

FEBBRAIO 2011

Sirene

n. 0
ANNO I

online

MENSILE DELLA SANITÀ REGIONALE



SANITÀ IDEALE

Come vorremmo che fosse

**Pronto soccorso,
con gli "score"
addio file**

a pagina 3

**Direttori
generali:
curriculum vitae**

a pagina 6/7

**Asl Roma D,
Tac fantasma
alla Magliana**

a pagina 11



Forum, dibattiti, eventi: scrivete a sireneonline@libero.it

Sanità Ideale

Nasce un gruppo di lavoro di esperti, operatori, cittadini per ripensare la sanità regionale in crisi

Sono armati di buona volontà, dispongono di risorse umane e professionali di altro profilo. Esperti, operatori, associazioni di malati e cittadini si uniscono in un gruppo di lavoro per ripensare la sanità malata, riprogettare quella architettura istituzionale che, negli anni, ha mostrato tutti i suoi limiti, proporre nuovi modelli più aderenti alla realtà e più rispondenti ai bisogni della collettività. “Ridare la sanità ai suoi azionisti: i cittadini” era scritto sul manifesto di una associazione di tutela dei malati qualche anno fa.

In accordo con tale slogan il gruppo “Sanità ideale” intende muoversi per rimettere al centro della scena la persona. Non è un caso se come simbolo è stato scelto il famoso dipinto di autore ignoto, icona dell’Umanesimo rinascimentale.

L’aspirazione alla città ideale, dalle forme proporzionate e perfette, si traduce, in questo caso, in un progetto comune basato sulla centralità dell’uomo, il razio-cinco dell’organizzazione, l’equilibrio delle decisioni. In sintesi: una co-

munità di persone che unisca alla discussione la proposta, mediando tra le istanze di base e le istituzioni, spesso lontane dal comune sentire.

Sireneonline ospiterà inter-

venti, forum, dibattiti per alimentare e far crescere tale comunità, contro le oligarchie che – nel caos generale – stanno soffocando ogni desiderio di confronto e di crescita.

SIRENEONLINE La salute in un “clic”

Un semplice clic e ogni mese e Sireneonline vi parlerà della vostra salute entrando nel complesso sistema sanitario regionale, dando voce ai protagonisti, ascoltando proposte, raccogliendo proteste, favorendo la comunicazione tra due mondi – i cittadini/utenti e gli amministratori/operatori – ancora inspiegabilmente lontani. Il programma è ambizioso, lo sforzo sarà immane, scarse sono le risorse, corroborate da una indomita volontà e una esperienza di anni e di attenzione ai bisogni dei più deboli. Non parliamo di soggetti fragili o reietti della società: debole è il cittadino di fronte a improponibili liste di attesa, debole è il paziente parcheggiato ore ed ore in pronto soccorso per mancanza di posti letto, debole è il nuovo povero del ceto medio, costretto a pagare ticket a volte esosi imposti da chi ha prodotto un deficit mostruoso consentendo sperperi e spesso malaffare. L’elenco potrebbe continuare ma preferiamo interromperci: da oggi saremo al fianco di chi intende rad-drizzare la sbarra, nel rispetto di quanto sancito dall’art. 32 della Costituzione: la salute è un diritto del cittadino e interesse della collettività.

Studi clinici promuovono gli "score" per diagnosi veloci e appropriate

Pronto soccorso, diagnosi a punteggio e addio file

File e attese bibliche, ambulanze bloccate ore ed ore e barelle ferme in corridoio, estenuante ricerca di posti letto: è il quadro allarmante con cui ogni giorno, ormai da anni, convivono gli operatori dei servizi di emergenza/urgenza.

Studi epidemiologici dimostrano che più del 40% degli accessi in pronto soccorso è rappresentato da popolazione ultra 75enne e negli ultimi cinque anni c'è stato un continuo incremento di presenze. Almeno 2 italiani su 3 afflitti da qualsiasi patologia, approdano in questi reparti. L'ospedale è il centro della richiesta di prestazioni e il pronto soccorso il cardine di tale centralità con una risposta ad alto contenuto scientifico e tecnico 24 ore su 24. "Per offrire un'assistenza adeguata e tempestiva, è necessario individuare il percorso più appropriato per il paziente nel minor tempo possibile" spiega Luigi Zulli, direttore del pronto soccorso e medicina d'urgenza dell'azienda ospedaliera San Filippo Neri di Roma. "Programmazione e progettualità debbono essere alla base di ogni riforma e ristrutturazione dei servizi, prima fra tutte la riorganizzazione del territorio, con punti di accoglienza che facciano da filtro per contenere gli accessi impropri".

Anche i grandi ospedali, sollecitati dal piano di rientro e spinti dalle restrizioni imposte dalla riduzione/riconversione dei posti letto per acuti, stanno razionalizzando i propri interventi e il San Filippo Neri, nosocomio di Roma nord che assorbe una costante domanda dalla provincia limitrofa, con il convegno del 28 gennaio 2011 "L'emergenza a Roma dal Giubileo ad oggi", si inserisce a pieno titolo nel dibattito che anima amministratori, esperti,



specialisti e forze sociali sulla validità del piano di rientro.

Relazioni scientifiche su protocolli clinico assistenziali dell'emergenza, flussi di assistenza, appropriatezza dei percorsi clinico-diagnostici, stratificazione del rischio, unite a riflessioni sul ruolo dei medici di medicina generale, le funzioni dei distretti sanitari delle Asl, lo status del medico di emergenza/urgenza, rappresentano secondo Zulli, ideatore e organizzatore della giornata di studio, temi irrinunciabili di confronto e proposta da cui "non si può prescindere se si vuole realmente trasformare la sanità regionale in un servizio moderno, efficiente, in grado di dare risposte concrete al cittadino".

Novità all'ordine del giorno è la proposta di adottare in pronto

soccorso sistemi "a punteggio", i c.d. score, validati da ampi studi clinici e dalla letteratura internazionale. Si tratta, in sintesi, di individuare lo stato di rischio del paziente, stabilendo una relazione tra probabilità di un evento e sua conseguente gravità, sapendo che una mancata diagnosi può essere fatale.

Questo garantisce uno screening immediato dell'assistito, classificando in tempo reale la gravità del suo stato, formulando la prognosi e prendendo decisioni sulla gestione assistenziale con la indicazione del più idoneo livello di cure, adatto alle necessità del caso. Vale a dire: insieme ai servizi razionalizziamo interventi e tempi.

Per approfondimenti:
www.sanfilipponei.roma.it

Chiusura del pronto soccorso e attese sempre maggiori nelle strutture vicine

Cto, contro i tagli protesta di piazza



Nasce da lontano il piano di ridimensionamento del Cto Alesini. Fu per prima l'Agenzia di Sanità pubblica, ente di supporto tecnico dell'assessorato alla Sanità regionale, a mettere nero su bianco nel 2008 il trasferimento delle principali discipline medico chirurgiche al vicino ospedale Sant'Eugenio, concentrando nel nosocomio della Garbatella tutte le attività di specializzazione orto traumatologica.

Tale ricollocazione di funzioni, definita nel documento sulla riorganizzazione della rete ospedaliera, *atta a fornire una più completa risposta al bisogno assistenziale del trauma maggiore e del neuro trauma e idonea ad assicurare un raggruppamento di servizi ortopedici con funzioni di eccellenza e di alta specialità*, vede ulteriori precisazioni nel piano di riordino del 2009, dove si ipotizza per l'Alesini una riduzione da 268 a 156 posti letto.

Il colpo di grazia è stato inferto con le recenti disposizioni regionali contenute nel nuovo Piano di Rientro rinegoziato a ottobre con il governo.

Si prevede la riconversione di molti servizi e per il Cto ciò si è tradotto nella chiusura del pronto soccorso medico e della osservazione breve il 10 gennaio, accompagnata da proteste e manifestazioni, prima fra tutte quella organizzata dall'XI municipio la mattina della contestata chiusura.

Le riduzioni previste nel Piano di Rientro 2007

Le reazioni di sindacati, operatori, cittadini

CGIL MEDICI

«Si sta procedendo a una disattivazione selvaggia di posti letto, reparti, interi ospedali – per la Cgil medici - senza aver mai iniziato e concluso il confronto sul Piano di Rientro. Al Cto viene chiuso il Pronto Soccorso da 33.000 accessi l'anno, sopra la soglia dei 25.000 (limite minimo per il mantenimento in vita del servizio n.d.r.) e vengono via via disattivati i servizi legati all'emergenza e medicina tutti trasferiti al Campus Biomedico struttura religiosa accreditata di Trigatoria, una zona fuori dalla cintura urbana e dalla grande viabilità». L'organizzazione chiede un atto regionale che sospenda le disattivazioni e la ripresa del tavolo tecnico.

ANAAO ASSOMED

Per l'Anaa Lazio parla il segretario Donato Antonellis: «La Regione è venuta meno alle promesse che ci aveva fatto e sta lasciando senza assistenza sanitaria decine di migliaia di residenti nel Lazio. Durante i nostri incontri di novembre e dicembre – ricorda Antonellis – la

presidente Polverini e i suoi tecnici avevano garantito che prima di qualunque chiusura, avrebbero discusso il piano di riordino con noi».

CITTADINANZATTIVA TRIBUNALE DEL MALATO

«Ciò che temiamo sono gli effetti della fase di passaggio. Si riducono posti di lungodegenza e di acuti - si preoccupa Giuseppe Scaramuzza segretario del Tribunale del Malato Cittadinanzattiva – considerato poi che l'attivazione di posti letto nelle Rsa - residenze sanitarie assistenziali per lungodegenti - n.d.r., richiede meccanismi complicati e tempi dilatati, col rischio di creare lunghe attese per molti pazienti».

ARES 118

«Questa chiusura sta creando seri problemi a noi operatori del soccorso, ci dicono dall'ARES 118. Dal San Giovanni al Sant'Eugenio passando per l'Umberto I il Pertini e Tor Vergata, se non fosse per la gravità degli eventi potremmo fare scommesse in una sorta di toto-attesa perché ormai trovare un posto letto è un terno al lotto».

La riconversione programmata guarda al week hospital e cure in tempi brevi

Il Cto diverrà un modello virtuoso come a Torino



“È improprio e destabilizzante parlare di effetto sorpresa per la chiusura del pronto soccorso medico del Cto – replica Alessandra Mandarelli, presidente della commissione Sanità della Regione Lazio – logica conseguenza del piano di riordino della rete ospedaliera. La struttura tornerà all'originaria funzione di eccellenza in campo traumatologico e ortopedico come modello virtuoso di ospedale monospecialistico, esempio di organizzazione razionale come l'omologo centro di Torino, premiato nel 2010 al forum della pubblica amministrazione per il progetto week hospital, nuovo modello organizzativo volto all'intensità di cure in tempi brevi per pazienti bisognosi di un livello omogeneo di assistenza”.



I risultati della rilevazione, effettuata dalla Cgil funzione pubblica Roma e Lazio lunedì 10 gennaio, giorno della chiusura del pronto soccorso del CTO

Ambulanze in attesa Lunedì 10 gennaio 2011

Roma

Ospedale San Giovanni	5
Ospedale Vannini	3
Policlinico Umberto I	3
Policlinico Casilino	3
Policlinico Tor Vergata	2
Ospedale Pertini	3
Aurelia Hospital	2
Azienda Sant'Andrea	1

Provincia

San Giovanni Evangelista Tivoli	2
Ospedale Colombo Velletri	2
Ospedale San Giuseppe Albano	2
Ospedale Padre Pio Bracciano	2
Ospedale San Sebastiano Frascati	2

Rilevazione effettuata alle ore 11.30 a cura della CGIL Funzione Pubblica Roma e Lazio. Nei giorni 11, 12, 13 i mezzi di soccorso bloccati sono stati, rispettivamente 23, 11, 20 tra Roma e provincia

Tempi di soccorso previsti nell'area extra urbana di Roma nord dopo la chiusura del pronto soccorso di Bracciano e Monterotondo

Località soccorso	tempi attuali	tempi previsti
Canale Monterano	Bracciano 15'	Sant'Andrea 45'
Menziana	Bracciano 15'	Sant'Andrea 40'
Cerveteri	Bracciano 15'	Sant'Andrea 30'
Bracciano	Bracciano 3'	Sant'Andrea 30'
Monterotondo	Monterotondo 3'	Sant'Andrea 25'
Anguillara	Bracciano 10'	Sant'Andrea 30'
Trevignano	Bracciano 10'	Sant'Andrea 30'
Fiano Romano	Monterotondo 15'	Sant'Andrea 35'

Fonte: CGIL Funzione Pubblica Roma e Lazio a cura di Sergio Bussone CGILARES 118

Soccorsi in elicottero anno 2010

1850 TOTALE

1000 ROMA

12.950.000 SPESA TOTALE

7000 EURO CIRCA IL COSTO PER OGNI DECOLLO

Fonte CGIL Funzione Pubblica Roma e Lazio

Quasi tutte le aziende ospedaliere sono ancora commissariate

Asl e ospedali: nomine e attese

Renata Polverini, commissario alla Sanità, si affida ai direttori generali per uscire dall'emergenza

All'appello ne mancano ancora. Non molti, ma decisivi. I direttori generali si fanno attendere. Riempire tutte le caselle del complicato puzzle della sanità regionale richiede cautela. A novembre le prime nomine, a gennaio secondo round, ma i nodi strategici sono tutti da sciogliere: policlinico Umberto I, Sant'Andrea, San Camillo Forlani, la Asl Roma A, gli Istituti fi-

sioterapici ospedalieri, lo Spallanzani, sono ancora "commissariati", in un limbo che non offre nessuna certezza. Di presunte appartenenze politiche di questo o quel manager conosciamo tutti i dettagli, di meno ne sappiamo sugli studi, l'esperienza professionale, la competenza. Riportiamo una sintesi del copioso curriculum vitae di ciascuno dei manag-
di fresca nomina regionale.



Cinque direttori sono medici chirurghi, c'è un veterinario e uno psicologo

Master, docenze, pubblicazioni. C'è perfino chi sa il cinese

Corsi di management, formazione da direttori generali, varie specializzazioni. Un nutrito bagaglio di conoscenze per i direttori in carica. E una verifica periodica della Regione sul loro operato.

Vittorio Bonavita direttore **Asl Roma B** – Laureato in Economia e Commercio, è stato economo e provveditore del Pio Istituto di Santo Spirito ed ospedali riuniti di Roma, per approdare poi al dipartimento risorse finanziarie del Policlinico Umberto I. Ultimo incarico la direzione amministrativa del Sant'Andrea. Dirige una Asl di 220,34 chilometri quadrati per circa 700 mila abitanti cui afferisce il carcere di Rebibbia, la cui gestione sanitaria è demandata all'azienda. Festeggerà il suo 68esimo anno di età il 29 settembre.

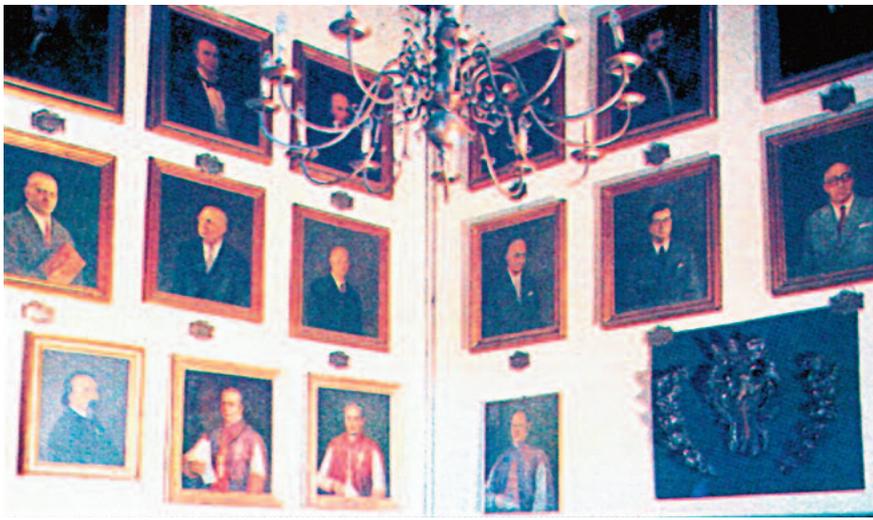
Antonio Paone direttore **Asl Roma C** – Medico Chirurgo, nato a Girifalco 57 anni fa, direttore



della unità complessa di Nefrologia, dialisi e litotrissia, ha all'attivo numerose pubblicazioni e incarichi di docenza. E' stato direttore sanitario della Asl Roma B e della stessa Roma C, ha coordinato l'area di emergenza dell'ospedale Sandro Pertini ed è membro della Società italiana di urologia e dell'Associazione urologi ospedalieri. Alla Roma C afferiscono gli ospedali Sant'Eugenio e Cto, in fase di profonda riorganizzazione.

Ferdinando Romano direttore **Asl Roma D** – nato a Napoli il 20 gennaio 1958, medico specializzato in Igiene e Medicina preventiva, ha conseguito master negli Usa approdando poi alla cattedra universitaria presso la Sapienza di Roma. Ha svolto attività di ricerca e ha diretto corsi di laurea infermieristica e scuole di specializzazione. Ha ricoperto incarichi presso l'Istituto nazionale di ricerca per gli alimenti e la nutrizione e l'Agenzia sanitaria regionale dell'Abruzzo. Dirigerà la Asl che da Roma, si estende al litorale.

Maria Sabia direttore **Asl Roma E** – Crotonese, settantenne, pensionata della pubblica amministrazione, laureata in Economia e Commercio, è approdata alla sanità dall'ente disciolto INAM. Con la qualifica di vice direttore amministrativo e di dirigente, nelle Usl si è occupata di patrimonio e provveditorato, poi degli affari generali e di bilancio, divenendo direttore amministrativo della Roma E per 4 anni e



Ritratti dei Direttori del Santo Spirito

9 mesi concorrendo, insieme al direttore generale aziendale, alla formazione delle strategie decisionali.

Nazareno Renzo Brizioli direttore **Asl Roma G** - Nato a Todi l'8 luglio 1943, laureato in Medicina Veterinaria all'Università di Perugia nel 1967, è stato veterinario provinciale di Roma dal 1971 al 1980 e responsabile dei servizi veterinari di aziende sanitarie della Regione Lazio dal 1981 al 2001. Direttore generale dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Regioni Lazio e Toscana dal febbraio 2001, ha numerosi incarichi di consulenza per università, ministeri, comuni, enti pubblici.

Antonio De Santis direttore **Ares 118** - Direttore sanitario e direttore generale facente funzione dell'Azienda regionale emergenza sanitaria ARES 118, il 61enne De Santis è laureato in Medicina e Chirurgia, plurispecializzato e ha seguito percorsi formativi in management sanitario. Ha all'attivo numerose docenze e pubblicazioni; ha ricoperto incarichi di dirigenza nell'ambito del DEA - Dipartimento di emergenza e accettazione e del sistema di emergenza sanitaria 118 presso l'Azienda Usl di Frosinone.

Gianluigi Bracciale direttore **Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata** - nato a Roma il 20 maggio del 1947, laureato in Giurisprudenza, ha una solida esperienza gestionale, avendo ricoperto l'incarico di direttore amministrativo in importanti enti e aziende: dall'Arsial regionale (agenzia per l'agricoltura), all'Istituto di ricovero e cura Spallanzani, passando per il San Camillo Forlani e l'Azienda di emergenza 118, di cui è stato commissario straordi-

nario. Ha operato anche negli IFO e Al San Matteo di Pavia.

Carlo Mirabella, direttore **Asl Frosinone** - Romano, 61 anni, laureato in Medicina e Chirurgia, direttore sanitario dell'Istituto di ricovero e cura Neuromed, ha varie specializzazioni e ha avuto numerosi incarichi di docenza. Primario alla Usl di Frosinone, ha ricoperto l'incarico di direttore sanitario presso la stessa struttura, di presidente del Comitato consultivo e di altre importanti articolazioni aziendali, in particolare dei distretti sanitari. È stato Commissario poi Direttore generale della stessa Asl dal 2003 al 2005.

Renato Sponzilli, direttore **Asl Latina** - Nominato a dicembre Renato Sponzilli, era già commissario straordinario della Asl. Nato a Roma il 30 settembre del 1949, è stato direttore della struttura complessa di Psicologia del dipartimento di salute mentale della Asl di Frosinone. È stato docente universitario ed è autore di numerose pubblicazioni. Da lui come dagli altri direttori, si attende la piena attuazione del piano sanitario regionale nell'ottica della razionalizzazione della spesa e dell'efficienza delle cure per i cittadini.

Rodolfo Gianani, direttore **Asl Rieti** - Romano, 59enne, laureato in Medicina e Chirurgia, ha avuto numerosi incarichi dirigenziali presso il ministero della Sanità. Ha conseguito specializzazioni e master, ha ricoperto incarichi di docenza, ha pubblicato testi di Economia, Organizzazione aziendale, controllo di gestione ed Outsourcing in sanità. Direttore sanitario in due aziende calabresi, si è poi occupato di integrazione tra medicina occidentale e quella tradizionale cinese, imparando la lingua dei mandarini.

“Adesso tocca a voi”

I direttori generali delle Asl, freschi di nomina, sono già ai loro posti con le rispettive squadre di collaboratori mentre ancora si attende l'incarico per i direttori di policlinici, grandi aziende ospedaliere, istituti di ricerca e il rinnovo del consiglio di amministrazione dell'Agenda di sanità pubblica. Tra i nuovi arrivati ci sono prestigiosi professionisti, con una solida esperienza alle spalle. Nel formulare un augurio di buon lavoro, ci permettiamo alcuni suggerimenti pratici che potrebbero sembrare superflui per quanto ovvi. Gli utenti della sanità vogliono cose semplici ma essenziali dai propri amministratori: un'informazione adeguata, un'accoglienza umana, prestazioni in tempi ragionevoli, ospedali con accettabili standard qualitativi, presidi territoriali in grado di arginare il significativo taglio ai servizi e ai posti letto ospedalieri. Sarebbe bene non imbarcarsi in progetti ambiziosi che, per forza di cose restano poi lettera morta. Sarebbe bene andare ogni tanto, magari in incognito - per questo scegliamo di non pubblicare le vostre foto - dove la gente lotta ogni giorno per non veder calpestati i propri diritti: ambulatori, cup, uffici amministrativi, servizi di salute mentale, presidi territoriali nell'estrema periferia della città. Oppure fare un giro in ospedali disorganizzati, osservare i volti smarriti degli anziani che girano a vuoto senza alcuna indicazione, toccare con mano le vere questioni da affrontare, i problemi da risolvere, le reali risposte che l'utenza si attende. È un compito che non richiede ingenti impegni economici, defatiganti trattative sindacali, insostenibili gare di appalto o esosi contratti. Al di là dell'appartenenza politica, il giudizio dei cittadini si orienterà sulle cose concrete che saranno realizzate. Per la gente, insieme alla gente.

Renata Polverini in un dossier spiega la sua sanità regionale

Deficit: lacrime e sangue per il risanamento

La Regione passa all'attacco: dopo le roventi polemiche seguite alla chiusura e riduzione di alcuni servizi sanitari, è stato reso noto un dossier datato novembre 2010 che, partendo dalla "eredità lasciata da Marrazzo", elenca tutti i provvedimenti assunti dalla presidente-commissario ad acta Renata Polverini in materia sanitaria.

In primo luogo si illustrano i dati relativi all'indebitamento pari a 10 miliardi di euro, di cui 5.800 milioni sono di disavanzo; si passa poi ai mandati emessi e non pagati e alle anticipazioni bancarie per il 2010 che sarebbero costate 1 miliardo di euro impegnando nei primi tre mesi dell'anno i 2/3 del patto di stabilità, portando a una manovra di assestamento del bilancio del valore di un miliardo.

Il gravoso Piano di Rientro da più parti contestato e approvato dall'esecutivo il 26 ottobre scorso, dovrebbe condurre ai seguenti risultati:

- il blocco dell'aumento delle addizionali Irap e Irpef a partire dal 2011;
- lo sblocco dei Fondi Fas;
- lo sblocco del turn over;
- lo sblocco di 1.214 mld di euro fermi dal 2007.

Nel complesso la situazione debitoria da fronteggiare ammonta a 2, 3 miliardi di euro, che potranno essere coperti con:

- 527 mln di nuovo mutuo già autorizzato dal Ministero dell'Economia;
- 900 mln di fondi Fas;
- 574 mln derivanti dai fondi ex articolo 20 (legge 67/88 sull'edilizia sanitaria n.d.r.);
- 248 mln di copertura con finanziaria regionale 2011.

Con le misure adottate, la Regione ha mantenuto il rating "BBB+" di lungo termine (Standard & Poor's).

I numeri del Deficit:

110 miliardi di euro
1,4 milioni di euro
1,6 miliardi di euro

442 milioni di euro

279 milioni di euro

Debito consolidato
Disavanzo annuale
Ammanco da analisi
Bilanci aziende per
spese improprie
Mancata copertura
Disavanzo 2009
Extradeficit 2010

per approfondimenti: www.regione.lazio.it

Potenziati i DEA e l'assistenza domiciliare

"I miei primi sei mesi"

Nel dossier la governatrice elenca numerosi risultati

Oltre a dati e previsioni economiche, Renata Polverini nel dossier fa un bilancio delle realizzazioni e, in campo ospedaliero porta all'attivo la riconversione – che qualcuno intende invece come tagli – di 2.800 posti letto e 24 piccoli ospedali, la realizzazione di reti di alta specializzazione, l'istituzione di dipartimenti di emergenza di II livello (alta intensità assistenziale) in ogni provincia.

Per la riduzione della spesa sono in primo piano la farmaceutica, con la sigla di accordi tra le categorie e la creazione di una centrale unica di acquisto per beni e servizi, con un risparmio stimato intorno al 10%. Rispetto ai privati, c'è il rinnovo dell'accreditamento di 680 erogatori, la fissazione di tetti di spesa per Gemelli e Campus Biomedico e di remunerazione per gli ospedali religiosi, infine l'apertura del nuovo pronto soccorso del Bambino Gesù. Si è poi riattivata l'elisuperficie del

Cto e, d'intesa col 118 si progetta di realizzarne altre 5. Altre realizzazioni riguardano la salute delle donne, con particolare attenzione al parto e alla somministrazione ospedaliera della pillola RU 486 e la prevenzione, con la campagna di vaccinazione antinfluenzale.

Per approfondimenti: www.regione.lazio.it

NUOVA SANITÀ DEL LAZIO
 Mi trovi, mi spieghi, mi curi

- ✓ RETI AD ALTA SPECIALITÀ
- ✓ DEA DI 2° LIVELLO IN PROVINCIA
- ✓ OSPEDALI VICINI ALLA GENTE
- ✓ ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

Renata Polverini, la donna per donna

Il mancato accordo nella Stato-Regioni aprirebbe la strada alle decisioni ministeriali

Federalismo sì, ma equo

Il ministero della Salute invia la proposta di riparto dei fondi sanità 2011 alle Regioni

Fumata nera per l'accordo sul riparto del fondo sanitario nazionale 2011. La difficile trattativa alla conferenza Stato-Regioni si è arenata, riprenderà entro breve e si spera di chiudere entro il mese. Vasco Errani, presidente della conferenza sostiene che "la tensione tra le regioni è dovuta all'esiguo aumento del fondo di quest'anno: appena lo 0,8% al di sotto dell'inflazione".

In totale la somma da distribuire è di 106.452,80 miliardi; in particolare 103.294.406.387 sono la cifra c.d. indistinta, 669.000.000 sono finalizzati per il rinnovo dei contratti e le cure agli extracomunitari; 8.840.000 vincolati per le Regioni, la pubblica amministrazione e per la medicina penitenziaria mentre 395.003.350 sono destinati ad altri enti tra cui la Croce Rossa, il Centro nazionale Trapianti gli Istituti zooprofilattici sperimentali e il finanziamento delle borse di studio agli specializzandi.

Si riaccende quindi la polemica tra Nord e Sud e si contesta il criterio di ripartizione basato sull'anzianità della popolazione, introdotto con la Finanziaria del 1996. Si propone, dal meridione, il parametro di "deprivazione" che guardi alle svantaggiate condizioni socio-economiche del territorio.

Per la ripartizione relativa agli anni 2011-2012, i criteri sono stati fissati dal patto sulla Salute siglato l'anno scorso. Spetta ora alle regioni trovare un accordo, in attesa del decreto sul federalismo che, secondo il ministro per gli Affari regionali Raffaele Fitto "cerca di dare una risposta strutturale ad un problema di squilibrio fra le diverse aree del paese che esiste da almeno 15 anni"



I fondi, regione per regione

PIEMONTE	7.785.343.478
VALLE D'AOSTA	220.579.553
LOMBARDIA	16.816.266.939
BOLZANO	840.926.094
TRENTO	891.970.521
VENETO	8.395.033.959
FRIULI	2.171.384.684
LIGURIA	2.918.755.689
EMILIA ROMAGNA	7.674.978.916
TOSCANA	6.555.014.107
UMBRIA	1.579.497.684
MARCHE	2.718.663.779
LAZIO	9.696.922.684
	più 105 mln ca. per incremento demografico
ABRUZZO	2.312.850.710
MOLISE	556.048.450
CAMPANIA	9.582.043.480
PUGLIA	6.850.710.332
BASILICATA	1.005.990.198
CALABRIA	3.589.829.629
SICILIA	8.474.605.326
SARDEGNA	2.847.400.185

I sindacati sul piede di guerra chiedono maggiori risorse per far fronte all'assistenza

Forlanini, rinasce col coma

Avviata con l'Ucri la trasformazione dell'ospedale romano minacciato di chiusura



Annunciato sulla stampa il 3 gennaio scorso è diventato realtà, tra le polemiche, il progetto che istituisce il reparto per i pazienti in coma. Costituita dalla c.d. unità di cure residenziali intensive (UCRI), articolata in moduli per un totale di 30 posti letto, la divisione – dedicato al trattamento di pazienti in stato vegetativo e minima coscienza – ha la sua sede all'ospedale Forlanini, che vede così avviato il processo di riconversione previsto dopo il trasferimento dei reparti di pneumologia nel vicino San Camillo. Inizialmente saranno 8 i

pazienti trattati, provenienti dalla casa di cura San Giuseppe diventata residenza sanitaria assistenziale ma il numero ridotto non frena le polemiche. I sindacati di categoria lamentano l'impossibilità di gestire una struttura ad alta intensità di cure con le poche risorse umane a disposizione. "Si vogliono fare le nozze con i fichi secchi – protestano all'unisono i dipendenti – si creano centri di eccellenza per mera operazione di immagine anche in presenza di tagli ai servizi essenziali e blocco delle assunzioni del personale".

Cresce l'allarme
"San Camillo
senza pace"



"L'azienda San Camillo Forlanini è abbandonata a se stessa". L'allarme è lanciato dal circolo del Pd di Monteverde che lamenta una gestione commissariale da sette mesi non in grado di risolvere gli annosi problemi dell'ospedale sulla Gianicolense né di stabilire la futura destinazione dell'ex sanatorio. Al professor Massimo Martelli è subentrato come commissario straordinario i primi di febbraio Aldo Morrone, già manager del San Gallicano. La carenza di risorse umane, il pronto soccorso al collasso, i cantieri per la ristrutturazione fermi e in condizioni di insicurezza per utenti e operatori, fanno del San Camillo una struttura ormai pericolosa, mentre il Forlanini, da tempo pericolante, resta aperto per sole 100 degenze e gli ampi spazi in dismissione sono rifugio notturno per persone senza fissa dimora. "La presidente Polverini nomini subito un direttore competente, illustri il progetto di riconversione del nosocomio e si confronti con il municipio e i cittadini – chiedono dal partito democratico - con un occhio alle necessità della gente che chiede servizi socio-sanitari territoriali di cui a Roma è carente".

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. In attesa di registrazione del Tribunale

Editore: AMI

Direttore Responsabile: GIUSEPPINA GRANITO

Grafica e impaginazione: TIZIANA GUGLIANDOLO

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/>

Inattiva dalla scorsa estate per carenza di personale

TAC fantasma alla Magliana

I tagli colpiscono anche un ambulatorio della Asl Roma D

Modernissima, costosa, praticamente intonsa. E' la Tac del poliambulatorio della Roma D, in via Vaiano, nel popoloso quartiere della Magliana, che potrebbe dare un taglio netto alle lunghe liste di attesa di Asl e ospedali ma è inutilizzata dalla scorsa estate. Da quando è stata consegnata, con grande dispendio di risorse ed energie, non è mai entrata in funzione senza alcuna motivazione ufficiale.

Al numero verde dell'Urp aziendale ci rivelano di non aver mai ricevuto comunicazioni, lo stesso avviene alla reception del moderno ambulatorio, completamente ristrutturato, intitolato a Iliano Francescone, stimato medico di famiglia della zona.

Da voci aziendali si apprende che tale inerzia sarebbe dovuta alla carenza di personale tecnico e sanitario causa blocco delle assunzioni da parte della Regione Lazio.

Dai rumors di quartiere si scopre che per collocare l'apparecchio al terzo piano, nel palazzo appena rinnovato, sarebbe stata divelta – e poi ripristinata – la parete di un ambulatorio.



Liste d'attesa

Un tranquillo week-end di ospedale

Un avvio difficile per il progetto di visite ed esami nel fine settimana



Renata Polverini ci mette la faccia. E anche il personale, almeno sui manifesti. La campagna mediatica è martellante, meno lo sono le richieste degli utenti. Ha avuto un avvio difficile il progetto della Regione Lazio, promosso dalla presidente che, in prima persona, con lo slogan "Mi state a cuore", si sta spendendo per favorire l'abbattimento delle liste d'attesa. A quanto pare i romani, vuoi per proverbiale indolenza, vuoi per l'anticipo di primavera o chissà per quale altro motivo, al San Camillo come al San Giovanni,

per non parlare del Sant'Andrea, a visitarsi e fare esami di sabato e domenica non ci vanno.

Nella prima giornata di apertura l'ospedale di Monteverde ha fatto una sola Tac e anche negli altri le adesioni alla campagna non sono state esaltanti. Ci vorrà un po' di rodaggio. Dal San Camillo esortano la Regione ad ampliare le prestazioni nelle 12 ore dei giorni feriali, con meno dispendio di risorse per il personale – che opererebbe non in regime di lavoro straordinario - e forse una più significativa presenza di pubblico.

Benessere e ambiente

Negli Usa si investe

7 milioni di dollari per tutelare la salute

E' quanto ha stanziato l'Agenzia per la protezione ambientale statunitense per avviare il programma di ricerca 'Star Science to achieve results' finanziando uno studio che valuterà gli effetti dell'inquinamento sulla salute umana con indagini nei luoghi dove la popolazione è direttamente esposta ad aria inquinata o a contatto con sostanze chimiche potenzialmente dannose. Il monitoraggio riguarderà anche gli aspetti legati a fattori di stress acuto, ansia o cattiva alimentazione,



fattori che secondo gli esperti, se combinati fra loro sviluppano patologie molto gravi. Il nuovo approccio, valutando l'impatto degli elementi combinati, consentirà di affrontare problematiche e toccare con mano le criticità "in loco", definendo più facilmente le strategie da adottare per combattere eventuali danni provocati alle persone dai vari agenti inquinanti legati a condizioni socio economiche svantaggiate, stabilendo perciò una correlazione tra rischi per la salute e status personale.

Fumo

Sigaretta, ma quanto mi costi?

Nel 2003, prima della legge 3/2003, "Tutela della salute dei non fumatori", i tabagisti erano stimati intorno al 23,8% della popolazione. Nel 2010, secondo i dati ISTAT, la percentuale dei fumatori è del 22,8%, (29,2% gli uomini e 16,9% le donne).

Da 6 anni, quindi, il loro numero in Italia oscilla intorno a valori compresi tra il 22% e il

23%, senza che si riesca ad ottenere una riduzione più significativa.

I risultati dell'anno appena trascorso mostrano quanto ci sia ancora da fare e quanto sia necessario mantenere alta l'attenzione delle istituzioni, dei mezzi di comunicazione e dei cittadini sull' "epidemia" di tabagismo, così definita dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

SIGARETTE FUMATE AL GIORNO

Costo medio pacchetto 4 euro	5	10	15	20	25	30	35	40
Spesa media settimanale	7	14	21	28	35	42	49	56
Spesa media mensile	30	60	90	120	150	180	210	240
Spesa media annuale	365	730	1095	1460	1825	2190	2555	2920

Cittadini Ue

Rimborsi per le cure all'estero

Una direttiva del parlamento europeo approvata il 20 gennaio scorso, stabilisce il diritto dei cittadini dell'Unione alle cure mediche negli Stati membri, con rimborso delle prestazioni da parte del paese di appartenenza, a patto che i costi dell'assistenza ricevuta siano coperti dal proprio servizio sanitario.

Si attende il varo formale del Consiglio Ue ma sul provvedimento c'è una larga intesa. Gli stati membri avranno trenta mesi di tempo per adeguare la legislazione nazionale.

La direttiva chiarisce le modalità di rimborso e i casi in cui è richiesta una autorizzazione preventiva alle cure.

Emergenza

Ice, una sigla che aiuta la vita

Un incidente grave, un malore, uno stato di incoscienza: pane quotidiano per gli operatori del soccorso. Contattare un parente, una persona vicina è essenziale in questi casi ma quasi sempre tra i tanti numeri salvati nella rubrica dell'ormai onnipresente cellulare, nessuno ha l'indicazione del soggetto cui rivolgersi nell'emergenza. Così è stata lanciata l'idea - che circola in rete da anni - di registrare sotto la sigla internazionale ICE, ovvero In Case of Emergency, il nominativo prescelto in situazioni urgenti ed eventualmente numerare ICE1, ICE2, ICE3 nel caso vi fossero più persone da avvertire. Semplice da fare, a costo zero e, facendo i debiti scongiuri, di sicura utilità. E' l'uovo di Colombo, sentenzierà qualcuno, ma quanti di noi hanno già provveduto?