e al periodo di formazione e tirocinio sul paziente.

I risultati della cattiva amministrazione, un quadro desolante

Analisi del piano di rientro: l'aspetto economico

La cattiva gestione politica delle amministrazioni succedutesi alla Regione Lazio negli ultimi decenni ha portato il nostro Servizio Sanitario Regionale a una condizione di dissesto finanziario e sanitario che può essere così sintetizzata:

- Eccesso di offerta ospedaliera (con una presenza di posti letto "privati" del 37% di cui il 14% di case di cura che realizzano quasi il 45% dei ricoveri);

- Massima concentrazione delle strutture ospedaliere e delle alte specialità nella area metropolitana e carenza nelle province;

- Scarso sviluppo delle cure primarie, mancanza di accordi con i medici di famiglia e stallo dei progetti messi in cantiere (unità di cure primarie, accettazione assistita, ospedale di comunità, riforma della formazione dei medici);

- Disavanzo strutturale, che al 31 dicembre 2005 era pari a 9.900 milioni di € e che, è stato coperto in parte tramite l'accensione nel 2008 di un mutuo trentennale con il Ministero del tesoro, (4 miliardi e 773 milioni da restituire con rate annuali di 310 milioni di euro, in parte con risorse pescate dal Fondo sanitario nazionale e in parte con risorse messe a disposizione dal governo Prodi per le regioni in rosso pari a 2,8 miliardi di euro);

- Disavanzo per il triennio 2007-2009, (Corte dei Conti 2010), con il seguente andamento

- 2007 -1.634,947 (296€ pro capite)

- 2008 -1.664,515 (298€ pro capite)

- 2009 -1.371,728 (244€ pro capite)

- Debito complessivo al 2010 (ottobre) di 3 miliardi e 166 milioni di euro (causa l'emergenza di 1,6 milioni di extradebito);



Una seduta del Consiglio regionale del Lazio

- Disavanzo sanitario previsto per il 2010 pari a 1,086 miliardi di euro (salvo sorprese alla presentazione dei consuntivi ASL di fine giugno);

- Previsione per il 2011 di un disavanzo superiore (stimato in circa 1,5 miliardi di euro) causa anche i 350 milioni di € da restituire agli istituti religiosi in virtù della sentenza TAR dell'8 febbraio 2011;

- Massima tassazione locale (addizionale IRPEF di 1,7 e IRAP 4,92 con + 1,02 sulla quota base del 3,9) (+0,30 e più 0,15 nel 2010 che portano i cittadini romani a pagare il doppio rispetto ai toscani);

- Alto grado di inappropriata clinica e organizzativa (percentuale complessiva di ricoveri inappropriati pari al 29,7% percentuale di DRG (raggruppamenti omogenei di diagnosi n.d.r.) medici trattati nei reparti chirurgici stimata pari al 33,7% - anno 2005);

- Bassa qualità delle cure con elevata frequenza di episodi di "malasanità" come certificato dalla Commissione parlamentare d'inchiesta sugli errori in campo

sanitario e i disavanzi sanitari regionali che collocano la regione al terzo posto dopo Calabria e Sicilia;

- Presenza di cinque policlinici universitari da cui dipende gran parte dell'offerta formativa dei professionisti della sanità dell'intero territorio nazionale, ma gravanti sul SSR per 400 milioni annui;

- Storica cattiva gestione continuata anche nel 2010 con un danno erariale accertato dalla Corte dei Conti di 130 milioni di euro, su un totale nazionale di 254 milioni di euro.

Una condizione a cui l'attuale giunta Polverini ha cercato di porre rimedio con la sottoscrizione del Piano di rientro che modifica in modo significativo il precedente Piano elaborato dalla giunta Marrazzo e che porta il Saldo complessivo negativo di posti letto da tagliare a -2865 unità (-791 per l'acuzie, -1501 per la riabilitazione e -573 per la lungodegenza).

Roberto Polillo

Dirigente medico Asl Roma A
(1ª parte - continua)

Visite e assistenza 24 ore al giorno grazie a un accordo con i medici di famiglia

Cto: nuovo futuro con il punto di primo intervento

Dal 7 marzo 2011 l'ospedale Cto Alesini di Roma volta pagina. E' la data che porta l'accordo, siglato tra il direttore generale Antonio Paone e i sindacati dei medici di famiglia, con cui si sancisce la nascita di una attività sperimentale attraverso il "Punto di primo intervento (Ppi) con annesso ambulatorio di medicina generale".

Si tratta, in sostanza, di un servizio atto ad assicurare l'assistenza ai cittadini durante l'arco della giornata, per tutta la settimana, evitando il ricorso inappropriato al pronto soccorso.

Un primo passo verso la sanità vicina al cittadino e rivolta al territorio con le garanzie di un vero e proprio presidio ospedaliero dotato di tutte le strumentazioni tecnologiche e le prestazioni specialistiche.

Ci sarà inoltre il supporto dei medici specialisti del Cto che esamineranno comunque i casi più complessi garantendone, se necessario, il trasferimento e il ricovero nella struttura più appropriata alla patologia con idonei mezzi di soccorso.

L'attività di coordinamento tra il Ppi e gli ospedali a più elevata complessità assistenziale, sarà assicurata da un responsabile della struttura in costante collegamento con la direzione sanitaria di presidio al fine di assicurare la tempestività degli interventi.

Il punto di primo intervento sarà affidato ai medici di medicina generale con incarico a tempo determinato (la cosiddetta assistenza primaria o continuità assistenziale e medicina dei servizi).

Da notare, infine, che per tutti gli assistiti sarà compilata una cartella medica informatizzata collegata alla rete telematica dell'azienda Asl Roma C.



Il Cto di Roma

L'intervento di Antonio Bertolini, medico di famiglia, delegato Sanità al Municipio Roma XI

"Accordo modello che argina il ricorso agli esterni"

E' un accordo importante che rilancia un modello – vedi l'Ospedale Regina Margherita di Roma – di integrazione ospedale/territorio che vede al centro il medico di medicina generale. L'XI Municipio ha valutato positivamente tale accordo, in un contesto difficile, con una tra le popolazioni più anziane di Roma e un'elevata domanda di medicina generale attiva 24 ore su 24. Resto però del parere che solo accanto a un vero pronto soccorso – di cui il Cto è stato privato – il punto di primo intervento possa dare risposte efficaci filtrando la domanda impropria che rallenta la vera emergenza. Col PPI attiviamo un modello di sanità pubblica rispettoso dei contratti

nazionali e regionali rappresentativi di varie figure professionali: medici iscritti nella graduatoria aziendale e regionale a basse scelte di assistiti o a poche ore di servizio in guardia medica. Un modello più complesso certo, rispetto ai pacchetti pronti e spesso costosi forniti da cooperative o società di servizi, ma che argina i processi assistenziali di esternalizzazione dei servizi il cui diffondersi eccessivo e competitivo credo possa minare la cultura del Servizio sanitario nazionale nel suo insieme e regionale pubblico, aprendo la strada a mutue e casse integrative, che mettono in discussione il diritto a essere tutti uguali rispetto alla accessibilità alle cure.

La commissione Sanità della Regione esamina proposte per strutture di degenza

Anoressia e bulimia: "Il Lazio si adegui"

Anoressia e bulimia: patologie divenute vera e propria emergenza dell'ultimo ventennio. Sono malattie complesse, determinate da condizioni di disagio psicologico ed emotivo con effetti devastanti sulla salute e sulla vita di chi ne è affetto, in genere adolescenti e giovani adulti.

Richiedono un approccio multidisciplinare tendente ad affrontare sia l'alterato rapporto con il cibo sia la natura psichica del disturbo, con terapie mirate a modificare i comportamenti e le attitudini, ad adottare soluzioni di gestione dei propri stress emotivi che non siano dannose per la propria salute e a ristabilire un equilibrato comportamento alimentare. Nella regione Lazio sono attivi ambulatori e centri di eccellenza in Asl e ospedali ma è del tutto assente il livello residenziale ovvero, il soggetto anoressico o bulimico in condizioni gravi – e la patologia spesso le determina – è costretto a ricoverarsi in reparti psichiatrici oppure in medicina generale o specialistica, divisioni del tutto inadeguate all'approccio multidisciplinare richiesto in questi casi. In molti casi ci si rivolge a strutture convenzionate extra regionali, con notevole impiego di risorse per le casse asfittiche del Lazio.

Il problema è stato affrontato dalla commissione Sanità della Pisana il 5 aprile scorso, con l'audizione della associazione di genitori di giovani con disturbi alimentari Fenice Onlus che vivono tale dramma e hanno esposto criticità e problemi.

"Nel Lazio e nel centro-sud non esiste un registro per tali patologie – ha esordito il dottor Armando Cotugno, psicologo responsabile del centro Anoressia e Bulimia della Asl Roma E – non siamo perciò in possesso di dati precisi ma l'incidenza è alta così come lo sono le criticità per la cura e la riabili-



tazione dei soggetti colpiti". "Quello del Santa Maria della pietà – ha precisato Rita De Laurentiis, presidente di Fenice Onlus - è un centro già attivo, punto di eccellenza per il trattamento dei disturbi del comportamento alimentare, che attende soltanto di essere ampliato per poter ospitare eventuali degenze dei giovani pazienti".

La commissione ha preso atto

delle istanze e ha disposto l'invio di una lettera ai direttori generali delle Asl del Lazio, affinché nei piani aziendali siano previsti centri per il trattamento dei disturbi del comportamento alimentare. Si è pensato inoltre di poter interessare al progetto gli ospedali e i servizi dismessi e destinati alla riconversione, coinvolgendo, a tal fine, il gruppo di lavoro costituito ad hoc.

DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

Conseguenze fisiche

- ulcere intestinali e danni permanenti ai tessuti dell'apparato digerente
- disidratazione
- danneggiamento gengive e denti
- danni cardiaci, al fegato e ai reni
- danni al sistema osseo
- aumento di probabilità per fratture e osteoporosi
- blocco della crescita
- emorragie interne
- ipotermia e ghiandole ingrossate.

Ripercussioni psicologiche

- depressione
- basso livello di autostima
- senso di vergogna e colpa
- difficoltà di relazioni sociali e familiari
- sbalzi di umore
- tendenza a comportamenti manichei e maniacali
- propensione al perfezionismo
- problemi al sistema nervoso
- difficoltà di concentrazione e memorizzazione

Proposta del Tribunale del malato - Cittadinanzattiva per migliorare la sanità del Lazio

“Adottiamo la carta qualità”

Dal “Rapporto sulla sanità del Lazio” emerge una situazione al collasso con attese, errori e favoritismi. Le proposte per migliorare

“Le aziende ospedaliere adottino la Carta della qualità in chirurgia e in medicina interna”. La proposta del Tribunale del Malato-Cittadinanzattiva, punta a uno strumento “scritto a quattro mani, insieme a rappresentanti delle società scientifiche dei chirurghi e dei medici internisti per migliorare sicurezza e qualità delle cure”.

Lanciata durante il convegno “Rapporto sulla sanità del Lazio” dello scorso 6 aprile, l’idea di una carta delle certezze in medicina si affianca a una critica generalizzata della situazione sanitaria regionale. Attese improponibili, visite erogate senza prenotazione, difficoltà nell’accesso alle prestazioni, errori sanitari e sensazione che si pratichino favoritismi.

Questa è l’istantanea che deriva dall’accurata analisi dell’associazione di tutela dei cittadini. Soprattutto, l’attenzione si è concentrata sul funzionamento del

I numeri

- 62%** prestazioni erogate senza prenotazione
- 18,2%** cittadini che lamentano la mancanza di informazioni
- 17,2%** cittadini preoccupati per presunti errori
- 12%** persone con difficoltà di accesso alle prestazioni
- 48%** cittadini in difficoltà con le liste di attesa



Recup, il servizio telefonico di prenotazione regionale che si attiva chiamando il numero 803333 che, “Nonostante l’ottimo lavoro svolto – riconosce il segretario Giuseppe Scaramuzza – non è mai riuscito a decollare perché non tutte le aziende sanitarie afferiscono al servizio, impedendo di fatto ai cittadini di prenotare presso molti ambulatori del territorio”.

Sul banco degli imputati anche la mancanza di informazione e comunicazione, paradossale se si pensa che ogni struttura ha in organico uffici per le relazioni con il pubblico e la comunicazione al cittadino.

“Siamo di fronte ad una domanda drogata rispetto all’offerta - ha spiegato Pierluigi Bartoletti, segretario regionale Fimmg, Federazione italiana medici di famiglia – è necessaria una migliore programmazione che aiuterebbe a risolvere il problema delle liste d’attesa”. Secondo il vice segretario Francesca Diamanti, “proprio i medici di medicina generale dovrebbero diventare il fulcro dell’assistenza sanitaria – contribuendo a migliorare l’umanizzazione delle cure e la facilità di accesso alle prestazioni”. Proposte ulteriori per migliorare sarebbero l’inserimento dei centri privati e accreditati nel Recup, la gestione unica dell’anagrafe dei cittadini, l’integrazione territorio-ospedale e quella socio-sanitaria, l’assistenza domiciliare e il rafforzamento del ruolo di programmazione della Regione Lazio.

Codici: nel Lazio situazione grave

Proposta di legge regionale per i diritti del malato. E’ l’idea lanciata dal Co.di.Ci (Comitato diritti del cittadino), che individua nel Lazio “una delle regioni italiane in cui la situazione sanitaria è di assoluta gravità”. E segnala alcuni dei punti critici: “Difficoltà del servizio di emergenza Ares 118. “Secondo la Cgil Lazio”, afferma una nota dell’associazione, “il parco macchine della regione sarebbe inferiore di 39 ambulanze rispetto a gli standard previsti dalla normativa. Per non parlare dell’errore medico”.

Secondo i dati del “Rapporto della commissione d’inchiesta sulla sanità”, tra la fine di aprile del 2009 e il 25 gennaio del 2011, si sono verificati diciannove presunti errori sanitari e altri tredici casi di malasanità. Dei 19 presunti errori, su cui sono in corso accertamenti da parte della magistratura, 11 hanno portato alla morte del paziente. Infezioni ospedaliere e ‘sviste’ sanitarie causate da negligenza degli operatori”. “Per non parlare” continua la nota del Codici “dei tempi d’attesa fuori controllo”. “Le cause del disservizio - spiegano dall’associazione - possono dipendere anche dall’eccessiva attività professionale intramoenia (visite ed esami a pagamento negli ospedali pubblici n.d.r.) e poi c’è un’assoluta mancanza di verifiche dei risultati conseguiti da Asl e ospedali”.

Uno studio dell'Istituto superiore di sanità sull'efficacia delle bonifiche ambientali

Rischi da inquinamento: aumentano le certezze

Sono stati presentati a Roma, all'Istituto Superiore di Sanità, nell'ambito del convegno "Ambiente e Salute, i risultati del Progetto "Sentieri" (Studio epidemiologico nazionale territori e insediamenti esposti a rischio da inquinamento), che ha riguardato 44 dei 57 siti di interesse nazionale per le bonifiche, individuati dal ministero dell'Ambiente.

Sentieri ha indagato circa 400.000 decessi relativi a una popolazione complessiva di circa 5.500.000 abitanti. Si è riscontrata una grande variabilità fra i territori in esame per vari fattori: dimensioni della popolazione, caratteristiche della contaminazione ambientale, presenza di specifici poli produttivi e altre fonti di pressione ambientale, stato di avanzamento degli interventi di bonifica e risanamento industriale. In alcuni casi, i nessi causali sono chiari perché esistono conoscenze scientifiche adeguate per spiegare le osservazioni.

Ad esempio, è appurato il nesso tra la morte per insorgenza di mesotelioma pleurico e la presenza di amianto o di altre fibre contenenti asbesto in vari siti, tra cui Casale Monferrato, Broni, Biancavilla. In altri casi si osservano incrementi della mortalità per cause per cui il nesso causale con l'inquinamento ambientale è sospettato ma non accertato.

In altri siti ancora, la mortalità osservata è inferiore all'attesa, elemento che può essere determinato da un quadro di partenza favorevole, ovvero contaminazione ambientale con esposizione priva di conseguenze per la salute e avanzate opere di bonifica e riconversione industriale, con attività a minore impatto ambientale, o di dismissione dell'attività industriale.

(Fonte: Sanitànews)



Dimissioni forzate: ecco i rimedi

Ci ha pensato il Centro difesa del malato, associazione di tutela calabrese, a contrastare la prassi delle dimissioni facili, sanzionata di recente dalla Cassazione con sentenza n. 8254/11.

Non sono molti, né complicati i consigli da seguire nei casi in cui il paziente reputa le dimissioni improprie ed affrettate:

- **Prendere contatto con il primario del reparto e con i medici che lo hanno avuto in cura, approfondendo le ragioni delle dimissioni ritenute premature;**
- **Non firmare e non fare firmare dai parenti alcun foglio di dimissioni: equivarrebbe a un assenso che renderebbe più difficile una contestazione futura;**
- **Sollecitare la direzione sanitaria a contattare altre strutture idonee al ricovero per il proseguimento della propria cura;**
- **Chiamare il proprio medico di famiglia perché accerti la necessità di cure ospedaliere, di terapie o di interventi di pertinenza dell'ospedale.**

Ricordiamo che, in base al nuovo accordo collettivo nazionale dei medici di medicina generale, fra i compiti del medico di famiglia rientra anche quello di accedere ai luoghi di ricovero dei propri assistiti ed eventualmente partecipare alle decisioni che li riguardano.

Il provvedimento di riordino delle strutture ospedaliere non regge la prova del Tar

“Decreto 80: il prodotto della fretta”

Non cessano le polemiche sulla chiusura dell'ospedale di Bracciano
Interviene il sindaco, Giuliano Sala: struttura strategica per il territorio

“**L**a nostra non è una difesa del ‘fortino sanitario’ ma la considerazione dell’importanza strategica del Padre Pio, in un territorio che conta oltre 130.000 abitanti che nel periodo estivo diventano almeno 300.000. Questa chiusura metterebbe a serio rischio di vita molte persone, considerati i tempi di percorrenza necessari per trasferire i pazienti in altri nosocomi”.

Non ha dubbi il sindaco di Bracciano Giuliano Sala e, in prossimità della data relativa al pronunciamento del Tar sul ricorso presentato contro la chiusura dell’ospedale, il 18 aprile, nutriva un cauto ottimismo circa l’ordinanza del Tar che “rimarca gli stessi rilievi che l’amministrazione aveva sottoposto alla presidente Polverini nell’incontro del 22 ottobre scorso”. Ottimismo giustificato, visto che il tribunale amministrativo gli ha dato ragione. “Valuteremo la sentenza”, dicono dalla giunta regionale.

Secondo il primo cittadino il decreto 80 di riordino delle reti ospedaliere sarebbe stato promulgato in grande affanno, con molta fretta, forse nell’intento di poter accedere ai c.d. Fas, i fondi strutturali per dare alla sanità del Lazio una boccata d’ossigeno. Nel provvedimento non ci sarebbe stata, secondo Sala “una seria e approfondita capacità istruttoria che avrebbe consentito di tenere nel giusto conto le realtà territoriali della regione”. Si consideri poi che per il Padre Pio furono investiti non molto tempo fa cinque milioni di euro per la realizzazione di due nuovissime e moderne camere operatorie, 4 postazioni di terapia intensiva, la ristrutturazione del reparto di radiologia e dei vecchi padiglioni, con la messa a norma degli impianti tecnici e lo spostamento della farmacia, mentre il nuovo pronto soccorso attende ancora la conclusione dei lavori. Nei piani degli amministratori c’era inoltre il progetto di aumento dei posti letto da 67 a 120.



L'ospedale Padre Pio di Bracciano

Vetralla: la nuova sanità è in farmacia

Abbattimento delle liste d’attesa, disponibilità immediata dei referti a prezzi più bassi rispetto al ticket ospedaliero, una sanità che va incontro al paziente, assistendolo ovunque si trovi.

E’ questo il giudizio che danno amministratori e cittadini sull’attivazione del servizio di teleassistenza cardiologica nella farmacia comunale Tre Croci di Vetralla. Grazie al progetto “Cardio” è possibile fare un elettrocardiogramma e avere il referto nel termine di poche ore, nei casi più urgenti addirittura due, con successivo inserimento dello stesso su una piattaforma on-line a costituire una cartella perenne del paziente, utilizzabile in qualunque momento si desideri, via telefono o addirittura in Gps collegandosi alla rete.

Addio file e liste di attesa nell’ospedale di Viterbo: la farmacia, gestita dalla società in house Sanitas, è la realtà locale che può coadiuvare l’ospedale realizzando quel modello di sanità territoriale da tempo agognato ma ancora difficile da attuare.

La Tre Croci non è nuova a tali esperienze. Dal centro unico di prenotazione, che nel 2010 ha servito 3200 utenti, al servizio di autoanalisi che dà risposte in tre minuti, passando per lo sportello sociale, attivo il lunedì e il giovedì, la farmacia in cinque anni ha portato nelle casse comunali di Vetralla 150mila euro, rappresentando un modello di gestione ottimale.

Le équipes mediche del San Camillo Forlanini in azione per l'assistenza ai migranti

Civitavecchia: una task-force della sanità pubblica

Sono circa settecento i tunisini sbarcati a Civitavecchia e accolti in una ex caserma subito attrezzata con locali idonei, spazi comuni, volontari per garantire l'accoglienza, mediatori culturali e operatori sanitari.

Il gruppo di medici impegnato nel controllo sanitario dei migranti proviene dall'azienda ospedaliera San Camillo Forlanini, ed è coordinato dalla direttrice del presidio Forlanini, Simonetta Massafra, che ci racconta come è nato l'impegno dell'assistenza a tutto tondo per i nordafricani.

“Abbiamo risposto a una emergenza internazionale svolgendo una operazione di sanità pubblica e di prevenzione dell'insorgenza di eventuali patologie. Una realtà come il San Camillo Forlanini, dotata di eccellenti professionalità e specifico know-how in tema di emergenza/urgenza doveva essere in prima linea”.

Su questa decisione ha ovviamente influito la specifica esperienza in tema di malattie dei migranti del direttore generale aziendale.

“Non c'è dubbio. Il professor Aldo Morrone, già direttore dell'Istituto Nazionale per la pro-

mozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà San Gallicano di Roma, si è trovato a Civitavecchia fin dal primo sbarco e ha dato grande impulso all'attività, sempre in linea con le indicazioni regionali dettate in circostanze di emergenza”.

Da chi sono composte le équipes mediche?

“La competenza è multidisciplinare, sono gruppi che ruotano, in cui sono presenti anche infermieri e medici su base volontaria. Va chiarito comunque che non esiste alcuna emergenza sanitaria. I giovani sono nella maggior parte in buona salute, non c'è ombra di malattie infettive e/o trasmissibili. Al momento ci limitiamo a trattare malanni da raffreddamento”.

C'è il timore, da più parti, che l'emergenza si trasformi in attività di routine

“Non mi sembra questo il caso. Comunque le nostre strutture debbono dotarsi di una organizzazione pronta a rispondere in situazioni come l'attuale. D'altra parte questi ragazzi si aspettano ora soltanto serenità, una nuova vita, un reinserimento nel mondo del lavoro. Insomma, sognano il loro futuro”.

“San Giovanni, formazione a costi record”



“Business sui corsi di formazione”. E' l'accusa lanciata dal segretario regionale del sindacato Fials Confasal Gianni Romano, relativa ai corsi di addestramento per ausiliari operatori socio sanitari che presso l'Azienda ospedaliera San Giovanni Addolorata sarebbero costretti a sborsare 2100 euro per conseguire un attestato di abilitazione “in una struttura che dispone di locali già attrezzati per la scuola di educazione continua in medicina e di altrettanto corpo docente preparato e lautamente retribuito”. Il tutto per 600 ore di didattica e 400 di tirocinio non retribuito che garantirebbe la riqualificazione per i c.d. Operatori socio-sanitari, che solo così potrebbero continuare a lavorare. “Ancora più grave - chiosa Romano- e' il fatto che il costo dell'iscrizione e' stato deliberato da un Ente già finanziato con i fondi pubblici regionali per tutte le attività, didattica compresa”.

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: ANTONIO BERTOLINI, ROBERTO POLILLO
Chiuso in redazione il 26 aprile 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/>

Dopo la puntata di "Presi diretta" si muove il ministro della Sanità

Ospedali psichiatrici giudiziari: cambiamento lento

Ospedali psichiatrici giudiziari: la vergogna italiana potrebbe avere le ore contate. Sono ancora ben presenti a molti di noi, quelle drammatiche immagini che non avremmo mai voluto vedere, trasmesse alcune settimane fa su Rai Tre, nel programma "Presi diretta" di Riccardo Iacona.

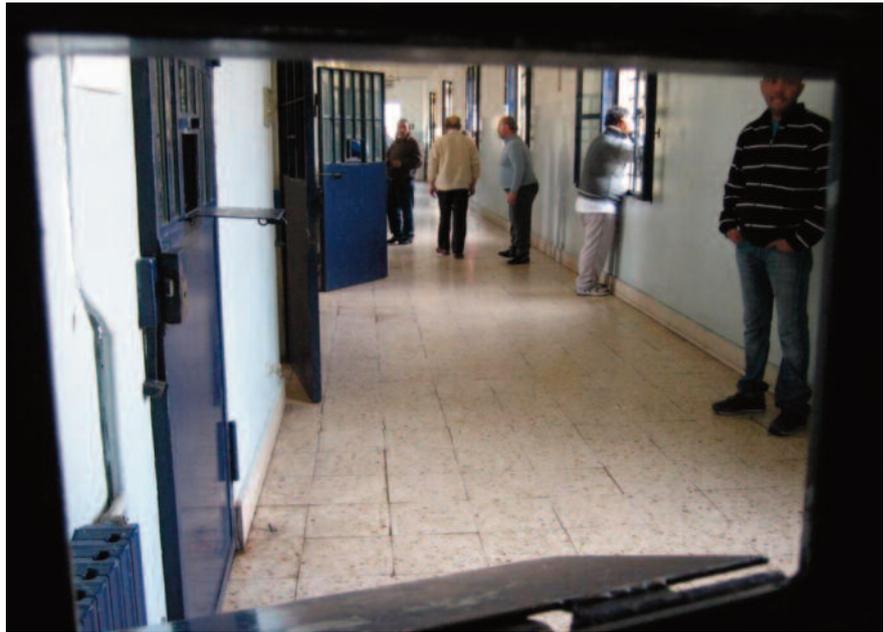
Condizioni di degrado, abbandono, sporcizia, deprivazione, svelate grazie alle ispezioni che ha svolto la Commissione parlamentare di inchiesta sulla sanità presieduta dal senatore Ignazio Marino.

La reazione a tale inenarrabile condizione è stata immediata.

Il ministro della Salute Ferruccio Fazio, con il decreto della presidenza del Consiglio dei ministri approvato il primo aprile 2008, ha dato il via al piano per la chiusura di tre dei sei ospedali psichiatrici giudiziari italiani.

Nel piano è previsto un intervento strutturato in varie fasi, consistente in primis nella presa in carico delle strutture da parte delle Regioni, cui seguirà la stesura di un protocollo operativo da parte dei dipartimenti di salute mentale delle Aziende sanitarie locali, atto a gestire la dimissione degli internati e il loro reinserimento negli istituti di pena o in strutture territoriali ad hoc.

La terza fase vedrà l'erogazione delle risorse necessarie. Sono stati stanziati finora 5 milioni di euro dal ministero della Salute e 10 milioni dal ministero della Giustizia. "Abbiamo creato - ha precisato il ministro Ferruccio Fazio - un'apposita commissione che si occupa dei tempi di trasferimento perché il cambiamento deve essere graduale".



Il corridoio di un ospedale psichiatrico giudiziario

Parkinson: miglioriamo la qualità della vita

Ciclo di incontri promossi dall'Università Cattolica di Roma in collaborazione con l'Azienda Ussl e l'Associazione di tutela dei pazienti di Treviso presso la sede del Centro studi Achille e Linda Lorenzon - Treviso - il 15 Aprile, 6 Maggio, 10 Giugno, 16 Settembre, 7 Ottobre, 11 Novembre, 2 Dicembre 2011.

Difficoltà motorie, tremori, problemi di coordinazione: la vita di un malato di Parkinson è un percorso a ostacoli, con difficoltà per i familiari e coloro che assistono i pazienti.

Ci sono però suggerimenti e strategie di aiuto per affrontare al meglio la patologia e migliorare la qualità della vita. "Vivere con la malattia di Parkinson: usare al meglio la funzionalità residua, migliorare il rapporto paziente/caregiver", è l'iniziativa promossa dal Dipartimento di

scienze gerontologiche, geriatriche e fisiatriche del Policlinico Gemelli diretto da Roberto Bernabei e dall'Istituto di neurologia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore che intende porre le persone colpite dal Parkinson e le loro famiglie al centro di un itinerario formativo per migliorare la qualità di vita dei pazienti, dei loro familiari e dei loro caregiver.

Per info:
www.policlinicogemelli.it
o 06330151.

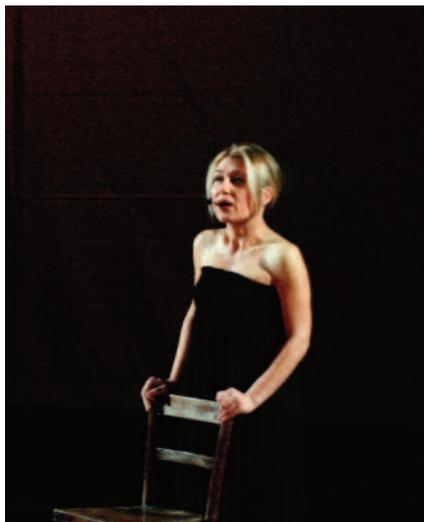
Un'opera teatrale racconta le dinamiche nate tra medico e paziente

“Il disegno sul cuore”: arte che aiuta la vita

Questa ruga che ti percorre il torace è il nostro patto di amicizia, una strada su cui abbiamo camminato insieme. Non smettere mai di toccarla...accarezza quando sarai grande, prima di fare l'amore.

Immagina, il cardiocirurgo, vita e future emozioni della piccola paziente che sta operando, in un monologo a doppio binario: momenti di tenerezza intervallati da asettica terminologia medica.

Due piani all'apparenza inconciliabili che miracolosamente si incontrano grazie alla forza della parola scritta e alla potenza della recitazione. E' il disegno sul cuore, testo di Rosalba Panzieri, giovane autrice reatina che ne ha fatto un progetto da esportare, dal palcoscenico agli ospedali, là dove il dolore si tocca con mano, la comunicazione medico-paziente è un percorso a ostacoli e l'arte può essere il tramite per ritrovare quella empatia, sicuro



Rosalba Panzieri sul palcoscenico

viatico per la guarigione. Vincitore del premio nazionale di poesia e narrativa “AlberoAndronico”, insignito della medaglia del presidente della Repubblica, il racconto, divenuto poi testo teatrale, coniuga medicina e letteratura, in una duplice acce-

zione: il trionfo della compliance come adesione alla terapia e accettazione del proprio corpo malato. “Soltanto così – esordisce Rosalba – si può arrivare a una riappropriazione di sé in un momento drammatico, quando sembra che la vita ci abbandoni”. Il progetto si avvale della collaborazione del dottor Antonio Amodeo dell'ospedale Bambino Gesù di Roma, coordinatore dell'équipe che ha impiantato il primo cuore artificiale nell'ottobre 2010, con l'apporto di Rocco Agostino, direttore della rianimazione neonatale del Fatebenefratelli. Anche l'ospedale San Camillo de Lellis di Rieti ha fornito la propria collaborazione in quella che sta diventando una vera e propria tournée tra teatri e ospedali italiani. “L'obiettivo – secondo Rosalba Panzieri – è creare uno spazio scenico in cui l'arte diventi strumento al servizio della vita, accettazione del proprio stato, elemento per superare la sofferenza”.

L'ospedale di Mostacciano in prima linea per l'assistenza a chi teme contaminazioni

Ifo: immagini di vita dal Giappone

Hanami e Momijigari: significato letterale “ammirare i fiori” e “caccia all'acero”, è il titolo della raccolta di ventisei foto di Adriano Sivori e Massimo Gabbarrà, messe in mostra agli Istituti Fisioterapici Ospitalieri Regina Elena e San Galliciano di Roma, che dall'11 marzo hanno offerto strutture e competenze a chi è tornato dal Giappone dopo il terremoto, con esami e visite per monitorare il tasso di radiazioni. I dati raccolti non evidenziano pericolo di contaminazione, sebbene riferiti a un piccolo campione di non addetti alla centrale nucleare



di Fukushima. Del Giappone quindi, gli IFO trasmettono soltanto una immagine positiva, di vita, riferita a due eventi annuali

importanti per il Paese del Sol Levante: la primavera e l'autunno, con la fioritura di ciliegi e aceri tinti di rosso. Fino al 9 maggio.