Rivista della Federazione Nazionale dei Laboratori di Analisi

FEDERLAB ITALIA

NUMERO 1 - LUGLIO 2010

Rete di riorganizzazione dei Laboratori

LA SOGLIA MINIMA DI EFFICIENZA COME STRUMENTO PER L'ADOZIONE DI UN SISTEMA LIBERALE

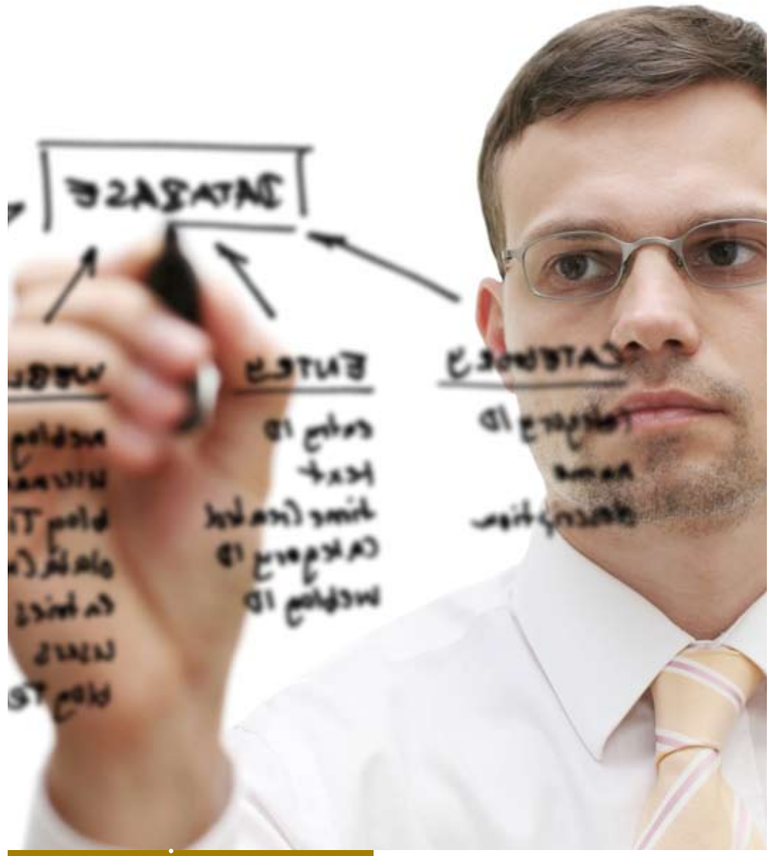
ANNO IV - NUMERO 1 - LUGLIO 2010 www.federlabitalia.com Spedizione in Abbonamento Postale - 4% - art.2 -comma 20/b Legge 662/96

editoriale

UNA NUOVA RIVISTA PER UNA SANITA' DI VALORE

QUESTO È L'OBIETTIVO COMUNE NON SOLO DEL COMPARTO SANITARIO PUBBLICO, MA ANCHE DI QUELLO PRIVATO.

La situazione generale della condizione sanitaria nazionale, tra criticità economiche, bilanci in passivo, riorganizzazione delle reti di assistenza e dei servizi, stesura di linee guida, che rispettino gli standard di qualità e quant'altro, sta denunciando, in questi ultimi mesi, anche per la convergenza di eventi economici internazionali non certo favorevoli, tutta la sua complessità.
Mettere ordine ad un comparto, che assorbe l'80% dei bilanci regionali e che vede coinvolte una pluralità di figure in contesti regionali eterogenei e a volte contrastanti, è sicuramente missione ardua.
Per questo motivo, intervenire sul comparto sanitario non può essere solo un'azione dettata unicamente dall'alto e da progetti legislativi di riforma, sicuramente apprezzabili, ma deve essere condivisa con tutti gli attori che vi sono coinvolti.
Primi fra tutti quelli del comparto sanitario privato, che, da anni, coprono le assenze del SSN e del SSR nell'erogazione delle prestazioni di base e sopportano, ormai da lungo tempo, il peso dei bilanci passivi di Aziende Sanitarie malgestite e disorganizzate.
E l'affare sanità deve vedere coinvolto anche il mondo economico e politico, soprattutto locale, nella scelta di strategie che premino il valore, che esaltino l'eccellenza e che indirizzino strategicamente i fondi di investimento verso il miglioramento di un sistema, le cui buone pratiche non possono che andare a vantaggio di tutti. Da questo punto di vista, il mondo della sanità privata e, nella fattispecie, quello dei laboratori di analisi, la sua parte sta cercando di farla, e al meglio.
La nostra rivista vuole essere lo specchio di questa volontà e dell'impegno per il miglioramento del servizio sanitario, per sostenere il cammino verso una migliore governance, che porti all'eliminazione degli sprechi e all'equiparazione tra pubblico e privato.
E siccome il privato male non fa e attorno al privato si muovono figure di eccellenza di alto valore, la rivista vuole essere anche la voce di tutto quel mondo imprenditoriale, che ruota intorno al sistema sanitario privato. E questo per superare antichi pregiudizi e offrire l'immagine di chi coopera attivamente alla soluzione di una situazione, che tocca l'intera società italiana.



sommario

Le bugie con le gambe lunghe 4
Il cammino di Federlab Italia 5
CEIS, Rapporto Sanità 2009 7
Federalismo in Sanità e costi standard 10
Il Centro Analisi FlemingLabs 13
Biologi, l'ordine e il disordine 16
Biologi per il rinnovamento 17
Vince la carta del rigore e dell'attesa 20
La programmazione della spesa sanitaria 23
Lobby e nuova democrazia 27
DNA sintetico. Verso una nuova forma di vita? 30
Tanzania. Pangea Onlus 33
La Sensibilità Chimica Multipla, una patologia ancora tutta da scoprire 37
Malattie cardiovascolari. Prevenzione ed esami di laboratorio 40
Privacy 43
Sistemi digitali per la rete dei laboratori 45
Calcante. Il portale multiservizi 47
La Gastrosofia. La cucina come laboratorio 49

FEDERLAB - RIVISTA UFFICIALE DEI LABORATORI ITALIANI
DIRETTORE RESPONSABILE: VINCENZO D'ANNA - direttorefederlabitalia@gmail.com
DIREZIONE, REDAZIONE, AMMINISTRAZIONE: Via Del Corso, 42 - 00186 ROMA
Tel. 06.97841201 - Fax 06.97841203 redazionefederlabitalia@gmail.com
EDITORE: FEDERLAB ITALIA - www.federlabitalia.com info@federlabitalia.com
TESTATA REGISTRATA PRESSO IL TRIBUNALE DI S. MARIA C.V. n. 697 in data 13/11/2007
Stampa a cura di Rossi srl - Via Boscofangone Zona A.S.I. 80035 NOLA (NA) tel 081 3151040-1 fax 081 8210439

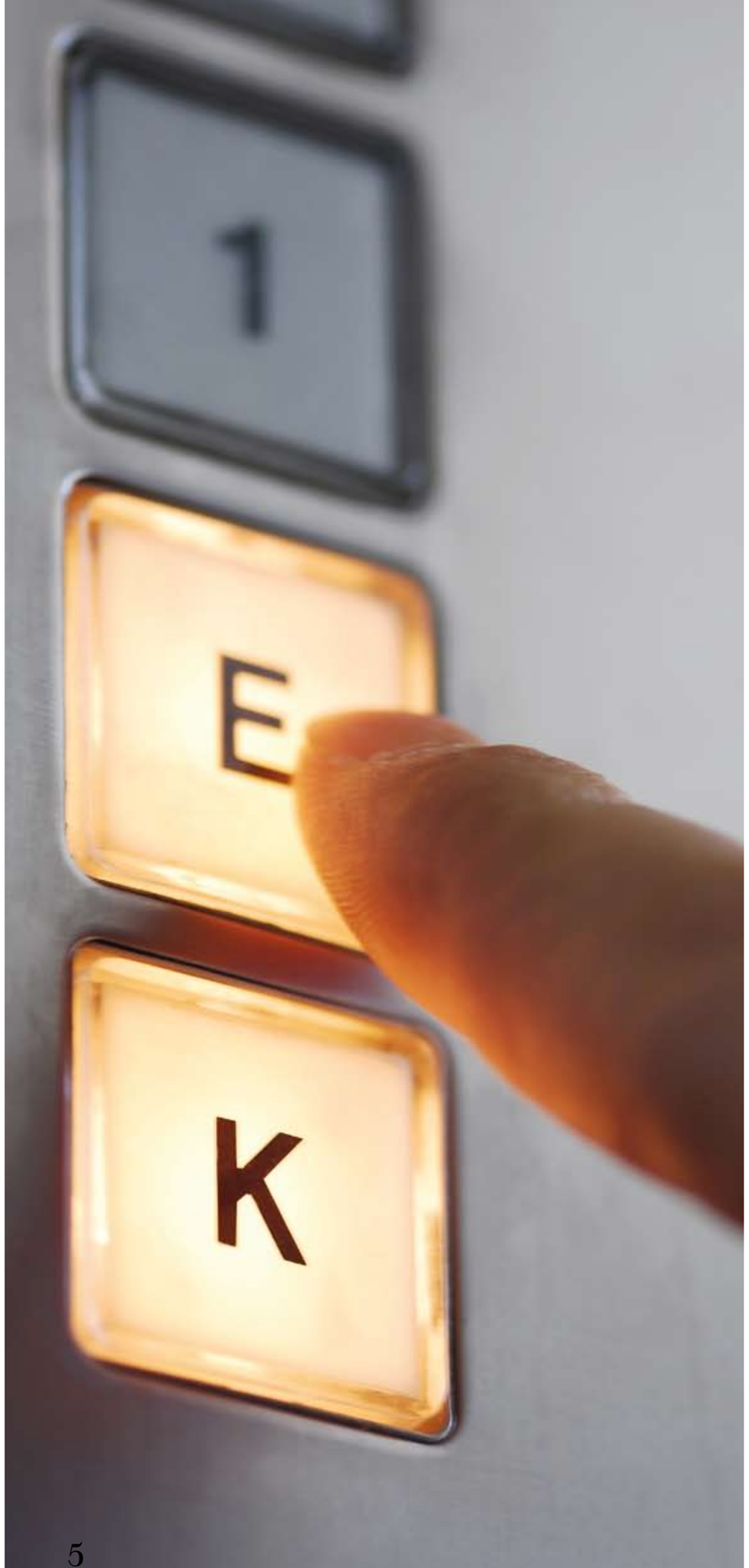
LE BUGIE CON LE GAMBE LUNGHE

ON. VINCENZO D'ANNA
PRESIDENTE DI FEDERLAB ITALIA

Come è ormai noto a tutti i laboratoristi Italiani, il Ministero della Salute ha adottato il Documento Tecnico con il quale ha indicato i criteri e le modalità per la Riorganizzazione della Rete delle strutture di laboratorio

Il Documento, elaborato anche con l'apporto di FederLab Italia, modifica integralmente la Linea Guida adottata in precedenza dal Ministero della Salute, introducendo una forte riduzione (da 750-500 mila a 200-100 mila prestazioni/anno) della soglia minima di efficienza richiesta alle strutture di laboratorio, per mantenere l'autonomia gestionale.

In poche parole, si tratta di stabilire quale sia il limite oltre il quale è consentita un'autonoma possibilità di stipulare, nella veste di singola struttura oppure come Consorzio tra strutture, il contratto per l'erogazione di prestazioni per conto del Servizio Sanitario Regionale, quest'ultimo nella veste sia di committente del servizio sia di pagatore delle prestazioni rese.
La soglia di efficienza, giova ricordare, è l'elemento che caratterizza il grado di rendimento economico di un laboratorio, il livello al di sotto del quale vengono a mancare le risorse economiche e finanziarie in grado di garantire l'acquisizione, il mantenimento e l'eventuale implementazione dei requisiti minimi ed ulteriori di Autorizzazione, di Accreditamento nel rispetto dei requisiti di qualità delle prestazioni erogate dalla struttura.
Il Documento Ministeriale, in materia di requisiti minimi, strutturali, strumentali, tecnologici, organizzativi e di personale non introduce alcun requisito aggiuntivo e richiede null'altro che il rispetto della normativa nazionale in materia di requisiti, ex DPR 14.01.97, per l'Autorizzazione all'esercizio delle attività di laboratorio.
Nelle Regioni, ove la normativa in materia di requisiti per l'Autorizzazione all'apertura ed al funzionamento delle strutture sanitarie è stata correttamente applicata e verificata sul campo, la previsione contenuta nel Documento Ministeriale è del tutto ovvia e largamente soddisfatta dai laboratori di analisi, che erogano per conto del SSN.
In altre Regioni (Abruzzo, Lazio, Marche, Puglia e Sicilia), ove la vigente normativa regionale è carente, ovvero non ha completamente recepito la norma in materia di requisiti, né è stata verificata la sussistenza dei settori specializzati annessi al laboratorio generale di base, nasce il problema.
Insorge addirittura un contrasto tra coloro che posseggono i requisiti di legge e ne reclamano l'osservanza per tutti i laboratori, e coloro che pretendono di continuare a svolgere l'attività in assenza di una parte dei requisiti stessi.
Questi ultimi invocano, come un proprio diritto, il mancato adeguamento ai requisiti ed alla previsione dei settori specializzati, anche in ragione delle piccole dimensioni della struttura, ovvero del limitato volume di prestazioni erogate; quasi che il limitato volume di prestazioni erogate, autorizzi ad erogare le medesime, in assenza dell'organizzazione tipologica prevista dalla legge e posta a garanzia della qualità delle prestazioni stesse.
Ad alimentare il contrasto, una sedicente organizzazione sindacale, sedicente nel senso che pretende di rappresentare gli interessi dei professionisti, in genere Biologi, ovvero la professionalità dei medesimi, anche quando l'erogatore opera come una persona giuridica, una società di persone o di capitali.
Ovviamente, incuranti del fatto che nessuno minaccia le prerogative professionali dei Biologi, dei Chimici, dei Medici che operano in laboratori e che i requisiti minimi sono imposti alle strutture erogatrici, titolari del rapporto con il Servizio Sanitario.
Per tutelare una nicchia di privilegiati, non si esita a spargere in giro la zizzania della maldicenza e l'idea che FederLab Italia intenda avversare le piccole strutture di laboratorio a vantaggio di altre entità non ancora individuate.
Nulla di più falso!
Nelle indicate Regioni, ove la normativa è carente o non applicata, operano centinaia di laboratori, non necessariamente piccoli, che, da semplici laboratori di base ed in assenza dei settori specializzati annessi al laboratorio generale di base, accettano di eseguire tutte le prestazioni richieste dall'utenza, salvo poi a trasferire a grandi laboratori, che operano il Service, gran parte delle prestazioni analitiche accettate. Si realizza, in tal modo, una condizione di diffusa illegalità e si cristallizzano rendite di posizione sul mercato di pochi laboratori, nel frattempo la maggior parte dei rimanenti laboratori è praticamente relegata a svolgere il ruolo di Centro Prelievi per i laboratori di Service, con buona pace della salvaguardia della professionalità degli operatori. Parimenti, si alimenta una odiosa quanto ingiusta disparità a danno dei laboratori, che osservano la legge, sono organizzati con i settori specializzati e ne sopportano il relativo onere gestionale, e di contro subiscono la concorrenza degli altri laboratori di base privi dei requisiti di legge.
Un paradossale ribaltamento della verità, in cui coloro che disattendono l'osservanza dei requisiti si atteggiano a vittima di coloro che ne sopportano per intero l'onere economico.
Il tutto in nome dei "piccoli laboratori" vessati dai cattivi maestri di FederLab.
Ulteriore elemento di confusione nasce dall'idea distorta, propagandata dai "soliti sindacati", sulla soglia minima di efficienza, che è soglia tecnica e non politica, una griglia tecnica di valutazione, determinata su base scientifica ed obiettiva, per individuare il grado di efficienza economica e gestionale dei laboratori e non certamente un criterio tirannico arbitrariamente utilizzato per diminuire il numero dei laboratori sul territorio. E' bene confutare questa ulteriore bugia e ribadire che la soglia di efficienza può essere applicata solo ed esclusivamente quando alle strutture è garantita la possibilità di poter crescere economicamente, attraverso la libera scelta dell'utente e raggiungere il limite volumetrico di prestazioni indicato dalla soglia. Viceversa, avremmo un uso della soglia meramente strumentale e discrezionale, per indurre l'accorpamento delle strutture e la riduzione del loro numero. Un artifizio simile a quello già escogitato in passato dal Ministero, che intendeva indurre l'accorpamento forzato dei laboratori con il taglio delle Tariffe di remunerazione. La soglia di efficienza è un elemento tecnico e non politico e richiede l'adozione di un sistema liberale, in cui la competizione tra strutture sia libera da vincoli e da assegnazioni economiche (Tetti di struttura), basata esclusivamente sulla libera scelta dell'utenza. In breve, occorre fissare limiti di spesa per branca specialistica e consentire che ciascuno sia libero di raggiungere il volume di prestazioni erogabili previsto dalla soglia.
Occorre, però, che la competizione libera tra strutture, che è l'elemento caratteristico del Tetto per branca specialistica, sia disciplinata da determinate regole imposte a tutte le strutture, che competono in comunanza di Tetto economico. Determinare preventivamente sia la Capacità Massima Operativa delle strutture (determinazione delle quantità di prestazioni erogabili) sia la Tipologia Organizzativa (determinazione della tipologia e della qualità delle prestazioni erogabili) in ragione dei settori specializzati posseduti dai laboratori.
Un'elementare codifica dei requisiti posseduti dai laboratori piccoli, medi e grandi che siano, affinché il fatturato delle strutture, ovvero il raggiungimento della soglia di efficienza, sia determinato unicamente della scelta del cittadino.
Una posizione, quella di FederLab Italia, che, oltre ad essere aderente alla legge sui requisiti, è aderente alla legge sulla concorrenza di mercato ed alla libertà economica.
Contro questa elementare richiesta di legalità e di concorrenza si battono piccoli e grandi interessi, quelli piccoli si identificano in coloro che intendono sfruttare le rendite di posizione con bassi requisiti ed oneri ed alte tariffe, e quelli grandi che sfruttano Tetti di Spesa ereditati dai fatturati prodotti nelle precedenti annualità.
E' tra questa gente, che si alimentano le bugie con le gambe lunghe, dure a morire, ma, come tutte le bugie, facilmente confutabili dalla semplice verità dei fatti.



IL CAMMINO DI FEDERLAB ITALIA. UN ANNO DI BATTAGLIE CON MOLTI SUCCESSI

Con l'annullamento del Decreto Ministeriale 12/09/2006 (Il Decreto propone di nuovo il D.M. 22.7.1996 "Bindi" già annullato in precedenza) sulle tariffe per la remunerazione delle prestazioni sanitarie, il Consiglio di Stato ha recepito interamente la tesi, da sempre sostenuta da FederLab Italia, sull'obbligo che il Ministero della Salute ha di "determinare le tariffe di remunerazione delle prestazioni specialistiche attraverso una prima rilevazione dei costi (delle prestazioni stesse) su un campione rappresentativo e congruo delle strutture pubbliche e private accreditate, denunciando le tariffe senza i costi produttivi".

La sentenza del Consiglio di Stato è l'ultima di una serie di azioni, che Federlab Italia sta svolgendo, con estrema tenacia e coerenza, fin dal momento stesso della sua costituzione.
Azione ulteriormente intensificata all'indomani della manifestazione nazionale di protesta, l'autunno scorso, che portò al ritiro dell'ipotesi caldeggiata dal Ministro Fazio sulla Riorganizzazione della Rete dei Laboratori.
Se, infatti, la Riorganizzazione fosse stata condotta secondo i criteri ministeriali proposti, che prevedevano la soglia minima di efficienza in 500/750 mila prestazioni annue, il comparto sarebbe stato decimato.
Alla nostra protesta è seguita, in breve tempo, la costituzione di un Tavolo Tecnico, composto anche dai rappresentanti di categoria delle strutture private, che ha prodotto, a febbraio,

il documento sulle nuove “Linee guida della Riorganizzazione della Rete dei Laboratori”, con il quale è stata introdotta la soglia minima di efficienza in 100mila prestazioni annue, complessivamente erogate, per diventare 200mila nel corso del triennio. Le nuove linee guida sono diventate, come è noto, punto di riferimento obbligato per le Regioni sottoposte al Piano di rientro.

Un ulteriore importante successo è stato il ritiro delle nuove tariffe di specialistica ambulatoriale, proposte dal Ministero nel maggio 2009.

Un tariffario ampiamente scollegato dalla realtà e di cui abbiamo dimostrato l’infondatezza attraverso la ricerca, corredata di relativi dati, condotta dal Centro Studi di FederLab Italia, in collaborazione con Antonello Zangrandi, docente di Public Management and Policy, all’Università Bocconi di Milano. Dalla ricerca si evince come i costi delle prestazioni nella sanità pubblica siano anche superiori rispetto al simile comparto privato e come le strutture laboratoriali private producano a costi inferiori.

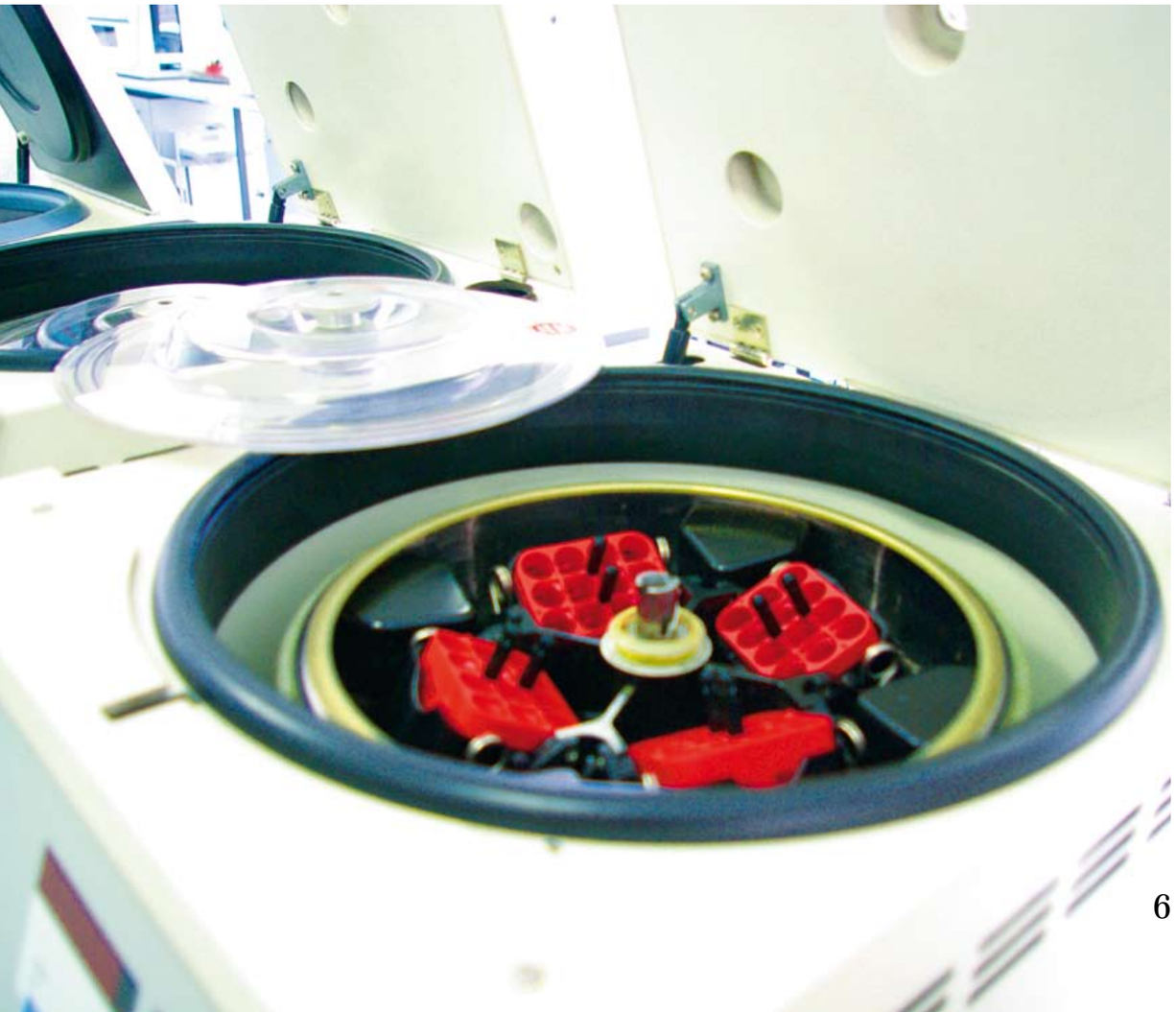
Per verificare la composizione dei costi delle prestazioni abbiamo, quindi, dato avvio alla richiesta di accesso agli atti presso le singole regioni, proprio per possedere tavole comparative precise e comprendere, regione per regione, l’origine stessa del costo di produzione. Indagine, che sarà di grande aiuto nell’elaborazione del Nuovo Nomenclatore Tariffario. E là dove l’accesso agli atti è stato impedito o ostacolato abbiamo avuto il favore delle sentenze dei diversi TAR regionali, che hanno obbligato le Regioni a consentire il nostro accesso, a riprova della fondatezza della nostra posizione.

Con il Tavolo Tecnico si è, invece, aperto lo scenario, che dovrà portare alla razionalizzazione del servizio delle prestazioni private di laboratorio e all’individuazione del fabbisogno necessario. Per giungere, tuttavia, ad un risultato stabile, duraturo ed efficace è necessario avviare un periodo di monitoraggio nelle regioni, per stabilire non solo la capacità produttiva delle strutture di laboratorio, ma anche per individuare l’elenco delle prestazioni, complessivamente svolte, e giungere così a stabilire il fabbisogno necessario.

Il passaggio ineludibile e immediatamente successivo sarà quello dell’abbandono del criterio del limite delle prestazioni sanitarie di laboratorio per Tetto di struttura e l’adozione del criterio del Tetto di branca. L’esperienza campana, in tal senso, in 9 anni di applicazione, ha dimostrato: tenuta economica del sistema; sana competitività tra la strutture, possibilità di monitorare la spesa e di adottare tutte le misure correttive necessarie, basate proprio sull’effettivo fabbisogno per branca specialistica. Uno stimolo, questo, a che ogni struttura implementi meglio la propria attività in direzione della qualità e di una maggiore espansione della specialistica. L’adozione del Tetto di Branca sarà la chiave, che permetterà di evitare la scomparsa dei piccoli laboratori, per i quali si aprirà la strada dell’aggregazione, di cui si stanno disegnando modalità e forme.

LAST BUT NOT LEAST.

L’azione che il nostro Presidente, On. Vincenzo D’Anna, sta portando in Parlamento e i suoi frequenti contatti e incontri con il Ministro Fazio approderanno ad una proposta legislativa, che darà l’assetto definitivo e organico alle strutture di laboratorio private su tutto il territorio nazionale. Proposta di cui sarà data possibilità di ampio dibattito in un prossimo incontro, organizzato a Roma, in autunno.



CEIS. RAPPORTO SANITA' 2009

Lo studio, costruito su dati raccolti nel 2007 e pubblicato di recente dal CEIS (Center for Economic and International Studies) dell’ Università Tor Vergata di Roma, evidenzia come l’elevato numero delle strutture erogatrici non influenzi la spesa per le prestazioni specialistiche. La ricerca rivela, poi, la mancanza di correlazione tra numero di strutture e spesa sanitaria e avvalora la tesi, secondo cui la spesa totale per le prestazioni di specialistica ambulatoriale cresce in misura inversamente proporzionale all’offerta della rete delle strutture private accreditate.

Una vera miniera di dati, l’ultimo rapporto CEIS sullo stato della Sanità 2009. Una radiografia articolata e approfondita sul comparto pubblico e privato in Italia, (soprattutto per il privato come unica ricerca di riferimento), che disegna una forte disomogeneità territoriale regionale e fa chiarezza su tenaci luoghi comuni come quelli legati alla “opinio” diffusa, che vede nel privato una fonte di ulteriore spesa per lo stato.

LE DIFFERENZE REGIONALI

Il CEIS segnala, innanzitutto, come nella tariffazione regionale ci sia una forte differenziazione dei livelli di remunerazione delle prestazioni specialistiche, “che mostrano differenze fino a 80 volte tra una Regione e l’altra” e che le tariffe, quindi, “non sembra siano legate ai costi di produzione, come ci si aspetterebbe, quanto alle politiche di (dis)incentivazione all’effettuazione di alcune prestazioni”.

Si sa, infatti, che, con il Decreto Bindi sulla “Ricognizione e primo aggiornamento delle tariffe” prestazioni, come quelle di laboratorio, “vengono valutate dalle Regioni in maniera sostanzialmente omogenea. Ma – avverte il

CEIS - differenze tariffarie, anche minime, per prestazioni come quelle di laboratorio, essendo le prestazioni numericamente più diffuse, portano a differenze significative in termini di costi per il SSR. Tale incentivo o disincentivo – prosegue il CEIS - potrebbe essere legato ad un tentativo di combattere l'inappropriatezza, ma è lecito il dubbio che possa essere distorto da vincoli di risparmio finanziario. Tra le Regioni soggette al Piano di rientro, il Lazio, l'Abruzzo, la Liguria e il Molise hanno adottato le tariffe nazionali, mentre la Campania e la Sicilia si sono discostate dal riferimento nazionale: la prima con tariffe mediamente più basse, la seconda con valori tariffari in media lievemente superiori rispetto a quelle nazionali".

IL QUADRO GENERALE PER DIFFUSIONE E AMPIEZZA. IN RIDUZIONE LE STRUTTURE DI LABORATORIO

Sono 4.270 le strutture, che erogano prestazioni di laboratorio (4.235 nel 2006 e 4.258 nel 2005). "Prosegue - secondo il CEIS - il trend di riduzione delle strutture operanti, iniziato già nel 2004, e appare disomogenea la distribuzione territoriale pubblico/privato. Si passa da Regioni, come il Piemonte e l'Umbria, in cui, oltre il 76,0% delle strutture, ha una natura pubblica, a Regioni, come Sicilia e Campania, in cui la percentuale di strutture pubbliche è inferiore al 20%".
A questo si aggiunge anche una riduzione delle "dimensioni" medie, che interessa, per il 18,9%, le strutture di laboratorio. "Fatto – spiega il CEIS - da attribuire ad una riduzione complessiva dei volumi di attività. Nel 2007 il bacino di utenza medio degli ambulatori e laboratori è stato pari a 6.070 abitanti per struttura, con al Nord di 8.239 abitanti per struttura, al Sud di 4221 e al Centro di 5.479. Sicilia, Campania e Calabria sono state le Regioni con il bacino medio di utenza inferiore".

LABORATORI DI ANALISI CLINICHE - ANNO 2007

Regioni	Strutture Accreditate	Strutture Pubbliche	Totale	Prestazioni di laboratorio per abitante
Valle D'Aosta	1	0	1	12,16
P. A. Bolzano	5	9	14	5,67
P. A. Trento	5	11	16	15,29
Molise	19	6	25	14,1
Friuli Venezia G.	9	19	28	15,14
Umbria	8	28	36	12,4
Basilicata	23	33	56	8,67
Abruzzo	62	36	98	11,55
Marche	51	50	101	9,3
Liguria	32	71	103	13,68
Sardegna	57	50	107	13,75
Toscana	54	84	138	13,27
Veneto	90	70	160	10,58
Emilia Romagna	69	102	171	13,7
Piemonte	35	160	195	14,22
Calabria	116	87	203	11,83
Lombardia	208	132	340	16,74
Puglia	218	135	353	14,57
Lazio	333	155	488	12,49
Sicilia	675	141	816	12,35
Campania	658	163	821	10,1

COSTI E VOLUME DI PRESTAZIONI

La spesa sanitaria totale in Italia nel 2008 rappresenta l'8,7% del PIL, ma, per l'indotto, l'economia legata alla Sanità in "termini di valore aggiunto supera il 12%, rappresentando la terza industria italiana dopo alimentari ed edilizia".
Lo studio del CEIS evidenzia, però, la mancanza di correlazione tra numero di strutture e spesa sanitaria, per cui l'elevato numero delle strutture erogatrici non influenza la spesa per le prestazioni specialistiche, mentre si avanza la tesi che la spesa totale, per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, cresca in misura inversamente proporzionale all'offerta della rete delle strutture private accreditate, cioè del numero delle strutture offerenti.
"In presenza di una spesa bassa – dice Pietro Napolitano, responsabile del settore studi di FederLab Italia - presso le strutture private accreditate, in conseguenza della limitazione delle risorse economiche disponibili (Tetti di Spesa), la spesa totale per abitante è elevata. Viceversa, con una spesa alta presso le strutture a gestione privata, con i Tetti di Spesa per branca specialistica sufficienti al fabbisogno di prestazioni sanitarie, la spesa totale pro-capite è bassa".
I dati presentati dal CEIS confermano, dunque, che il comparto privato accreditato, producendo a costi inferiori e con maggiore efficienza, determina una spesa pro-capite totale più bassa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale. L'elevato numero delle strutture non incide, quindi, sulla spesa e la spesa totale pro-capite è più bassa, se il comparto privato accreditato eroga più prestazioni dell'analogo comparto a gestione statale.

Per quanto concerne, poi, il volume delle prestazioni mediamente erogato dalle strutture di laboratorio, "tenuto conto che la rilevazione delle prestazioni erogate dalle strutture private accreditate è essenzialmente riferita alle prestazioni con oneri a carico del SSN – conclude Napolitano - si registra in tutte le Regioni, ad eccezione della Sicilia, un volume di prestazioni erogate per conto del S.S.N. di circa 100.000 anno".

SPECIALISTICA AMBULATORIALE - 2008

Regione	Spesa accreditata totale per abitante	Spesa totale per abitante
Valle D'Aosta	€16,53	€341,21
Umbria	€16,71	€258,85
Trentino Alto Adige	€20,66	€312,79
Marche	€25,03	€276,67
Friuli Venezia Giulia	€30,72	€236,22
Emilia Romagna	€33,44	€308,87
Toscana	€34,20	€301,80
Liguria	€34,36	€349,56
Abruzzo	€35,97	€135,73
Basilicata	€41,90	€199,69
Sardegna	€54,66	€142,77
Puglia	€55,10	€202,81
Piemonte	€55,36	€311,07
Calabria	€60,32	€158,71
Veneto	€69,26	€264,10
Lombardia	€74,94	€244,76
Molise	€80,78	n.d.
Lazio	€94,76	n.d.
Sicilia	€96,30	€136,87
Campania	€109,65	€159,60

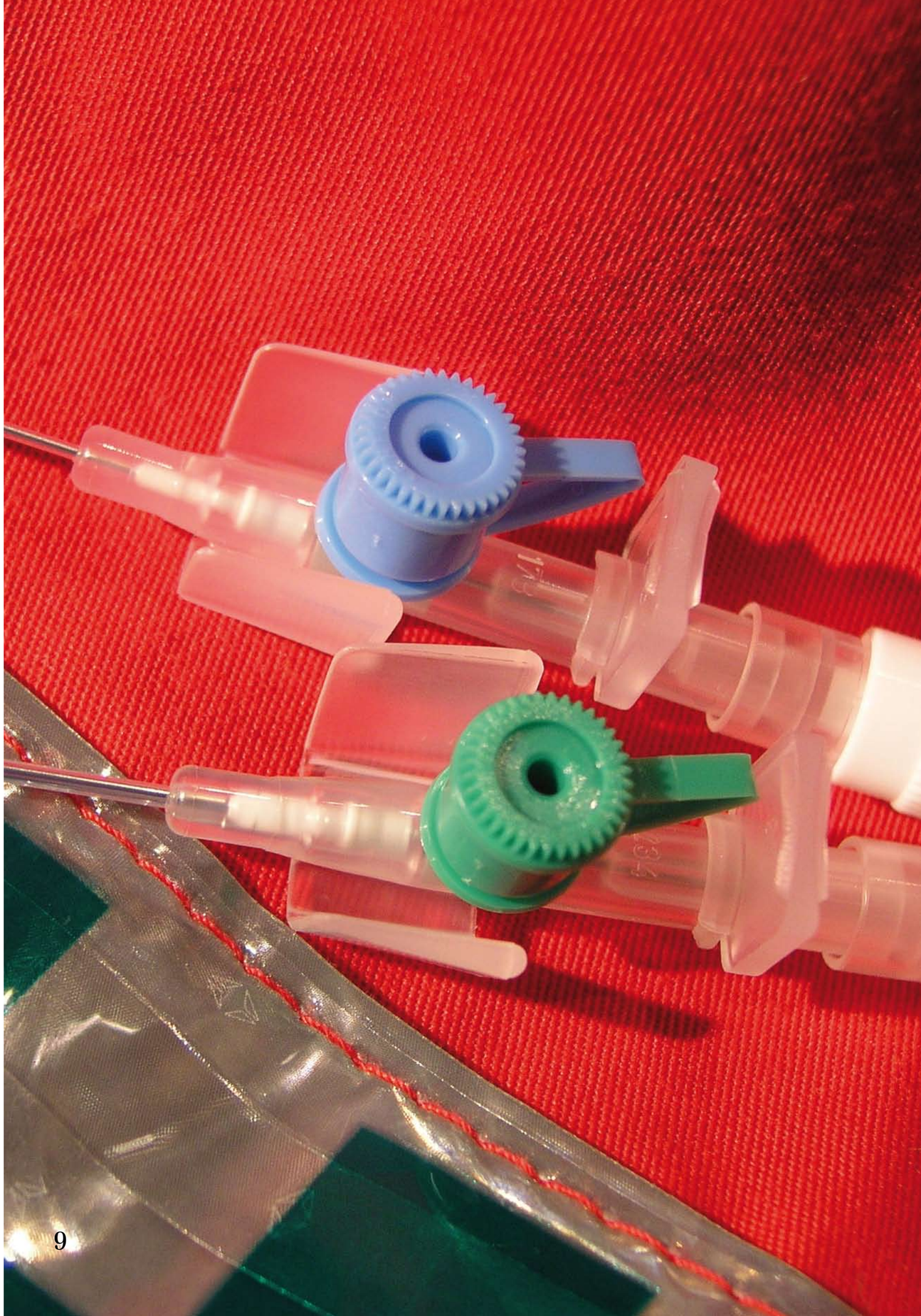
AMBULATORIALE SPECIALISTICA: PRESTAZIONI MEDIE PER STRUTTURA E PER BRANCA - ANNO 2007

Regioni	Clinica	Analisi di Laboratorio	Diagnostica
Italia	24.132	188.474	17.961
Piemonte	28.688	321.000	18.882
Valle D'Aosta	128.978	1.531.623	62.001
Lombardia	42.998	474.711	25.382
P. A. Bolzano	37.619	200.200	19.006
P. A. Trento	45.529	490.660	24.207
Veneto	36.331	457.337	31.831
Friuli Venezia G.	25.034	597.009	18.912
Liguria	22.020	214.173	13.972
Emilia Romagna	37.587	331.902	33.879
Toscana	14.577	330.377	15.548
Umbria	29.844	228.481	17.301
Marche	31.588	192.091	19.572
Lazio	21.755	131.629	11.466
Abruzzo	38.381	190.541	24.529
Molise	30.376	129.653	18.207
Campania	17.060	103.146	14.112
Puglia	19.225	100.100	14.138
Basilicata	13.691	124.833	20.409
Calabria	16.570	122.129	11.390
Sicilia	12.765	84.733	12.197
Sardegna	16.926	183.055	10.191

Fonte: elaborazione CEIS Sanità Ministero della Salute

IL PROBLEMA DELLA TRASPARENZA DEI DATI

Il Rapporto CEIS sottolinea un fatto su cui conviene riflettere e cioè la "resistenza del Sistema a farsi davvero valutare". Ed invita sia il SSN che i SSR ad assumersi il compito "di raccogliere e fornire in tempo utile i dati per questa operazione di trasparenza. E, invece, ancora oggi, - prosegue il Rapporto - la diffusione dei dati è, spesso parziale, ma principalmente troppo tardiva: i ricercatori sono mediamente costretti a ragionare della storia del SSN, piuttosto che del suo divenire. La prima priorità – conclude il CEIS - dell'agenda della politica sanitaria dovrebbe quindi essere non tanto la valutazione quanto un'organica, sistematica e tempestiva produzione e diffusione di dati utili per ragionare delle performance del sistema".



FEDERALISMO IN SANITA' E COSTI STANDARD

Secondo il piano presentato dal Ministro Tremonti, il Federalismo fiscale farà risparmiare e garantirà un uso più corretto del bene pubblico. Tutto ciò dovrebbe tradursi in minore spesa pubblica, stando alle stime dei tecnici che stanno lavorando al progetto, di circa 10 miliardi di euro.

Il perno della riforma è il passaggio dalla spesa storica, secondo la quale lo Stato continua a trasferire agli Enti Locali le risorse in base a quanto hanno speso nel passato, ai costi standard, sulla cui metodologia di calcolo si è acceso un articolato confornto.

Nella bozza delle "Linee guida del Nuovo Piano Sanitario Nazionale per il triennio 2010/2012", presentato il mese scorso dal Ministro della Salute, Ferruccio Fazio, alla Conferenza Stato-Regioni, per l'applicazione dei costi standard "occorre tener conto di alcune criticità. In primo luogo, la mancata adozione, in varie regioni, dei sistemi di controllo e di contabilità analitica e la carenza di dati sui flussi di produzione e dei sistemi gestionali, che causano disallineamenti tra dati gestionali e registrazioni contabili, rendendo critica la determinazione e l'applicazione del costo standard. Può dunque verificarsi – si legge nel documento - che i costi (input) non siano correttamente attribuiti allo specifico prodotto (output), che hanno generato ovvero non agevolmente stimabili. In ogni caso, il costo medio non consente di risalire alle singole funzioni cui si riferisce, ma alla prestazione sommariamente intesa. In questa situazione, sarà fondamentale operare un raffronto tra le performance regionali per gruppi di indicatori, attraverso i quali posizionare le singole esperienze regionali. Il confronto su questi temi sarà facilitato – prosegue il documento - da quanto già previsto dal Patto per la Salute, che ha individuato una serie di parametri rispetto ai quali operare il raffronto tra le varie realtà regionali e che già costituiscono una matrice di riferimento, rispetto alla quale ciascuna regione può posizionarsi per individuare le proprie criticità nel controllo dei costi sostenuti per assicurare l'erogazione dei LEA".

Ma la voce che gira è che potrebbe essere applicato lo stesso metodo degli Studi di settore, coinvolgendo direttamente i soggetti interessati, gli Enti Locali, senza "formule calate dall'alto". In questa chiave, avrà un ruolo importante la Società per gli studi di settore (Sose), che oggi gestisce e aggiorna circa 206 studi di settore relativi a 3,5 milioni di contribuenti.

Insomma, fabbisogni standard tendenzialmente definiti su misura e insieme alle realtà locali. E Tremonti ribadisce che non si tratta di "una cifra, ma piuttosto di un metodo, della formula necessaria per la determinazione dei fabbisogni standard".

I tempi sono comunque maturi per voltare le spalle alla spesa storica, a causa della quale si è creato il buco nero della Sanità, che, oggi, impegna quasi l'80 per cento dei bilanci regionali. I costi standard dovrebbero impedire, insomma, che una siringa possa costare in Sicilia il doppio di quanto costa in Toscana e che una Tac identica, il 36 per cento in più nel Lazio rispetto all'Emilia Romagna, con la conseguenza che, dove sono "maggiori i disavanzi economici, minore è la qualità e la sicurezza delle cure rese ai cittadini".

Ma tale metodica rimane comunque ancora discussa. In una recente intervista rilasciata al quotidiano "La Repubblica", lo stesso Fazio ha precisato che "non è corretto prendere come parametro di riferimento solo un pool di regioni ad alto livello di prestazioni. Il set è nel Patto per la Salute: rispetto a ciascuno di essi, va poi posizionata ogni singola situazione regionale. Gli indicatori del Patto riguardano l'assistenza ospedaliera e territoriale e gli standard di efficacia/appropriatezza. Ciascuno con un set di prestazioni specifiche da analizzare come costi medi. Per ciascuna prestazione si considerano le "best practice", da cui poi calcolare il costo di riferimento. Non esistono in assoluto – ha detto Fazio - regioni prefissate di riferimento, non sempre le stesse almeno, ma variabili anche da un anno all'altro al variare delle "best practice". Si tratta di una posizione, frutto di una metodologia condivisa con i più qualificati gruppi italiani di economia sanitaria. In ogni regione – ha concluso Fazio - vi sono margini di miglioramento della qualità della spesa, ma talvolta il miglioramento potrà indirizzarsi verso un impiego su aree assistenziali con un miglior rapporto costo-efficacia, o tradursi in una diminuzione di costi con la qualificazione della spesa".

Se la definizione dei parametri del costo standard rimane ancora nebulosa, tuttavia, si è d'accordo nell'abbandonare la logica del costo storico della prestazione, e passare all'approccio del costo standard, per ridurre lo spreco di risorse e le sacche di inefficienza e ridare merito alle responsabilità specifiche dei vari centri di competenza. E comunque il primo passo per una corretto calcolo dei costi standard rimane quello di stabilire gli standard di qualità delle strutture erogatrici, dei servizi e delle prestazioni.

DALLA BOZZA DELLE LINEE GUIDA DEL PIANO SANITARIO NAZIONALE 2010/2012

La tematica dell'accreditamento e del rapporto pubblico/privato

La collaborazione pubblico/privato, nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, può riguardare tre ambiti diversi, ma potenzialmente complementari

Il primo ambito si riferisce al ruolo che le strutture private possono svolgere in qualità di erogatori di prestazioni sanitarie per conto del SSN. Si tratta del sistema basato sull'accreditamento istituzionale e sulla sottoscrizione di contratti annuali, in base ai quali le strutture private erogano prestazioni remunerate dal SSN.
Il PSN potrà delineare i caratteri di una modifica normativa, che consenta percorsi di accreditamento specifici per le strutture di eccellenza, rispetto alle strutture in grado di assicurare attività assistenziali di carattere ordinario. A tali strutture, sopratutto nelle realtà regionali più arretrate, potrebbero essere assegnati budget dedicati e puntualmente verificati rispetto alle prestazioni rese, finalizzati al recupero dei ritardi assistenziali, con particolare riferimento ai campi prestazionali per i quali si registrino rilevanti fenomeni di mobilità sanitaria.
Il secondo ambito riguarda la partnership pubblico/privato per la gestione dei servizi.
Tale partnership si realizza specificatamente allorquando il pubblico e il privato collaborano nella gestione dei servizi in forme quali le sperimentazioni gestionali, introdotte nel nostro sistema dall'art. 9 bis del d.lgs. 502/92 e s.m.i. (costituzione di società a capitale misto pubblico - privato). Si tratta, ormai, di numerose esperienze maturate in molteplici regioni, sulle quali occorrerà mettere un punto fermo per individuare soluzioni normative, che implementino, nella legislazione ordinaria, le soluzioni operative e giuridico-istituzionali tali che, dalla sperimentazione, emergano, come meritevoli di una diffusione a tutte le realtà nazionali, uscendo dalla fase sperimentale.
Il terzo ambito è quello degli investimenti per la realizzazione e ristrutturazione del patrimonio edilizio e tecnologico del S.S.N.
La partnership pubblico/privato si riferisce sia ai contratti di leasing, di cui all'art.160-bis del Decreto Legislativo 163/2006, ma più efficacemente si riferisce al partenariato pubblico privato (PPP) ad iniziativa pubblica, ovvero le concessioni di lavori pubblici, e ad iniziativa privata, cioè il project financing, entrambe disciplinate, nel vigente ordinamento, dal Decreto Legislativo 163/2006, come modificato dal "terzo correttivo": il D.lgs. 152/2008.

QUALI APPROCCI PER CALCOLARE I COSTI STANDARD?

APPROCCIO MICROANALITICO
E' l'approccio attraverso cui si determina il costo standard di ogni singola prestazione erogata. Attraverso la sommatoria delle prestazioni erogate ed il loro relativo costo si risale al budget di spesa disponibile. Questo approccio risulta complesso e richiede cambiamenti organizzativi considerevoli (ad esempio implementazione della contabilità analitica) e pone problemi di confrontabilità tra le varie Regioni.

APPROCCIO MACROECONOMICO
E'un approccio più robusto, poiché prende in considerazione poche variabili facilmente misurabili: struttura demografica, caratteristiche epidemiologiche e sociali. Il budget nazionale viene ripartito considerando queste variabili come discriminanti dell'allocazione delle risorse.

APPROCCIO RISK/NEED ADJUSTEMENT
Cerca di considerare le caratteristiche demografiche e sanitarie del territorio, monitorando la proporzione dei malati sulla popolazione locale. In questo modo, si prevede la domanda di prestazioni sanitarie. Successivamente, si introduce un costo standard per tipo di malattia. Dunque, si assume che una determinata patologia abbia lo stesso costo in tutta Italia.

APPROCCIO DATA ENVELOPMENT ANALYSIS
Si utilizza una metodologia della ricerca operativa, che determina l'efficienza relativa di centri di responsabilità. Tale metodologia prevede di valutare l'efficienza come il rapporto tra qualità delle prestazioni e budget disponibile. Ovviamente, si introducono dei pesi per includere le caratteristiche demografiche e sanitarie della Regione. A questo punto, il sistema di pesi adottato condiziona fortemente l'efficienza, quindi, si cerca, attraverso un algoritmo (CCR di Charnes, Cooper, Rhodes) ed il suo duale, di trovare il sistema di pesi ottimali tra quelli proposti, tale che sia massimizzata l'efficienza del centro di responsabilità e il centro di responsabilità ideale paragonabile. A questo punto, per ogni unità, si può risalire all'input ottimale, cioè al budget ottimale efficiente da assegnare alla regione. In questo modo, sommando la somma dei singoli budget regionali, si ottiene il budget di spesa nazionale.

IL CENTRO ANALISI "FLEMING LABS". LA CITTADELLA DELLA RICERCA AVANZATA NELLA MEDICINA DI LABORATORIO

Quasi quarant'anni di attività dedicati al servizio sanitario e al cittadino nelle analisi cliniche. Una realtà imprenditoriale di punta nel comparto della sanità privata, unica in Italia. Una realtà che presenta uno spirito internazionale, garantito dall'ingresso nel gruppo Synlab, leader in Europa nella diagnostica di laboratorio.

Parla con orgoglio, Andrea Craveri, responsabile settore privati di FlemingLabs. E i dati aziendali sostengono il suo racconto di un'azienda in piena espansione.
Oltre 300 collaboratori, una realtà riconosciuta a livello nazionale e internazionale come tra le prime dieci aziende europee nella Medicina di Laboratorio, oltre 880 strutture sanitarie servite annualmente, una media annua di esami eseguiti di oltre 4.000.000, 4000 le accettazioni medie giornaliere, 50 automezzi utilizzati in service, per una copertura, che si dirama fino all'Italia meridionale e richieste di analisi di campioni, che giungono finanche dal Brasile.
"Il successo – dice Craveri - è fortemente legato allo spirito di squadra, che caratterizza l'attività e che anima tutti i collaboratori. Competenza, alto profilo professionale, costante aggiornamento sono tratti distintivi di uno staff, che fa del lavoro di squadra il proprio punto di partenza. Le attività di laboratorio e quelle di service di laboratorio richiedono, infatti, elevate competenze, efficienza e precisione per garantire affidabilità e velocità nelle diagnosi e rapidità nell'erogazione del servizio. In tutto ciò – sottolinea Craveri – il nostro valore aggiunto è proprio la componente umana e professionale".
Una storia iniziata a Brescia nel 1973, come Laboratorio di analisi cliniche, con la svolta, che arriva nel 1990, quando viene assunto il marchio FlemingLabs, con cui l'azienda avvia lo sviluppo di attività di "Service di laboratorio", effettuando analisi cliniche per strutture

sanitarie: Laboratori, Istituti di Cura Privati e Ospedali Pubblici. "Il nostro sistema di qualità ISO – prosegue Craveri - certifica una realtà organizzativa ben integrata e consolidata in tutti i processi aziendali, proprio per garantire una completa soddisfazione dei nostri interlocutori. La particolare attenzione rivolta alle richieste dei nostri partner e la continua evoluzione del mercato sanitario hanno permesso di identificare una serie di obiettivi, che ci hanno spinto a sviluppare un sistema di qualità dinamico teso al progressivo miglioramento di ogni attività connessa al servizio erogato. Un sistema, che è stato sviluppato, individuando specifici indicatori di qualità, volti a monitorare qualsiasi aspetto dei diversi processi aziendali. Ogni informazione, fornita dagli indicatori, è oggetto di continue valutazioni sul servizio erogato. Il risultato è una puntuale pianificazione degli interventi, per migliorare e potenziare l'efficienza della struttura. Il sistema di qualità così implementato ha permesso di ottenere risultati, che rappresentano per FlemingLabs la conferma dell'elevato standard raggiunto e la possibilità di implementare ulteriormente, e con successo, il nostro ventaglio di analisi, che va dall'Anatomia patologica, all'Autoimmunità, alla Biologia Molecolare, alla Chimica Clinica, all'Ematologia e Coagulazione, ai Farmaci e Droghe, all'Immunometria, alla Microbiologia e Sierologia Infettiva, alla Patologia Clinica, alla Tossicologia fino alla Medicina del Lavoro. Per garantire l'alta qualità del servizio – prosegue Craveri - FlemingLabs ha puntato allo sviluppo e alla messa a punto di sistemi logistici e informatici, che garantiscono risultati sicuri e refertazioni veloci. FlemingLabs è diventato, così, oggi, un riferimento in termini di servizio ritiro campioni, assistenza al cliente e gestione referti. In particolare, grazie ad un applicativo web chiamato Labgate, il processo nello scambio di informazioni è garantito tanto in rapidità quanto in qualità. LabGate permette di gestire il sistema di accettazione e refertazione via internet. I laboratori, che inviano a Fleming i campioni biologici dei propri pazienti possono accedere a LabGate senza dover installare particolari software, utilizzando la rete internet attraverso un interfaccia molto semplice.

Alla refertazione digitale, si accompagna, per il ritiro dei campioni sul territorio, un'articolata organizzazione logistica, che conta – aggiunge Craveri - su oltre 50 automezzi, che garantiscono il trasporto refrigerato per materiali biologici, e che sono controllati via satellite durante tutto il percorso. La nostra attività di Service – chiarisce Craveri - soddisfa le richieste dei clienti in ogni momento dell'anno, per sei giorni alla settimana. La richiesta, poi, di analisi sempre più specialistiche, da parte di strutture sanitarie pubbliche e private, ha portato FlemingLabs ad intessere una rete di relazioni nazionali ed internazionali con centri di analisi di comprovata competenza a livello mondiale. Grazie alla creazione di questo network di collaborazioni, oggi, FlemingLabs è in grado di integrare e aggiornare sempre la propria offerta con una vastissima gamma di esami rari e di altissima specialistica. E curiamo la professionalità del nostro staff – conclude Craveri - con la stessa attenzione, con cui seguiamo lo sviluppo tecnologico nel campo delle strumentazioni diagnostiche e dell'architettura dei laboratori. Lo scopo è quello di dotare la nostra struttura delle più efficienti e sofisticate apparecchiature e, grazie a questa organizzazione e alle più moderne strumentazioni oggi disponibili sul mercato, siamo in grado di assicurare risultati dalla completa affidabilità, con standard qualitativi di altissimo livello".

PANORAMA DELLA Sanità
Settimanale di informazione e documentazione sanitaria

L'abbonamento nominativo annuale al settimanale Panorama della Sanità vi offre:

- Sconto del 20 % sul prezzo di copertina dei volumi editi da "Edizioni Panorama della Sanità".
- Sconti sulle pubblicazioni di altri editori ove espressamente previsto.
- Riduzioni sulle quote di iscrizione ai convegni e ai corsi di aggiornamento e formazione patrocinati dalla rivista.

SOTTOSCRIVO L'ABBONAMENTO ANNUALE A PANORAMA DELLA SANITÀ, AL PREZZO DI EURO 170,00

L'abbonamento annuale a Panorama della Sanità è valido a partire dal primo numero utile e per i 48 numeri successivi dopo la sottoscrizione

Nome _____ Cognome _____

Ente di appartenenza _____ Qualifica _____ Servizio _____

Indirizzo sede di lavoro _____ CAP. _____ Città _____ Prov. _____

Tel. _____ Fax _____ E-mail _____

Indirizzo di recapito della rivista _____ CAP. _____ Città _____ Prov. _____
(indicare solo se diverso dal precedente)

IL PAGAMENTO ANTICIPATO, INTESTATO A "EDIZIONI PANORAMA DELLA SANITÀ" PUÒ ESSERE EFFETTUATO MEDIANTE:

☐ c/c postale n.89920847 (si allega fotocopia)

☐ bonifico bancario: Banco di Brescia - IBAN IT84Y0350003212000000035000 (si allega fotocopia)

☐ autorizzazione all'addebito su carta di credito ☐ CartaSi ☐ Visa ☐ Mastercard n. _____

scad. mm / aa intestata a: _____ N. Codice di sicurezza _____
(Per VISA e MASTERCARD le ultime 3 cifre stampate sul retro della carta di credito)

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003, Edizioni Panorama della Sanità informa che i dati personali forniti ai fini della presente iscrizione saranno trattati, con modalità cartacee ed informatizzate, per le finalità istituzionali dell'ente. I dati forniti a Edizioni Panorama della Sanità non verranno comunicati ad altri soggetti, né saranno oggetto di diffusione. Il titolare del trattamento dei dati è Edizioni Panorama della Sanità che ha sede in Roma, Piazzale di Val Fiorita, 3. In relazione al predetto trattamento, è possibile rivolgersi a Edizioni Panorama della Sanità per esercitare i diritti riconosciuti dall'art. 7 del D.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003. Qualora non desideri ricevere ulteriori comunicazioni sulle nostre iniziative editoriali, La preghiamo di barrare la casella qui accanto ☐

Data _____ Firma _____

FEDERLAB

LA COMPILAZIONE DELLA CEDOLA IN OGNI SUA PARTE È ASSOLUTAMENTE NECESSARIA PER UN CORRETTO SVOLGIMENTO DEL NOSTRO SERVIZIO

Inviare la cedola a: **Edizioni Panorama della Sanità** Tel. 065911662 Fax 065917809 - **www.panoramasanita.it**

{ ORDINE BIOLOGI. AL VIA LA CAMPAGNA ELETTORALE }

Si svolgeranno in autunno le elezioni per il rinnovo degli Organi dirigenti e del Consiglio Nazionale dell'Ordine dei Biologi, che raccoglie 44mila professionisti. Pubblichiamo il contributo del Dott. Vincenzo Piscopo e il Manifesto elettorale del Gruppo "Biologi per il Rinnovamento".

BIOLOGI. L'ORDINE E IL DISORDINE

di Vincesco Piscopo

La questione ordinistica dei Biologi è esplosa in tutta la sua complessità, alcuni mesi fa, quando un movimento spontaneo di 50 colleghi, ha chiesto di essere informato sulle attività ordinistiche degli ultimi anni.
Sembra superfluo segnalare che i componenti dell'Ordine, refrattari da oltre 20 anni, a qualsiasi rendicontazione, hanno negato tale richiesta, adducendo pretestuose e strumentali motivazioni, che ci hanno costretto a rivolgerci al TAR del Lazio, per avere giustizia di un elementare diritto di informazione e di trasparenza.
Nel frattempo, sono stati resi noti comportamenti indicativi di una quanto mai singolare gestione ed è stata inviata documentazione all'On. Vincenzo D'Anna, consigliere dell'Ordine dei Biologi, nella certezza che, una volta esaminata e verificata la gravità dei fatti, si sarebbe attivato per denunciare la situazione.
Dalla documentazione si evince che molti consiglieri dell'Ordine e della Cassa di Previdenza, l'ENPAB, avrebbero dato vita a pratiche di nepotismo nell'assunzione, senza dare alcun avviso pubblico né avviare regolari procedure concorsuali. Risulterebbero, da un esame approfondito della documentazione, ammanchi per parecchie centinaia di migliaia di euro, con il sospetto di utilizzo, a scopi personali, dei fondi dell'Ordine. Si evincerebbero rimborsi e spese annuali del valore di oltre 130.000 euro per "fantomatici" incontri di lavoro, tenuti durante le festività pasquali, natalizie e addirittura in piena estate. Per non parlare poi di acquisto di beni di consumo, anche questi per parecchie centinaia di migliaia di euro, senza alcuna procedura di gara.
Inoltre, la gestione dei Corsi ECM sarebbe stata affidata a società gestite dagli stessi consiglieri e con quote di iscrizione assai onerose.
Infine, dalla disamina della documentazione si sospetterebbe l'"evaporazione" di circa 400.000 euro, senza plausibili spiegazioni contabili.
Nel frattempo, la Magistratura, chiamata a fare chiarezza, ha scoperto e sequestrato due conti correnti non dichiarati nel bilancio annuale.
Una situazione, dunque, incresciosa per uno tra gli Ordini più prestigiosi d'Italia, tanto che, da più parti, è stato chiesto il commissariamento, anche perché, sembrerebbe, che alcuni consiglieri non erano né candidabili né eleggibili.
Nel frattempo, il movimento di protesta, da Napoli si è esteso rapidamente a tutte le Regioni. Molti iscritti hanno iniziato a chiedere, a gran voce, le dimissioni, insieme al commissariamento e risposte chiare su quanto accaduto.
Lo stesso movimento ha organizzato, in vista delle prossime elezioni autunnali dei vertici dell'Ordine, un comitato elettorale, diffondendo un proprio Manifesto programmatico, che, oltre a reclamare maggiore trasparenza degli Atti dell'Ordine, ha lanciato l'impegno ad una profonda valorizzazione della figura professionale del Biologo.
Al movimento hanno anche aderito anche i gruppi universitari degli specializzandi non medici, del mondo accademico, della cultura e delle professioni.
Nonostante ciò, il discusso gruppo consiliare non ha dato, né dà, segni di moralizzazione. Rimane incatenato alle poltrone, resistendo ad ogni richiesta di trasparenza e chiarezza e, con ostinata caparbietà, continua a sottrarsi al pubblico confronto, riversando le accuse sul Prof. Landi, considerato come unico capro espiatorio dell'intera gestione e causa dell'attuale situazione indecorosa e di prostrazione morale dell'Ordine.

il Manifesto dei Biologi

"BIOLOGI PER IL RINNOVAMENTO"

Caro Collega,
siamo in procinto di rinnovare gli Organi di gestione e di rappresentanza dell'Ordine Nazionale dei Biologi.

E' GIUNTO IL MOMENTO DI CHIEDERE ALLA CLASSE DIRIGENTE CHE HA GESTITO L'ORDINE DI RENDERE CONTO DEL PROPRIO OPERATO.
UNA CLASSE DIRIGENTE RETICENTE E CHE SI OPPONE, PRETESTUOSAMENTE, ALL'ACCESSO AGLI ATTI, OVVERO ALLE DELIBERAZIONI, AI BILANCI ED ALLA DOCUMENTAZIONE CONTABILE DELL'ULTIMO DECENNIO.
IN PARTICOLARE, OCCORRE ACCERTARE LA FONDATEZZA E LA VERIDICITÀ DELLE GRAVI ED INQUIETANTI NOTIZIE DIFFUSE SULLA GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIA DELL'ORDINE DEI BIOLOGI NELL'ULTIMO DECENNIO E FARE LUCE SULLE IPOTESI DI MALVERSAZIONI DELLE RISORSE ECONOMICHE E SUGLI INTERESSI, PARTICOLARI E PERSONALI, REALIZZATI DA SINGOLI DIRIGENTI, INVECE DI QUELLI GENERALI DELLA CATEGORIA.
DOBBIAMO ELEGGERE UNA NUOVA E PIÙ ATTENTA CLASSE DIRIGENTE, CUI AFFIDARE I VALORI E LA RAPPRESENTANZA DEI BIOLOGI ITALIANI, SENZA OMBRE E SENZA COMPROMESSI CON IL RECENTE PASSATO.

A tal fine un gruppo di Biologi, operanti nei vari settori professionali, ha elaborato il

MANIFESTO DEI VALORI E DEL PROGRAMMA, IMPRONTATO ALL'ESERCIZIO DELL'ETICA E DELLA TRASPARENZA

che si pone l'obiettivo di:
- riqualificare e tutelare la figura professionale del Biologo;
- realizzare le riforme che agevolino l'accesso dei giovani al mondo del lavoro ,attraverso l'interazione con l'Università e l'Imprenditoria;
- modificare la Legge Istitutiva (Legge 396/67) per la Regionalizzazione dell'Ordine Professionale, in modo da realizzare una capillare presenza sull'intero territorio nazionale.

Ti invitiamo a partecipare attivamente al processo di rinnovamento che intendiamo attuare sensibilizzando anche i Colleghi che per troppo tempo sono rimasti indifferenti alle problematiche dell'Ordine.

Riteniamo indispensabile ricevere i Tuoi dati e recapiti (indirizzo, numero telefono e/o posta elettronica) al fine di consentire un facile scambio di informazioni e di idee funzionali al raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Per contatti, comunicazioni ed informazioni sulla questione inerente la gestione dell'ordine nazionale dei biologi consulta il sito web
WWW.INFORMABIOLOGI.IT

MANIFESTO DEI VALORI E DEL PROGRAMMA
TUTELA DELLA PROFESSIONE DI BIOLOGO ATTRAVERSO IL SOSTEGNO DELLE POLITICHE VOLTE ALLA RIVALUTAZIONE DELLA SCIENZA, DELLA RICERCA E DELLA CREATIVITÀ NELLA SOCIETÀ CIVILE.

1. Riqualificazione della figura professionale del Biologo presso le Istituzioni attraverso la costante e trasparente presenza in ogni commissione ed ambito nazionale e regionale.

2. Parificazione agli accessi alle scuole di specializzazione e al trattamento economico tra Biologi e Medici.

3. Costante attenzione alla Direttiva 2005/36/CE sul mutuo riconoscimento delle qualifiche professionali all'interno dell'Unione europea, per rendere effettiva la libera circolazione del Biologo italiano nei Paesi membri dell'Unione Europea.

4. Istituzione di borse di studio per giovani Biologi con fondi dell'Ordine, incentivi U.E. e partnership con aziende private, per favorire l'acquisizione di specifiche competenze professionali sia in Italia che all'estero.

5. Assidua collaborazione con l'Università per la elaborazione di piani di studio adeguati alle competenze richieste anche in ambito europeo e per la Governance delle nuove Tecnologie.

6. Sostegno ai provvedimenti legislativi atti a ricondurre in ambito professionale le Società di capitale.

CAMPO SOCIO-SANITARIO

1. Attuazione delle competenze riservate all'Ordine Professionale dalla Normativa vigente nell'ambito dei requisiti previsti per l'esercizio della attività nel campo della Medicina di Laboratorio, del Controllo Ambientale, Alimentare e della Prevenzione.

2. Iniziative legislative volte a riportare nel Servizio Sanitario Nazionale l'equiordinazione tra strutture pubbliche e private anche con l'introduzione del criterio di unica remunerazione a tariffa.

3. Facilitazioni e/o gratuità dei corsi E.C.M. in favore dei Biologi attingendo le risorse economiche dal cospicuo avanzo di amministrazione esistente. Divieto di concessione a società esterne della gestione dei corsi organizzati dall'Ordine.

4. Rilanciare il ruolo sanitario della professione di Biologo clinico, ponendone alla base la interpretazione e il commento dei dati analitici.

5. Prevedere nel corso di laurea specialistica in biologia clinica un corso di studio per la esecuzione dei prelievi venosi. Nelle more estendere i corsi post laurea per la esecuzione dei prelievi venosi anche ai Biologi privi di specializzazione e gratuitamente.

6. Affermare il riconoscimento della valenza specialistica della laurea in biologia clinica, la non indispensabilità della specializzazione e la qualifica di "professione sanitaria".

7. Assidua presenza del Biologo negli Organismi Europei che standardizzano le attività di chimica clinica e nelle Istituzioni rappresentative delle libere professioni. www.informabiologi.it

ASSETTO ORGANIZZATIVO

1. Sostegno ai provvedimenti legislativi volti alla provincializzazione e/o regionalizzazione dell'Ordine dei Biologi; nel contempo attivazione di sedi Provinciali e/o Regionali dotate di autonomia organizzativa e finanziaria.

2. Promozione della Costituzione della Federazione Nazionale dell'Ordine dei Biologi.

3. Attuazione del DPR 328/2001, con l'istituzione, nell'albo professionale, di settori che corrispondano a circoscritte ed individuate attività professionali (Biologi con competenze in campo agroalimentare, eco ambientale, biotecnologico, clinico e tossicologico, nutrizionistico …).

4. Ineleggibilità per coloro che abbiano già ricoperto le cariche direttive per più di due mandati consecutivi.

5. Incompatibilità tra gli incarichi ricoperti nel Consiglio dell'Ordine e/o nel Consiglio Nazionale con quelli dell'ENPAB.

6. Elettorato attivo e passivo per i Biologi Ospedalieri.

BIOLOGI AMBULATORIALI

1. Sostenere la equiparazione contrattuale con i Medici, per la parità di mansioni svolte.

2. Modifica delle norme che regolano l'accesso, al fine di favorire l'ingresso dei giovani.

3. Istituzione di nuove ore per le varie competenze del Biologo ai sensi dell'Art. 3 della Legge Istitutiva dell' Ordine dei Biologi.

BIOLOGI NUTRIZIONISTI

1. Diffondere la conoscenza della qualifica professionale del Biologo Nutrizionista, della sua autonomia e delle sue competenze ed attività inerenti la valutazione dello stato nutrizionale, la prescrizione e la elaborazione della dieta in condizioni sia fisiologiche che patologiche accertate.

2. Tutela dell'accesso a pieno titolo del Biologo Nutrizionista presso le strutture pubbliche (Ospedali , Cliniche private , ASL, etc).

RICERCATORI ED UNIVERSITARI

1. Sostenere la Ricerca in ogni suo aspetto organizzativo ed occupazionale.

2. Proporre per il diploma di Dottorato di ricerca una possibile riserva di posti per l'accesso a scuole di specializzazione in specialità ad esso attinenti, ed il riconoscimento dei Crediti Formativi Universitari in misura superiore al 60% del percorso formativo.

3. Equiparazione e retribuzione mensile per i Biologi nelle scuole di Specializzazione al pari dei Medici e l'istituzione di scuole di specializzazione presso le Facoltà di Scienze Biologiche.

4. Equipollenza del titolo di Master di secondo livello conseguito presso Università Italiane ed estere con il titolo della specializzazione ai fini della valutazione dei titoli per l'accesso ai concorsi pubblici. www.informabiologi.it

MODALITA' DI ELEZIONE

Le modalità di elezione del Consiglio dell'Ordine e del Consiglio Nazionale sono definite dalla Legge Istitutiva l'Ordinamento della Professione del Biologo n. 396 del 24.05.1967 e successivamente modificata dal DPR 169 del 08.07.2005.
L'elezione del Consiglio dell'Ordine è indetta dal Consiglio in carica almeno cinquanta giorni prima della sua scadenza mediante avviso.

COME SI VOTA

Il diritto al voto è esercitato dagli iscritti all'albo presso il seggio ovvero uno dei seggi ,istituiti nella sede dell'Ordine. E' ammessa la votazione mediante lettera raccomandata.
L'elettore richiede alla segreteria dell'Ordine la scheda debitamente timbrata e, prima, della chiusura della prima votazione, fa pervenire all'Ordine la scheda stessa, in busta chiusa, sulla quale è apposta la firma del votante autenticata, nonché la dichiarazione che la busta contiene la scheda di votazione.

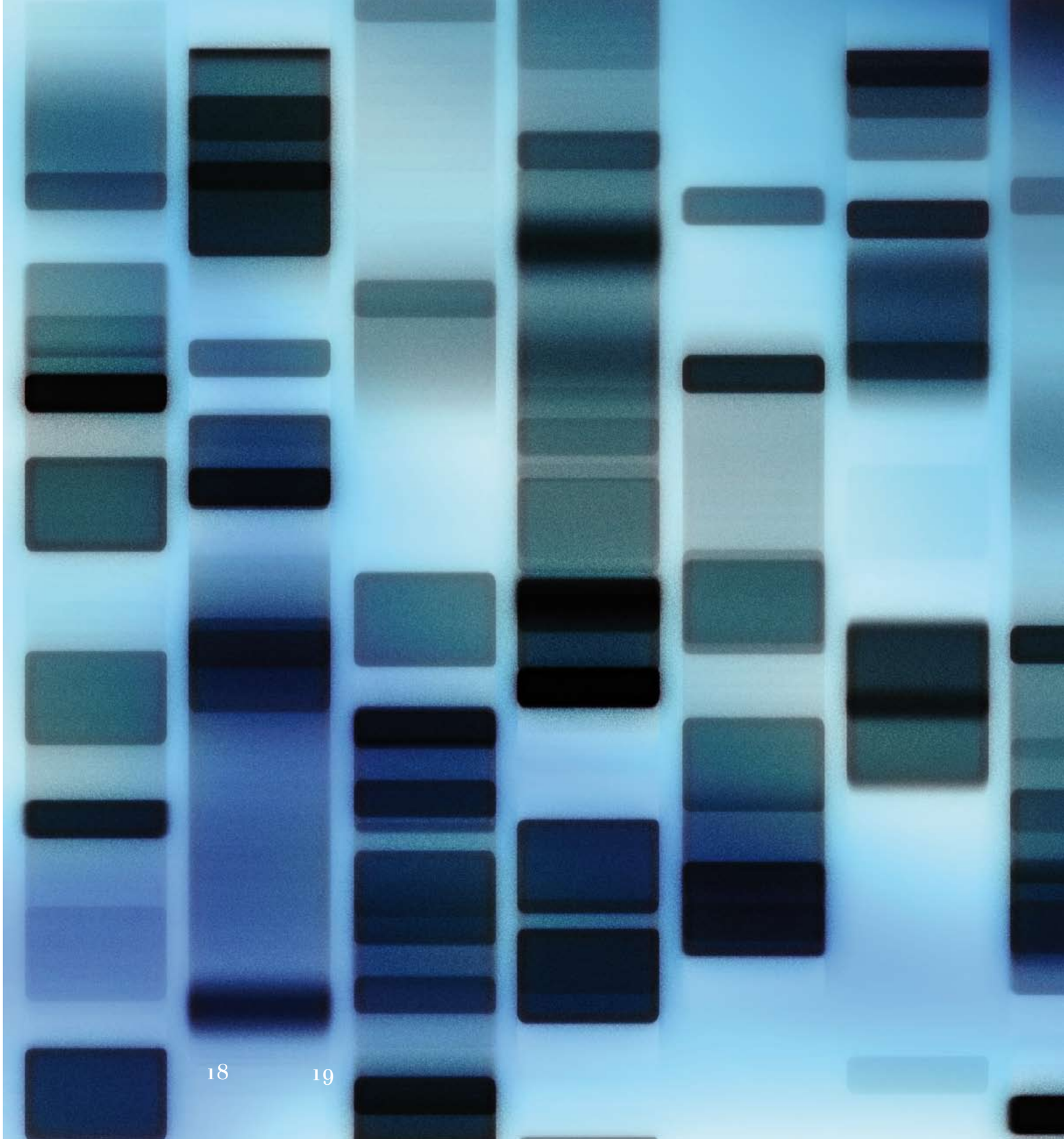
Le schede sono conservate sotto la responsabilità del Presidente. L'iscritto che ha esercitato il voto per corrispondenza può votare personalmente alla seconda e terza votazione.
L'elettore viene ammesso a votare previo accertamento della sua identità personale mediante l'esibizione di un documento d'identificazione, ovvero mediante il riconoscimento da parte di un componente del seggio.
L'elettore vota in segreto scrivendo sulle righe della scheda il nome ed il cognome del candidato o dei candidati per i quali intende votare tra coloro che si sono candidati.

VALIDITA' DELLA VOTAZIONE

- Prima votazione: deve essere tenuta il 15° giorno feriale successivo a quello in cui è stata indetta l'elezione. E' valida se ha votato almeno un terzo degli aventi diritto. Il seggio è aperto per otto ore al giorno per due giorni feriali immediatamente consecutivi.
- Seconda votazione: è valida se ha votato 1/5 degli aventi diritto. Il seggio è aperto per otto ore al giorno per gli otto giorni feriali immediatamente consecutivi.
- Terza votazione: è valida qualunque sia il numero dei votanti. Il seggio è aperto per otto ore al giorno per dieci giorni feriali immediatamente consecutivi.

Per la validità delle votazioni si computano le schede poste nelle urne nel periodo di apertura dei seggi elettorali, nonché quelle pervenute per posta.

IL GRUPPO PROMOTORE
Raffaele Aiello, Angelo Albani, Giovanni Battaglia, Stefano Buttiglieri, Salvatore Cortese, Andrea Craveri, Ciro Cozzolino, Vincenzo D'Anna, Claudia Dello Iacovo, Paola Di Sarno, Valentina Galiazzo, Giovanna Governale, Alfredo Iannello, Fabio La Grua, Duilio Lamberti, Enrico La Mura, Nicola Locorotondo, Corrado Marino, Riccardo Monaco, Francesco Muto, Antonio Novissimo, Pietro Pagano, Giovanbattista Petrillo, Vincenzo Piscopo, Attilio Rosolia, Annamaria Sannino, Enrico Tinti, Paolo Tortora, Giuseppe Vitale, Massimo Zerbini.



Politica economica.

VINCE LA CARTA DEL RIGORE E DELL'ATTESA

La dott. Monica Defend

L'incontro del G 20, a Toronto, non ha sciolto i nodi che attanagliano l'economia globale. La ripresa economica si presenta ancora fragile, anche se "bisogna salvaguardarla e rafforzarla, per avviarsi verso una crescita sostenibile e equilibrata".
E' stato ribadito che il tasso di occupazione, in molti Paesi del mondo, rimane ancora a un livello inaccettabile e che bisogna intraprendere la direzione dello sviluppo, e per gli Europei l'impegno è quello di attuare nuovi parametri sul capitale e sulla liquidità delle banche, ovvero il cosiddetto Basilea3.
Le questioni più strutturali sono state rimandate al prossimo vertice e nel frattempo ai governi nazionali la responsabilità di attuare una politica rigorosa di risanamento del deficit pubblico.

Il mondo imprenditoriale è ancora tuttavia incerto su una valutazione più approfondita e chiara della crisi come anche sulle possibili scelte da effettuare per garantire investimenti e sviluppo.
Che fare, dunque?
Ne abbiamo parlato con Monica Defend, Head of Global Asset Allocation Research di Pioneer Investments, società di gestione del gruppo Unicredit.

Dott.ssa Defend, cosa sta succedendo nei mercati?

La ripresa dei mercati registrata nel 2009 aveva largamente anticipato il miglioramento della congiuntura economica, come è abitudine per i mercati finanziari. Molti investitori credono che questo miglioramento non potrà sostenere l'effetto delle politiche economiche restrittive messe in piedi da diversi paesi.
In Europa queste politiche potranno venire dal lato fiscale, sull'onda della crisi dell'euro, mentre in paesi caratterizzati da un forte sviluppo, come Cina ed altri paesi asiatici, la stretta potrebbe realizzarsi sul piano monetario per contenere l'inflazione.
Tuttavia, i problemi legati all'euro non andrebbero ingigantiti. In fondo non è dall'area Euro che è venuto l'impulso alla ripresa dopo la recessione del 2008 e quindi non è ragionevole pensare che questa crisi possa pregiudicare la crescita mondiale.
Le valutazioni di diversi mercati azionari avevano messo in conto la permanenza di politiche economiche espansive quasi indefinitamente e quindi se quello scenario ottimistico viene anche solo parzialmente intaccato, ecco che scattano le prese di beneficio dopo un rialzo rapido e cospicuo al tempo stesso.

Da cosa è stata provocata la crisi greca?

Le ragioni della crisi vanno ricercate nel deficit pubblico dei paesi periferici dell'area euro. Anche se il deficit è un problema comune anche ad altri paesi, ad esempio Giappone e Regno Unito, l'assenza di una politica fiscale comune nell'area Euro è divenuta una forte criticità, dopo anni di compiacenza forse eccessiva: non dimentichiamo che il rischio paese per Grecia ed altri paesi periferici è rimasto a livelli molto bassi anche in piena recessione.
L'attenzione al rischio di insolvenza degli Stati è scoppiata all'improvviso e potrebbe essere uno dei temi del 2010. Nella gestione della crisi allargata, peraltro, le istituzioni dell'euro hanno mostrato incertezze e questo ha accentuato il problema. I riflessi sui bilanci delle maggiori banche sono immediati se non altro per le perdite sulle posizioni rilevanti in titoli di Stato ora sotto pressione.

L'intervento della UE per salvare la Grecia era proprio necessario?

Questo intervento rappresenta un primo passo verso una politica fiscale congiunta e coordinata. Il suo valore va letto oltre il semplice messaggio ai mercati finanziari. Ci vorrà però del tempo per coordinare i vari paesi, che saranno riluttanti a cedere la sovranità fiscale come di fatto è già avvenuto per la Grecia che ha subito una sorta di commissariamento.

La moneta unica è a rischio?

Le difficoltà a gestire la situazione eccezionale sono state evidenti, ma nonostante ciò non è possibile mandare all'aria l'Unione Monetaria. Piuttosto in casi estremi verrà accelerato il passaggio della politica fiscale dai singoli membri a un altro soggetto (che potrebbe essere anche la Germania o un asse franco-tedesco)

Con la Lira saremmo stati più al sicuro?

Fuori dall'euro l'Italia sarebbe stata trattata come un paese in via di sviluppo.

Quando si parla di attacchi speculativi, che cosa esattamente si intende?

Si fa riferimento a un mercato dove si comprano e vendono "polizze" di assicurazione dal rischio di insolvenza. Si chiamano CDS (credit default swap) e il loro andamento è lo stesso dei premi di rischio paese, anche se con oscillazioni più accentuate che fanno appunto pensare a un ruolo preponderante degli speculatori. In verità, la speculazione non opera se non ve ne sono i presupposti fondamentali e qui ci troviamo oggettivamente con situazioni sui conti pubblici precarie.

Come conviene muoversi, in questo contesto con la scelta degli investimenti

Siamo in teoria nel migliore dei mondi possibili per investimenti sensibili al ciclo economico, come le azioni e le obbligazioni societarie. Infatti, gli utili delle imprese continuano a crescere, l'inflazione da parte sua resta bassa e quindi le banche centrali di USA ed Europa non hanno fretta ad alzare il costo del denaro.
Detto questo, è opportuno al momento un atteggiamento pragmatico, senza esagerare nel peso dei settori ciclici. In dettaglio questo significa che un'allocazione globale azionaria dovrebbe privilegiare regioni come USA ed Emergenti (di Asia e America Latina), dove restano buone le prospettive di crescita interna, mentre in Europa (anche dell'Est) e Giappone i settori che realizzano i profitti prevalentemente dai consumi interni non hanno grosse prospettive.
Sull'obbligazionario euro il maggiore rischio paese su alcuni titoli governativi periferici potrebbe fornire ottime opportunità, ma per il momento è meglio la sicurezza di paesi centrali come la Germania. Per l'obbligazionario di impresa privilegiamo gli Stati Uniti dove il tasso di insolvenza dovrebbe calare ancora grazie agli sforzi di ristrutturazione.
Sull'Area euro il mercato delle obbligazioni societarie è dominato dal settore finanziario, con tutti i problemi del caso nell'attuale contesto.

L'inserto

LA PROGRAMMAZIONE DELLA SPESA SANITARIA

A cura dello Studio Legale di FederLab Italia

LA PROGRAMMAZIONE DELLA SPESA SANITARIA TROVA IL SUO REFERENTE NORMATIVO NELL'ARTICOLO 8 QUINQUIES DEL DLGS 502/92, COSÌ COME MODIFICATO DAL DLGS 229/99. SI STABILISCE CHE IL FABBISOGNO ASSISTENZIALE È GARANTITO CON LA DETERMINAZIONE, DA PARTE DELLA REGIONE, DEI VOLUMI E DELLE TIPOLOGIE DI PRESTAZIONI EROGABILI PER CIASCUNA BRANCA SPECIALISTICA E DEI CORRELATI LIMITI DI SPESA (TETTI DI SPESA PER BRANCA SPECIALISTICA).

Avv. Arturo Meo

L'avvocato Arturo Meo

L'intervento riformatore ha, dunque, assegnato alle Regioni una posizione centrale, attribuendo loro significative competenze legislative e la titolarità del servizio pubblico sanitario.
In altri termini, lo Stato formula i principi fondamentali, ma non interviene sul come questi principi ed obiettivi saranno attuati, perché ciò diviene competenza esclusiva delle Regioni.
Il ruolo dello Stato in materia di sanità si trasforma, così, da una funzione preminente di organizzazione e gestore dei servizi a quella di garante dell'equità su tutto il territorio nazionale.
La programmazione, divenuta elemento nodale dell'intero sistema e legata al rispetto del principio di contenimento della spesa pubblica, viene ripartita tra il Piano Sanitario nazionale e il Piano Sanitario Regionale.
Il primo fissa gli obiettivi di salute e definisce i livelli essenziali uniformi di assistenza del SSN, noti come LEA, e le risorse per essi destinate.
Il secondo è il piano strategico degli interventi, che tiene conto innanzitutto delle esigenze della popolazione di riferimento.
Il sistema normativo, derivante dalle Leggi 549/95

e 449/97 ha imposto, dunque, un modello di pianificazione della spesa sanitaria pubblica di tipo bifasico, nel senso che a monte trova spazio la preventiva adozione da parte della Regione di un atto autoritativo di programmazione, con l'individuazione dei tetti massimi di spesa sostenibile per macroarea, dei preventivi annuali di prestazione e degli indirizzi e delle modalità per la contrattazione, mentre a valle si colloca, appunto, la contrattazione dei piani annuali preventivi, affidata ai direttori generali delle A.S.L., chiamati ad operare nei limiti di budget predeterminati dalla Regione.

Tale orientamento appare il solo che consente di garantire il raggiungimento dell'obiettivo di carattere primario e fondamentale del settore sanitario: la garanzia di quello che la sentenza n.509 del 2000 della Corte Costituzionale chiama "nucleo irriducibile" del diritto alla salute, compatibile con le esigenze di rigore ed equilibrio finanziario.

Le indicazioni fornite dal legislatore nazionale sono nel senso di una logica e di una scelta di principio ben precisa, cui le Regioni, al momento di adottare atti deliberativi, che danno concreta attuazione alla previsione normativa cardine nel sistema normativo sanitario, devono necessariamente attenersi, per un'esigenza di tenuta e di salvaguardia del sistema stesso.

Si afferma che la distribuzione delle risorse deve necessariamente inserirsi e coordinarsi all'interno di un contesto più ampio, che prevede la determinazione, da parte della Regione, dei volumi di prestazioni erogabili e dei correlati limiti di spesa.

Il raggiungimento ed il mantenimento dei LEA, tramite il governo della domanda e del sistema di offerta, evidenzia la necessità di introdurre, nel sistema di governo del SSR, meccanismi in grado di garantire che la domanda effettiva sia coerente con quella attesa, sviluppando le prestazioni insufficienti e contenendo quelle inappropriate, ovvero in buona sostanza meccanismi in grado di realizzare una rete delle strutture di offerta necessaria per garantire il perseguimento dei LEA, compatibilmente con le risorse disponibili.

Tutto ciò, come è intuitivo, può realizzarsi solo attraverso una determinazione realistica del fabbisogno di prestazioni di assistenza specialistica, quindi solo attraverso una precisa indicazione del meccanismo di programmazione della spesa sanitaria.

Si tratta di un'indicazione imprescindibile: pianificare, nella sanità, infatti, significa procedere ad una preventiva analisi dei "bisogni" che pervenga all'individuazione del fabbisogno di prestazioni sanitarie, verificando eventuali variazioni tipologiche e quantitative nella domanda di assistenza sanitaria.

Solo all'esito di tale indefettibile procedimento di individuazione dei bisogni, si possono definire i volumi di prestazioni ammissibili ed i correlati limiti di spesa, salvaguardando, contestualmente, i livelli di assistenza e la sostenibilità finanziaria del sistema.

La formulazione degli obiettivi aziendali e, soprattutto, il loro raggiungimento attraverso la gestione, non è tuttavia operazione semplice.

E' necessario a tal fine, infatti, che qualunque azienda si doti di strumenti di governo interni finalizzati a supportarla nella formulazione e nell'articolazione degli obiettivi, con la possibilità di valutare i risultati conseguiti sia durante la gestione, in modo da consentire l'attivazione di azioni correttive, che al termine della stessa.

Tali sistemi, a loro volta, si collocano nell'ambito di meccanismi di pianificazione, programmazione e controllo di gestione. In particolare, l'attività di programmazione è finalizzata alla formulazione dei piani e dei programmi aziendali generali, mentre la predisposizione dei budget presuppone la traduzione dei piani e programmi aziendali in termini quantitativi e monetari.

E' evidente che una programmazione territoriale, che tenga effettivamente conto dei bisogni di salute della popolazione di riferimento, deve essere definita nell'ambito della Macroarea della Specialistica Ambulatoriale e per branca, secondo gli indirizzi strategici aziendali e le esigenze epidemiologiche, concordate con le Associazioni di Categoria maggiormente rappresentative, nel rispetto dell'autonomia di scelta dei cittadini.

In definitiva, nell'evoluzione della legislazione sanitaria si è progressivamente imposto il principio della programmazione per branca specialistica, allo scopo di realizzare il contenimento della spesa pubblica ed una razionalizzazione del sistema sanitario.

Diversamente, la determinazione di un limite di spesa derivante dallo storico della struttura, e non dal fabbisogno regionale, viola palesemente i principi posti a base di una corretta e conforme programmazione, vanificando il diritto di libera scelta del cittadino e la libera concorrenza tra le strutture.

Nonostante ciò, l'assegnazione di un tetto per struttura viene applicata in molte Regioni di Italia, ad eccezione della Campania, dove invece l' esperienza della definizione dei volumi di prestazione erogabili e dei correlati limiti di spesa all'interno della macroarea ha permesso di potere concretamente e realmente valutare e contenere l'eccesso di spesa.

Non è, infatti, revocabile in dubbio che il budget, derivante dalle necessità sanitarie della popolazione e modulato dalle disponibilità finanziarie, solo se definito nell'ambito della macroarea della specialistica ambulatoriale e per singole branche, consente di realizzare l'obiettivo dell'equilibrio finanziario .

Il sistema di programmazione per macroarea permette, infatti, di limitare la produzione di extra budget.

E' vero che il meccanismo della determinazione dei tetti di spesa, e dell' eventuale RTU, operando per macroarea, e all'interno di questa per singola branca, fa sì che ogni singolo operatore economico non è in grado, da solo, di gestire la propria azienda, poiché "subisce" gli effetti dell'andamento della spesa, che non conosce, generata anche dalle altre aziende appartenenti alla macroarea e alla medesima branca. Tuttavia, determinando la spesa all'interno della macroarea e per singole branche, il fabbisogno è conosciuto ab inizio, oltre che documentato sistematicamente attraverso la notulazione mensile, per cui istituendo dei Tavoli Tecnici presso le singole aziende sanitarie, sarebbe possibile rilevare e monitorare sistematicamente l'andamento della spesa.

In questa prospettiva, rafforzando il ruolo dell'attività di monitoraggio dei Tavoli Tecnici e istituzionalizzando, attraverso specifiche previsione nei Protocolli di Intesa e nei successivi contratti sottoscritti con i singoli operatori, gli obblighi di comunicazione nei confronti delle strutture private, queste ultime sono poste in condizione di non erogare oltre i limiti prestazionali concordati, evitando così la produzione di extra budget, con conseguente applicazione della regressione tariffaria.

Deve infatti osservarsi che non esiste nessun obbligo delle strutture private, che erogano prestazioni con oneri a carico del SSN, di erogare prestazioni oltre il volume ed il limite finanziario programmato, così come riconosciuto dalla

Giurisprudenza.
Il nuovo regime dell'accreditamento (artt. 8, 8bis e 8 quinquies del DLGs del 502/92) ha sostituito quello preesistente convenzionale, ma non ha modificato la natura del rapporto esistente tra la struttura privata e l'ente pubblico preposto all'attività sanitaria, che è, e resta, di natura concessoria, sia pure sub specie di concessione ex lege.
Trattasi, dunque, della cosiddetta concessione contratto, a duplice fase: spiccatamente pubblicistica la prima in cui l'atto provvedimentale unilaterale istituisce il rapporto tra privato e Pubblica Amministrazione, a carattere privatistico la seconda, in cui il regolamento contrattuale interviene successivamente a disciplinarlo.
L'art.8 quinquies del DLGS 502/92 pone, infatti, il rapporto di accreditamento su basi negoziali: al di fuori del contratto, e dunque, raggiunti i limiti prestazionali e finanziari, la struttura accreditata non è obbligata a erogare prestazioni agli assistiti del SSR e, per converso, l'amministrazione sanitaria non è tenuta a pagare la relativa remunerazione.
Per assicurare tale diritto, è chiaro dunque che l'attività di monitoraggio e di comunicazione, che dovrebbe essere svolta dal Tavolo Tecnico, ha un ruolo fondamentale per la corretta esecuzione del contratto tra le parti, perché è l'unica che consente al singolo di conoscere il momento del raggiungimento dei limiti prestazionali concordati, oltre il quale scatta la regressione tariffaria conseguente allo sforamento del tetto assegnato alla macroarea.
Ma è di intuitiva comprensione che tale attività di monitoraggio ha senso ed è possibile solo nell'ambito di una spesa definita per macroarea e per singole branche, dove si definisce il fabbisogno in ragione delle necessità assistenziali della popolazione di riferimento ed è quindi possibile monitorare l'andamento della spesa così definita.
La programmazione per branca è, dunque, l'unica che consente il rispetto dei livelli essenziali di assistenza, garantendo la libera scelta dell'utente e la concorrenza tra strutture erogatrici, e per l'effetto l'interesse per queste ultime di migliorare l'offerta assistenziale con l'implementazione dei requisiti tecnologici, perché è un modello innovativo di ripartizione delle risorse, basato su un complesso calcolo delle prestazioni erogabili in ragione del fabbisogno misurato a monte e al valore medio attribuito ad ogni prestazione.
Lo stesso Consiglio di Stato ha riconosciuto la necessità che ogni Regione "……correttamente individui le risorse relative a tutto il settore della specialistica ambulatoriale, e poi, attraverso gli accordi con le strutture pubbliche ed i contratti con quelle private conclusi dalle ASL, disporre l'utilizzazione delle risorse in ragione delle prestazioni concretamente erogabili da parte di ciascuna struttura, garantendo un'ampia seppur regolata concorrenza ed in tal modo contribuendo a che l'erogazione delle prestazioni avvenga con la minore spesa possibile…." (Cons. Stato, sez.V, 31/01/2003, n.499).
Gli effetti connessi ad una programmazione per macroarea, in punto di garanzia dell'utente, di tenuta finanziaria del sistema e di libera concorrenza tra le strutture, non sembrano invece possano realizzarsi laddove si determini il limite di spesa per singola struttura ed in ragione del fatturato storico.
D'altra parte, non è un caso che il criterio del fatturato storico non trovi corrispondenza in alcuna disposizione normativa e sia stato più volte censurato dall'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato (cfr. segnalazione AS 451 - decisione 24/04/2008).
Tale criterio non consente, infatti, di assicurare, conformemente a quanto prescritto dalla legislazione nazionale e regionale vigente in materia, soglie minime di efficienza per ogni struttura, nel rispetto della capacità produttiva di ciascuna di esse, così violando il diritto di libera scelta del cittadino e di libera concorrenza tra le strutture.
Di certo, l'aspetto maggiormente negativo è la determinazione della spesa completamente sganciata dalle necessità assistenziali della popolazione di riferimento, che non solo non assicura livelli uniformi di assistenza sul territorio, ma che per di più altera la leale concorrenza

tra le strutture piccole e grandi, ostacola gli investimenti, e non garantisce l'utenza.
Un sistema, che si basa su limiti di spesa definiti annualmente per ciascuna struttura sulla base del fatturato realizzato nel periodo pregresso, contribuisce in modo determinante a cristallizzare le posizioni detenute dalle strutture stesse, ostacolandone la crescita economica.
In questo modo, si ingessa tutto il sistema, lasciando che ogni singolo operatore scelga le prestazioni che vuole erogare, sulla base di quelle ritenute più remunerative.
In altri termini, un sistema di budget per struttura, sulla scorta dei fatturati medi prodotti dalle singole strutture nelle annualità precedenti, senza alcuna altra preventiva valutazione del fabbisogno assistenziale, non solo non assicura livelli essenziali di assistenza, ma penalizza operatori efficienti, che, nel periodo storico considerato, non detenevano fatturati soddisfacenti, e non sono messi in condizione, per ciò solo, di sviluppare la propria attività.
E' chiaro, dunque, che un meccanismo di questo tipo produce effetti distorsivi sul sistema degli incentivi e sul perseguimento dell'efficienza, con l'ulteriore conseguenza di avvantaggiare ingiustificatamente chi per l'innanzi ha detenuto importanti posizioni sul mercato, in violazione dei principi antitriust.
La fissazione dei tetti di spesa, che esprime il budget del soggetto accreditato, costituisce elemento ineludibile del sistema di accreditamento, il quale si basa sulla concorrenza tra soggetti pubblici e privati erogatori di prestazioni private.
In simile contesto è evidente che il budget e il tetto di spesa costituiscono il termine di paragone per misurare l'efficienza e l'economicità della gestione del soggetto accreditato nell'ambito di un sistema - delineato dalla riforma dell'apparato sanitario - che mira a realizzare gli obiettivi di contenimento della spesa e di equiparazione degli operatori sanitari muniti dei necessari requisiti, indipendentemente dalla loro natura pubblica o privata. Ciò, in quanto il mercato delle prestazioni sanitarie si configura come un mercato peculiare, nel quale la particolarità del bene oggetto di scambio, ovvero la prestazione sanitaria, è tale da non soddisfare tutte le condizioni che usualmente definiscono il funzionamento dei mercati tradizionali.
Nel sistema di remunerazione a tariffa, i costi di produzione delle prestazioni sono determinati a partire dai prezzi delle prestazioni stesse e non viceversa. Ne deriva che, in assenza di opportuni meccanismi concorrenziali tra gli erogatori di prestazioni sanitarie, vengono meno anche gli incentivi a rilevare i costi effettivi delle prestazioni e a trasferire questa informazione sul prezzo. L'analisi non corretta del fabbisogno quali-quantitativo delle prestazioni socio-sanitarie e della relativa quantificazione del loro valore medio importa, poi, un usoimpropriodell'accreditamento e/o degli accordi, perché riduce il numero dei soggetti ammessi ad erogare prestazioni in regime con il Servizio Sanitario e, dunque, la libera scelta degli utenti, perché non permette di individuare strutture erogatrici che, a parità di qualità di prestazioni offerte, sono in grado di praticare prezzi più competitivi.
Naturalmente, in un sistema basata sul budget per struttura, vengono meno le funzioni attribuite ai Tavoli Tecnici aziendali con riguardo al monitoraggio della spesa, ai flussi di prestazioni in base ai tetti fissati e alle regressioni tariffarie.
In un sistema basato sul criterio del fatturato storico, le singole strutture non interrompono l'erogazione delle prestazioni, temendo la concorrenza delle altre strutture, producendo per l'effetto un extra budget recuperabile solo attraverso regressioni tariffarie altissime.
In conclusione, la corretta e conforme applicazione delle disposizioni normative vigenti impongono ad ogni Regione di fissare i volumi delle prestazioni e i correlati livelli economici di spesa nell'ambito della macroarea della specialistica ambulatoriale e per singole branche, in modo da assicurare il contenimento della spesa pubblica in uno alla garanzia dei LEA.

LOBBY E NUOVA DEMOCRAZIA

L'evoluzione del sistema sociale e la nascita di nuovi e peculiari interessi economici e culturali rende i sistemi democratici sempre più molecolari e segmentati. Nelle democrazie pluraliste e avanzate, parallelamente, si è assistito alla diffusione di gruppi organizzati di individui, che si fanno portatori di interessi particolari presso il decisore pubblico, nel tentativo di orientarne le scelte. Gruppi noti come Lobby.

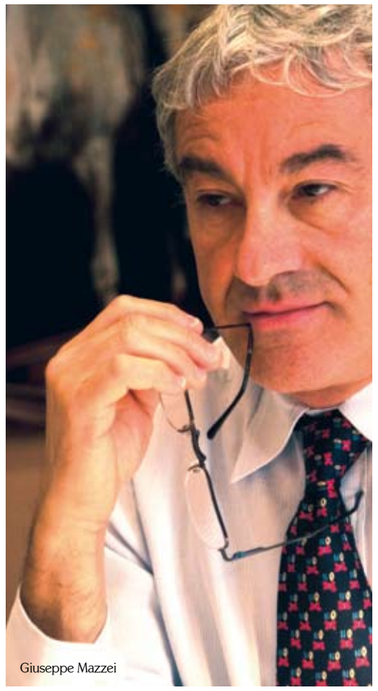
"E' questa - dice Giuseppe Mazzei, docente di Teorie e Tecniche delle Relazioni istituzionali presso la "Sapienza" di Roma e presidente de Il Chiostro - una conseguenza della sempre maggiore complessità delle scelte, come anche della conoscenza più dettagliata e competente di particolari sviluppi tecnologici ed economici, che porta il decisore pubblico alla necessità di acquisire informazioni da parte di portatori di interessi particolari, proprio per avere cognizioni di causa e informazioni dettagliate per deliberare al meglio. Il fenomeno lobbistico si inquadra, infatti, in un contesto de-ideologizzato, pertanto l'adesione o la presa di contatto con un gruppo di interesse non implica di per sé coincidenza con una generalizzata o ideologica visione del mondo, ma si concretizza nel sostegno a singole e specifiche negoziazioni con le istituzioni".
Tuttavia, quando in Italia, si parla di Lobby scattano subito sentimenti ostili, perché è una parola che sa di sotterfugi, di intrallazzi, di massoneria.
Una reazione, che il Sen. Francesco Cossiga considera ipocrita. Da noi - dice Cossiga, in un'intervista rilasciata a Lobbyngitalia.com - il rapporto tra politica e affari è considerato scandaloso in sé. Naturalmente esiste, ma i politici se ne vergognano e lo nascondono. Siamo un paese ipocrita che, spinto da logiche pseudo-morali, rifiuta di ammettere pubblicamente che, tra la politica e il denaro, c'é un legame evidente e indissolubile. Un'attività, quella lobbistica, esiste ovunque, ma da noi viene svolta nell'ombra. Nei Paesi che nel denaro non vedono il male – prosegue Cossiga - è tutto alla luce del sole. Negli Stati Uniti, ad esempio, non si può fare lobbyng se non si è iscritti a un apposito Albo, che oggi conta circa 30 mila aderenti, e ogni attività lobbistica è pubblica e trasparente. Chi viene sorpreso a fare il lobbista senza averne diritto, finisce dritto in galera. La differenza, dunque, non è tra fare o non fare, ma tra dire o non dire".

Gruppi lobbistici sono presenti in Europa, presso la Commissione, negli Usa presso il Congresso. Si stima, in particolare, che a Bruxelles vi siano 15mila lobbysti, che difendono gli interessi delle grandi aziende europee, soprattutto nei temi legati all'ambiente. I commissari e i lobbysti mancano, però, ancora di una normativa generale di riferimento.
In Italia, l'interesse attorno alle lobby sta in questi ultimi anni aumentando. L'ISLE (Istituto per la Documentazione e gli Studi Legislativi) ha recentemente presentato una proposta di Legge concernente le "Disposizioni in materia di rappresentanza di interessi presso i decisori pubblici", partendo dalla constatazione e dal presupposto, che "l'attività di lobbyng non solo è lecita, ma è anche utile e preziosa per il decisore pubblico, perché strumento indispensabile per acquisire informazioni tecniche, altrimenti difficilmente comprensibili, e prevenire impatti economicamente e socialmente insostenibili delle decisioni, che si vogliono adottare.

Nell'interesse del buon andamento delle istituzioni e nella consapevolezza del contributo di conoscenza del rapporto tra Stato e Società e per informazione trasparente all'opinione pubblica, diviene auspicabile non reprimere, ma regolamentare un fenomeno, che rappresenta un aspetto sempre più significativo del sistema politico e istituzionale a tutti i livelli di governo (documento ISLE)".

Una delle associazioni, che, in Italia, sta fattivamente agendo per il riconoscimento normativo delle Lobby è il Chiostro, che ha come scopo preciso quello di promuovere la "cultura, la pratica e la regolamentazione della trasparenza nella rappresentanza di interessi".
"In Italia – dice il presidente, Giuseppe Mazzei – i numerosi tentativi, che sono stati svolti negli ultimi 40 anni, con la proposta di almeno 30 provvedimenti, l'ultimo dei quali alcuni anni fa, hanno avuto sino ad ora esito negativo. La regolamentazione dell'attività di lobbyng è sempre stata condizionata da due impulsi contrapposti: quello di una politica, che mal tollera imbrigliamenti a causa del forte ruolo esercitato dai partiti nel rapporto Stato-Società, e quello di un'opinione pubblica, che impone l'esigenza della trasparenza nei rapporti tra il mondo dell'economia e quello delle istituzioni. Il riconoscimento delle lobby, invece, si presenta - prosegue Mazzei - come uno dei pilastri del buon funzionamento della democrazia e non di inquinamento e di turbativa dei rapporti politici e delle loro decisioni. Riconoscere le lobby vuol dire razionalizzare un'attività già presente, ma non regolamentata, per fornire appunto al decisore pubblico uno strumento e un supporto chiaro e con obiettivi e finalità ben definite e, nello stesso tempo, garantire ai cittadini il diritto di conoscere le ragioni sottese alla decisione pubblica.
La stessa etimologia della parola Chiostro, nome scelto per la nostra associazione, riporta a lobium, che significa "chiostro", un luogo che evoca qualcosa di più nobile della sala d'albergo o del corridoio e con cui abbiamo voluto indicare la necessità di impegnarci, affinché l'attività lobbistica sia trattata col rispetto e la dignità che spetta a una professione seria e complessa.

Già in molti paesi stranieri – sottolinea Mazzei - esiste una regolamentazione della materia, più o meno dettagliata, basti pensare alle giovani democrazie, ad esempio dell'Europa balcanica, che si sono date una legge in materia. Per non parlare di alcune regioni italiane (Toscana e Molise), che hanno approvato una normativa locale.
I tempi, dunque, stanno maturando e per questo abbiamo proposto a tutte le associazioni di lobbisti dei 27 Paesi europei un tavolo comune per delineare poche e chiare regole condivise: obbligo di registrazione di chi svolge attività di relazioni istituzionali; affermazione del principio di legalità; dovere dei lobbisti di lealtà e sincerità verso le istituzioni e il diritto di essere ascoltati; incompatibilità per evitare conflitti di interesse; sanzioni pecuniarie e interdittive severe.
Il Chiostro, del resto - continua Mazzei - vuole contribuire a modificare un approccio semplicistico e manicheo al lobbismo, diffondendo i valori e la cultura del pluralismo e di una democrazia aperta al dialogo con chiunque abbia legittimi interessi da rappresentare presso i pubblici decisori. Vuole delineare una precisa identità dell'attività di lobbying, distinguendola da altre con cui è tuttora confusa e a cui è impropriamente assimilata, diffonderne le caratteristiche peculiari nell'opinione pubblica, ottenere una regolamentazione chiara, semplice e non viziata da pregiudizi, contribuire a un'adeguata formazione professionale interdisciplinare e basata su solidi valori etici dei lobbisti.
Chi fa lobby non sono solo le associazioni e le società, che curano gli interessi di aziende private e pubbliche, ma anche coloro che operano nelle istituzioni, enti e organizzazioni, che non hanno obiettivi di profitto economico. L'obiettivo entro questa legislatura? Una proposta di legge di iniziativa parlamentare bipartisan – conclude Mazzei".


Giuseppe Mazzei

Last News

RIORGANIZZAZIONE RETE STRUTTURE DI LABORATORIO

La Conferenza Stato-Regioni ha approvato il Documento del Tavolo Tecnico Ministeriale

Il Ministero della Salute ha inviato, con nota a firma del Ministro, Ferruccio Fazio, alla Confederazione Stato-Regioni, il Documento elaborato dal Tavolo Tecnico per l'individuazione dei criteri e delle modalità per la Riorganizzazione delle Reti di offerta di Diagnostica di Laboratorio.
La Conferenza Stato-Regioni ha approvato le Linee di Indirizzo proposte dal Ministero e, pertanto, il Documento sulla Riorganizzazione dell'offerta di Diagnostica di Laboratorio potrà essere inviato, previa firma del Ministro, alle singole Regioni per l'attuazione.

COMPENSAZIONE CREDITI VANTATI CON IL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE

Approvato dal Senato il Disegno di Legge , che va ora in esame alla Camera. In questa sede FederLab Italia promuoverà emendamenti correttivi

Per maggiori informazioni:
www.federlabitalia.com

event Planet
ITALIAN EVENT PLANNER

Congressi

Convegni

Meeting

Viaggi Incentivanti
Viaggi Individuali
Eventi Esclusivi

concept nautizvolante.it
da Capri a Tutto il Mondo !

event Planet
ITALIAN EVENT PLANNER
Event Planet S.r.l.
Sede Legale ad Amministrativa: Via Pagliaro, 7
80071 Anacapri (Isola di Capri, NA)
Tel. +39 081 4246964 - Fax +39 081 5423109 - cell. 339.5408235
Event Planet S.r.l.
Uffici Commerciali: Napoli - Milano
Referenti Locali: Palermo - Roma - Taranto - Venezia
www.eventplanet.it
info@eventplanet.it

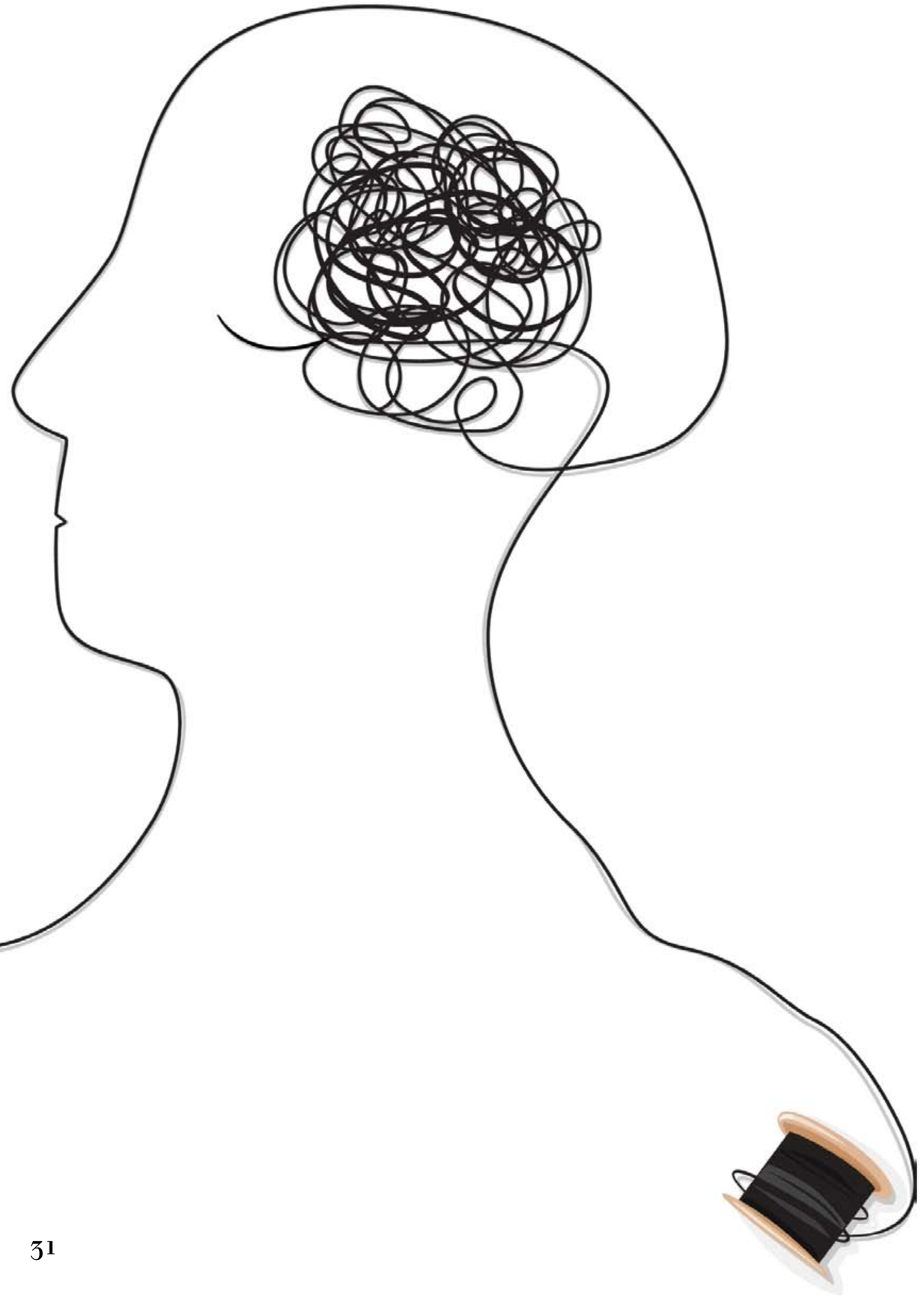
DNA SINTETICO. VERSO UNA NUOVA FORMA DI VITA?

L'annuncio, dato il mese scorso, della creazione di una cellula artificiale, da parte del genetista Craig Venter, ha destato sgomento ed interrogativi sia sotto il profilo scientifico che sotto quello filosofico, riaprendo il confronto, a tratti polemico, tra creazionisti e materialisti. La notizia ha stimolato la riflessione, di carattere bioetico e pratico, da parte degli addetti ai lavori, fino a provocare l'intervento dello stesso Presidente USA Obama, che ha designato un'apposita Commissione per valutare ed approfondire "i confini etici e i rischi identificabili" di questo traguardo della Scienza e per "esprimere raccomandazioni sulle azioni, che il Governo dovrebbe avviare per consentire agli Stati Uniti di sfruttare i benefici di questo risultato".

DI CORRADO MARINO

Una scena del film "Blade Runner"

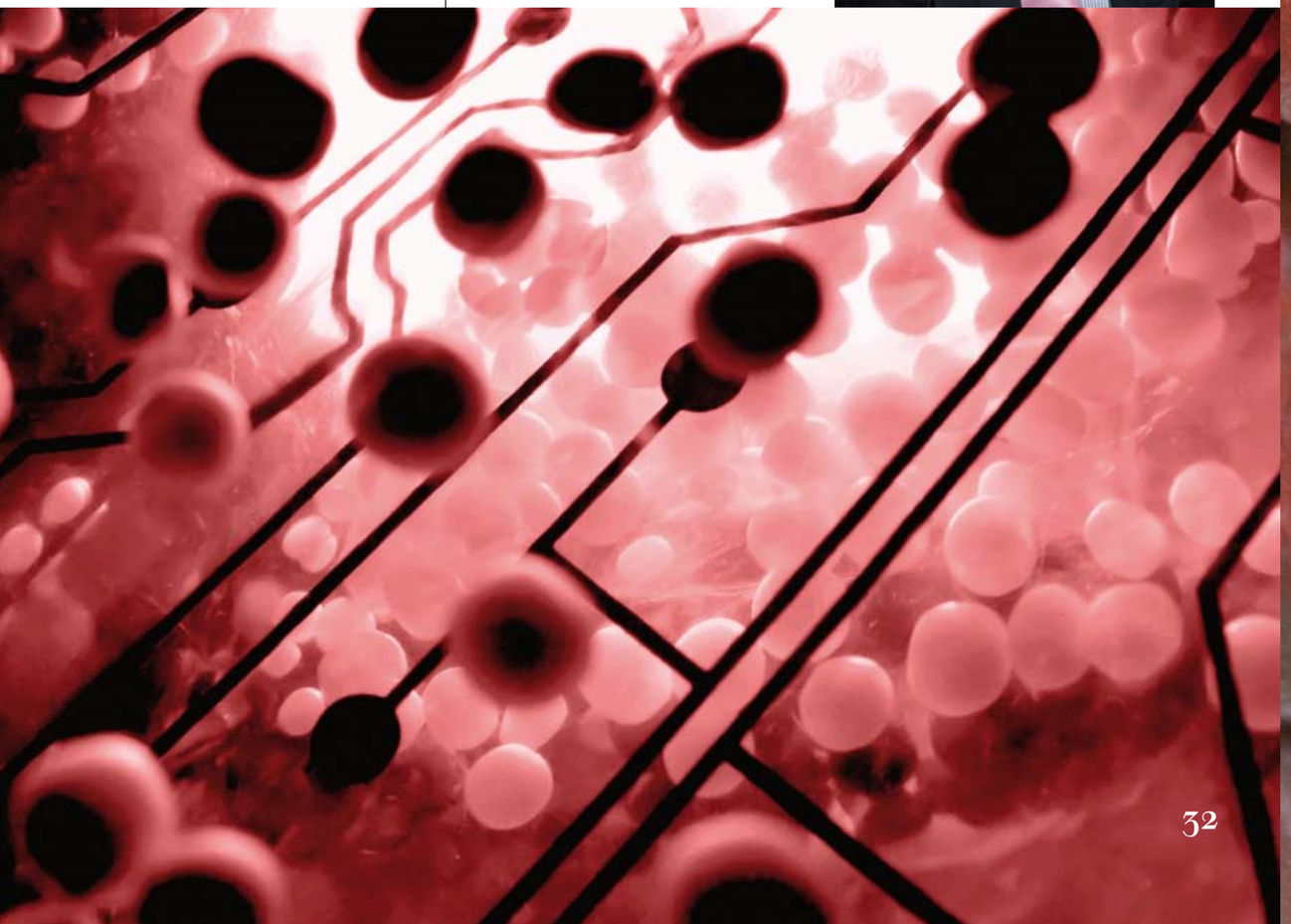
Per comprendere una tale mobilitazione di coscienze e di attenzione, occorre capire il valore e il significato di questo "traguardo della Scienza", chiamato "cellula artificiale".
L'esperimento di Venter ha permesso di ottenere in laboratorio colonie cellulari, originate dalla replicazione cellulare di una cellula iniziale, in cui, dopo avere eliminato il DNA originale è stato immesso uno nuovo.
L'eccezionalità dell'esperimento è stata quella per cui il nuovo DNA non appartiene ad un altro microrganismo vivente, ma è stato sintetizzato in laboratorio. E', cioè, "artificiale".
L'evoluzione della tecnologia, pertanto, non è stata quella di inserire il DNA in una cellula, ma di essere stati capaci di sintetizzare un DNA "minimo" che, come un sistema operativo, contiene le istruzioni, che consentono alla cellula di essere autonoma e di riprodursi.
Il naturale passo successivo di questa scoperta potrebbe essere quello di aggiungere al "DNA minimo" altri geni, specifici per la produzione di proteine, enzimi, e quant'altro.
Appare, tuttavia, chiaro, da quanto detto, che Venter non ha affatto creato la vita, come molti hanno scritto, ma che ha "solo" riprogrammato un microrganismo già esistente, il Micoplasma capricolum, privato del suo genoma originale, sostituito da un altro artificiale.
Il data base genetico di origine, infatti, è stato letto, ricostruito, parzialmente ridotto, ma anche modificato con l'aggiunta di sequenze diverse. Tale genoma, che prima non esisteva, inserito nel citoplasma del Micoplasma capricolum, è così stato in grado di innescare la sintesi proteica e di sovrintendere alla riproduzione, creando nuove cellule di Micoplasma con caratteristiche diverse da quelle di partenza.
Dopo un certo numero di divisioni cellulari, infatti, i microrganismi non conservano più nulla della cellula di partenza, poiché i caratteri fenotipici del citoplasma originale subiscono una diluizione sempre più spinta, man mano che le cellule si riproducono.
Cellule, che, nonostante si definiscano "sintetiche o artificiali", per possedere un DNA sintetico, che ne organizza la struttura, e che, nonostante siano del citoplasma di origine, comunque originano da un "primum movens" naturale, solo riprogrammato dal DNA sintetico.
Una riprogrammazione, dunque, e non una creazione. Così andrebbe interpretato l'esito dell'esperimento di Venter.
Rimane, comunque, aperto il quesito verso dove un simile esito possa condurre l'Umanità.
Lo stesso Venter, definendo la sua cellula come artificiale, l'ha descritta come un potente strumento per progettare in Biologia tutto quanto possa volere l'Uomo: batteri salva-ambiente, alghe che possono assorbire grandi quantità di anidride carbonica, batteri che producono vaccini o biocarburanti, etc… In base allo stato delle conoscenze attuali, si aprono le porte a quell'immaginario futuribile, che già, nei decenni scorsi, ha



"prodotto" simili eventi e che ancor più, oggi, sarà autorizzato a "produrne".
E, da un certo punto di vista, sembra, data la forza polemica del dibattito, di ritrovarsi nello stesso contesto, che interessò la "Rivoluzione Scientifica" del 1600.
Diversamente da allora, però, l'intellettualità ecclesiastica, non si è fatta sorpassare dagli avvenimenti. Anzi, il Cardinale Bagnasco ha parlato dell'esperimento di Venter come di "un ulteriore segno dell'intelligenza dell'Uomo, dono di Dio", anche se l'Osservatore Romano, subito dopo, e giustamente, ha invitato ad una doverosa cautela per le azioni impreviste, che possono originare dalla manipolazione del DNA.
Sebbene la valutazione del Cardinale Bagnasco abbia posto la Chiesa su posizioni aperte alla Scienza, la storica Scaraffie e la filosofa Marzano stimano, tuttavia, ingannevole la dichiarazione dell'Alto prelato. La Chiesa, secondo loro, starebbe, in realtà, cercando di "guadagnare tempo e di attendere l'evoluzione della scoperta", ma, se si dovesse realizzare l'uso delle cellule artificiali, la Chiesa, certamente, si attesterà sulle sue posizioni tradizionali.
La portata di questa scoperta riapre, quindi, la questione etica legata allo sviluppo delle biotecnologie e potrebbe indurre alcuni a pensare che la Scienza abbia deciso di entrare in competizione con Dio, per costruire l'Uomo perfetto e giungere al Superuomo.

Ma, se si riflette sul fatto che il DNA sintetico, per generare una cellula sintetica, ha comunque avuto bisogno di una cellula già esistente, con gli organuli e l'impalcatura citoplasmatica, si può essere portati a sminuire l'importanza di questo evento. L'uomo resta ancora un mistero e la vita non può originare da una sommatoria di atomi, né da una loro interazione. E ritenere che dall'esperimento di Venter si giunga all'applicazione di tale tecnologia anche a cellule superiori di piante ed animali è molto prematuro.
La produzione di organismi inediti, muniti di informazioni create su misura, rimane, quindi, molto delicata. E non solo per le problematiche etiche, del pensiero materialista o creazionista, ma per le ripercussioni che potrebbero avere sulla vita terrestre forme di vita innaturali.
Rimane sempre l'Uomo il paradigma di tutto. Resisterà all'idea di codificare " verso il male" questi organismi? Sarà in grado di controllarli e di eliminare forme di vita ulteriormente modificate da mutazioni spontanee del DNA sintetico? Quale impatto potrebbero avere sull'Umanità nuovi organismi, che dovessero sfuggire al controllo e diffondersi nell'ambiente? Potrebbero impadronirsene, cancellando o modificando irrimediabilmente l'evoluzione di ogni specie vivente?
Sono questi i pesanti dubbi e i problemi dell'era post-genomica, che pongono l'accento sul dilemma non tanto della volontà dell'uomo sul come può finalizzare l'impiego della "vita artificiale", quanto sulla sua capacità di controllarla.
La lunga storia della Vita sulla terra ha generato forme viventi, che svolgono un ruolo ben preciso nell'equilibrio della Biosfera e della sua evoluzione naturale, secondo i ritmi e i tempi che l'hanno creata. E speriamo di poter rispondere a questi quesiti, nel prossimo futuro, in modo rassicurante.

Corrado Marino



La Onlus Pangea *è stata istituita nel 2003 da un gruppo di giovani che già da 13 anni si prodigavano in attività volontaria in Tanzania, collegandosi alla presenza di missioni e parrocchie. Il motto - e la mission - dell'Associazione è «Nel nostro piccolo cerchiamo di fare qualcosa di concreto per il prossimo».*

TANZANIA. PANGEA ONLUS. UN LABORATORIO DELLA COOPERAZIONE E LA SOLIDARIETA'

Elena Rigoli responsabile medico di laboratorio

Prove di laboratorio

Gli obiettivi si articolano in raccolta fondi, accoglienza nella società italiana degli immigrati del sud del mondo, promozione dell'autoformazione, diffondere in Italia la conoscenza della realta dellla Tanzania, offire ai giovani un esempio che li sensibilizzi alla diversità e alle condizioni di sottosviluppo, collaborare con altre organizzazioni con finalità analoghe a quelle di Pangea.

Elena Rigoli si reca in Africa dal 1977 ed è responsabile di Pangea in qualità di consigliere. Da 2003 lavora a Njouba in Tanzania, stato dell'Africa orientale compreso tra l'oceano indiano e i laghi Tanganika, Nyasa e Vittoria. Un paese dalle bellezze naturali mozzafiato, ma afflitto dall povertà e dalle malattie, in particolare la Tbc e l'Aids.
Njouba è una località particolarmente colpita dall'Aids a causa della sua dislocazione su una delle principali strade del paese. Si calcola che in Tanzania il 19% della popolazione tra i 25 e i 40 anni sia sieropositiva. Il governo locale ha avviato un campagna di prevenzione, ricevendo aiuto soprattutto da enti filantropici, come la fondazione Clinton-Gates che ha consentito l'adozione anche in Tanzania del test gratuito di primo livello per la terapia antiretrovirale.

Pangea ha realizzato a Ikonda un ospedale con un laboratorio di analisi, strutture indispensabili per offrire cure e per diagnosticare malattie che non lascerebbero scampo.
Il laboratorio consente di effettuare sul luogo analisi che altrimenti richiederebbero costosi progetti di telemedicina. Un'altra struttura, nata dal concreto impegno di Pangea, è il ripristino della mensa della scuola elementare di Kona, di cui nella foto vediamo gli studenti. Sono circa 400 bambini della scuola primaria, nelle loro uniformi blu. Pangea è riuscita a riavviare la refezione che era stata sospesa a causa delle difficoltà economiche di molte famiglie. Infatti, il governo della Tanzania affida l'organizzazione del servizio mensa ai singoli istituti, sulla base di un contributo economico dei genitori.

PANGEA ONLUS
L'OSPEDALE DI IKONDA

www.pangeaonlus.org

LA SENSIBILITA' CHIMICA MULTIPLA, UNA PATOLOGIA ANCORA TUTTA DA SCOPRIRE

Nel secolo scorso il progresso in campo agricolo e industriale dovuto alla produzione di prodotti chimici innovativi, ha immesso sul mercato un enorme numero di sostanze chimiche di sintesi che hanno impattato negativamente sulla salute umana e sulla fauna e flora.

DI GIOVANNI TRINGALI

Fin dal concepimento l'essere umano entra quindi in contatto con innumerevoli sostanze tossiche (endogene ed esogene) e cerca autonomamente, tramite il proprio sistema immunitario e i sistemi di detossificazione di contrastare gli effetti negativi degli inquinanti. Ogni uomo ha, in relazione alla propria costituzione, la possibilità di reagire agli insulti ambientali in modo unico; tuttavia tale caratteristica, pur essendo geneticamente determinata, è fortemente influenzata da fattori ambientali.
In alcuni casi, le capacità di difesa e di detossificazione possono essere gravemente compromessi al punto tale da rendere tali individui ipersensibili ai comuni fattori ambientali che ci circondano che possono essere di natura chimica oppure fisica come ad esempio i campi elettromagnetici. La condizione patologica che interessa un soggetto sensibile a bassi livelli di esposizione ai prodotti chimici è conosciuta con una varietà di termini, quali: Patologia Ambientale, Malattia del ventesimo secolo, Sindrome Allergica Totale, Malattia Ecologica e Problema di Sensibilità Chimica (Sandler, 1993) ed altri ancora.

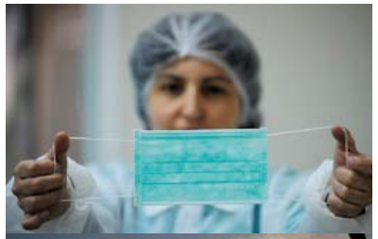
Il termine di Sensibilità Chimica Multipla (Multiple Chemical Sensitivity, MCS) fu introdotto nel 1980 quando fu pubblicato il primo articolo inerente a tale patologia (Cullen,1987;Hilleman,1991).
La MCS è stata anche definita "Idiopathic Environmental Intolerance", in una conferenza organizzata dall'Organizzazione Mondiale Della Sanità nel 1996, sulla base del fatto che molti di questi soggetti lamentano anche sintomi dopo esposizione ad agenti fisici quali, ad esempio, le onde elettromagnetiche (IPCS, 1996). Nel 1987 Cullen descrisse il caso di un uomo che aveva

sviluppato un'intolleranza ad un'ampia varietà di prodotti chimici, compresi prodotti di uso comune, anche nell'ambiente familiare, ciò a seguito dell'esposizione acuta accidentale ad un prodotto chimico sul posto di lavoro.
Da questa esperienza, Cullen propose una prima definizione di MCS che si riporta testualmente: "la Sensibilità Chimica Multipla è un disordine acquisito caratterizzato da sintomi ricorrenti, multiorgano, che insorgono in risposta all'esposizione dimostrabile a sostanze chimicamente indipendenti e a dosi molto più basse rispetto a quelle in grado di determinare effetti nocivi nella popolazione generale" (Cullen,1987). La MCS è pertanto una sindrome immuno-tossica infiammatoria multifattoriale simile, per certi versi, all'allergia e molto spesso scambiata con essa, poiché i sintomi si presentano in presenza di un dato contaminante e scompaiono con l'allontanamento dalla causa scatenante, ma le sue dinamiche e il suo decorso sono completamente diversi, ovvero si perde per sempre la capacità di tollerare gli agenti chimici.
In altre parole, la malattia diventa cronica. Si tratta quindi di una sindrome multisistemica d'intolleranza ambientale totale alle sostanze chimiche, che può colpire vari apparati ed organi del corpo umano: "le sostanze chimiche danneggiano il fegato e il sistema immunitario sopprimendo la mediazione cellulare che controlla il modo in cui il corpo si protegge dagli agenti estranei; i sintomi si verificano in risposta all'esposizione a molti composti chimicamente indipendenti e presenti nell'ambiente in dosi anche di molto inferiori da quelle tollerate dalla popolazione in generale". Gli effetti si possono documentare a seguito di esposizioni a molteplici sostanze chimiche non correlate fra loro: profumi, deodoranti; detergenti; cosmetici; gas di scarico dei motori diesel, fumi di asfalto caldo, fumo di tabacco; pesticidi, insetticidi; vapori di benzina; vernici o diluenti, colle e sostanze collanti, cloro; farmaci, materiali di arredo nuovi; tessuti; additivi; rumore; luce artificiale; campi elettromagnetici.
Ad oggi, non esiste un test diagnostico specifico per evidenziare l'MCS per cui la diagnosi è clinica e si avvale di criteri diagnostici specifici per MCS contenuti in un documento di consenso così come riportato di seguito (Nethercott et al.,1993; Bartha et al.,1999):

- I sintomi sono riproducibili in seguito ad esposizioni ripetute a sostanze chimiche;
- La condizione è cronica;
- Le manifestazioni patologiche si verificano a seguito di esposizioni a basse dosi che comunemente sono ben tollerate dagli altri soggetti;
- I sintomi migliorano o si risolvono quando gli agenti causali vengono rimossi;
- Gli effetti si possono documentare a seguito di esposizione a molteplici sostanze chimiche non correlate fra loro;
- Gli effetti e i sintomi sono relativi a molti organi e apparati (patologia multisistemica).

EPIDEMIOLOGIA DELLA SENSIBILITÀ CHIMICA MULTIPLA (MCS)

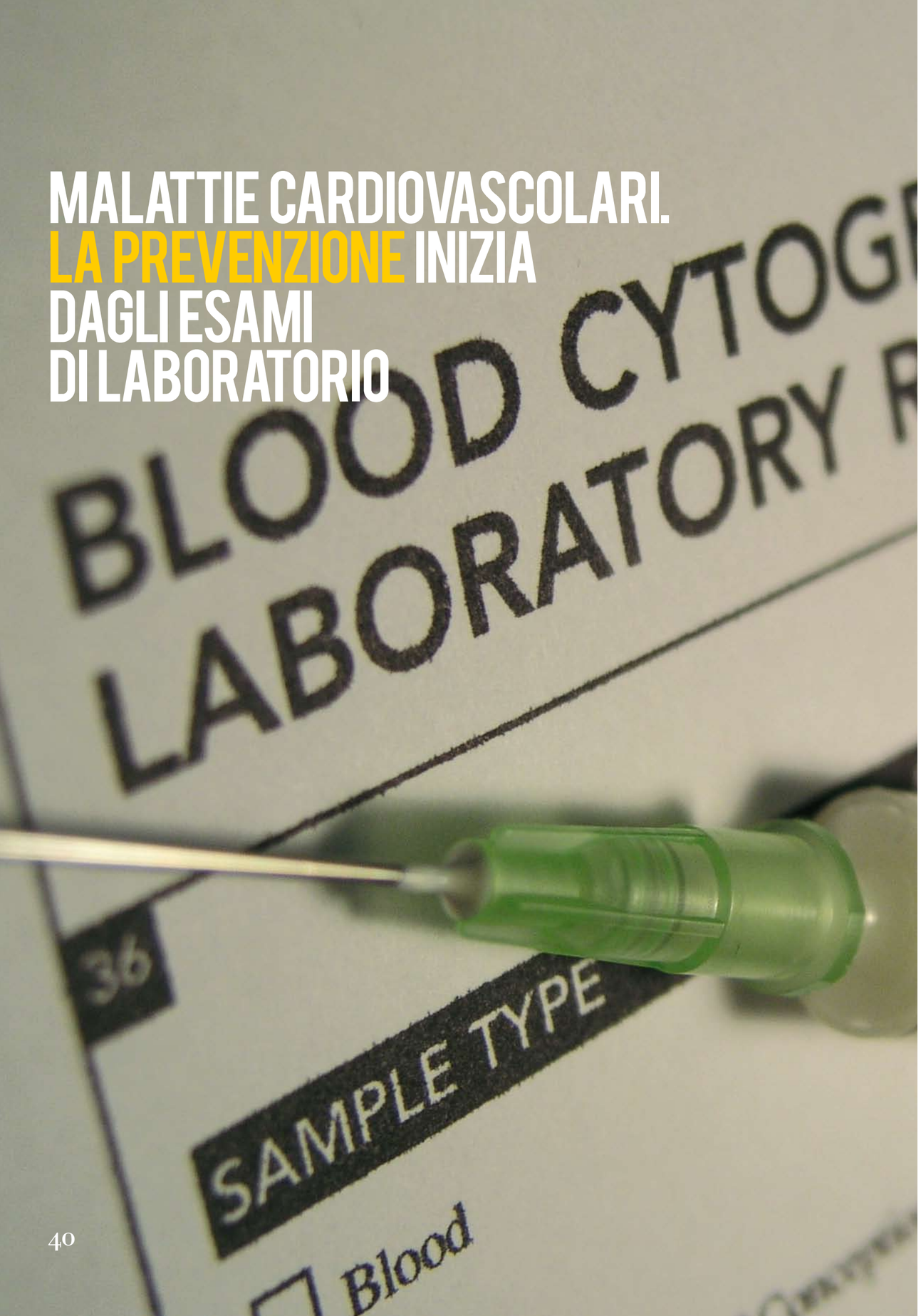
Non esistono stime univoche d'incidenza e di prevalenza della MCS in quanto mancano studi su scala mondiale. I dati di letteratura si riferiscono a specifiche popolazioni e anche in tal caso sono spesso eterogenei a causa della difficoltà della diagnosi (Pall ML,2007,2009; Sorg BA,1999).
Il più esteso di tali studi è stato pubblicato in una serie di articoli da Caress e Steinemann (Caress SM, Steinemann AC,2004). La prevalenza della MCS severa negli Stati Uniti è approssimativamente del 3.5% della popolazione, con percentuali maggiori, probabilmente dal 12 al 25%, della popolazione colpita a livello moderato (Pall ML,2007,2009).
Studi in Canada, Germania, Danimarca e Svezia hanno stimato percentuali più basse di quella statunitense, circa il 1-2% della popolazione



affetta da patologia grave e circa 6-12 % con forme moderate (Pall ML,2009).
L'Osservatorio sulla MCS del Ministero dell'Ambiente della Danimarca ha stimato che circa 50.000 danesi sono sensibili a composti presenti in prodotti di largo uso.
La situazione italiana non è ancora chiara, non esiste infatti un registro nazionale per la patologia, gli unici dati di cui si dispone sono relativi ad un comunicato stampa dell'Istituto Superiore di Sanità del 2004 il quale riportava che i malati di MCS in Italia fossero circa 4000. In realtà si ritiene che la cifra sia nettamente sottostimata a causa della mancanza di medici in grado di diagnosticare la malattia anche perché molti non la conoscono.
Pertanto la MCS sembrerebbe avere un'incidenza molto alta, persino maggiore secondo alcuni di quella del diabete. Quattro studi riportano una comorbilità significativa tra la MCS e importanti malattie croniche (Baldwin CM, Bell IR 1998,1999), fornendo la prova che l'impatto della MCS in termini di salute pubblica sia rilevante.
E' ormai certo che il sesso più colpito è quello femminile, anche se la ragione di tale suscettibilità non è nota (Sparks e coll., 1994).
Un'indagine effettuata su 100 pazienti, con età media di 40 anni, ricoverati presso una "environmental ecology unit" di un ospedale del Texas, al fine di valutare i fattori scatenanti della MCS, evidenziò che il 56% di questi pazienti aveva incominciato a riferire sintomi prima dei 30 anni d'età, il 77% di essi erano donne e più della metà aveva una elevata scolarizzazione. Per quanto riguarda i fattori scatenanti, nel 12% del campione studiato l'insorgenza dei sintomi venne attribuita ad una esposizione lavorativa, nell'11% al trasferimento in un nuovo ambiente (sia domestico che lavorativo), mentre il 58% non sapeva identificare un fattore scatenante (Spyker, 1995).
Secondo dati Rea (1995) il rapporto donne e uomini è di 7:1, l'età maggiormente correlata allo sviluppo della sensibilità chimica quella tra i 30-50 anni, anche se diagnosi di MCS sono state poste in bambini e anziani.
Sintomatologia
La MCS è una sindrome immuno-tossica infiammatoria, caratterizzata da intolleranza totale alle sostanze chimiche presenti nell'ambiente anche in dosi di molto inferiori da quelle tollerate dalla popolazione generale, la cui eziopatogenesi risulta ad oggi non è del tutto nota.
E' una sindrome altamente invalidante, a carattere sistemico, con coinvolgimento ingravescente ed irreversibile di tutti gli organi ed apparati. Nell'arco di pochi anni dall'esordio i sintomi cronicizzano e, senza un'adeguata terapia di supporto, determinano l'insorgenza di gravi complicanze, quali: insufficienza epatica, insufficienza respiratoria, scompensi cardiaci, ictus, infarti, demenza, depressione, epilessia, …
Nei pazienti MCS è stata inoltre riscontrata una più alta incidenza di forme tumorali e leucemie.
La MCS è pertanto una sindrome irreversibile, progressiva e fortemente disabilitante poiché determina una invalidità totale che porta all'isolamento fisico impedendo qualsiasi forma di vita sociale e lavorativa.
La sintomatologia è pertanto estremamente eterogenea, spesso caratterizzata dal coinvolgimento, simultaneo di diversi apparati.
Presso l'I.R.M.A. di Acireale è stato effettuato uno studio che dimostra in questi soggetti un'alterazione del burst ossidativo del leucociti. Il laboratorio clinico comincia quindi ad assumere un ruolo nella valutazione di questi soggetti e nel prossimo futuro è verosimile che possano essere attivate delle linee guida per la diagnosi di questa invalidante patologia.

Giovanni Tringali,
direttore Istituto ricerca Medica e Ambientale di Acireale

MALATTIE CARDIOVASCOLARI. LA PREVENZIONE INIZIA DAGLI ESAMI DI LABORATORIO



Negli USA, sono 62 milioni gli individui affetti da malattie cardiovascolari. In Italia, la mortalità è di circa 240 mila unità

Le malattie cardiovascolari, in particolar modo la malattia coronarica e l'ictus, sono la causa più comune di morbilità e mortalità nella popolazione dei paesi più industrializzati, ed un fenomeno in crescita nei Paesi in via di sviluppo. Ciò che provoca la malattie cardiovascolari sono i "fattori di rischio cardiovascolare", che il mondo medico distingue in non trattabili o trattabili.
I primi sono legati all'età avanzata - il rischio di malattie cardiovascolari è, infatti, maggiore negli anziani e nei maschi, al sesso ed alla familiarità. Mentre i secondi sono quelli sui quali si può attivare un'efficace prevenzione delle malattie cardiovascolari, come ad esempio l'ipertensione arteriosa, l'ipercolesterolemia, il diabete, l'obesità, il fumo di sigaretta, ectc...).
Tali fattori di rischio sono spesso generati da un cattivo stile di vita. e sono, come dimostrato dall'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare Italiano, i fattori di rischio cardiovascolare piuttosto diffusi nella popolazione italiana di età media. E' importante, dunque, fare un'ottima prevenzione come anche affidarsi ad esami clinici che possano dare una diagnosi predittiva.

VECCHI E NUOVI MARCATORI NELLE PATOLOGIE DA DANNO CARDIOVASCOLARE

"Negli ultimi 10 anni – dice Nunzia Sorrentino, biologa e specialista in Biochimica clinica - si è progressivamente assistito ad una modifica radicale dei criteri e degli strumenti diagnostici utilizzati nelle malattie cardiovascolari. Dai nuovi criteri di diagnostica clinica a quelli di diagnostica per immagini, si è passato all'uso di nuovi marcatori biologici e quindi ad una diagnostica di laboratorio estremamente efficace e diversificata.
L'approfondimento ed il miglioramento delle conoscenze dei meccanismi fisiopatologici, alla base delle patologie cardiovascolari, ha consentito l'individuazione di marcatori sempre più sensibili e specifici creando le premesse per una valutazione predittiva, diagnostica e prognostica dei danni cardiovascolari.
L'uso sistematico di nuovi marcatori – prosegue Sorrentino - di danno cardiaco come la Mioglobina e le Troponine, ha contribuito notevolmente alla diagnostica dell'Infarto del Miocardio (IMA) ed in particolare alla individuazione di IMA – NSTEMI (elettrocardiograficamente non diagnosticabili), grazie a VPN e VPP prossimi al 100% di questi due nuovi tests.
Migliorata, in modo determinante, è anche la valutazione dei danni da riperfusione che dei danni da disfunzione di pompa (BNP, gold standard per la diagnostica dello scompenso cardiaco).
A tutto ciò, si aggiungono le determinazioni dei fattori di rischio cardiovascolari, notevolmente ampliati sia come numero che come sensibilità predittiva (LDL-ossidate, omocisteina, fenotipo LDL, polimorfismo genetico dei fattori di coagulazione, etc.); i fattori infiammatori (hsPCR, IL-6, Amiloide A sierica, NFkB) ed altri parametri correlati e predittivi di eventi cardiovascolari acuti (Albumina modificata dall'ischemia – IMA).
Anche l'obesità incide sul rischio cardiovascolare - aggiunge Sorrentino. Come è noto, l'obesità è il risultato genotipico dello stato nutrizionale dell'uomo in risposta alle mutate condizioni ambientali, prima, estremamente limitate ed ostili, oggi decisamente più favorevoli. L'obesità e il relativo accumulo di tessuto adiposo che lo caratterizza, rappresenta, per l'uomo, uno dei fattori di rischio più importanti nel determinismo di patologie cardiovascolari, neoplastiche e degenerative.
La distribuzione del grasso corporeo e la particolare attività metabolica del grasso viscerale, spiega l'aumentata incidenza delle complicanze metaboliche (diabete, dislipidemie, iperuricemia), cardiovascolari (ipertensione, cardiopatia ischemica, scompenso) e sistemiche (artrosi, insufficienza respiratoria, Ca del colon).
La ritenzione idrica, l'aumentato stress ossidativo, l'attivazione delle citochine pro-infiammatorie e l'aumentata produzione di adipochine (leptina, visfatina, adiponectina) costituiscono i fattori alla base dei meccanismi eziopatogenetici che si vengono ad instaurare.
Il monitoraggio dei vari parametri chimico-clinici (glicemia, lipidi, insulina, marcatori infiammatori) e quelli di funzionalità d'organo (cuore, circolo, rene, ghiandole endocrine, etc.) sono alla base di un corretto approccio clinica dei soggetti obesi.
Recenti statistiche condotte su circa 6 miliardi di individui nei 5 continenti, hanno stimato che, delle 56 milioni di morti registrate nel mondo ogni anno, poco meno della metà (26 milioni) sono attribuibili a fattori di rischio cardiovascolare, in primis l'ipertensione arteriosa seguita dal fumo a dall'ipercolesterolemia.

ESAMI DI LABORATORIO FINALIZZATI ALLA DIAGNOSI ED AL MONITORAGGIO DELLE SINDROMI METABOLICHE

Vi sono attualmente - spiega Sorrentino - almeno 5 diverse definizioni di Sindrome Metabolica, elaborate da diverse associazioni e/o gruppi di studio internazionali (WHO, NCEP-ATP III, AACE, EGIR, IDF) che registrano, come comune denominatore di questa condizione patologica, i 5 elementi caratteristici, Obesità viscerale, Ridotta tolleranza glicidica, Aumentata resistenza all'insulina, Dislipidemia aterogena e Ipertensione.
L'incidenza della S.Metabolica è in progressivo aumento, colpisce tutte le etnie, e si associa ad un raddoppiamento degli eventi cardiovascolari acuti. Alla genesi della S. M., pur essendo probabilmente più comune in soggetti geneticamente predisposti, coinvolge diversi agenti eziologici in stretta correlazione tra loro, come l'obesità viscerale, l'insulino-resistenza e fattori infiammatori ed endocrini.
Il corretto riconoscimento ed inquadramento dei fattori di rischio che la compongono – conclude Sorrentino - rappresenta l'elemento indispensabile per l'individuazione, la diagnosi e la prevenzione di questa sindrome così insidiosa e pericolosa".

2010
L'utile è facile.
Scopritelo alla seconda edizione di FutureLab.
Mostra Convegno Internazionale
del Laboratorio Chimico (Analisi, Ricerca, Controlli).
Veronafiere 12-13 ottobre
www.expofuturelab.com
FutureLab
EIOM
Ente Italiano Organizzazione Mostre
VERONAFIERE

PRIVACY.
RISPETTARE LE REGOLE STABILITE NEL D.LGS.196/2003 E FARLO NEL MODO CORRETTO

Il 1 gennaio del 2004 è entrato in vigore nel nostro Paese il D. Lgs. 30 giugno 2003 n. 196, "Codice in materia di trattamento dei dati personali", complessa normativa meglio nota come "Legge sulla privacy", che ha sostituito integralmente la L. 675 del 1996. Tale sostituzione si è resa opportuna per la necessità di semplificare e razionalizzare la difficile e spesso contraddittoria disciplina in materia. Dettato di Legge che, a sei anni ormai dalla data di approvazione, si può dire solo parzialmente realizzata. Numerosi sono ancora gli aspetti ambigui e di difficile attuazione, in una più generale situazione di non corretta o non completa applicazione, percepita dalla maggioranza dei soggetti obbligati dalla normativa".

DI GIANLUIGI CIACCI

Le ragioni di tale situazione sono le più diverse: da una parte, la peculiarità dell'argomento, familiare un po' a tutti, radicato nella coscienza di ognuno, che ha fatto ritenere, spesso quasi superfluo, l'approfondimento di quanto invece stabilito dettagliatamente e con specifiche peculiarità negli articoli di Legge. In seguito, certamente, la non totale chiarezza del testo normativo, tra l'altro fortemente condizionata dai numerosi interventi correttivi successivi alla sua emanazione. Ancora, la cattiva informazione, che, pur con il sincero scopo di diffondere la consapevolezza sull'argomento, non raramente ha solo reso più oscuro il testo, già difficile. Non ultimo, la sensazione dell'eccessivo numero di regole da rispettare, di "cose da fare", che ha portato come conseguenza un allontanamento dalla percezione della necessità dell'adeguamento.

Tutti questi fattori, per non dirne di altri, hanno avuto come conseguenza il sorgere di numerosi equivoci, che, di certo, non hanno aiutato, e non aiutano, nella corretta applicazione della Legge e, forse, addirittura stimolano ad una sua disapplicazione in assoluto.
Quanto detto vale, in particolare, anche per il settore della Sanità, dove, alle cause indicate, si è anche aggiunta, da una parte, quella della tradizione culturale dell'attore delle professioni sanitarie rispetto a sensibilità per lui "storiche", come il rispetto del segreto professionale a tutela della riservatezza del proprio paziente.
Dall'altra, quella della confusione terminologica tra concetti simili, utilizzati in contesti simili, ma con significati diversi. Si pensi, ad esempio, alla figura del "consenso informato", che, per il medico, rappresenta l'autorizzazione del paziente consapevole alla prestazione sanitaria, mentre nel D. Lgs. 196/2003 è un ben preciso obbligo disciplinato in diversi articoli del suo testo.
E' necessario, quindi, chiarire ancora alcuni capisaldi della disciplina e, magari, iniziare a sciogliere qualche equivoco della complessa materia:

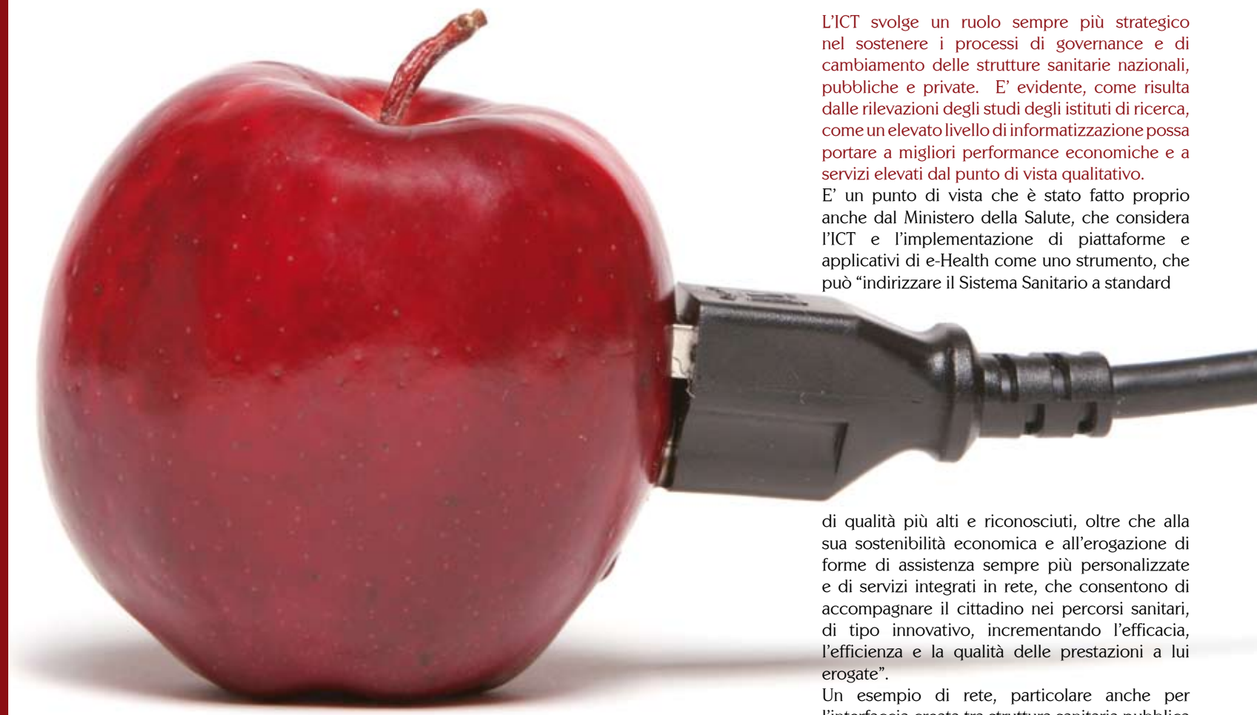
- il D.Lgs. 196/2003 non è una Legge sulla privacy (o almeno non solo), ma disciplina in genere il trattamento dei dati personali, e quindi anche la privacy;
- non è una Legge, che si applica alle cosiddette banche dati, ma ai trattamenti di dati personali in genere, e tra l'altro anche a prescindere dall'uso di un computer;
- si applica, attiva e passiva, non solo alle persone fisiche, ma anche a quelle giuridiche e ad ogni altro ente o associazione;
- non riguarda solo i privati, ma anche la Pubblica Amministrazione. Si tratta, dunque, di una Legge, che detta regole precise su come si devono utilizzare, nell'ambito di una serie di finalità consentite, le informazioni, che riguardano un individuo, siano esse riservate o meno.

E questo attraverso la fissazione di una serie di obblighi, che devono essere rispettati in numerosissimi casi e che sono accompagnati da severe sanzioni, anche di natura penale.
A questo proposito si può, in breve, affermare che

- gli obblighi del D.Lgs. 196 sono di natura giuridica e di natura tecnica;
- tra i primi, che rappresentano come importanza e numero circa il 60 % dell'adeguamento, rientrano la notificazione e l'eventuale richiesta di autorizzazione al Garante, l'informativa e il consenso nei confronti dell'interessato, la determinazione dell'organigramma della struttura e il controllo delle procedure di trattamento dei dati, oltre ad ulteriori specifici adempimenti, come, ad esempio, nel caso si utilizzino impianti di videosorveglianza;
- i secondi, che rappresentano circa il 40 % degli obblighi stabiliti nel D.Lgs. 196, che frequentemente vengono considerati gli unici da rispettare, consistono nell'adozione delle misure, minime e idonee, di sicurezza.

Tra queste (procedure di identificazione e autenticazione nei trattamenti elettronici, protezione contro la pirateria, etc...) la più nota è il Documento Programmatico sulla Sicurezza (il famoso D.P.S.), che, però, è solo una delle misure, e neanche la più importante.
Attenzione, quindi, nelle attività di trattamento dei dati personali nell'ambito della propria struttura, a rispettare le regole stabilite nel D.Lgs. 196/2003 e di farlo nel modo corretto.

TECNOLOGIA ICT.
SISTEMI DIGITALI PER LA RETE DEI LABORATORI E LE RETI SANITARIE



L'ICT svolge un ruolo sempre più strategico nel sostenere i processi di governance e di cambiamento delle strutture sanitarie nazionali, pubbliche e private. E' evidente, come risulta dalle rilevazioni degli studi degli istituti di ricerca, come un elevato livello di informatizzazione possa portare a migliori performance economiche e a servizi elevati dal punto di vista qualitativo.
E' un punto di vista che è stato fatto proprio anche dal Ministero della Salute, che considera l'ICT e l'implementazione di piattaforme e applicativi di e-Health come uno strumento, che può "indirizzare il Sistema Sanitario a standard di qualità più alti e riconosciuti, oltre che alla sua sostenibilità economica e all'erogazione di forme di assistenza sempre più personalizzate e di servizi integrati in rete, che consentono di accompagnare il cittadino nei percorsi sanitari, di tipo innovativo, incrementando l'efficacia, l'efficienza e la qualità delle prestazioni a lui erogate".
Un esempio di rete, particolare anche per l'interfaccia creata tra struttura sanitaria pubblica e privata, è quella tra l'Ospedale di Legnago, in provincia di Verona e una rete di strutture private di Laboratorio del territorio scaligero: Emodata, Gallieno, Sabin, San Martino e Villafranca.
La piattaforma di interfaccia, che ha nome StudioLab, è stata realizzata da una vivace PMI veneta, CB Sistemi srl - Information Technology.
"L'infrastruttra di trasmissione – dice Matteo Barsotti, responsabile di progetto di CB Sistemi - basata sullo standard internazionalmente riconosciuto HL7, permette l'invio delle richieste di analisi all'Ospedale di Legnago e il reinvio delle risposte, contenute in un referto digitale, ai laboratori di partenza. I risultati dell'esame, o degli esami richiesti all'Ospedale, vengono poi integrati, con quelli effettuati dal laboratorio, in un referto unico e, così, consegnati al cittadino, che potrà riceverli in cartaceo, direttamente recandosi presso la struttura di laboratorio, o scaricarli in formato digitale collegandosi al sito del suo Laboratorio. E tutto nel rispetto delle regole della sicurezza e della privacy.
Il sistema informatico realizzato da CB Sistemi - prosegue Barsotti - si fonda su un software innovativo, pensato appositamente per la gestione

del Laboratorio di analisi cliniche.
Il sistema offre, in particolare, strumenti operativi e funzionali avanzati, veloci e di ampia connettività, necessari per il controllo gestionale, la comunicazione e l'interscambio di informazioni con il mondo esterno, sfruttando appieno le tecnologie più avanzate. Il potente motore di accettazione e la possibilità di essere integrato con un altro nostro sistema, StudioLis, consente di interfacciare qualsiasi tipo di esame, comprese curve e materiali diversi, come la chimica clinica su siero e urina dello stesso paziente.
Tutte le prestazioni con i relativi esami - aggiunge Barsotti - vengono trattate allo steso modo dalla stessa maschera e una serie di parametri definiti consente di configurare i vari tipi di prestazioni. Ogni esame riporta, inoltre, i riferimenti ai tariffari regionali, oltre che agli importi applicabili per le varie causali: prezzo USL, ticket, privato o listini personalizzati per clienti o enti.
Il cuore del Data base relazionale di StudioLab è la cartella clienti, con cui è possibile avere sotto controllo tutti i dati del paziente, tutte le accettazioni effettuate, i risultati e lo storico.
L'innovativa gestione su un'unica accettazione di esami ripetitivi (come tipicamente il tempo di protrombina) consente inoltre di inserire tutti gli esami prescritti e di mandare in lavorazione solo quelli interessati, anche in date diverse.
Con StudioLab - conclude Barsotti - gli utenti e/o i medici accreditati possono effettuare la consultazione dei referti direttamente dal web in connessione sicura. StudioLab consente pure di verificare, firmare e spedire, alla repository web, i referti, avvalendosi della firma digitale, nel pieno rispetto della normativa italiana, che è la più avanzata in Europa.
Tutte le stampe, referto incluso sono gestite da un modulo di "Gestione Report", che consente all'utente una completa personalizzazione delle stampe, senza l'intervento di tecnici programmatori. Un sistema, che, nel suo insieme, aumenta la produttività generale, ottimizza le procedure, abbassa i tempi di immissione e di elaborazione, elimina i costi cartacei e riduce gli errori".

www.cbsistemi.it

CALCANTE. IL PORTALE MULTISERVIZI

DI PASQUALE RUSSO

Il portale internet "Calcante" rappresenta una piattaforma finalizzata all'offerta di un insieme di funzioni orientate ai servizi sanitari: prenotazione di prestazioni sanitarie, consultazione dati anagrafici e sanitari, invio dati e documentazione sanitaria, comunicazioni informative, corsi di formazione a distanza.
L'ottica è quella dell'integrazione tra un nodo centrale, configurato nel Portale, e sistemi esterni appartenenti a strutture sanitarie accreditate, che mettono a disposizione informazioni e servizi. Calcante è rivolto sia alle strutture sanitarie private accreditate, con l'obiettivo di contribuire al superamento del "digital divide" degli associati a FederLab Italia, sia agli utenti del SSN, per ottimizzare l'accesso alle informazioni, alle prestazioni ed agli ulteriori servizi, che le stesse offrono mediante un riferimento unico. Attraverso il portale sarà possibile accedere a molteplici servizi.

TRASFERIMENTO DATA BASE GESTIONALE
Tale funzionalità consente il monitoraggio, in tempo reale, dell'andamento della spesa e del consumo dei volumi di prestazioni specialistiche erogate dalle S.S.P.A. I dati, acquisiti ed archiviati, potranno essere utilizzati da FederLab Italia, confrontandoli con i dati esibiti dalla parte pubblica.

C.U.P.T.
SISTEMA DI PRENOTAZIONE ON-LINE
Il C.U.P.T. (Centro Unico di Prenotazione Telematica) è un Sistema di prenotazione on-line, che vede coinvolti sia i Medici di Medicina Generale sia i pazienti, che possono, da soli o con l'ausilio del M.M.G., prenotare le prestazioni sanitarie richieste. Una volta effettuata la prenotazione, la stessa è resa disponibile alle S.S.P.A. per i processi di accettazione.

E-LEARNING
Il progetto e-Learning si basa su una metodologia, che favorisce l'apprendimento collaborativo, attraverso l'utilizzo di strumenti tipici del WEB 2.0 (chat, forum, wiki). Il percorso formativo prevede moduli didattici teorici e attività laboratoriali.

SERVIZI IN FASE DI REALIZZAZIONE
SERDOM (SISTEMA DI PRENOTAZIONE SERVIZI DOMICILIARI)
SERDOM rappresenta la funzionalità C.U.P.T estesa ai servizi domiciliari. Gli utenti avranno la possibilità di prenotare, ad esempio, i prelievi a domicilio, servizio particolarmente utile in caso di persone anziane o non deambulanti. Sarà, dunque, possibile ricercare la prestazione offerta in modalità domiciliare e, fornendo indirizzo ed orari di disponibilità personale, l'utente riceverà la prestazione abilitata, direttamente presso il proprio domicilio.

REFERTI ON LINE
Da diverso tempo, diversi laboratori, strutture ospedaliere e cliniche private offrono i risultati di analisi cliniche, radiografie e referti medici in modalità elettronica. Il portale "Calcante offrirà, a breve, la possibilità di consultare on-line e prelevare i propri referti in modalità digitale e ciò, grazie alla delibera "Linee guida in tema di referti on-line", pubblicata dal Garante della privacy il 25 giugno 2009.

PACC
(PERCORSI AMBULATORIALI COMPLESSI E COORDINATI)
I PACC rappresentano una lista di prestazioni, che hanno l'obiettivo di rispondere a quesiti diagnostici per specifiche patologie o problemi di salute. Il portale "Calcante" prenderà in carico la specifica richiesta PACC dell'utente, seguendo le varie fasi dell'iter diagnostico e consegnando il documento di sintesi diagnostica/terapeutica.

FSE - DOSSIER
Il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) ed il dossier permettono la condivisione informatica, da parte di organismi e professionisti distinti, di dati e documenti sanitari, che vengono creati ed aggiornati nel tempo da più soggetti in un'ottica di integrazione, per documentare la storia clinica del paziente.
I dati personali sono collegati tra loro con modalità informatiche di vario tipo, che rendono agevole la consultazione complessiva dei dati da parte dei diversi professionisti o organismi sanitari che prendono in cura il cittadino.
Seguendo le Linee guida, introdotte dal Garante della Privacy, il portale "Calcante" si propone come strumento per la condivisione di tali informazioni, fruibili dai professionisti o organismi sanitari che assistono il cittadino, per consentire un migliore processo di cura.

www.progettocalcante.it

Marsan Consulting:

MARSAN consulting

Una questione di Qualità, anzi di Eccellenza !!!

Global service

Consulenza per l'Accreditamento Istituzionale con il S.S.N.
Obiettivi generali e micro-obiettivi
Verbali interni d'equipe
Verbali riassuntivi sull'andamento organizzativo
Monitoraggio semestrale con relative tabelle e grafici obiettivi
Grafici sull'andamento quadriennale relativi alle prestazioni erogate e al fatturato
Piano formativo
Documento Programmatico e Piano di Gestione
Documento di programmazione per gli acquisti
Aggiornamento elenco Leggi e Regolamenti
Assistenza durante le Verifiche da parte del N.V.A.I. previo avviso da parte dei potenziali clienti
(Nucleo di Valutazione Accreditamento Istituzionale)
Implementazione Sistema di Gestione aziendale in conformità della Norma UNI EN ISO 9001:2008
Corsi di Formazione E.C.M.
Sicurezza nei luoghi di lavoro in conformità del
D.Lgs. 81/2008 e relativi aggiornamenti
Aggiornamento entro il 31 Marzo di ogni anno - DPS - Privacy D.lgs. 196/2003
Nuova Carta dei servizi
Delibera n. 369 del 23 Marzo 2010
Verifica apparecchiature Norme CEI 62/2 V2; 62/5 e 66/5
Verifiche elettriche DPR 462/2001
Consulenza specifica per i Centri di PMA (Procreazione Medicalmente Assistita)

Sedi: Napoli : Via Dei Fiorentini, 61 - Roma: Via Tina Modotti, 100 - Palermo: Via G. Arimondi, 79
Phone: +39 081 551.0771 - Fax: 081.551.0771 - 091.307701 - info@marsanconsulting.it www.marsanconsulting.it
Dr. Giuliano Marino + 39. 347.6161733

LA GASTROSOFIA.
LA CUCINA COME LABORATORIO

Si chiamava Campania Felix, cioè feconda, ubertosa.
Per il possesso di questa lingua di territorio, rivolto verso il mare, hanno combattuto Greci e Oschi.
E qui, scorreva anche il fiume Clinio, ormai scomparso, e le cui esondazioni rendevano i campi ancora più fertili.

Oggi, delle tracce di questa vetusta memoria, resta il cippo nolano, unica iscrizione bilingue greco/osca, e per il resto un tessuto ininterrotto di abitazioni e nuclei urbani, che denunciano piani regolatori improvvisati e sprezzanti delle origini del territorio.
Nola è il cuore pulsante di questa microregione, terra di Giordano Bruno, di Morelli e Silvati, ufficiali delle truppe borboniche, che proprio da Nubla (Nola) partirono in marcia, per dare avvio ai Moti del 1820/21, di scolastica memoria.
Ma anche terra di San Paolino, dei monasteri, i Coemeteria, che circondano la valle, e sede dell'entusiasmante Festa dei Gigli, immancabile appuntamento di fine giugno.
Un territorio, dunque, dove tracce antiche, percorsi religiosi e modernità irrazionale si incrociano sullo sfondo del Vesuvio, che, sereno e solenne, sorveglia il trascorrere del tempo e guarda più in là verso il mare di Partenope.
Devo a Camillo Alfano questo racconto, cui l'amore per la propria terra e la sua storia si accavalla all'amarezza del presente discontinuo e a tratti incomprensibile. Richiami di immagini, che attraversano, come lampi, gli occhi e irrobustiscono la voce di chi, avvocato di professione, ha deciso, attraverso la sua passione per la cucina, "cuoco da sempre"- sottolinea", di difendere e mantenere viva la sua memoria, quella materna in particolare, trasmessa oralmente, e la tradizione del passato, che si concretizza nella ricerca e nella valorizzazione della tradizione gastronomica del territorio, rivalutando piatti dai sapori mai dimenticati, come il sartù, la parmigiana poverella senza uovo, la gustosa zuppa santè, "tipica zuppa primaverile – precisa Camillo - riproposta anche a base di pesce", il ragù e le specialità locali dell'orto: friarelli, pomodori DOP San Marzano, fagioli di Visciano, "dalla buccia che si scioglie in bocca e che si producevano in quantità, fino a qualche decennio fa, nella zona di Castel Cicala (ge kalà - terra bella – Camillo ama moltissimo le etimologie…..anche questo un tributo alla storia…)".
Ama definirsi un romantico, Camillo Alfano, ma sarebbe un pò demodè, se non unisse a questo affettuoso recupero dell'antico, anche la nuance dell'esplorazione sapiente di nuovi accostamenti per nuovi sapori, che rasentano il post-futurismo, a segnalare comunque la cifra della creatività campana. Dice di essere un gastrosofo, sapiente alchimista di una cucina di sintesi, che unisce tecnica e passione.
Una cucina di laboratorio, che misura la grammatura degli ingredienti, sorveglia le trasformazioni chimico-fisiche degli alimenti, coniuga le sostanze acide con quelle basiche. Il risultato? Valutatelo.
Intanto, vi proponiamo un esempio di ricetta gastrosofica, che ha reso Camillo, noto tra i gourmet del palato.

FINTA PRIMA COLAZIONE. FORSE...
Servita su un cabaret di argento e composta da un croissant salato, accompagnato da un cappuccino di fagioli zolfini e schiuma bianca, leggermente ricoperta con finissimi grani di pepe di Sechuan, e una tazza di caffè di pomodoro. Si, proprio caffè di pomodoro. Assaggiare per credere.

Camillo Alfano e la sua cucina
li trovate alla Trattoria "Lo Sguardo"
Castel Cicala - Nola (Napoli)
A 4 km - uscita di Nola
dell'Autostrada Napoli - Salerno
Tel. 081 8234200 Cell. 339 7753571