

MAGGIO 2015

Sirene

n. 5
ANNO V

online

MENSILE DELLA SANITÀ REGIONALE



FORLANINI BENE TUTELATO

Posto il vincolo dal ministero dei Beni Culturali. Assemblea cittadina alla Regione: presentato un esposto, parte la raccolta delle firme

a pag. 4

**ASL E 118
M5S: Atti
aziendali
ai raggi x**

a pagina 5

**REGIONE
Infezioni
in ospedale
e rimedi**

a pagina 8

**SALUTE
Una rete
regionale
più equa**

a pagina 9

Giornata mondiale del lavaggio delle mani il 5 maggio. Varie iniziative nelle Asl del Lazio

I Ponzio Pilato della sanità regionale

È passata sotto silenzio, il 5 maggio, la “Giornata mondiale sull’igiene delle mani”. Una pratica cui è affidata la sicurezza dei pazienti e degli operatori sanitari contro le infezioni ospedaliere. Nel Lazio però si è andati controcorrente, con numerose iniziative nelle Asl e negli ospedali, trainate dal convegno che sullo stesso tema si è svolto in Consiglio regionale il 16 aprile, di cui parliamo in altra pagina. La Asl Roma F, che amministra presidi e ospedali della provincia da Bracciano al litorale a nord di Roma, ha predisposto una apposita cartellonistica e avvisi sui tesserini d’ingresso dei dipendenti che richiama l’importanza del semplice lavaggio delle mani, come momento di fondamentale efficacia nella prevenzione delle infezioni correlate all’assistenza. Anche nella Asl Roma E – ospedali San Filippo Neri, Santo Spirito e Oftalmico – sarà diffuso materiale informativo e, all’ingresso dei reparti, gli operatori illustreranno ai cittadini in visita ai pazienti facili gesti per prevenire la diffusione di patogeni e la resistenza agli antibiotici nelle strutture sanitarie. Lo stesso dicasi per la Asl di Frosinone. All’ospedale Spaziani sarà somministrato un questionario agli assistiti insieme a un kit con soluzione detergente. Concluderà le iniziative un filmato formativo sulle principali tecniche di lavaggio delle mani. Anche il sito dell’ospedale San Camillo riporterà la pubblicazione



di materiale messo a disposizione dall’Organizzazione mondiale della Sanità per rendere consapevoli gli operatori sanitari dell’importanza di tale pratica. “I direttori generali hanno accolto con entusiasmo il nostro invito”, ha dichiarato il presidente della commissione regionale Politiche sociali e salute Rodolfo Lena ma, più che sul valore terapeutico della operazione, vorremmo fare una breve riflessione sul valore simbolico del lavaggio delle mani. Quante volte, sulle grandi questioni sanitarie, ci si è lavati e ci si continua a lavare le mani? Nonostante gli annunci di varie iniziative in numerosi settori, i cittadini del Lazio sono esasperati dalle lunghe liste di attesa, non minimamente scalfite dai decreti del 2013; sono scandalizzati per l’intramoenia che non viene sospesa in caso di ritardi biblici anzi, in alcuni grandi ospedali viene perfino potenziata. I pazienti in attesa sulle barelle in pronto soccorso per

ore e giorni sono stremati dalle condizioni in cui vengono a trovarsi: non li conforta certo quel poco di informazioni in più garantite da hostess e steward piazzati lì dalla Regione Lazio, in mancanza di posti letto tagliati in modo sconsiderato, sempre “lavandosene le mani”. Migliaia di persone che hanno firmato per mantenere in vita gli ospedali minacciati di chiusura sono increduli di fronte alle grottesche vette di inedia e inazione cui li ha abituati l’amministrazione. Per non parlare della cronica carenza di personale, bloccato da una assurda legislazione che non consente deroghe, sempre accompagnata dal candore delle coscienze degli amministratori, “tanto dipende dal governo”, anzi dai governi precedenti. Anche in questo caso, tutti si lavano le mani. Ci auguriamo, almeno, che tale pratica serva a tener lontane dalle nostre istituzioni le infezioni da corruzione e malaffare.

PRONTI
ALL'IMBARCO

www.prontiallimbarco.it



Manifestazione nazionale l'11 maggio al ministero della Salute. Attivo sindacale il 25 con i delegati

Croce rossa, è mobilitazione permanente

È iniziata il 30 aprile in tutte le regioni, la mobilitazione permanente dei lavoratori della Croce rossa italiana, ente in trasformazione in seguito al decreto legislativo di riordino 178 del 2012 che stabilisce per la Cri la natura giuridica di associazione di diritto privato, disciplinata dalle norme del codice civile. Un'organizzazione diversa quindi per i comitati locali e provinciali a cui i dipendenti, i volontari e i sindacati di categoria si oppongono, rivendicando "un percorso partecipato verso una vera riorganizzazione dell'ente". Le proteste, promosse da Cgil, Cisl e Uil del comparto pubblico, stanno interessando le prefetture dei capoluoghi di regione e mirano a ottenere un confronto con il ministro della Salute Beatrice Lorenzin, per proporre modifiche al decreto e operare quello che, per i sindacati, sarebbe il "vero riordino dell'ente che garantisca il mantenimento di servizi erogati e salvaguardi posti di lavoro e retribuzioni dei lavoratori". In particolare, i rappresentanti sindacali fanno leva sui "servizi importanti che la Croce rossa offre al Paese: "si rischia di disperdere un patrimonio di capacità e competenze che fino ad oggi – dicono all'unisono Cgil, Cisl e Uil – hanno garantito servizi qualificati, affidabili, in linea con i bisogni essenziali dei cittadini". Si mira, nella vertenza, a individuare nuove



funzioni da mantenere pubbliche senza penalizzare troppo gli organici, i salari e l'offerta di prestazioni "ponendo i lavoratori in una condizione di incertezza sulle prospettive professionali. Ben venga una struttura più snella – continuano i lavoratori – coerente con le sue finalità senza gioco al ribasso". Intanto va avanti la raccolta di firme iniziata il 4 maggio e si scaldano i motori per la manifestazione dell'11, davanti al ministero della Salute, se in questo lasso di tempo non interverranno novità dal dicastero di lungotevere Ripa.

Si riorganizza la rete reumatologica pediatrica con un grave vulnus per la prescrizione di farmaci

Puglia: assistenza ridotta per piccoli pazienti

“Regione Puglia: occorre rivedere la delibera 691 del 2 aprile 2015 che crea una situazione paradossale, in cui i bambini reumatici e le loro famiglie si ritrovano a non godere più dell'assistenza che ricevono attualmente”. L'appello arriva da Antonella Celano, Presidente Apmar, Associazione Persone con Malattie Reumatiche. Il provvedimento sotto accusa interviene sull'Istituzione della rete regionale dei centri di assistenza reumatologica e sancisce che solo nei centri di riferimento regionali o centri primari definiti "Hub" è possibile la prescrizione dei farmaci biologici. Ma c'è di più: al-

l'interno di questi centri iper specializzati solo gli specialisti in reumatologia possono prescrivere tali specialità. Secondo Celano "questi farmaci sono un'importante risorsa e permettono un miglior controllo di patologie invalidanti e di impatto sociale come l'artrite idiopatica giovanile, se non controllata con i farmaci tradizionali. La riorganizzazione della rete significa che i pediatri reumatologi, che sono specialisti in pediatria e gestiscono centri Hub – continua Celano – se non possiedono la seconda specializzazione in reumatologia non possono prescrivere i farmaci biologici. Come Presidente Apmar non posso

non pensare ad un errore e auspico una revisione della delibera. Il provvedimento rischia di creare una situazione inaccettabile: da un lato la Regione inserisce, correttamente, i centri pediatrici di riferimento della rete reumatologica, dall'altro non li giudica adatti alla prescrizione dei farmaci biologici. La specializzazione in reumatologia non può essere criterio essenziale: il pediatra reumatologo non è inadeguato a scegliere il farmaco biologico adatto al proprio paziente. Si rischia che i piccoli siano presi in carico da uno specialista che non li ha mai visti prima", conclude la presidente.

Assemblea cittadina alla Pisana. Sulla dismissione interviene Fabrizio Santori, commissione Salute

Forlanini: "la giunta capirà l'errore commesso"

Consigliere, le novità emerse in assemblea faranno cambiare idea alla Regione?

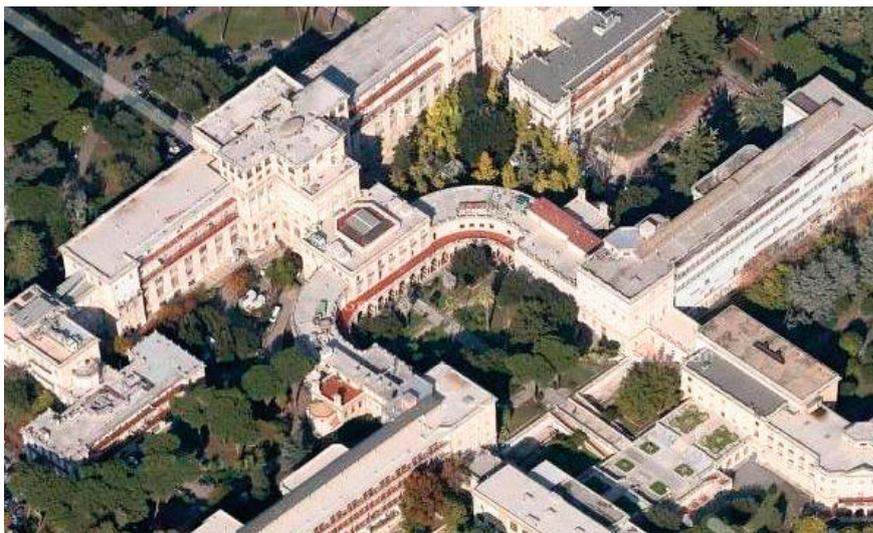
Da tempo mi impegno per impedire ogni speculazione sul Forlanini. I documenti inediti presentati in Consiglio regionale vogliono essere di contrasto, giuridico oltre che politico contro eventuali svendite, per far sentire la voce dei cittadini. L'esposto alla procura della Repubblica e la petizione presentata in assemblea vanno contro lo scellerato progetto di dismissione della giunta regionale, che non ascolta la voce dei cittadini, assumendosi una pesante responsabilità, svalutando un complesso storico che ha segnato un punto di svolta per la scienza medica europea.

Secondo lei quali sono le reali intenzioni di Zingaretti?

Capirle è un'impresa. L'omertà e le tiepide e fantasiose proposte di questa amministrazione, dal 1 gennaio – data in cui ha rilevato la proprietà dell'immobile – non hanno portato a nulla di fatto, contribuendo al deterioramento del bene, non rispettando richieste e esigenze del territorio che vuole preservare tale patrimonio storico, monumentale, culturale da indecenti speculazioni. Non si conosce la reale destinazione d'uso del complesso, con il totale abbandono di spazi esterni e interni ormai rifugio per immigrati, prostitute, senza tetto, balordi, spacciatori tra immondizia, pavimenti allagati, guano dei piccioni e vetri rotti.

Nel 2008 in 50 mila firmavano per salvare l'ospedale: Marrazzo cambiava la destinazione d'uso...

Esatto, una mossa targata centrosinistra che ha declassato la struttura da bene destinato ad attività sanitarie a bene per fornire rendite patrimoniali. La tipica operazione insensata – in tempi in cui la sanità ha necessità di strutture



attive e funzionanti – mirata alla svalutazione dei beni per svenderli agli amici degli amici a prezzi modici, come recentemente è accaduto con gli immobili di pregio di Roma Capitale e nel passato con la centrale del latte, l'Iri e chi più ne ha ne metta.

Dal 2010 c'è un progetto del professor Martelli. Perché non è mai stato considerato?

Il programma di Zingaretti non punta a restituire ai cittadini strutture che potrebbero garantire oltre 300 posti letto per gli anziani: vedono nell'ex ospedale la gallina dalle uova d'oro atta a risanare anni di sperperi nella sanità. Il piano di rientro mira a ridurre la spesa razionalizzando e valorizzando il patrimonio regionale. Col Forlanini l'operazione è fallita: l'edificio è in preda al degrado, non c'è un progetto ufficiale mentre l'Asl Roma D impegna ogni anno milioni di euro per canoni di locazione a privati e lo stesso San Camillo ha in affitto alcuni reparti nell'attiguo istituto Spallanzani.

Il presidente annuncia fondi, milioni recuperati per l'edilizia sanitaria ma li ha già destinati

Prima i 2,8 milioni di euro dal

MEF per ristrutturare ospedali e presidi territoriali, poi lo sblocco di 620 milioni per l'edilizia sanitaria. Tanti annunci, nulla di concreto. La sanità è commissariata, il Consiglio non ha poteri di vigilanza, indirizzo, controllo. Non si va verso risparmi e interventi sul territorio: solo spot, come le case della salute, investimento sbagliato e oneroso. Si lasciano morire interi ospedali e parte delle risorse vanno verso il privato. Razionalizzare i costi si può, prima di tutto con le Asl che sono troppe a Roma, poi con la corretta gestione delle locazioni passive.

Soluzioni immediate per il prestigioso complesso?

Con l'esposto alla procura chiederò chiarezza sulla legittimità giuridica di tutte le azioni e i provvedimenti posti in essere; cercherò di tutelare il complesso da ulteriori modifiche di classificazione perché non sia subito commercializzabile. Con la petizione, i cittadini dimostreranno alla giunta gli errori commessi svuotando il Forlanini di ogni rilevanza medico scientifica e architettonica. Soluzioni ci sono, manca la volontà politica ma Zingaretti non pensi che nessuno gli stia col fiato sul collo.

Presentati in commissione regionale Salute gli atti delle aziende ospedaliere e dell'Ares 118

Progetti per ospedali ed emergenza



SAN GIOVANNI ADDOLORATA

“Abbiamo elaborato un piano di rilancio dell'azienda tenendo conto del contenimento dei costi e del miglioramento della qualità delle prestazioni, per una sanità rivolta al cittadino e ai suoi bisogni”, ha esordito il direttore generale Ilde Coiro. L'azienda parte da un disavanzo di otto milioni di euro, cumulato negli anni 2011-2013. I numeri della razionalizzazione vedono una riduzione da 14 a 6 dipartimenti, cui si aggiungono tre interaziendali (Salute mentale, Fisica medica, Farmaceutica). Le unità operative da 242 passeranno a 97, nasceranno il dipartimento delle specialità con team multidisciplinari dedicati, il dipartimento dei servizi diagnostici e medicina trasfusionale, il dipartimento delle professioni sanitarie. Saranno inoltre messi a reddito i pregevoli spazi del patrimonio storico-artistico ed archeologico di cui dispone l'azienda, con eventi e iniziative varie.

SAN CAMILLO FORLANINI

Alta specializzazione e depotenziamento delle aree di produzione a bassa attrattività. La 'mission' dell'ospedale San Camillo punta ai dipartimenti aggregati per "network di patologia". L'ospedale sarà organizzato per intensità di cura e si dovrà conseguire il pareggio di bilancio nell'esercizio 2016. Secondo il direttore generale Antonio D'Urso il nosocomio si configura come hub di riferimento regionale per le reti "tempo-dipendenti": emergenza, cardiologia, trauma, perinatale, ictus e laboratoristico. I posti letto sono 857 in regime ordinario, 151 in day hospital. Le unità operative complesse passano da 82 a 52; le unità semplici da 78 a 70". I dipartimenti sono quelli sanitari, coadiuvati dalla tecnologia amministrativa e dallo Staff della direzione strategica. Presente anche il dipartimento delle professioni sanitarie.

ARES 118 (Emergenza sanitaria)

Rispetto all'Atto vigente, datato 2006, è previsto uno snellimento delle Unità operative, che passano da 49 a 27 (-45 per cento). Sarà potenziata l'attività di programmazione, pianificazione e controllo, nonché le dotazioni tecnologiche, con accorpamento, delle centrali operative, che passano da sette a quattro secondo gli standard di riferimento che prevedono una centrale ogni 600mila abitanti.

Grave la carenza di personale: tra nuovi assunti e cessati nel 2012 il saldo era negativo (-46 unità) e tale è rimasto nel 2013 (-40) e nel 2014 (-34).

Ulteriori compiti, di natura straordinaria, saranno assegnati al servizio, in concomitanza con il Giubileo. Sono arrivate intanto, le prime 45 nuove ambulanze, parte di una nuova dotazione che sarà completata all'inizio dell'Anno Santo.

Gli esperti della sanità pentastellati esaminano i documenti. Proposte di modifica in autunno

Gli atti aziendali al vaglio del M5s

Aumenti della spesa ingiustificati, unità operative ridondanti, mancato raccordo tra dipartimenti ospedalieri e territorio. Sono soltanto alcune delle evidenze emerse da una approfondita analisi che i tecnici esperti della sanità del Movimento 5 stelle della Regione Lazio hanno compiuto sugli atti aziendali, prendendo in esame il conto economico

di ciascuna azienda, le proposte organizzative, le evidenze epidemiologiche. “I dipartimenti sembrano più contenitori funzionali che strumenti di integrazione multi specialistici – sostengono i portavoce M5s – manca omogeneità tra le unità complesse e alcune sono ridondanti”. Evidente, per gli analisti, il calo delle degenze negli ospedali pubblici del

20 per cento rispetto al 2006. Alcune Asl, come la Roma C, avrebbero perso 'attrattività', l'ospedale romano Cto è morente, i servizi di salute mentale sarebbero eccessivi. Al calo delle degenze però, sembra che la spesa rimanga invariata o, addirittura aumenti. Tutto da rifare? La sfida è lanciata e al momento della revisione, in autunno, ne vedremo i risultati.

Sintesi degli atti aziendali (regolamenti organizzativi) delle Asl della regione Lazio

Come cambia la sanità nelle province

ASL FROSINONE

Gli operatori hanno un'età media molto alta: su 3943 unità sono circa 650 i lavoratori che presentano limitazioni funzionali, secondo quanto riferito dal direttore generale Isabella Mastrobuono. Rispetto ai 977 posti letto disponibili, vengono configurate 115 unità operative semplici (erano 273) e 88 unità operative complesse (erano 142). Per il presidio di Anagni si prevede la riorganizzazione delle attività e dei servizi: un poliambulatorio specialistico, una postazione per gli screening oncologici, un centro dialisi, un laboratorio analisi per le emergenze, una radiologia dotata di sistemi di teleconsulto e telediagnosi, l'attivazione del 'day service', della 'day surgery' e della chirurgia ambulatoriale, un punto di primo intervento 24 ore su 24 con posti letto di osservazione breve intensiva (Obi) e un centro per la sorveglianza epidemiologica sulle problematiche della Valle del Sacco.

ASL LATINA

Sono 600mila i residenti, su un territorio provinciale lungo circa 130 chilometri. Nei cinque distretti che compongono la Asl sono previsti 21 poliambulatori, 13 consultori, 14 servizi Tsrme (Tutela della Salute Mentale e della Riabilitazione in Età Evolutiva), 9 centri di salute mentale, 4 centri diurni, 4 comunità terapeutiche e 5 servizi per le tossicodipendenze. Poi le case della Salute di Cori-Cisterna-Aprilia, Sezze-Priverno-Monti Lepini e Gaeta-Minturno e un centro di integrazione sociosanitaria per Pontinia/Sabaudia. Gli ospedali sono a Latina (Dea II livello), Formia (Dea I livello), Terracina e Fondi (con Pronto soccorso) "ripensati come un'unica rete, con una marcata riorganizzazione dei dipartimenti, ridotti



del 60 per cento", ha precisato il direttore generale Michele Caporossi. Posti letto: a Latina passeranno da 408 a 487; a Fondi e Terracina diventeranno 37 i posti di day hospital (+6); a Formia i posti ordinari saliranno da 704 a 777.

ASL RIETI

Territorio vasto, prevalentemente montano, popolazione dispersa con il più alto indice di vecchiaia in Italia. Un contesto critico, con carenze infrastrutturali e tecnologiche che rendono difficili innovazioni organizzative. Questo il quadro tracciato dal direttore generale Laura Figorilli, che pone l'accento sul mancato ricambio di personale e la mobilità passiva, specie per i parti. Nella Asl si segue l'organizzazione per intensità di cura e complessità assistenziale. Valorizzate le professioni sanitarie con il nuovo dipartimento. Ridotti a due i distretti: Rieti-Androco-Sant'Elpidio con sede a Rieti e Salaria-Mirtense con sede a Poggio Mirteto mentre la casa della Salute è a Magliano Sabina. Sette i dipartimenti previsti, 38 le strutture complesse e 24 le ospedaliere. Le strutture complesse sanitarie territoriali non ospedaliere

passano da 37 a 14, le strutture semplici diventano 49 rispetto alle 99 del precedente atto aziendale.

ASL VITERBO

I distretti passano da cinque a tre, le unità operative complesse saranno 63, di cui tre cedute alla Regione. Illustrato in sintesi, nel corso della audizione del commissario Luigi Macchitella, il piano strategico 2014-2016. Entro il 2017 rianimazione sarà accorpata ad anestesia; resta diventando unità semplice, la medicina legale mentre le malattie infettive – entro il 2018 – saranno accorpate all'unità per la cura dell'Aids. Due i dipartimenti interaziendali: medicina penitenziaria, in collaborazione con la Asl Roma B e il centro regionale per l'amianto. Casa del parto a Tarquinia con ostetricia e ginecologia trasferita a Civitavecchia, Asl Roma F. Taglio per i laboratori, da 3 ad uno. Poi la tele radiologia e i servizi di screening per compensare la elevata mobilità passiva, la rete diabetologica, quelle per le broncopneumopatie, ictus e l'integrata territorio ospedali accreditati (Ritha). Il numero delle unità operative semplici sarà di 34.

La direzione chiede la restituzione, il tribunale smentisce le restrittive disposizioni regionali

Asl Roma H, è battaglia sui buoni pasto

Asl Roma H: è guerra per i buoni pasto. Nell'azienda sanitaria dei Castelli Romani dal 2011 va avanti un contenzioso tra direzione, lavoratori e sindacati. Il vertice aziendale ha chiesto il recupero delle somme dei ticket, del valore di 5,16 euro distribuiti ai dipendenti dal 2008, grazie a un accordo sindacale sottoscritto nel 2007 e poi disdetto dalla direzione generale. Il ripensamento sul diritto al pasto per i lavoratori è dovuto alle disposizioni regionali legate al piano di rientro e di recupero delle risorse. La mensa, o i ticket sostitutivi, secondo la Regione Lazio dovrebbero essere garantiti soltanto a chi osserva un orario prolungato ma la materia del contendere è dovuta al fatto che la disposizione entrata in vigore nel 2011, è stata applicata nella Asl Roma H in modo retroattivo con richiesta di recupero delle somme "indebitamente percepite", secondo il management della Asl, negli anni 2008, 2009, 2010. Non la pensano così i sindacati, in particolare la Cisl, che ha promosso un ricorso al tribunale di Velletri, i cui giudici hanno invece sposato la tesi sostenuta dai rappresentanti sindacali, pronunciando una sentenza favorevole al lavoratore e condannando la Asl a risarcire 2000 euro più spese di lite. Secondo i giudici i contratti collettivi di categoria, nazionali e aziendali, hanno la priorità sulle disposizioni regionali, non c'è piano di rientro che tenga. Così, dal 2013 sulla Asl incombe la minaccia di migliaia di ricorsi, con l'insidia di dover sborsare diversi milioni di euro. A due anni di



Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorato

distanza la vertenza non è ancora conclusa: i sindacati da una parte, che denunciano le richieste di rimborso perfino a dipendenti deceduti e l'amministrazione che non arretra di un passo – sentenza permettendo – reclamando la restituzione di una cifra oscillante tra i 500 ai 1200 euro per dipendente. "Di fronte a una richiesta di risarcimento milionaria non mi resterebbe di fare altro che chiudere l'azienda", sentenziava nel 2013 l'allora direttore Claudio Mucciaccio. Chissà se oggi – alla luce della sentenza che restituisce soldi ai pensionati cui il governo Monti li aveva sottratti – sarebbe dello stesso avviso.

Proposta di legge "Norme per la conciliazione nelle controversie sanitarie e nei servizi pubblici"

Regione, un atto per ridurre il contenzioso

Malasanità, contenziosi e controversie nei servizi pubblici: è arrivata il 14 aprile in commissione regionale Politiche sociali e salute la proposta di legge regionale numero 120 illustrata dall'assessore alle Pari opportunità Concettina Ciminiello. Si introduce l'obbligo per i soggetti che erogano servizi e per le Asl, di inserire nelle proprie Carte dei servizi – documento che elenca prestazioni e standard offerti – una clausola conciliativa vincolante, grazie a cui gli utenti avranno la possibilità di tutelare i

propri diritti lesi. Si arriverebbe così al superamento del semplice reclamo, il più delle volte improduttivo. Il procedimento conciliativo avrà risvolti particolarmente importanti per quanto attiene alle prestazioni sanitarie. "Con tale procedura – ha commentato il presidente della commissione Salute Rodolfo Lena – siamo certi di ridurre l'ammontare dei risarcimenti che gravano sui bilanci delle nostre aziende sanitarie". Lo spinoso problema degli elevati costi assicurativi negli ospedali è stato sollevato in commissione dai di-

rettori generali, durante la presentazione degli atti aziendali. La proposta di legge prevede l'istituzione di una Camera regionale di conciliazione presso l'Istituto di studi giuridici "Arturo Carlo Jemolo" di Roma, dove gli utenti potranno comporre la controversia confrontandosi direttamente con l'ente erogatore del servizio, senza dover ricorrere alle più lunghe e costose vie giudiziarie. Si tratterà comunque di un atto volontario e non vincolante, ferma restando la successiva scelta di ricorrere all'autorità giudiziaria.

Un problema che può costare fino a 1 mld. Il 20-30% di infezioni possono essere prevenute

Infezioni ospedaliere e buone pratiche

Infezioni ospedaliere: un vulnus che richiede azioni immediate.

In Italia ogni anno 500mila pazienti sviluppano patologie legate all'assistenza e circa 2 mila decessi sono riconducibili a tale problema. In Consiglio regionale se ne è discusso il 16 aprile scorso, nel convegno "Prevenzione e gestione delle infezioni nell'esperienza della Regione Lazio", organizzato in collaborazione con Assobiomedica. Presenti direttori generali e sanitari, igienisti, esperti nella gestione del rischio sanitario. "Occorre ridurre al minimo la possibilità di danni al paziente – ha esordito il presidente della commissione Politiche sociali e salute Rodolfo Lena – condividendo esperienze positive per assicurare a ogni cittadino uguali livelli di sicurezza". Per questo la Pisana, con un atto del 1 aprile 2014, ha approvato le linee guida ma ora serve concretezza e soprattutto, sostiene il presidente "una adeguata e competente regia di sistema che la Regione sta strutturando con il prezioso apporto di professionisti e associazioni". Vediamo, in concreto, le buone pratiche attuate negli ospedali nel Lazio.

SAN FILIPPO NERI

Ha avviato dal 2001 un progetto di sorveglianza integrata con report semestrali per ogni area e reparto, su possibili eventi infettivi, microrganismi e resistenze antibiotiche. Lo ha spiegato il direttore del laboratorio di microbiologia Marcello Meledandri, che ha riferito di nuovi protocolli e linee guida interne. Nell'ospedale del Trionfale è il costante rapporto con la farmacia interna – per l'analisi dei consumi e dei costi – e il servizio informativo aziendale (Sio) per il controllo sugli eventi avversi rafforzato dalla sorveglianza infermieristica delle infezioni correlate all'assistenza. Il resto lo fa un database dedicato,



con l'analisi dei consumi e dei costi e la revisione periodica dei prontuari.

ASL RM B – OSPEDALE PERTINI

Attivo dal 2008 un percorso di "miglioramento di utilizzo degli antibiotici in profilassi nei blocchi operatori" per aumentarne l'appropriatezza d'uso. Lo hanno spiegato Simona Galeassi ed Egidio Sesti, della farmacia ospedaliera e del settore "gestione del rischio". Obiettivo lo sviluppo di percorsi di profilassi che hanno prodotto, nel 2013, le "istruzioni operative di antibiotico profilassi perioperatoria nella prevenzione delle infezioni nel paziente chirurgico adulto". Negli anni si è ridotto il tasso di inappropriately nell'uso dei farmaci dal 23% del 2009 al 7% per cento attuale. Un risultato condiviso da tutti gli operatori, con un contenimento dei costi e una migliore offerta di salute al cittadino.

IRCCS SPALLANZANI

L'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico – responsabile del centro regionale per il controllo delle infezioni ospedaliere – ha approvato nel 2014 il piano annuale di "risk management" (Parm) con cui si attuano i principali processi

di analisi del rischio, si promuovono e mettono in campo le linee guida, con procedure e istruzioni operative. Viene individuata la figura del "risk manager" e si fissano gli obiettivi da raggiungere: utilizzo della scheda unica di terapia nei reparti, contenimento delle infezioni correlate all'assistenza (Ica). Promosso inoltre, un corso aziendale sulla sicurezza delle cure, con l'ausilio di due "facilitatori" nelle unità operative per la sistematica analisi dei cosiddetti "eventi sentinella".

POLICLINICO UMBERTO I

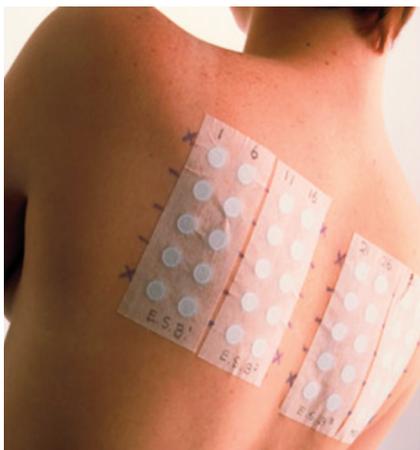
Un software attivo 24 ore su 24 per gestire e permettere di consultare le informazioni in tempo reale, l'adeguamento e conversione dei materiali operatori in tessuto non tessuto (Tnt), razionalizzazione della spesa e statistiche personalizzate in tempo reale. Questi gli elementi illustrati da Susanna Sodo, ufficio qualità della direzione sanitaria del Policlinico Umberto I, che punta tutto su una diversa gestione degli interventi operatori, con forniture mirate di materiali e standardizzazione delle procedure, unite a un adeguato periodo di training per gli operatori, al fine del corretto utilizzo dei materiali per abbattere il fenomeno della merce scaduta e degli sprechi.

Piemonte e Toscana hanno provveduto a creare servizi integrati. Occorre adeguare il tariffario

Allergologia: una rete anti disuguaglianze

di Roberto Polillo*

Specializzazione: allergologo. Una branca della medicina che sta assumendo sempre più importanza, dato l'aumento dello spettro delle patologie, che non trova adeguata risposta nell'organizzazione sanitaria regionale. Nel Lazio sarebbe necessario – come indicato nel precedente intervento su sireneonline.it di aprile – creare una rete di servizi. Altre regioni come Toscana e Piemonte hanno provveduto a farlo e il Lazio, per adeguarsi, potrebbe adottare un classico modello Hub e spoke (lett. mozzo e raggi, per indicare il principio delle reti cliniche integrate, ndr) che preveda per ciascuna delle quattro macroaree, in cui è divisa la regione – secondo i decreti della giunta Polverini – la istituzione di centri di 1° livello (a livello distrettuale) e di 2° livello (a livello ospedaliero/universitario). Competenze dei centri di 1° livello sono: la diagnosi delle principali allergopatie; l'esecuzione di test diagnostici di base (inalanti, alimenti e sostanze da contatto); la prescrizione e effettuazione della Immunoterapia specifica (ITS); il trattamento di pazienti che non abbiano presentato manifestazioni cliniche di livello sistemico. Competenze aggiuntive dei centri di 2° livello sono: la diagnostica allergologica avanzata (test cutanei per farmaci, veleno di imenotteri e lattice); l'esecuzione di test di scatenamento con alimenti e farmaci; le procedure di desensibilizzazione per farmaci ed alimenti; l'esecuzione della ITS per veleni di imenotteri; l'utilizzo dei nuovi farmaci biologici; il trattamento e la gestione di pazienti che abbiano manifestato reazioni allergiche di tipo sistemico. Il tutto reso integrato attraverso la definizione di appositi protocolli tra le strutture per l'invio e la presa in carico da parte degli HUBs dei pazienti che necessitano della diagnostica avanzata. Al di là delle responsabilità regionali esi-



stono tuttavia due ulteriori livelli di criticità. Il primo è quello nazionale: anche a tale livello non è stata definita, tra le tante, una rete assistenziale di allergologia; la disciplina di allergologia è totalmente assente nel tariffario nazionale e la rimborsabilità della ITS (l'unica terapia in grado di modificare il corso della malattia e di impedire ulteriori sensibilizzazioni) è stata demandata alle singole regioni che afflitte da problemi di bilancio la hanno, di fatto, esclusa dai Livelli

essenziali di assistenza (Lea). Il secondo livello è quello del ministero dell'Istruzione, Università e Ricerca e delle singole scuole di specializzazione. Per il biennio 2013/2014 i posti a livello nazionale sono solo 35 e molte scuole, emblematico il caso della regione Lazio, si occupano di immunologia clinica o reumatologia dando alla allergologia uno spazio residuale. Duplice la conseguenza di tali carenze: per i cittadini, che non possono accedere ai servizi; per i professionisti, che vedono svilire le proprie competenze peraltro non vicariabili, vista la problematicità della diagnostica allergologica in vivo. La regione Lazio dunque non può continuare a sottovalutare tali problemi e nel riordino del proprio servizio sanitario, deve istituire di una rete allergologica, se vuole che i propri cittadini abbiano pari diritti rispetto a quelli delle altre regioni.

**Responsabile AAITO
Associazione Allergologi
Immunologi territoriali
e ospedalieri Regione Lazio*

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

Si ringraziano per la collaborazione:

PIERLUIGI GUIDUCCI, ROBERTO POLILLO, LUIGI ZULLI

Chiuso in redazione il 7 maggio 2015

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

Foto e testi sono liberamente riproducibili per usi non commerciali, a patto di citare la fonte secondo

Differenziare i pazienti collocandoli in tre aree. Stop numero chiuso, organizzazione modulare nei reparti

Il futuro? L'ospedale a intensità di cure

di Luigi Zulli*

Conferenza Stato-Regioni del 5 agosto 2014: è approvato su proposta del ministro della salute, Lorenzin, il regolamento sulla “definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera” che fissa il numero minimo di 3,7 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti per riabilitazione e lungodegenza. I principi ispiratori mirano a promuovere qualità assistenziale e sicurezza delle cure, implementando l’integrazione tra servizi ospedalieri e territorio, per ridurre il tasso di ospedalizzazione e la durata della degenza. Il decreto fissa la classificazione delle strutture ospedaliere in tre livelli di complessità crescente, in rapporto ai bacini di utenza: il primo come presidio ospedaliero di base tra 80.000 e 150.000 abitanti, il secondo presidio ospedaliero di I livello tra 150.000 e 300.000 abitanti, il terzo presidio ospedaliero di II livello tra 600.000 e 1.200.000 abitanti. Il decreto inoltre fissa obiettivi parametri di riferimento indicando i volumi di attività, prevede da parte delle regioni la riorganizzazione della rete ospedaliera in hub e spoke (lett. mozzo e raggi, per indicare il principio delle reti cliniche integrate, ndr) e stabilisce nuove indicazioni programmatiche per la rete dell’emergenza. Il nostro Servizio sanitario, tra i più efficienti e meno costosi al mondo, non neces-

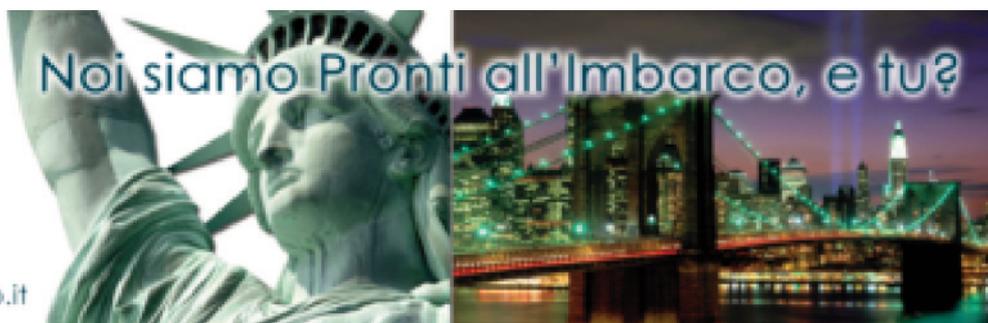


Beatrice Lorenzin

sita di continue rivisitazioni e tagli ragioneristici con logica opaca e vista miopica, ma di maggiore competenza e motivazione del personale, specie delle organizzazioni mediche, ancora una volta eluse, alla faccia della trasparenza. Bisogna, a tal fine, ridisegnare gli standard minimi e massimi da assegnare alle risorse umane mediche, infermieristiche, ausiliarie. In merito alle situazioni logistiche e alberghiere, bisogna considerare il progressivo invecchiamento della popolazione con aumento delle patologie croniche e delle fasi di riattivazione, con ricoveri ripetuti per acuzie spesso improprie. Bisogna altresì considerare in fase di programmazione, che il fattore che incide per circa il 50%, sulla spesa sanitaria, è rappresentato dalla diffusione capillare delle nuove tecnologie. Bisognerà poi focaliz-

zare l’attenzione sugli sprechi, circa il 30% e ripensare agli elevati costi amministrativi. La soluzione sarebbe ridisegnare le direzioni sanitarie e i loro apparati burocratici, insieme ai reparti di degenza e i dipartimenti, in particolare quelli di area medica. Occorre abbandonare la concezione specialistica e introdurre il concetto di livello di intensità di cure, differenziando i pazienti in tre aree di intensità, sotto la direzione di un internista con la collaborazione e il pronto intervento H12 o H24 di tutti gli specialisti. Infine, i reparti di degenza non possono più avere il “numero chiuso”, ma una organizzazione modulare che preveda, in caso di necessità, l’aumento dei posti letto da un minimo a un massimo, secondo il concetto, già espresso, della “fisarmonica”.

**Medico dell’Emergenza*



Concorso ed elenco nazionale del ministero della Salute. Come negli anni Novanta ma fu abrogato

Nomine direttori, novità ma non troppo

Si guarda al futuro tornando al passato. Il ministro della Salute Beatrice Lorenzin, ha annunciato quelle che, secondo il dicastero, sarebbero le novità per la nomina dei manager sanitari: un concorso nazionale, un elenco di tutti i papabili d'Italia e la decadenza automatica in caso di non raggiungimento degli obiettivi. Queste misure sono contenute nel disegno di legge che prende il nome del ministro della pubblica amministrazione Marianna Madia. Una precisa fotocopia di vecchie norme: decreto 502 del 1992, legge 590 del 1994, legge 449 del 1997 – la finanziaria del '98 – che stabiliscono pari pari le medesime disposizioni. Verifica di titoli ed esperienza sulla base del merito, elenco nazionale poi abrogato, verifica dopo un anno di esercizio, decadenza in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi. Quella che allora venne definita come una rivoluzione copernicana si ripresenta, sotto altra forma e più pervasivi messaggi mediatici ma niente di nuovo sotto il sole. Alzi la mano chi sappia di un direttore generale sottoposto a verifica e rimandato a casa per eccesso di deficit dell'ospedale amministrato – e nel Lazio ne abbiamo chiari esempi – e chi sappia indicare un manager non legato a cordate politiche. Ma torniamo agli annunci. Anche i direttori sanitari e amministrativi, collaboratori di quello generale, dovranno superare una selezione per titoli di studio, professionali e pregressa esperienza, in questo caso su base regionale e anche tali figure professionali godranno dell'inserimento in apposito albo. In questo caso le norme variano rispetto al passato in quanto non dovrebbero più essere individuati dal direttore generale, almeno sulla carta. In caso di decadenza dall'incarico per cattiva gestione, i vertici di Asl e ospedali saranno cancellati dall'albo, non sarà possibile nomi-



arli presso altra azienda sanitaria o ospedaliera, a meno che non superino un nuovo concorso che cancellerebbe i progressi insuccessi. “Finalmente i soggetti cui è demandata la gestione delle nostre aziende sanitarie e dei nostri ospedali verranno selezionati sulla base di criteri effettivamente meritocratici, senza alcuna interferenza della politica”, ha commentato il ministro Beatrice Lorenzin, che ha aggiunto: “È un'altra promessa mantenuta per una sanità migliore. A questi manager dovranno essere affidati obiettivi alti. Se non li raggiungono vengono depennati, vanno a casa”. Le stesse intenzioni nutrite dal ministro Rosy Bindi negli anni Novanta, al varo delle misure di riordino della sanità sopra menzionate.

Recente trattativa non andata a buon fine. Ignorato un accordo del 4 marzo sostenuto dai medici

Pediatri, il miraggio del contratto

Strada in salita per il rinnovo dell'Accordo Collettivo Nazionale dei medici pediatri. Lo scetticismo di Giampietro Chiamenti, presidente della Fimp, federazione che raccoglie il maggior numero di professionisti in Italia, si tocca con mano. “Notiamo una certa resistenza, nel-

l'ambito della conferenza Stato-Regioni a recepire i contenuti essenziali dell'accordo siglato il 4 marzo scorso” dichiara il presidente. Data l'attuale situazione – sottolinea Chiamenti – vengono meno le garanzie di tale intesa, condivisa con il sottosegretario alla Salute Vito De Filippo, che

avrebbe avuto positive ripercussioni anche per i pediatri di famiglia”.

In gioco, secondo i camici bianchi, ci sarebbe “l'assistenza garantita in questi anni dalla pediatria di famiglia ai bambini italiani, la sua capillarità e l'organizzazione presente sul territorio”.

Comunicazione pubblica e cittadini competenti, la soluzione per favorire le scelte di salute

Messaggi di qualità salute più equa

di Pierluigi Guiducci*

La comunicazione pubblica promuove sia la responsabilità sociale, in quanto indirizza le istituzioni, il terzo settore e le aziende profit verso i valori della coesione sociale e dello sviluppo sostenibile, sia l'empowerment (autodeterminazione, ndr) del cittadino. Adeguate strategie di comunicazione, anche potenziate attraverso una pianificazione di marketing sociale, possono contribuire a ridurre le barriere ambientali, culturali e socio-economiche che ostacolano la conoscenza e l'adozione consapevole di comportamenti favorevoli alla salute. Le medesime strategie, possono altresì prestare attenzione alle fasce di popolazione più vulnerabili. Diversi studi mostrano come le persone più vulnerabili dal punto di vista socio-economico ab-

biano anche un peggiore stato di salute, incrementando così le disuguaglianze socio-economiche di salute. In tale ambito, comunicare conoscendo e inserendo nelle strategie il tema dei soggetti deboli in termini di capitale economico, sociale e culturale, può favorire una maggiore uguaglianza di salute tra i cittadini. Passiamo ora a esaminare il ruolo dei cittadini competenti, intesi come: a) singole persone, b) soggetti associati, c) istituzioni pubbliche, d) organismi privati che attivano iniziative – in modo diretto o indiretto (atti o decisioni) – nell'ambito della salute pubblica e della prevenzione delle malattie. I cittadini competenti sono un anello chiave della catena comunicativa: ricevono le informazioni generate dall'organizzazione sanitaria, ne pro-

ducono essi stessi, provvedono a diffondere le stesse. Attraverso una comunicazione pubblica di qualità, che informa realisticamente gli utenti sulle potenzialità della medicina e dei servizi sanitari, aumenta la capacità di scelte consapevoli e la fiducia dei cittadini. La diffusione di informazioni complete e "oneste" su benefici e rischi (per es. di uno screening, di un intervento o di una terapia...), basate sull'evidenza scientifica, consente al paziente di esercitare un'autonomia di scelta ed è il fondamento di una relazione trasparente, fondata sulla reciproca fiducia. La percezione di credibilità e affidabilità della fonte è condizione necessaria per rendere la comunicazione pubblica efficace.

*Centro Studi Asl Rm A

Un'app già utilizzata in Sardegna potrebbe essere usata nel Lazio, lo suggerisce un informatico

Pronto soccorso: tecnologia anti-attesa

zio creativo. Quanto è successo all'informatico 28enne Massimiliano Gallo, codice verde al pronto soccorso del Sant'Andrea di Roma, potrebbe avere ottime ripercussioni per tutti i cittadini del Lazio. Nel tempo morto dell'attesa ha avuto il lampo: perché non usare una applicazione che consenta, in un attimo, di trovare il centro di emergenza con il numero minore di pazienti in attesa? Così, scaricando gratuitamente dal sistema "App Store per iPhone", per dirla in termini tecnici, gli utilizzatori di "tablet e smartphone iOS" evitano code estenuanti, utilizzando il sistema informatico regionale che illustra i tempi di attesa di tutti i pronti soccorsi da qualunque punto della città. Un sistema utilizzato in Sardegna, che ha riscosso molti con-



sensi tra gli utenti nella fascia di età medio-bassa. Occorre però fornire la giusta comunicazione. Utilissimo per i codici di minor gravità – verde e bianco – che si assegnano alle persone con patologie definite meno gravi, non è certo applicabile ai casi complessi,

contraddistinti con i colori giallo e rosso che in emergenza passano avanti a tutti. Soprattutto, di fronte all'innovativa App i frequentatori più anziani del pronto soccorso, non avvezzi alle tecnologie all'avanguardia, dimostrano scetticismo.