

La diagnostica per immagini nel Lazio

Pregi e criticità dei piani operativi e proposte Fassid per migliorare la qualità e razionalizzare la spesa

L'area Radiologica

Abbiamo letto con attenzione e interesse la bozza dei programmi operativi emanata dalla Regione Lazio il 21 Marzo u.s., sperando di trovare al suo interno primi segnali di rinnovamento. Purtroppo restiamo piuttosto critici nei confronti delle scelte operate, che riteniamo legittime ma miopi, per il mancato coinvolgimento delle OO.SS., che dimostra ancora una volta che le istituzioni identificano i sindacati come soggetti dediti al perseguimento di interessi privati e privilegi di casta in opposizione all'interesse pubblico. Opinione superficiale e diffusa (oggi molto di moda) ma che non appartiene alla cultura dei sindacati della dirigenza sanitaria, e in particolare di FASSID, che ha sempre garantito contenuti altamente tecnici a difesa dell'interesse della collettività (che di fatto coincide con quello dei professionisti!).

Per quello che riguarda l'area radiologica, dopo gli interventi delle altre componenti Fassid, è lecito affermare che pochissime categorie mediche hanno un maggior interesse per la "salute organizzativa" del sistema come chi esercita la diagnostica per immagini, morfologica e funzionale, e le terapie mininvasive che implicano l'uso delle immagini cliniche, con le indispensabili competenze professionali; in altri termini l'Area Radiologica (Radiologi, Medici Nucleari, Radioterapisti, Fisici Sanitari). Le nostre sale sono coinvolte quasi per l'intero volume di attività di ogni azienda e per questo, se la salute dell'azienda è fallace e la gestione del flusso della diagnostica non ci vede partecipi, sulle nostre sale si riverserà una esondazione di magma organizzativo che rischia di mandare in tilt l'intera azienda.

Purtroppo i piani operativi non mostrano di aver recepito la centralità delle strutture dell'area radiologica, sembrerebbe anzi emergere una visione arretrata e ancillare delle radiologie, a partire dalle diagnostiche, ma anche delle potenzialità delle terapie mininvasive, radianti e interventistiche. Questo mentre stentano a decollare, perché in sofferenza, per esempio, le RT dell'AO San Giovanni, nonostante i lauti investimenti, e dell'Ospedale San Filippo Neri, ambedue per carenza cronica di personale, nonostante la volontà organizzativa dei nuovi Direttori, costretti a subire il blocco del turn-over del personale causato dal piano di rientro, cui fa da contraltare però la completa libertà dell'accreditato privato di assumere e acquistare contando sui rimborsi regionali, come avvenuto di recente al Campus Biomedico.

Nei piani operativi l'area radiologica è a stento nominata e sempre con ambigue affermazioni delle quali non si comprendono finalità e conseguenze.

Apprezziamo, e non poco, l'intento di rendere paritario il controllo sull'accreditato, che di norma fruisce del vantaggio di piena libertà di scelta su cosa erogare, come erogarlo e con quali e quante risorse e che dovrebbe essere invece messo in condizioni di lavorare al pari del pubblico, con onori e oneri, ovvero prestazioni ad alto rischio e bassa remuneratività, pari dotazioni organiche, pari valori stipendiali etc. Anche se, su questo argomento, ci sfugge come mai nella voce "prestazioni da privato ambulatoriale" (C.32a) se si legge un decremento della spesa del 2% nel 2014 si prevede tre righe più avanti un incremento di spesa per questa stessa voce di 6,6 mln nel 2014 e 2015.

Ci preoccupa invece, e molto, lo sfioramento di temi molto sensibili senza chiarirne margini e aspetti. Per esempio si accenna alla Telemedicina, senza altre specifiche, ed il tema, per la radiologia, è cogente in molte realtà italiane. Continuamente le équipes radiologiche, formate normalmente da Medico Radiologo, Tecnico Sanitario di Radiologia Medica e Infermiere, vengono smembrate per motivi economici a scapito della qualità della prestazione, impedendo un'adeguata valutazione clinica sugli esami per immagini, il cui fine fondamentale è quello di ridurre la spesa inappropriata filtrando le richieste non congrue al quesito clinico, compito (quest'ultimo) che può essere svolto solo dal medico radiologo e nessun altro (clinico inviante o TSRM che sia).

Inoltre, dopo le affermazioni del Direttore Generale dr. Francesco Ripa Di Meana (Manager assai stimato negli ambienti amministrativi e politici della sanità pubblica), che con una frase inopportuna e incongrua, nonché sgrammaticata: “le radiologie possono essere lette dappertutto”, ci equipara a lettori di figurine e non certamente a clinici a contatto con la storia, col paziente, con gli altri clinici, con le cartelle, con i tecnici di riferimento, i TSRM, e infine con le macchine, cosa dovremo aspettarci dagli altri DG anche meno “quotati”?

Sono già in corso progetti di “pseudoteleradiologia” del tutto fuori norma, per i quali è costantemente richiesto il nostro intervento regolatore, ahimé spesso attraverso diffide e denunce.

La Radiologia non è, lo ribadiamo ai non addetti ai lavori, un produttore di “immagini leggibili dappertutto”, ma è una complessa attività clinica.

Questa interpretazione riduttiva troppo spesso porta a considerare il tutto appaltabile in “outsourcing”, ma la radiologia è frutto di competenze diverse che per necessità e cultura devono essere integrate fra loro e con il resto dell’apparato clinico e dei saperi, a partire dalle diverse esperienze e competenze di base.

Negli indirizzi per gli atti aziendali già si intravede la possibilità che si riducano le strutture complesse. Un provvedimento non certo funzionale, come sarebbe doveroso, ma legato ad una politica di risparmio indiscriminato, peraltro risibile se paragonato a sprechi e inapproprietezze ancora molto diffusi nel Lazio.

Se si colpiscono le Radiologie e l’area radiologica riducendone di fatto capacità di agire e autonomia strutturale si dimostra di non comprendere il vero problema: una elefantica struttura aziendale non potrà garantire né le necessarie competenze cliniche specifiche per un coordinamento efficace né un’organizzazione sanitaria che possieda la complessità e la qualità necessarie.

Il Direttore Medico di una struttura non è un mero contabile che tenga solo al bilancio dei costi e ricavi, ma deve avere il polso clinico del flusso di pazienti ed esami.

Già sono in atto esternalizzazioni affidate a improbabili società di caporali che gestiscono professionisti/schiavi con compensi da fame e ricattabili che rischiano il se non portano l’acqua al mulino del loro “massa”, come ad Atlanta nell’800. Manca solo un Rhet Butler nordista.

In questa giungla si finge modernità e *project-financing* per strutturazioni a dir poco vessatorie e insicure. Si fa continuamente riferimento al modello Lombardo che, come è noto agli addetti, è causa di alta spesa e alto rischio di trattamenti ed esami inappropriati, senza voler giungere agli eccessi assurti alle cronache criminali della nota Clinica Santa Rita.

Si parla di tariffe per “pacchetti” o “percorsi” senza sottolineare che devono essere separati i diversi livelli, a seconda dei casi, giacché invero se una stessa struttura si occupa di primo, secondo e terzo livello sarà estremo il rischio di inapproprietezza e di shift inadeguato lungo la filiera dal primo al terzo, per garantirsi le tariffe di tutti e tre i livelli.

Invece di programmare il superamento del precariato si programma, fra le gare gestite centralmente, anche quelle, sotto la voce “beni e servizi”, per “servizi infermieristici e lavoro interinale”, proprio il cancro del precariato e del profitto parassitario sul lavoro altrui che sta distruggendo la sicurezza del lavoro e delle cure.

Leggiamo con stupore a pagina 53 che la “rideterminazione delle piante organiche dovrà essere effettuata al netto dei servizi esternalizzabili che ciascuna Azienda dovrà individuare in accordo con la Regione e nel rispetto della riorganizzazione dei servizi sanitari”; per non dire che a pagina 32, quando si parla di Emergenza-Urgenza l’unica divisione sulla quale pesa l’intera organizzazione dei flussi e delle diagnosi dei DEA, mediche, chirurgiche, specialistiche, cioè la diagnostica per immagini, non è nemmeno nominata; insomma un quadro tutt’altro che rassicurante per i cittadini.

L’SNR-FASSID ha le idee chiare su come rimettere in pista competenze e sicurezza. Uno dei documenti chiave della Società Scientifica, la SIRM, con cui l’SNR è legato da decennale rapporto di collaborazione reciproca, è quello che riguarda le “Linee Guida per l’istituzione di unità territoriali di diagnostica per immagini presso le strutture sanitarie pubbliche”, mentre nelle

linee guida Regionali per le Case Della Salute con leggerezza si lascia una scelta vaga e priva di parametri per i convenzionamenti con strutture private, senza stabilirne condizioni e regole.

Queste linee guida SIRM-SNR sono già in via di adozione presso la Regione Sicilia e costituiscono un punto di alta proposta organizzativa, dal quale si potrebbe partire per rimettere in condizione di operare il territorio del Lazio, in difficoltà, e non da oggi, per la diagnostica. Insomma come sempre il Sindacato dell'Area Radiologica, ora nella FASSID, è disponibile a mettere in campo le sue competenze e capacità per risolvere i problemi.

Altro argomento importante è l'obsolescenza delle attrezzature (corre voce che sia al lavoro una commissione "grandi macchine" che si starebbe occupando di PET, RM, etc.). Chi programma e analizza il reale fabbisogno di esami e terapie, in un Paese che è secondo solo alla Grecia per numero di esami radiologici e per immagini, ma in una regione dove c'è ancora, vicino al potere, qualcuno che afferma che per abbattere le liste di attesa bisogna aumentare la produzione invece di controllare la domanda? E ancora di più brucia sentire che si ventilano letali aperture serali e domenicali, del tutto inutili a risolvere il problema ma utili ad aumentare ancora la spesa sottraendo risorse ad altre più sostanziose emergenze.

Ma sembra che sia di prammatica nel Lazio una sordità ai competenti, nulla emerge al momento dalla Commissione dei "Saggi", in più una pleora di "pseudo-competenti" si aggira per la Regione supportando decisioni politiche spesso non improntate a conoscenze tecniche ma (udite udite!) al "buon senso comune" o all'economicismo ideologico più vieto, persino fino alla teorizzazione della obsoleta concorrenza fra "erogatori", esiziale per la salute del sistema, come se la Sanità consistesse in una fornitura di "prestazioni" da eseguire in competizione piuttosto che invece un agire coordinato in rete in cui il centro è il cittadino e non la "produzione" e la parola chiave è "col-laborazione".....

Insomma, a fronte di anni passati in abbandono totale, non vorremmo che l'attuale attivismo della giunta in sanità ci inducesse a sperare in qualche intervento in meno e in qualche festa *peplum* con maschere da maiali in più...

Scherzi a parte, ancora aspettiamo (e speriamo fiduciosi) un piano organico per l'area radiologica, e rinnoviamo la nostra disponibilità a partecipare a stenderlo in modo congruo e coerente con le esigenze dei cittadini.

La FASSID indirizza oggi alle autorità regionali, ai dirigenti e ai rappresentanti politici **una lettera** in cui esprime una forte preoccupazione per i futuri assetti del sistema e per la sua sopravvivenza e chiede un incontro urgente con le autorità di programmazione per cercare di dare un costruttivo contributo alla riorganizzazione del sistema sanitario del Lazio.