

Sirene

NOVEMBRE 2013

n.10
ANNO III

online

MENSILE DELLA SANITÀ REGIONALE

Bernardino Ramazzini, padre della Medicina del Lavoro



MEDICINA DEL LAVORO: TUTELA PREVENZIONE E INFORMAZIONE

Settimana europea per la salute e sicurezza sul lavoro

a pagina 4

SANITÀ
La parola
a Rodolfo
Lena

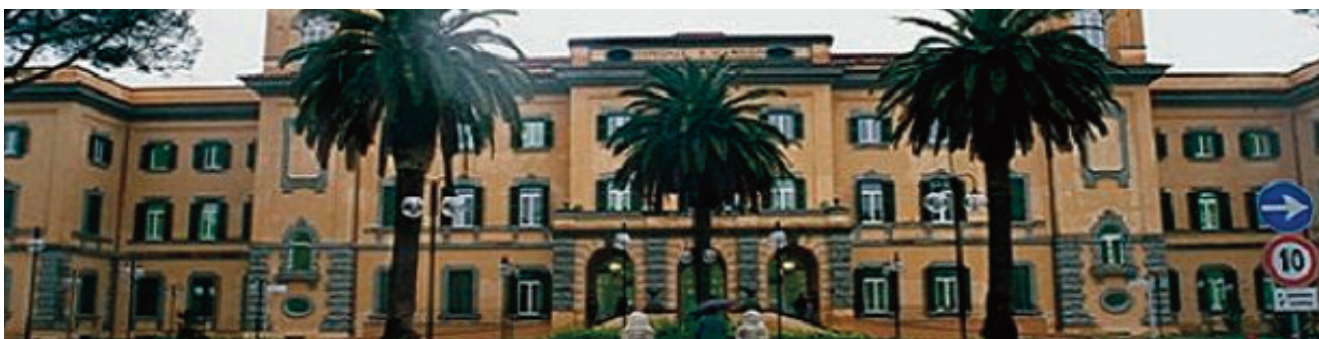
a pagina 6

AMIANTO
Il punto
sul Piano
Regionale

a pagina 7

ROMA
Chiude
l'Agencia
antidroga

a pagina 10



San Camillo: aborto e informazione

La libertà di stampa è il valore fondante di ogni democrazia. Il concetto di libertà, oltre alla illustrazione dei fatti, è strettamente legato alla possibilità di rappresentare tutte le posizioni, a favore o contro un certo tema. Per questo abbiamo deciso di pubblicare la lettera di Patrizia Bonelli, rappresentante di Sinistra Ecologia e Libertà del XII municipio (già XVI), in relazione alla notizia dell'interruzione di gravidanza di una giovane mamma, avvenuta al San Camillo di Roma, per motivi terapeutici.

Legge 194 all'ospedale San Camillo di Roma, un posto dove si lavora per le donne

Informazioni macabre e splatter sui giornali del tipo "Interrompe gravidanza ma abortisce a casa dopo 10 giorni" (quotidiano sanità, 24 ottobre 2013), perché una donna ha avuto un'emorragia in seguito a un'interruzione di gravidanza del 16 agosto al reparto della 194 al San Camillo. Dopo un raschiamento può succedere che si debba intervenire nuovamente. In una visita recente al "Fate Bene Fratelli" ho notato un reparto affollato di donne che per motivi evidentemente assolutamente diversi dalla 194, erano state sottoposte a un secondo ra-

schiamiento. Si tratta quindi di una complicazione abbastanza usuale, tutti i ginecologi lo sanno, ma fa notizia e diventa un buon motivo per continuare a mettere sotto processo la legge 194 che al San Camillo, nonostante i molti obiettori di coscienza, viene attuata per moltissime donne grazie al personale sanitario e in particolare alla responsabile del reparto, Giovanna Scasellati. Raccontare poi e raccogliere tutte le testimonianze di come le donne sono lasciate sole, non assistite psicologicamente, andrebbe meglio in un clima non avvelenato dagli attacchi continui contro la legge che regola l'interruzione di gravidanza. Queste storie per quanto commoventi sono relative alla coscienza di oggi, ma perché non raccontiamo anche come era la situazione prima della 194? Le donne purtroppo hanno sempre abortito. Per le signore, le donne di un certo livello sociale, le signorine di buona famiglia c'era il ginecologo compiacente, il cosiddetto cucchiaino d'oro, che nella parcella includeva anche il rischio penale della violazione della legge. Per le donne che non se lo potevano permettere per motivi economici o di discrezione c'erano pratiche terrificanti che potevano

avere conseguenze gravi sulla loro salute e sulla loro vita, come racconta il film inglese "Il segreto di Vera Drake". Interruzioni di gravidanza praticate sul tavolo di cucina delle cosiddette "mammana" o più semplicemente delle ostetriche, mentre l'amica che ti aveva accompagnato si sentiva mancare per l'inadeguatezza e la carenza delle più elementari misure igieniche. Allora nessuno diceva niente, in caso di emorragia scattava la denuncia. Si cercava mettere tutto a tacere con un smodato uso di penicillina e antibiotici. Se c'era qualcosa di più grave le donne se lo tenevano fino a quando scoprivano di non poter avere più figli o che avevano un tumore. Altro che sofferenza psicologica perché non la consolavano o non le tenevano la mano! Quello che tutti e, purtroppo, anche molte donne si dimenticano rispetto alla 194 è che questa legge ha sconfitto, o almeno molto ridimensionato, l'aborto clandestino nemico delle donne e della civiltà. L'equipe della 194 del San Camillo, nonostante gli attacchi periodici e l'obiezione di coscienza diffusa, continua ad applicare con determinazione la legge e non si fa intimidire.

Patrizia Bonelli

Noi siamo Pronti all'Imbarco, e tu?

**PRONTI
ALL'IMBARCO**

www.prontiall imbarco.it



Revisione dei ticket in base al reddito, nuovi livelli di assistenza, integrazione sociosanitaria

Patto per la salute, riunito il conclave

Seduta straordinaria il 6 novembre per la Conferenza delle Regioni. La convocazione, firmata dal presidente Vasco Errani il 31 ottobre scorso, ha all'ordine del giorno il "Nuovo Patto per la salute" e, sottolineato, si precisa che l'assise è riservata ovvero, nessuno potrà conoscere il contenuto delle decisioni che saranno assunte sulla salute di tutti, nemmeno i giornalisti accreditati. Da tempo Cittadinanzattiva, storica associazione sempre in prima linea per la tutela dei diritti dei cittadini, aveva tuonato contro la mancanza di trasparenza nella stesura del più importante documento di programmazione sanitaria (sireneonline.it di ottobre). Si tratta infatti di decidere su temi come la ridefinizione dei livelli essenziali di assistenza, la revisione dei ticket, i costi standard per l'acquisizione di beni e servizi, la riorganizzazione della rete ospedaliera e della medicina territoriale con particolare riguardo ai piccoli ospedali da



Vasco Errani

chiudere o riconvertire e da ultimo, non certo per importanza, l'applicazione dei piani di rientro. I rappresentanti regionali, per facilitare la discussione delle varie tematiche, si sono organizzati in gruppi di lavoro. I tavoli sono dieci: il primo per fabbisogni e costi standard, aggiornamento livelli di

assistenza e revisione ticket; poi l'edilizia sanitaria, i fondi strutturali e i beni e servizi non sanitari; e ancora la rivisitazione dei piani di rientro, gli organismi e sistemi di monitoraggio, il sistema informativo e la conferenza permanente per la finanza pubblica. Il delicato compito della riorganizzazione della rete ospedaliera e dell'accreditamento delle strutture private spetterà al quarto tavolo di lavoro mentre il quinto e il sesto si occuperanno, rispettivamente, di integrazione territorio-ospedale e mobilità interregionale e transfrontaliera tema, quest'ultimo, che con la direttiva Ue 24/2011 (sireneonline.it settembre) ha riacquisito nuovo vigore, considerate le maggiori aperture per i cittadini che scelgono i Paesi europei per curarsi. Seguono poi i gruppi di lavoro per le risorse umane e l'integrazione socio-sanitaria (7° e 8° tavolo), per finire con la ricerca farmaceutica e i rapporti tra Servizio sanitario nazionale e università, nel nono e decimo tavolo.

Il presidente nomina l'élite, il M5S valuta i curricula. Tutti gratis, per una sanità migliore

Sanità: commissioni, esperti e cittadini

Una Commissione tecnico-scientifica di 45 esperti per la sanità del Lazio, presieduta da Vincenzo Ziparo, preside della II Facoltà di Medicina dell'Università La Sapienza. Il presidente/commissario alla Sanità Nicola Zingaretti ha deciso di affiancare 45 'teste d'uovo' ai dirigenti regionali impegnati nel complesso settore della sanità in deficit, che andranno a costituire "un organismo indipendente in grado di assicurare al processo di riorganizzazione il supporto scien-

tifico da parte di esperti di alto profilo scelti tra i professionisti della Regione". Compito della commissione sarà "facilitare l'individuazione dei bisogni e dare un contributo per valutare le performances di sistema, nonché le carenze, le inefficienze e le eventuali duplicazioni". L'organismo avrà poteri consultivi; i suoi componenti sono stati scelti tra docenti universitari, presidi di facoltà, dirigenti di unità ospedaliere complesse (primari), esperti in tutela dei diritti dei cit-

tadini. La scelta è avvenuta su base fiduciaria – come recita la delibera di approvazione – e non percepiranno alcun compenso. Anche i consiglieri regionali del M5S hanno invitato via web – per la redazione di provvedimenti normativi, valutazione di processi e risultati assistenziali, rilevazione dei bisogni, segnalazione di carenze e sprechi – operatori esperti del settore. Scelti col metodo della valutazione dei curricula inviati on-line, anche questi senza percepire alcun compenso.

Una campagna biennale per la prevenzione dei rischi e la corretta informazione dei lavoratori

Salute e sicurezza in 27 Paesi europei

Settimana europea per la salute e la sicurezza sul lavoro. Dal 21 al 25 ottobre, rappresentanti dell'omonima Agenzia europea (Eu-Osha), hanno diffuso informazioni su come migliorare la sicurezza e la salute negli ambienti in cui si svolgono le attività produttive in tutto il continente. Messaggio chiave della campagna biennale è "Lavoriamo insieme per la prevenzione dei rischi", studiato per incentivare il coinvolgimento dei lavoratori nelle buone pratiche e garantire la sicurezza. Informare e sensibilizzare cittadini, imprese e istituzioni sui temi della prevenzione e della tutela sul lavoro è il primo obiettivo dell'organizzazione e la settimana europea ha rappresentato quest'anno un'occasione di respiro internazionale. In particolare, è stata data massima diffusione ai messaggi della campagna "Ambienti di lavoro sani e sicuri 2012-2013" che si sta avviando alla conclusione entro il mese. L'iniziativa è decentrata ed è finalizzata ad aiutare le autorità, le imprese, le organizzazioni, i dirigenti, i lavoratori e i loro rappresentanti nonché altre parti interessate a livello nazionale, a collaborare al rafforzamento sulla consapevolezza dei rischi. La campagna promuove molteplici attività a livello nazionale ed europeo, compresi incontri e seminari di parte-

LE TAPPE DELLA CAMPAGNA

18 aprile 2012: avvio della campagna

22-26 ottobre 2012: 1ª settimana europea per la salute e la sicurezza sul lavoro

Aprile 2013: consegna dei premi per le buone prassi

21-25 ottobre 2013: 2ª settimana europea per la salute e la sicurezza sul lavoro

Novembre 2013: vertice della campagna sugli ambienti di lavoro sani e sicuri



nariato a livello nazionale. Eu-Osha, in occasione di questo evento, ha invitato tutti gli organismi, associazioni datoriali, sindacati, enti di ricerca, istituzioni e aziende, a organizzare in questi giorni incontri, seminari e iniziative per promuovere il valore del dialogo, della partecipazione dei lavoratori e del coinvolgimento della leadership nella gestione della sicurezza sul la-

voro in azienda. Dall'indagine dell'Eu-Osha, realizzata fra le imprese sui rischi nuovi ed emergenti, risulta che le imprese europee ricorrono ad azioni formali, per affrontare sia questioni inerenti alla sicurezza e alla salute sul lavoro, sia i rischi psicosociali e ad azioni meno formali, specialmente quando si tratta di questi ultimi. Più di un terzo delle imprese, in particolare quelle più piccole, fa svolgere le valutazioni dei rischi a professionisti esterni. Vi sono, tuttavia, importanti differenze per paese, con tassi di esternalizzazione molto bassi in Danimarca, Regno Unito, Svezia ed Estonia, anche fra le imprese più piccole. In circa il 40 per cento delle imprese, le questioni di sicurezza e di salute sul lavoro sono discusse regolarmente nelle riunioni dell'alta dirigenza, mentre la partecipazione dei superiori gerarchici nella gestione della sicurezza e alla salute sul lavoro è citata come molto o abbastanza elevata nella maggior parte delle imprese (75 per cento).

Sportello informativo alla Rm D e info: spresal@aslromad.it. Frosinone: seminari nelle scuole

Salute e sicurezza nelle Asl Roma D e Frosinone

Nella nostra regione la Asl Roma D e la Asl di Frosinone, con i rispettivi dipartimenti di prevenzione, sono molto attive nel campo. Nella prima, si è costituito il gruppo del benessere lavorativo che svolge, a livello isti-

tuzionale, attività di formazione in base al Piano aziendale previsto dal decreto legislativo 81 del 2008; è stato inoltre approvato il Regolamento organizzativo per la tutela della salute. Nella Asl di Frosinone sono stati numerosi i

momenti formativi, anche con simulazioni delle attività e dei potenziali rischi che si corrono in ambienti di lavoro. Significativa la presenza di studenti agli incontri e corsi nelle scuole con seminari per studenti e docenti.

Affidati ai direttori generali 11 obiettivi anti liste di attesa, su cui i manager saranno valutati

Firmato il decreto per ridurre i tempi

Atre anni esatti dalla sigla del protocollo d'intesa Stato-Regioni, che definiva a livello nazionale i tempi massimi di attesa per le prestazioni, è stato siglato dal presidente della Regione Lazio e commissario per la Sanità, Nicola Zingaretti, il decreto per il governo delle liste di attesa che, dalla data della sigla 28 ottobre, diviene quindi operativo. Spetta ora alle Asl il compito di elaborare, in 60 giorni, i piani attuativi aziendali in modo che da gennaio possano divenire effettivi. Al progetto hanno aderito i medici di medicina generale e i rappresentanti della sanità privata, tra cui le strutture aderenti all'Aiop (Associazione italiana ospedalità privata), all'Aris (ospedali religiosi), e ancora, Federlazio e i policlinici universitari come Gemelli e il Campus Biomedico. Questo circuito, insieme a tutte le strutture pubbliche, da gennaio metterà a disposizione del sistema di prenotazione unico (Recup) almeno il 60 per cento delle prestazioni prodotte. Attualmente siamo al 51 per cento delle prestazioni messe a disposizione dalle aziende pubbliche e 49 per cento dei privati. L'obiettivo è riportare i tempi di erogazione di un esame entro quelli indicati dal piano nazionale per le liste di attesa, entrato in vigore, appunto, il 28 ottobre del 2010 in seguito all'intesa della Conferenza Stato-Re-



gioni. Le prestazioni sottoposte a monitoraggio sono 14 per quanto riguarda le visite specialistiche e 29 per quelle di diagnostica strumentale. Tra queste la visita cardiologica, oncologica, neurologica, ginecologica e gli esami di risonanza magnetica, tac, ecografie ed ecodoppler. Le prestazioni che i medici indicano come urgenti dovranno essere erogate entro 72 ore e saranno contrassegnate con la lettera U. L'esame che nell'impegnativa riporterà la lettera B dovrà invece essere erogato entro 10 giorni; il differibile, riconoscibile dalla lettera D, dovrà essere assicurato entro 20 giorni per le visite e 60 giorni per gli accertamenti diagnostici. Se l'Azienda sanitaria non rende disponibile la prestazione entro i tempi stabiliti deve assicurare un'alternativa. Nel programma, inoltre, è

previsto il potenziamento del sistema di prenotazione diretta da parte dei medici di medicina generale nel caso di esame urgente, in modo che possa essere eseguito entro le 72 ore. Nel sistema saranno inseriti anche percorsi programmati per i malati cronici come i diabetici, cardiopatici patologie respiratorie. Le apparecchiature ad alta tecnologia disponibile presso tutte le Aziende sanitarie e ospedaliere del Lazio dovranno essere utilizzate nell'arco delle 12 ore. Al fine di garantire il corretto rapporto tra il regime istituzionale di erogazione delle prestazioni e quello libero professionale, le aziende sanitarie provvederanno alla riduzione e/o sospensione dell'attività libero professionale nelle unità operative in cui i tempi di attesa superano quelli previsti dal programma regionale.

Collaborazione con i medici di famiglia e un numero verde per chi vuole aderire al progetto

Arriva l'infermiere di famiglia

Tre progetti pilota della durata di due anni, per completare la rete dei servizi distrettuali, che puntano sulla figura dell'infermiere di famiglia, un professionista appositamente formato per prendere in carico i pazienti al proprio domicilio.

È questo il senso della proposta di legge numero 89 presentata in Consiglio regionale dal consigliere del Pd Enrico Maria Forte. Otto articoli, in cui si prevede la creazione del servizio infermieristico regionale, in staff all'assessorato alla Sanità e ar-

ticolato in tre aree di intervento: quella ospedaliera, la territoriale, quella formativa e di ricerca. L'infermiere, oltre all'assistenza, avrà compiti di educazione sanitaria anche alle famiglie per guidarle nel percorso terapeutico.

Intervista a Rodolfo Lena, presidente Commissione Politiche Sociali e Sanità della Regione

Sanità e sociale: un nuovo modello creato insieme

Presidente, in sanità avete trovato una eredità pesante. Che risultati vorreste ottenere a fine legislatura?

“È difficile ripensare un modello se, con una mano devi costruire, con l'altra tappare i buchi e far fronte alle emergenze quotidiane. Per questo, la risalita appare più faticosa, più ardua ma è l'ultima chance per lasciare ai nostri figli un sistema sociosanitario sostenibile, trasparente, sano, eliminando le inefficienze che hanno portato a buchi spaventosi nei bilanci regionali. È necessario avviare nuovi progetti (come le Case della Salute), che coinvolgano strutture pubbliche e le private accreditate, con l'obiettivo di intercettare la domanda di assistenza sociosanitaria del territorio, decongestionando gli ospedali. Un primo risultato politico che ci siamo dati come obiettivo è l'uscita della Regione dal commissariamento. In questi ultimi anni il blocco forzato del turn over penso abbia prodotto più danni che altro.

Molti sostengono che il sistema non regge: si contrae la sanità pubblica e si fa avanti il privato...

Al di là di appartenenze e ideologie, posso garantire che il presidente e commissario Zingaretti non intende escludere nessuno dal processo di risanamento e dalla costruzione di tale nuovo modello di gestione. L'importante è il rispetto delle regole: la Regione deve essere trasparente, efficiente e deve liquidare in tempi certi i propri debiti; le imprese che operano in sanità devono garantire la medesima trasparenza ed efficienza e onorare gli impegni assunti in fase di accreditamento, cosa non sempre avvenuta. Siamo pronti a considerare il privato accreditato come parte integrante del servizio pubblico, ma i servizi offerti e le ga-



Rodolfo Lena

ranzie di qualità devono essere uguali, se non superiori.

La devoluzione dei poteri alle Regioni, nella sanità mostra crepe o va bene com'è?

Abbiamo l'obbligo di garantire un Servizio sanitario nazionale uniforme e universale, come è stato pensato, facendo dell'Italia un esempio per molto tempo nel panorama mondiale. Non si torna indietro dalla riforma costituzionale in senso federale ma bisogna essere attenti a non creare dislivelli evidenti tra le Regioni. L'aspetto che più mi preoccupa è l'idea che in una Regione i servizi sanitari possano valere 10 e magari a poche centinaia di chilometri siano sotto la sufficienza. Il pendolarismo dei malati, la cosiddetta mobilità sanitaria, è un disagio per tutti ed è la prova del fallimento di un sistema. Dico di più: all'interno di una stessa Re-

gione, come la nostra, si verifica lo stesso frenetico andirivieni di pazienti e famiglie.

Politiche sociali e sanità. Un nome, un programma. Chi si oppone all'integrazione socio-sanitaria e alla medicina territoriale?

La Regione si appresta a dotarsi finalmente di una legge che recepisce e dà nuova linfa alla legge quadro nazionale 328 del 200 in materia di servizi socio-sanitari sul territorio. Ci attende un duro lavoro ma abbiamo attivato in questi mesi tutti gli stakeholder per ascoltare la voce di ciascuno e recepire migliorie al testo base. In Commissione saremo pronti a tener conto di altri contributi costruttivi, convinti che l'iter di approvazione debba procedere spedito e dare concrete e rapide risposte agli strati più deboli della popolazione, vittime della crisi, della scarsa organizzazione delle politiche sociali, di una frammentazione e disomogeneità dei servizi. Il nuovo welfare regionale garantirà un raccordo più forte tra gli interventi sociali e sanitari a livello di programmazione, organizzazione, erogazione e finanziamento, eliminando l'attuale scollamento tra sistema sociale e sanitario, con cattiva qualità degli interventi e conseguente spreco di risorse.

Un'idea per armonizzare istanze di cittadini, operatori, imprenditori della sanità con il piano di rientro

Ci sono tante micro-decisioni alla base dei decreti firmati dal presidente-commissario Zingaretti: è lì che la buona politica può farsi portavoce di cittadini, professionisti e imprese. È ciò che stiamo facendo in Commissione, programmando circa tre audizioni a settimana (la fase dell'ascolto) e, nel contempo, discutendo e approvando leggi e delibere, la fase della costruzione di un nuovo modello.

Adriano Palozzi, commissione Ambiente Regione Lazio, sollecita il piano regionale amianto

"Subito il piano per tutelare cittadini e ambiente"

Amianto, non solo un problema ambientale ma soprattutto una questione di salute. Sono trascorsi anni dall'approvazione della legge nazionale che ha messo al bando l'amianto e nel Lazio poco è stato fatto per garantire ai cittadini la tutela della salute e per rimuovere questa forma fibrosa nociva per il territorio. Dell'iter legislativo che porterà al piano regionale amianto ne abbiamo parlato con il consigliere regionale Pdl, Adriano Palozzi.

Consigliere, a che punto siamo con il piano regionale amianto?

“Ad oggi sono state depositate in Regione Lazio due proposte di legge. L'obiettivo, che sono convinto sia condiviso da tutti i gruppi regionali, è arrivare in tempi rapidi ad un piano regionale che disciplini in maniera rigida e minuziosa la prevenzione e la tutela della salute umana, il risanamento dell'ambiente e definisca la bonifica e lo smaltimento dell'amianto. Altro punto fermo su cui la nuova legge deve puntare è la protezione dei lavoratori dai rischi derivanti dall'esposizione all'amianto”.

La Asl Roma F ha iniziato da poco un corso di forma-



Adriano Palozzi

zione sull'argomento ma non sembra che altre Asl seguano tale esempio.

“Quanto portato avanti dalla AslRmF è un'attività fondamentale e mirata alla sicurezza, alla consapevolezza del rischio, all'uso corretto dei sistemi di protezione e al rispetto delle procedure operative. Mi auguro che le altre aziende sanitarie mettano in

campo le stesse azioni. Il nuovo piano regionale dovrà prevedere anche la formazione e l'aggiornamento di medici e operatori Asl: questo per la tutela di ambiente, cittadini e imprese”

Esistono linee guida per la mappatura dei siti?

“La Regione Lazio con delibera di giunta 458 del 2007 ha approvato il progetto per la realizzazione della mappatura nelle zone del proprio territorio interessante dalla presenza di amianto. Ma da quanto emerge non tutto il territorio regionale sarebbe stato mappato e negli ultimi 13 anni sono stati segnalati quasi 800 casi di mesotelioma maligno. Numeri allarmanti che ci mettono in obbligo di accelerare l'iter normativo regionale, concludere la mappatura e velocizzare la bonifica”.

Non pensa, la Regione Lazio, di istituire controlli a campione, piuttosto che far muovere le Asl solo dietro segnalazione?

“La Regione deve puntare su monitoraggi e controlli costanti. La sorveglianza infatti è vitale per garantire la prevenzione della salute di coloro che sono esposti all'amianto”.

Lotta all'amianto: si sono già formati 650 operatori e coordinatori a livello regionale e nazionale

L'esperto si forma alla Asl Roma F

Asl Roma F, l'antesignana nella lotta all'amianto. A tutt'oggi, unica Asl nel Lazio, ha collezionato 26 edizioni del corso di formazione professionale per coordinatori addetti alla rimozione e allo smaltimento del pericoloso materiale, la cui fondamentale regolamentazione è riferita alla legge 257 del 1992. Da pochi

giorni ha preso il via la nuova serie di incontri, indirizzati a chi dirige sul posto le attività di rimozione e smaltimento, per una durata di 50 ore complessive. I corsi della Roma F hanno formato in tutto 650 operatori e coordinatori a livello regionale e nazionale e il rilascio dei titoli di abilitazione avviene, previa verifica finale, da

parte delle regioni e delle province autonome. Numerosi gli argomenti trattati nel corso, dai rischi per la salute alle normative, passando per i metodi e criteri di misura per gli esposti. Procedure di lavoro, prevenzione, gestione degli incidenti e altri argomenti di natura tecnica completano l'offerta dei corsi.

Prezzo massimo di riferimento per l'emodinamica stabilito dalla centrale degli acquisti

Acquisti, adesso il prezzo è giusto

Acquisizione di beni e servizi, il risparmio nella sanità passa anche per questa strada. Con un provvedimento del 25 ottobre – la determina numero 16831 – è stato stabilito il prezzo massimo di riferimento per l'acquisto di strumenti per l'emodinamica, una specialità in cui la qualità del prodotto è determinante per la buona riuscita degli interventi. In una nota della Regione Lazio si specifica che “il prezzo massimo consente un risparmio di 4 milioni sull'acquisto dei materiali” e si rende noto che “la delibera sul tetto massimo della spesa per le acquisizioni di beni consentirà, a partire dal 2014, risparmi annui di 118 milioni”. Un vero toccasana per le disastrose casse della Regione e la dimostrazione che in sanità, se si vuole, gli sprechi si possono tagliare senza incidere sulla qualità del servizio. “A un patto però”, ribattono alcuni operatori del settore, “che alle gare per gli acquisti partecipino i tecnici piuttosto che i burocrati”. Così, tutte le Asl e le aziende ospedaliere del Lazio, per rifornirsi di materiali dovranno attenersi al cosiddetto “prezzo massimo” che riguarderà, nel caso dell'emodinamica, 22 prodotti tra stent (tubicino in rete metallica usato per riparare le arterie ostruite o indebolite), cateteri a palloncino, guide angiografiche, kit angiografici diagnostici per coronarografia (indagine diagnostica di tipo invasivo che consente di visualizzare direttamente le arterie coronarie) che fino ad oggi ogni azienda acquistava a un prezzo differente dall'altra. Ad esempio, per acquistare un introduttore radiale idrofilo con valvola emostatica autolubrificata si poteva spendere da un minimo di 51 euro fino a un prezzo triplicato. L'atto approvato dalla giunta Zingaretti stabilisce invece che per questo prodotto sia possibile una spesa massima di 70 euro. “Conti-



nua così l'azione della giunta regionale del Lazio – insiste la nota regionale – nel tagliare sprechi senza intaccare la qualità dei servizi offerti”.

In realtà il provvedimento attuale non è il primo: il mese scorso infatti, la direzione regionale centrale acquisti, organismo insediato negli uffici di via Rosa Raimondi Garibaldi allo scopo di contrarre la spesa e uniformare prezzi e procedure di acquisto, aveva fissato il prezzo massimo di acquisto per dispositivi, protesi impiantabili, dispositivi per apparato cardiocircolatorio, da sutura, per elettrochirurgia e chirurgia mini invasiva, misure che prevedono un risparmio di oltre 15 mi-

lioni nell'anno in corso mentre nel 2014, i risparmi complessivi dovrebbero toccare quota 118 milioni di euro, ben 16 milioni in più rispetto al 2013. Una vera manna per la sanità del Lazio. “Con l'introduzione del prezzo di riferimento – ha chiarito il presidente Nicola Zingaretti – la Regione mette sotto controllo il settore della acquisizioni di beni e servizi, impedendo che ci sia una differenza nell'acquisto dello stesso prodotto tra Asl diverse. Uscire da questa giungla – aggiunge – non incide sulla qualità dei prodotti che saranno utilizzati negli interventi ma produce risparmi tangibili, perché bonifica l'area degli sprechi”.

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

Chiuso in redazione il 6 novembre 2013

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 la licenza creative commons – <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/it/>

Strutture territoriali indispensabili ad approfondimenti diagnostici per una pratica diffusa

Medicina difensiva: un aiuto dal territorio

di Luigi Zulli*

La crisi economica ha portato a una esasperata attenzione al contenimento della spesa e può portare a scelte drastiche, in cui prevalgono orientamenti puramente finanziari. La cosa ha un sapore di disinvestimento, eticamente non accettabile e socialmente non condivisibile, andando ad incidere negativamente sulla salute dei cittadini. Per tale motivo dobbiamo porre nella giusta dimensione il valore della Medicina Difensiva – in un momento di cambiamento del modo e del ruolo della funzione ospedaliera – inserendolo nel più ampio contesto economico, clinico, scientifico, per mantenere livelli ottimali di qualità, miranti all'appropriatezza clinica ed organizzativa, alla congruità delle decisioni, al miglioramento della sicurezza, in piena efficienza, ai fini di una corretta "policy", nel senso anglosassone del termine. Medicina difensiva significa – definizione Usa Congress 1994 – Medico che prescrive un numero più elevato di esami, procedure anche ad alto rischio tipo biopsie e visite specialistiche o eviti "pazienti a rischio", principalmente per ridurre la propria esposizione al contenzioso legale. Tale fenomeno è strettamente legato all'aumento costante di richieste di risarcimento, anche in Italia, dove il numero di sinistri denunciati alle agenzie di assicurazione nel campo della RCI, nel settore sanitario è notevolmente aumentato (vedi tabella su www.sireneonline.it). La Medicina Difensiva viene quindi definita come una pratica medica che si pone l'obiettivo primario di protezione verso potenziali contenziosi, rispetto alle effettive esigenze di cura del paziente. Talora questa induce a comportamenti addirittura migliorativi nel modo di praticare la medicina, realizzando una Medicina Difensiva



siva Positiva. Tipici esempi sono rappresentati da una maggiore accuratezza e dettaglio nella documentazione sanitaria e un aumento del tempo e dell'attenzione dedicata alla informazione del paziente. Talora però le reazioni dei medici a un ambiente conflittuale si traducono in comportamenti che alla fine si ritorcono negativamente sui pazienti e sui servizi sanitari, realizzando una Medicina Difensiva Negativa. Tipici esempi sono rappresentati da prescrizioni di prestazioni addizionali di valore medico marginale, con l'esclusivo obiettivo di scoraggiare eventuali richieste di risarcimento e convincere il sistema legale sul rispetto di uno standard di cure accettabile come:

- 1) ordinare più test di quanto medicalmente indicato;
- 2) prescrivere più farmaci ad esempio antibiotici di quanto medicalmente indicato;
- 3) rinviare il paziente ad altro medico, possibilmente specialista, quando non necessario;
- 4) ricorrere a procedure invasive, tipo biopsie o per confermare la diagnosi.

In conclusione, il processo decisionale del medico nell'iter clinico-diagnostico-terapeutico, dovrebbe essere guidato da specifici

che indicazioni derivanti dalla valutazione clinica, supportata dalle Linee Guida e dalla EBM, in funzione di una ottimizzazione della diagnosi e della prognosi. La pressione mediatica crescente, mirata a enfatizzare l'errore medico, ha contribuito all'instaurarsi di un atteggiamento difensivo che si è tradotto nell'aumento della richiesta di esami e consulenze, con conseguente aumento della spesa sanitaria, non sempre in funzione del miglioramento rischio/beneficio. La istituzione e la implementazione di strutture di supporto, funzionanti almeno in H12, extraospedaliere, per modificare la visione ospedale-centrica, consultabili in tempo reale, per una migliore stratificazione prognostica, sono quanto meno auspicabili e da creare in tempi brevi, per consentire una continuità assistenziale, che eviti in casi non critici il ricorso al ricovero ospedaliero, che deve essere riservato ai soli casi per acuti, cioè pazienti in emergenza clinica, instabili.

**direttore UOC Pronto Soccorso
e Medicina d'urgenza
Azienda San Filippo Neri*

Per approfondimenti e tabelle esplicative: www.sireneonline.it

Un ente con presidente, Cda, direttore, impiegati, tecnici, finanziamenti statali e locali

Tossicodipendenze, chiude agenzia comunale

La lotta agli sprechi passa anche per l'agenzia comunale per le tossicodipendenze. L'ente, creato nel 1998 con una delibera del Consiglio comunale, doveva essere regolamentato secondo un 'Piano di programma' e linee guida dell'assemblea cittadina ma i servizi sono stati invece erogati con l'affidamento diretto a cooperative in continuo regime di prorogatio. Il sindaco Marino ha deciso di riportare la gestione nell'ambito dell'assessorato ai Servizi sociali da cui l'agenzia dipende, con un risparmio presunto di 800 mila euro l'anno e non mancano le polemiche. Secondo l'attuale direttore Andrea Canu, alla guida dell'Agenzia dal 2009, il risparmio ammonterebbe a soli 31 mila euro annui e la chiusura costituirebbe un duro colpo per progetti, programmi di prevenzione, interventi di trattamento e cura. L'Agenzia, che nella prevenzione ha la sua mission, si occupa anche di contrasto all'uso di sostanze, di assistenza sociale, reinserimento dei tossicodipendenti, nonché di interventi volti alla creazione di una rete assistenziale in collaborazione con i servizi di recupero e cura delle Asl. Dispone di autonomia contabile, gestionale e organizzativa, ha un presidente, un consiglio di amministrazione, un direttore generale con uno stipendio annuale di 110 mila euro lordi al netto delle indennità, uffici di segreteria, servizi amministrativi e tecnici, uffici del bilancio e delle risorse umane. Oltre alla comprensibile preoccupazione di vertici e dipendenti, con il riassorbi-



mento della struttura in ambito comunale si porrebbe il problema della destinazione dei fondi e della programmazione delle attività. Oltre al budget di Roma capitale infatti l'ente si avvale di finanziamenti europei concessi sulla base di specifici progetti. Annualmente gestisce non meno di 3 milioni di euro stanziati dall'amministrazione capitolina e un importo che varia tra 1,5 e 3 milioni da risorse nazionali e regionali. Nei programmi della giunta capitolina c'è infatti la volontà di rimodulare il rapporto con le Asl e, in tal senso, i programmi di recupero e cura delle tossicodipendenze, potrebbero essere il primo passo verso tale obiettivo.

'Mediare', progetto pilota per detenuti stranieri che necessitano di servizi sanitari e sociali

Carcere e salute: un mediatore per gli stranieri

La tutela della salute in carcere ha un nuovo alleato. Si chiama Me.D.I.A.Re - Mediazione per i diritti di integrazione e salute a favore dei detenuti stranieri del penitenziario romano di Regina Coeli. Un altro, piccolo ma significativo passo verso la piena attuazione della legge 230 del 1999 di riforma della salute penitenziaria, che ha trasferito le competenze sanitarie e assistenziali dall'amministrazione ministeriale alle aziende sanitarie locali. Obiettivo del progetto sperimentale è il po-

tenziamento e lo sviluppo di politiche di mediazione sociale, linguistica e dialogo interculturale. Grande impulso a tale progetto è stato fornito da Angiolo Marroni, storico garante regionale dei diritti dei detenuti che ha precisato: "Nel carcere romano la situazione degli stranieri presenta elevate criticità legate all'emarginazione, che raggiunge picchi allarmanti proprio nell'ambito della tutela della salute". Nel Lazio la presenza di reclusi stranieri è del 37 per cento, con punte del 60 pro-

prio nella casa circondariale di via della Lungara. "L'assenza di un servizio di mediazione in ambito medico - ha chiarito Marroni - costituisce un forte impedimento alle regolari attività di assistenza sanitaria. Per questo abbiamo proposto tale innovativo progetto che coinvolge importanti istituzioni pubbliche e qualificate professionalità del mondo dell'immigrazione. Un'esperienza che ci auguriamo possa essere esportata a tutti gli istituti penitenziari del Lazio".

Motivi religiosi, spinta etica, altruismo. Le ragioni di una scelta difficile degli operatori sanitari

I mille perché di un free-lance della salute

di Giorgio Scaffidi*

L'Africa è costellata di donne e uomini provenienti dai paesi più ricchi, Europa e Usa, che si recano volontariamente lì a prestare la propria opera. Oltre agli impiegati di aziende commerciali, organizzazioni internazionali o che operano come religiosi e missionari, sono molti a cedere tempo, 'ferie', congedi in attività legate alla propria professionalità o del tutto svincolate da essa. Onlus, Ong, gruppi che fanno riferimento a parrocchie, cooperative, associazioni e movimenti vari, anche spontanei: sono una miriade le 'etichette' che investono forza lavoro intellettuale e fisica per attuare progetti di cooperazione e aiuto.

C'è poi un diffuso sottobosco che, dietro la copertura degli aiuti umanitari, specula e froda i benefattori. Parlo, invece, di quelle persone che vanno a fare in loco qualcosa di utile per gli altri. È questa la mia esperienza in Tanzania e Malawi, tra i paesi più poveri dell'Africa sub-sahariana. Da cardiologo, sono andato in questi anni a organizzare corsi di formazione professionale per il personale sanitario: medici, rari; paramedici,

cioè infermieri selezionati per esperienza che svolgono tutte le attività medico-chirurgiche, interventi compresi e infermieri. Ai centri sanitari sono stati donati elettrocardiografi di cui ho spiegato l'uso e sono state attivate le postazioni di Telecardiologia per refertazione e consulto a distanza.

Lavoro, in pratica, come un "free-lance", in rapporto sia con la comunità di Sant'Egidio e con i "Centri Dream" nell'Africa sub-sahariana, sia con l'ospedale di Vicenza che da anni sostiene l'ospedale regionale di Iringa in Tanzania. Capita così di fare incontri sbalorditivi, come con la coppia di italiani andati in vacanza in Tanzania da giovani e colpiti dalla miseria e dallo stato di abbandono di tanti bambini, specie quelli handicappati, causa la prolungata sofferenza cerebrale durante il parto. Tornati più volte, crearono dal nulla un luogo d'asilo e riabilitazione per quell'infanzia sventurata, per poi trasferirsi definitivamente lì, una volta arrivati alla pensione. Sono molti i medici, gli infermieri, i fisioterapisti italiani che quotidianamente si riversano

fin nei villaggi più sperduti e disabitati. Perché? Le motivazioni sono molte e differenti tra loro. Spesso, ma non sempre, il movente è religioso. Certamente, c'è sempre una spinta etica per un senso di colpa inconfessato per la propria opulenza, ci sono altruismo e generosità. Credo si possa trovare un comune minimo denominatore la cui formula è di seguito spiegata. Ai miei figli, da bambini, avevamo insegnato che non si può in nessun caso e da parte di nessuno – grande o piccolo che sia – usare come risposta il "perché sì" e "perché no!".

Una spiegazione è sempre dovuta e sono tuttora convinto della validità di questa filosofia spicciola. A fronte della precedente domanda: "Perché?", la risposta più completa credo sia: "Perché no?", con quel punto interrogativo che fa la differenza. Perché non farlo, perché non impegnarsi, non sfruttare il proprio tempo, le proprie competenze quando si può? Le altre motivazioni, personali e soggettive, diventano un corollario.

*Cardiologo
San Giovanni-Addolorata

Cécile Kyenge firma accordi di cooperazione con importanti strutture sanitarie regionali

La ministra sigla protocolli

Missioni in Africa e grandi impegni in Italia per assicurare l'accesso immediato ai servizi e una adeguata risposta sanitaria agli immigrati. Siglato un protocollo d'intesa tra l'Università Cattolica e la struttura di Missione del ministero per l'Integrazione, nel corso della conferenza "I percorsi di salute dei richiedenti asilo e rifugiati" che si è svolta al Policlinico Gemelli il 22



Cécile Kyenge

ottobre, alla presenza del ministro Cécile Kyenge.

Il 26 è stata la volta della Asl di Civitavecchia, che con la giornata dedicata a "sanità, immigrazione, cooperazione internazionale, verso un melting pot dell'assistenza sanitaria come diritto universale riconosciuto e condiviso", ha assunto analogo impegno per la cooperazione sanitaria verso città palestinesi in Israele.

Il sindacato della dirigenza non medica della Sanità è impegnato in un'opera di informazione

Legge anticorruzione: buona... sulla carta

di Angela Corica*

Fatta la legge bisogna applicarla. E, fra smorfie e muscoli storti, la legge anticorruzione – che tanto ha diviso dentro e fuori i palazzi della politica, dovrà essere rispettata fedelmente. In Italia, come spesso accade, siamo bravissimi a costruirci un mondo ideale e siamo invece meno abili a proporre cose concrete. Così accade per la l'anticorruzione: in linea teorica inappuntabile, nella pratica, la sua applicazione diventa una chimera. Fedir Sanità, il sindacato che tutela la dirigenza professionale, tecnica e amministrativa di Asl e Aziende ospedaliere, ha intrapreso un percorso di conoscenza della legge che prevede la formazione dei dirigenti nonché del responsabile della prevenzione della corruzione su cui incombe un impegno gravoso. La legge 190 del 2012, la 33 del 2013 e, in ultimo, il decreto legislativo 39/2013 stanno infatti concentrando sulle sue spalle un impegno tanto

gravoso quanto delicato, che diventa ancor più duro rispetto agli obblighi sulla trasparenza. La legge di per sé è molto complicata e addossa all'unico soggetto-responsabile compiti che da solo difficilmente riesce ad assolvere. Dovrebbe infatti controllare tutto e tutti - direttore generale compreso - ed è evidente che il suo controllo non sarà mai gradito. Inoltre, vi è già una prima contraddizione, proprio dalla scelta della figura del responsabile. La legge dice che a scegliere sia l'organo di indirizzo politico amministrativo ma in Sanità, non è ancora chiaro se il direttore generale rivesta tale ruolo, essendo titolare di tutti i poteri di gestione in via diretta. Il controllore finale dovrebbe essere invece la Civit (autorità per la valutazione e la trasparenza). In teoria, dunque, è stato scritto il libro dei sogni: cambia tutto nella Pa. Ogni atto diventa soggetto a pubblicazione sui siti, accessibile a chiunque, anche a

chi non ha un interesse specifico. Da anni la Fedir si batte per l'attribuzione degli incarichi dirigenziali e oggi, la legge 33 sulla trasparenza, dice che è obbligatorio espletare un avviso per dare un incarico, anche in riferimento al personale interno. "Da tempo – sostengono il segretario nazionale di Fedir Sanità Antonio Travia e quello del Lazio, Elisa Petrone, al direttore generale piace troppo il neologismo 'fiduciarità' che, di fatto, si traduce in arbitrarietà. Quindi tra il dire e il fare..." Ecco perché Fedir ritiene che la legge sia fatta per uno Stato che non versa in condizioni di capillare e generalizzato conflitto d'interessi come l'Italia. Ciò che il sindacato può fare, dopo il successo del convegno dello scorso 28 giugno sul tema, è l'attività di aggiornamento costante, in vista del Piano anticorruzione. E, come sempre, vigilare sulla corretta applicazione della Legge.

*Fedir Sanità

AssoTutela chiede a Zingaretti l'avvio di una campagna di vera trasparenza nel Lazio

Asl e ospedali, trasparenza zero

"Chiediamo al governatore del Lazio di impegnare i manager pubblici delle Asl e delle aziende ospedaliere a rendere noti tutti i provvedimenti sui portali aziendali per far sì che ogni cittadino possa prenderne visione. Numerose aziende ancora non mettono nulla in rete, pur godendo di copiosi finanziamenti pubblici". Lo di-

chiara il presidente di AssoTutela Michel Emi Maritato, che aggiunge: "Ci aspettiamo, a breve, la pubblicazione dei rendiconti finanziari e i costi assunti rispetto ai finanziamenti regionali ricevuti. È singolare – continua Maritato – che i gruppi consiliari per prendere visione dei provvedimenti debbano ricorrere all'accesso agli atti, secondo una legge del '90. Sarebbe

invece più lineare ottenere documenti ufficiali accedendo al sito web aziendale. Nelle ultime settimane – chiarisce il presidente – ci risulta che il M5S ha presentato numerose istanze per fare chiarezza su taluni servizi quindi, Zingaretti, avvii sul serio l'operazione 'trasparenza' per fare luce sul debito sanitario che frena il rilancio e penalizza i cittadini".

**PRONTI
ALL'IMBARCO**

www.prontiallimbarco.it

